



# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

## **Salud y Desarrollo en los Trópicos**

Antropología Médica y Salud

### **TESIS DOCTORAL**

## **Epidemiología sociocultural de la crisis del COVID-19.**

**Autora: Raquel García Plaza**

**Director: Francisco Giner Abati**

Catedrático de Antropología.

**Tutora: Esther del Olmo Fernández**

Catedrática de Ciencias Farmacéuticas.

**Salamanca, 2023**



# Índice de contenidos

---

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>14</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>17</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>19</b>
<b>Resumen y palabras clave</b> .....	<b>21</b>
<b>Abstract and keywords</b> .....	<b>29</b>
<b>Capítulo I: Objetivos</b> .....	<b>37</b>
<b>Capítulo II: Estado de la cuestión</b> .....	<b>39</b>
2.1. <i>COVID-19. Enfoque clínico</i> .....	39
2.1.1 Etiología .....	39
2.1.2 Inmunología de la infección por SARS-CoV-2.....	42
2.1.3 Epidemiología .....	44
2.1.4 Fisiopatología.....	50
2.1.5 Clínica .....	53
2.1.6 Diagnóstico .....	54
2.1.7 Tratamiento y pronóstico.....	60
2.1.8 Prevención .....	65
2.1.9 Vacunación .....	66
2.1.10 Situaciones especiales .....	70
2.2. <i>COVID-19. Enfoque sociocultural</i> .....	73
2.2.1 Antecedentes.....	73
2.2.2 Influencia de factores sociales, económicos y demográficos .....	75
2.2.3 Las seis dimensiones de cultura nacional de Hofstede y la pandemia del COVID-19 .....	78
2.2.4 Confianza social e institucional .....	85
2.2.5 Influencia de la política .....	87
2.3. <i>COVID-19. Enfoque ambiental</i> .....	92
2.3.1 El efecto del entorno sobre los coronavirus .....	92
2.3.2 Influencia de factores meteorológicos sobre el SARS-Cov-2.....	94
2.3.3 La estacionalidad del COVID-19.....	98
2.3.4 Cambio climático, contaminación atmosférica y COVID-19 .....	99
2.4. <i>El COVID-19 en distintos países</i> .....	102

2.4.1. El sur de África.....	102
2.4.2. Cuba .....	115
2.4.3. Estados Unidos.....	130
2.4.4. Suecia y Dinamarca .....	148
<b>Capítulo III: Marco teórico .....</b>	<b>169</b>
3.1. <i>Epidemiología, antropología y cultura</i> .....	169
3.2 <i>Epidemiología en ciencias sociales</i> .....	171
3.2.1 Cambio de paradigma en el siglo XIX.....	171
3.2.1 La epidemiología social en el siglo XX.....	173
3.2.2 Epidemiología cultural .....	177
3.3 <i>Cuantificar la cultura.</i> .....	184
3.3.1 Las seis dimensiones de la cultura nacional de Hofstede .....	184
3.3.2 El mapa cultural mundial de Inglehartz-Welzel.....	186
<b>Capítulo IV. Metodología de la investigación .....</b>	<b>191</b>
4.1. <i>Análisis global cuantitativo</i> .....	191
4.1.1. Incidencia y mortalidad por COVID-19.....	192
4.1.2 Estrictez de las medidas preventivas .....	193
4.2 <i>Estudio sociocultural</i> .....	194
4.2.1 Materiales .....	194
4.2.2 Análisis mixto.....	198
<b>Capítulo V. Resultados.....</b>	<b>203</b>
5.1. <i>Los números, a escala mundial</i> .....	203
5.1.1 Incidencia y mortalidad por COVID-19.....	203
5.1.2 ¿Qué determinó cómo de estrictos fueron los gobiernos durante la pandemia? .....	218
5.2 <i>La pandemia en distintas regiones del mundo</i> .....	227
5.2.1 El sur de África.....	227
5.2.2 La República de Cuba .....	238
5.2.3 Estados Unidos de América .....	261
5.2.4 La frontera suecodanesa.....	314
<b>Capítulo VI. Discusión .....</b>	<b>345</b>
6.1 <i>Impacto del desarrollo económico, la desigualdad social, el sistema sanitario y la edad poblacional sobre la incidencia y mortalidad del COVID-19</i> .....	345

6.2 Efecto de la cultura, economía, política y sistema sanitario sobre la estrictez de las regulaciones contra el COVID-19.....	347
6.3 Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique: diferentes experiencias de la pandemia, miedo, confianza y adhesión a las regulaciones entre regiones rurales y urbanas.....	350
6.4 El rol y la experiencia de la pandemia en la crisis sociopolítica y migratoria en Cuba.....	354
6.5 Polarización social, politización de la pandemia, teorías de conspiración, individualismo, adversidad y miedo en áreas urbanas, suburbanas y rurales de la costa este de los Estados Unidos de América.....	361
6.6 La frontera del Øresund en pandemia: la confianza institucional nórdica, la responsabilidad social escandinava, la laxitud sueca y la estrictez danesa.....	372
6.7 Comparativa epidemiológica sociocultural entre Namibia, Botsuana, Sudáfrica, Mozambique, Estados Unidos, Cuba, Suecia y Dinamarca.....	378
6.7.1 Contexto.....	378
6.7.2 Discusión transnacional.....	379
<b>Capítulo VII. Conclusiones, limitaciones y futuras líneas de investigación.....</b>	<b>387</b>
7.1 Conclusiones generales.....	387
7.2 Limitaciones y puntos fuertes.....	394
7.3 Aportaciones y proyección a futuro.....	396
7.4 Revisión de los objetivos.....	398
<b>Capítulo VIII. Conclusions, limitations and future research.....</b>	<b>403</b>
8.1 General conclusions.....	403
8.2 Limitations and strengths.....	408
8.3 Contributions and future research.....	411
8.4 Review of the objectives.....	414
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>417</b>



# Índice de tablas

Tabla 1. Contexto demográfico, económico, social, político y variables culturales de Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique.-----	105
Tabla 2. Evolución epidemiológica de la pandemia del COVID-19 en Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique.-----	108
Tabla 3. Contexto demográfico, económico, social, político y variables culturales de la República de Cuba.-----	117
Tabla 4. Evolución epidemiológica de la pandemia del COVID-19 en la República de Cuba.-----	119
Tabla 5. Contexto demográfico, económico, social, político y variables culturales de los Estados Unidos de América.-----	133
Tabla 6. Evolución epidemiológica de la pandemia del COVID-19 en la República de los Estados Unidos de América.-----	135
Tabla 7. Contexto demográfico, económico, social, político y variables culturales de Suecia y Dinamarca.-----	151
Tabla 8. Evolución epidemiológica de la pandemia del COVID-19 en Suecia y Dinamarca.-----	153
Tabla 9. Resumen descriptivo de las variables de todos los países estudiados.-----	204
Tabla 10. Modelos MCO (1-6) de variables demográficas y socioeconómicas que afectan al total de casos por COVID-19 por millón de habitantes.-----	206
Tabla 11. Modelos MCO (7-12) de variables demográficas y socioeconómicas que afectan al total de casos por COVID-19 por millón de habitantes.-----	207
Tabla 12. Modelos MCO (1-6) de variables demográficas y socioeconómicas que afectan al total de muertes por COVID-19 por millón de habitantes.-----	209

Tabla 13. Modelos MCO (7-12) de variables demográficas y socioeconómicas que afectan al total de muertes por COVID-19 por millón de habitantes. -----	210
Tabla 14. Tabla de frecuencias de la distribución de las regiones en cada clúster de riesgo COVID-19. -----	216
Tabla 15. Estadísticas descriptivas de cada variable de interés, separadas por conglomerados. -----	217
Tabla 16. Estadísticas descriptivas de cada variable de interés, separadas por conglomerados. -----	218
Tabla 17. Resumen descriptivo de las variables de todos los países estudiados. -----	220
Tabla 18. Modelos MCO (1-6) de variables epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas y culturales que han influido sobre la estrictez de las regulaciones de los gobiernos contra el COVID-19 (variable dependiente). -----	222
Tabla 19. Modelos MCO (7-12) de variables epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas y culturales que han influido sobre la estrictez de las regulaciones de los gobiernos contra el COVID-19 (variable dependiente). -----	223
Tabla 20. Modelos MCO (13-18) de variables epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas y culturales que han influido sobre la estrictez de las regulaciones de los gobiernos contra el COVID-19 (variable dependiente). -----	224
Tabla 21. Modelos MCO (19-24) de variables epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas y culturales que han influido sobre la estrictez de las regulaciones de los gobiernos contra el COVID-19 (variable dependiente). -----	226
Tabla 22. Información de las personas participantes en las 52 entrevistas en el sur de África. -----	228
Tabla 23. Tabla cruzada entre el tipo de entorno, rural o urbano, y la experiencia de la pandemia, en cuanto a haber vivido adversidad o no. -----	229
Tabla 24. Tabla cruzada entre el tipo de entorno, rural o urbano, y la percepción del acceso a atención sanitaria. -----	230

Tabla 25. Tabla cruzada entre el tipo de entorno, rural o urbano, y la incidencia percibida en el entorno del/la participante. -----	231
Tabla 26. Tabla cruzada entre el tipo de entorno, rural o urbano, y la mortalidad percibida en el entorno del/la participante. -----	231
Tabla 27. Tabla cruzada entre el estado de vacunación y la nacionalidad de las personas encuestadas. -----	232
Tabla 28. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 52 entrevistas en Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique, y el número de veces que se respondió sobre cada uno. -----	233
Tabla 29. Información de las personas participantes en las 31 entrevistas realizadas en La Habana, Cuba. -----	239
Tabla 30. Tabla cruzada entre la experiencia de adversidad o no durante la pandemia y la incidencia percibida en el entorno del/la participante. -----	240
Tabla 31. Tabla cruzada entre la percepción de incidencia de COVID-19 en el entorno del/la participante y su experiencia de adversidad durante la pandemia. ----	241
Tabla 32. Tabla cruzada entre la percepción de la estrictez de las medidas del gobierno de Cuba contra el COVID-19 y haber padecido o no COVID-19. -----	242
Tabla 33. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 31 entrevistas en Cuba, y el número de veces que se respondió sobre cada uno. -----	243
Tabla 34. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 31 entrevistas en Cuba, y el número de veces que se respondió sobre cada uno. -----	244
Tabla 35. Información de las personas participantes en las 77 entrevistas realizadas en la costa este de Estados Unidos. -----	263
Tabla 36. Tabla cruzada entre el tipo de entorno del/la participante y el estado en el que residía durante la pandemia. -----	264
Tabla 37. Tabla cruzada entre el tipo de entorno del/la participante y su grupo étnico. -----	264

Tabla 38. Tabla cruzada entre haber padecido COVID-19 en algún momento por parte del/la participante y su percepción de la incidencia en su entorno. -----	267
Tabla 39. Tabla cruzada entre la percepción de adversidad y haber padecido o no COVID-19. -----	267
Tabla 40. Tabla cruzada entre la percepción de la incidencia en el entorno del/la participante y haber vivido adversidad o no. -----	268
Tabla 41. Tabla cruzada entre la mortalidad percibida en el entorno del/la participante y haber vivido adversidad o no. -----	268
Tabla 42. Tabla cruzada entre haber vivido adversidad o no durante la pandemia y el tipo de entorno. -----	269
Tabla 43. Tabla cruzada entre haber vivido o no adversidad durante la pandemia y el estado en el que residía el/la participante. -----	270
Tabla 44. Tabla cruzada entre haber vivido adversidad o no durante la pandemia y haber experimentado o no miedo.-----	270
Tabla 45. Tabla cruzada entre haber recibido la vacunación contra el COVID-19 o no, y la opinión sobre las teorías de conspiración del/la participante. -----	271
Tabla 46. Tabla cruzada entre la voluntad de recibir la vacunación contra el COVID-19 del/la participante y haber recibido o no la vacunación. -----	271
Tabla 47. Tabla cruzada entre la opinión sobre la polarización de la sociedad estadounidense del/la participante y su grupo étnico. -----	273
Tabla 48. Tabla cruzada entre la opinión sobre la polarización de la sociedad estadounidense y haber experimentado miedo o no durante la pandemia. -----	273
Tabla 49. Tabla cruzada entre el tipo de entorno del/la participante y su postura sobre, en caso de haber estado en el gobierno, si hubieran o no implementado diferentes regulaciones. -----	274
Tabla 50. Tabla cruzada sobre la percepción sobre la estrictez de las medidas del gobierno estadounidense contra el COVID-19 del/la participante y su postura	

sobre si, en caso de haber estado en el gobierno, hubieran o no implementado diferentes regulaciones. -----275

Tabla 51. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 77 entrevistas en la costa este de Estados Unidos, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.----- 276

Tabla 52. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 77 entrevistas en la costa este de Estados Unidos, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.-----277

Tabla 53. Información de las personas participantes en las 40 entrevistas realizadas en la región fronteriza sueco-danesa del Øresund. -----315

Tabla 54. Tabla cruzada entre haber padecido COVID-19 o no por parte del/la participante y su percepción sobre la incidencia de COVID-19 en su entorno. -----317

Tabla 55. Tabla cruzada entre la severidad del cuadro de COVID-19 padecido por el/la participante y su experiencia o no de adversidad durante la pandemia. -----317

Tabla 56. Tabla cruzada entre la opinión sobre la estrictez de las regulaciones del gobierno sueco por parte de los/as participantes suecos/as entrevistados/as y su percepción sobre el impacto de la pandemia en la población de Suecia. -----318

Tabla 57. Tabla cruzada entre el género del/la participante y su experiencia de miedo durante la pandemia. -----319

Tabla 58. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 40 entrevistas realizadas en la región fronteriza sueco-danesa de Øresund, y el número de veces que se respondió sobre cada uno. -----321

Tabla 59. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 40 entrevistas realizadas en la región fronteriza sueco-danesa de Øresund, y el número de veces que se respondió sobre cada uno. -----321

## Índice de mapas

Mapa 1. Mapa del Hambre, desarrollado por el Programa Mundial de Alimentos. -----	125
Mapa 2. Registro de casos de cólera en Londres. John Snow. 1854. -----	172
Mapa 3. El mapa cultural de Inglehart-Welzel. 2020.-----	187
Mapa 4. Regiones agrupadas en base al riesgo de alta incidencia y mortalidad por COVID-19. -----	211

## Índice de figuras

Figura 1. Patrones de respuesta de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 S en pacientes con COVID-19. -----	57
Figura 2. Marco 2×2 de países basado en la intersección de niveles altos y bajos de colectivismo y distancia de poder. -----	80
Figura 3. Dos factores contextuales críticos que determinan las estrategias de respuestas al COVID-19.-----	90
Figura 4. Triangulo de Giner Abati sobre el enfoque holístico de la antropología médica.-----	170
Figura 5. Método del codo. -----	212
Figura 6. Dendrograma mediante el método de agrupación jerárquica de Ward. Clúster 1. -----	213
Figura 7. Dendrograma mediante el método de agrupación jerárquica de Ward. Clúster 2. -----	214
Figura 8. Dendrograma mediante el método de agrupación jerárquica de Ward. Clúster 3. -----	215

Figura 9. Representación de la relación entre la percepción de incidencia en el entorno del/la participante, haber padecido COVID-19 y su experiencia de adversidad durante la pandemia, en la población entrevistada en Estados Unidos.----- 266

Figura 10. Representación de la relación entre el apoyo a las teorías de la conspiración, la voluntad de vacunarse contra el COVID-19 y haber recibido o no la vacuna, en la población estadounidense entrevistada. ----- 272

## **Índice de fotografías**

Fotografía 1. "*China controls Biden*" en una carretera regional del estado de Maryland. .... 311

## Agradecimientos

---

Las primeras personas a la que quiero agradecerles su apoyo, no sólo en esta tesis, sino en todas mis decisiones, son mi madre, Araceli; mi padre, Javier; mi hermana, María y mi hermano, Ibon. Ninguno de mis proyectos hubiera sido posible si no fuera por el entorno familiar sano, seguro y lleno de amor en el que he tenido la suerte de crecer. La admiración hacia mi hermana y verla enfrentarse a su doctorado, contra viento y marea, en concreto, ha sido una potente fuente de inspiración a lo largo de estos casi tres años de trabajo. Eskerrik asko, Maritxu.

Quiero también plasmar lo afortunada que me considero por haber coincidido con mi director de tesis y amigo, Francisco Giner Abati. Me cuesta redactar en unas líneas la magnitud del valor de todas las lecciones que he aprendido de él. En Abati se combinan años de una extensa formación en antropología, una insaciable curiosidad, infinidad de experiencias y aventuras a lo largo y ancho del planeta, y la humildad de acercarnos todo ello al resto de personas, siempre con una sonrisa. “*Allá donde vayas, sé la persona más feliz de la habitación*”, me dijiste en una ocasión. Espero poder seguir estudiando los universales de la cultura a tu lado durante mucho tiempo.

Cuando realizas un proyecto fuera de las fronteras de tu nación, encontrar personas que te reconecten con ella es un regalo. Quiero agradecer a la preciosa familia formada por Emilia y Gabi, por su cercanía y apoyo desde que nos conocimos en Windhoek. Me gustaría también mencionar a mi amigo Gonçalo, por compartir conmigo la constancia que requiere conseguir tus propósitos, sobre todo, cuando implican varios países. Sois un ejemplo a seguir.

Este doctorado me ha llevado por varios países, y no habría podido disfrutar de sus culturas si no fuera por la conexión con sus habitantes.

Gracias, Muayangatji Rutjindo, por abrirme las puertas de tu bonita comunidad en el norte de Namibia, enseñarme vuestro idioma y vuestras costumbres. Deseo, de todo corazón, que consigas tus propósitos y te dediques a la atención sanitaria. Gracias también a Maria e Ishmael, por acogerme entre su gente, en Botsuana. Ojalá vuestra preciosa música llegue lejos.

Me gustaría agradecerle al doctor Diego Alejandro Placeres haberme hablado siempre de su familia y su Cuba querida y a la doctora Laura Tabares Saez su incansable apoyo, sus valiosos consejos y su tiempo. Esta tesis doctoral hubiera sido muy diferente sin ustedes, aseres.

Durante los tres meses que viví en Delaware, Estados Unidos, contar con el apoyo de Karen Rosenberg y Tom Rocek me aportó muchísima paz y seguridad. No olvidaré nunca aquella familiar velada de *Thanksgiving*. Gracias por compartir conmigo el calor de un hogar familiar, estando tan lejos del mío.

El 13 de septiembre del 2022 aterricé en Estados Unidos, sin saber que en cuestión de unas semanas conocería a una de las personas que más ha impactado en mí. Vivir día a día a su lado, entender de dónde viene, cómo siente, piensa y decide, escuchar cómo compone y recibir su amor y consejos fue y sigue siendo un privilegio. Drew Barrett, my brother, words are not enough to express how deeply grateful I am for having met you, for every second we have shared and for all that's left to come.

Escribo estas líneas en una cafetería en el *Gamla Stan* de Estocolmo, porque el último destino al que me ha traído esta tesis doctoral es Suecia, donde he tenido la suerte de coincidir con Emma Eleonorasdatter, a quien le agradezco enormemente la calidez con la que me acogió en la División de Etnología de la Universidad de Lund. En el edificio LUX he coincidido con tres personas muy especiales. Talieh, gracias por cada conversación que hemos tenido, por acercarme a Irán, por tus consejos y por cuidarme con el infinito cariño con que lo haces. Alma, gracias por hacerme formar parte de la comunidad PhD de este maravilloso departamento. Kristofer, gracias por compartir tu conocimiento conmigo y abrir mi perspectiva.

Quiero dedicar las últimas líneas de este apartado a la increíble mujer que tengo la suerte de tener a mi lado. No siempre ha sido fácil, las dos lo sabemos. Gracias por tu apoyo incondicional en cada viaje, por tus ideas, por ayudarme a recuperar el norte cuando se me olvidó reconocermelo, por tu paciencia, por cuidarme y por impulsarme. Gracias, Gloria.



# Introducción

---

El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) categorizó la epidemia del COVID-19 como pandemia. El COVID-19 es la enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2, cuya transmisión ha tenido un impacto mundial (World Health Organization, 2020c).

Los gobiernos, la ciudadanía y la comunidad científica se han volcado en entender la pandemia, analizar sus efectos y tratar de contrarrestarlos. Desde un punto de vista antropológico-médico, acorde al profesor Dr. Giner Abati (2022), se precisa comprender la interrelación entre la dimensión biológica, social y ambiental de una patología, así como su evolución en el tiempo, para conseguir una perspectiva holística de la misma.

En la presente tesis doctoral se recoge literatura sobre estas tres cuestiones (biológica, social y ambiental) relacionada con el COVID-19 en el Capítulo II: Estado de la cuestión, con el fin de enmarcar la posterior investigación, centrada, en mayor medida, sobre la segunda dimensión. Asimismo, en este capítulo se contextualiza la situación de los ocho países en los que se estudian con más detalle, a saber: Namibia, Botsuana, Sudáfrica, Mozambique, Estados Unidos de América, República de Cuba, Suecia y Dinamarca.

Mediante la conexión entre la epidemiología y el conocimiento sociocultural de la antropología, expuesta en el Capítulo III: Marco teórico, se pretende estudiar cómo interactúan la realidad social de las poblaciones de distintos países, su experiencia de la pandemia y el desarrollo de esta.

Se combinan perspectivas a nivel macrosocial, a escala de país y microsocioal, recogiendo testimonios individuales, mediante entrevistas semiestructuradas realizadas en los países arriba mencionados; y se analiza la información siguiendo una metodología mixta, compaginando técnicas cuantitativas y cualitativas. Se detallan los objetivos en el Capítulo II y se profundiza sobre la metodología empleada en el Capítulo IV.

La diferencia en la experiencia de la pandemia en regiones urbanas y rurales, la politización de un fenómeno sanitario y la polarización de una sociedad, el impacto sociopolítico de una pandemia en un régimen antidemocrático y el valor de la confianza institucional y el sentido de la responsabilidad social son algunos de los temas tratados en la discusión y conclusiones derivados de los resultados obtenidos, conformando los capítulos V, VI y VII de la presente tesis doctoral. Se exponen diferencias en la experiencia de la pandemia entre poblaciones, así como puntos en común, como el miedo, reflejando algunos universales culturales.

En última instancia, se traduce esta introducción, el resumen y las conclusiones a inglés (Capítulo VIII).

# Introduction

---

On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) categorized the COVID-19 epidemic as a pandemic. COVID-19 is the disease caused by the SARS-CoV-2 coronavirus, the transmission of which has had a global impact (World Health Organization, 2020c).

Governments, the public and the scientific community have been engaged in understanding the pandemic, analyzing its effects and trying to counteract them. From an anthropological-medical point of view, according to Dr. Giner Abati (2022), it is necessary to understand the interrelationship between the biological, social and environmental dimensions of a pathology, as well as its evolution over time, in order to achieve a holistic perspective of it.

In this doctoral thesis, literature on these three issues (biological, social and environmental) related to COVID-19 is collected in Chapter II: State of the Art, in order to frame the subsequent research, focused, to a greater extent, on the second dimension. This chapter also contextualizes the situation in the eight countries studied in more detail, namely: Namibia, Botswana, South Africa, Mozambique, United States of America, Republic of Cuba, Sweden and Denmark.

Through the connection between epidemiology and the sociocultural knowledge of anthropology, presented in Chapter III: Theoretical Framework, the aim is to study how the social reality of the populations of different countries, their experience of the pandemic and the development of the pandemic interact.

We combine perspectives at the macro-social level, at the country scale, and micro-social levels, collecting individual testimonies through semi-structured interviews carried out in the above-mentioned countries; and we analyze the information following a mixed methodology, combining quantitative and qualitative techniques. The objectives are detailed in Chapter II and the methodology used is discussed in Chapter IV.

The difference in the experience of the pandemic in urban and rural regions, the politicization of a health phenomenon and the polarization of a society, the socio-political impact of a pandemic in an anti-democratic regime and the value of institutional trust and the sense of social responsibility are some of the topics covered in the discussion and conclusions derived from the results obtained, forming Chapters V, VI and VII of this doctoral thesis. Differences in the experience of the pandemic among populations are exposed, as well as commonalities, such as fear, reflecting some cultural universals.

Ultimately, this introduction, summary and conclusions are translated into English (Chapter VIII).

# Resumen y palabras clave

---

## **Introducción.**

La epidemia del COVID-19 ha tenido un impacto mundial. Distintas comunidades a lo largo del mundo han vivido esta crisis de maneras diferentes, influidas por las características demográficas, sociales, políticas y culturales de su país. Se busca recoger y comprender la experiencia de la pandemia en poblaciones de distintos entornos (rurales y urbanos), de todos los grupos de edad y géneros, a lo largo de ocho países representativos de culturas diferentes (Namibia, Botsuana, Sudáfrica, Mozambique, Estados Unidos de América, Cuba, Suecia y Dinamarca) y comprender qué variables económicas, culturales y epidemiológicas han podido impactar en esta experiencia.

## **Materiales y métodos.**

Se estudia a nivel cuantitativo la relación entre la demografía de las naciones, su desarrollo económico y su equidad social con la incidencia y mortalidad por COVID-19 mediante el método de Mínimos Cuadrados Ordinarios y se organizan en tres grupos los países en base a sus similitudes en estas variables, usando el método de agrupación jerárquica de Ward, en 172 países. Se vuelve a emplear el análisis de Mínimos Cuadrados Ordinarios para valorar qué factores han determinado la estrictez de las medidas de los gobiernos de 88 naciones. Por último, se realizan entrevistas semi-estructuradas a población local de los ocho países a estudio (52 en Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique, 31 en Cuba, 77 en Estados Unidos y 40 en Suecia y Dinamarca) para recoger y explorar la experiencia de la pandemia, en cuanto a adversidad, incidencia y mortalidad percibida, vivencia de miedo, confianza y adhesión y opinión sobre las regulaciones contra el COVID-19. Se analizan las respuestas cuantitativa y cualitativamente.

## **Resultados.**

Las naciones con una población envejecida se asocian significativa y positivamente con un mayor número de casos de COVID-19 por millón de habitantes, ya que tanto la media de edad como el porcentaje de población mayor de 65 años resultaron estadísticamente significativos en nuestros modelos (media del coeficiente de regresión = 0,501 y 0,325 respectivamente), así como con una mayor mortalidad (media del coeficiente de regresión 0,835 y 0,553 respectivamente).

La estabilidad económica, medida a través del PIB per cápita, se asoció positiva y estadísticamente con un mayor número de casos de COVID-19 por millón de habitantes (media de los coeficientes de regresión = 0,209), mientras que la desigualdad social, medida a través del coeficiente de Gini, mostró haber determinado la mortalidad por COVID-19 (media del coeficiente de regresión = 0,158).

Agrupados por estas variables, los países del norte de América y Europa forman el grupo de mayor riesgo de presentar una alta incidencia y mortalidad por COVID-19, mientras que los países del continente africano conforman el grupo de menor riesgo.

En cuanto a la estrictez de las regulaciones de los gobiernos, encontramos una relación negativa y estadísticamente significativa entre el número de camas hospitalarias por cada mil habitantes y el Índice de Estrictez en tres de los siete modelos en los que se observó (media del coeficiente de regresión = -0,380), describimos una asociación negativa y significativa entre el Índice de Democracia de la EIU y el Índice de Estrictez, en seis de los ocho modelos en los que se incluyó (media del coeficiente de regresión = -0,355), hallamos una relación directa y estadísticamente significativa entre el tradicionalismo y el rigor en seis de los ocho modelos en los que se observó (media del coeficiente de regresión = -0,517), así como entre la estrictez de las regulaciones, la indulgencia (media del coeficiente de regresión = 0,3) y la masculinidad (media del coeficiente de regresión = 0,25). También se describe una relación inversa y significativa entre los valores de autoexpresión y el Índice de Estrictez en tres de los ocho modelos (media del coeficiente de regresión = -0,436), sugiriendo una relación directa entre los valores centrados en la supervivencia y la estrictez de las medidas.

En la región sur de África, formada por Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique, El número de participantes de zonas rurales que respondieron no haber percibido una situación adversa durante la pandemia, en comparación con las zonas urbanas, fue mayor de lo esperado (valor p de Chi-cuadrado  $< 0,001$ ), más personas urbanas de lo esperado contestaron que habían percibido una alta mortalidad en su entorno (valor p de Chi-cuadrado  $< 0,001$ ), más participantes rurales de lo esperado expresaron no tener fácil acceso a asistencia sanitaria (valor de p de Chi cuadrado  $< 0,05$ ) y una proporción superior a la esperada de participantes en Namibia no estaba vacunada (valor p de Chi-cuadrado  $< 0,001$ ).

La preocupación por la economía fue un tema recurrente reportado en 22 de las 52 entrevistas. La mayor parte de las personas entrevistadas no habían padecido COVID-19, percibían una baja incidencia de COVID-19 a su alrededor y no conocían a ninguna persona cercana que hubiera fallecido por esta patología. Ha experimentado miedo el 59,62% de las personas entrevistadas en la región sur de África.

En la República de Cuba, más personas de las esperadas que han tenido COVID-19 respondieron que habían percibido un entorno de adversidad durante la pandemia, y más personas que no han padecido COVID-19 de las esperadas no mostraron haber notado un entorno adverso durante este período de tiempo (valor p del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ), más participantes que percibieron adversidad de los esperados respondieron que percibían un alto número de casos a su alrededor (valor p del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ) y más personas que padecieron la patología de las esperadas respondieron que consideraban apropiadas estas medidas (valor p del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ). De las 11 personas que las estimaban demasiado estrictas, 10 no habían padecido COVID-19; suponiendo éste un recuento mayor del esperado. El 70,97% de las personas entrevistadas reportaron haber sufrido adversidad durante la pandemia, aunque se focalizó la preocupación fundamentalmente sobre la crisis económica (28 participantes de 31). El 29% de las personas entrevistadas padeció COVID-19 en algún momento, 23 de los/as 31 informantes comentaron percibir pocos casos de COVID-19 a su alrededor y 17 de estos/as 31 participantes informaron no conocer personalmente ninguna persona que hubiera fallecido por esta patología.

El 56,67% de las personas entrevistadas han tenido miedo durante la pandemia, mayoritariamente (18 respuestas de 30) por la salud de sus seres queridos. Las regulaciones del gobierno de cara a controlar la pandemia fueron percibidas como apropiadas por 13 de las 25 personas que respondieron a esta cuestión. 28 de las 31 personas entrevistadas informaron que el mayor impacto de la crisis del COVID-19 había sido el empeoramiento de la economía.

El 100% de las personas preguntadas sobre su voluntad de migrar expresaron querer dejar el país y conocer personalmente a un alto número de personas que se habían ido y/o que se querían ir. 21 de las 27 personas que compartieron su opinión sobre el sistema sanitario cubano expresaron que el acceso al mismo era fácil, pero carecían de recursos para atender a la población.

En la costa este de Estados Unidos, se describe una correlación directa entre la incidencia percibida y la opinión sobre la estrictez de las medidas del gobierno estadounidense (Rho de Spearman 0,451; IC 95% 0,190 – 0,699; EE 0,134; valor  $p < 0,05$ ). Asimismo, se registran más personas de lo esperado que han tenido COVID-19 y responden haber sentido adversidad durante la pandemia (valor  $p$  de la Chi cuadrado  $< 0,05$ ), más personas que han padecido la enfermedad refieren conocer muchas personas a su alrededor que también han tenido COVID-19, es decir, una alta incidencia en su entorno (valor  $p$  de la Chi cuadrado  $< 0,05$ ), y las personas que han sufrido adversidad también han percibido una alta incidencia, así como una alta mortalidad a su alrededor (valor  $p$  de la Chi cuadrado  $< 0,05$ ).

Las y los participantes que reportan adversidad, exponen haber sentido miedo durante la pandemia en una proporción mayor de la esperada (valor  $p$  de la Chi cuadrado  $< 0,05$ ). También se registra un mayor número de participantes de zonas urbanas y suburbanas que respondieron haber vivido tiempos adversos, que en zonas rurales (valor  $p$  de la Chi cuadrado  $< 0,05$ ).

También se describe que hay más población sin vacunar que apoya las teorías de la conspiración, de lo que cabría esperar, si estas variables fueran independientes (valor  $p$  del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ) y se observa que más participantes caucásicos de lo esperado por azar respondieron que consideran que viven en una sociedad polarizada (valor  $p$  del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ).

Se hallaron más personas procedentes de regiones urbanas y suburbanas que informaron de que habrían tomado decisiones diferentes en caso de haber estado en el gobierno de lo que cabría esperar si estas variables fueran independientes (valor p del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ). 45 de las 77 personas entrevistadas reportaron haber vivido adversidad durante la pandemia. 58 personas estaban vacunadas. Padecieron COVID-19 el 54,54% de las 77 personas entrevistadas, 62 de ellas reportaron conocer a mucha gente a su alrededor que había padecido la enfermedad y 46 informaron no conocer a nadie que había fallecido por ella.

El 76,32% de la muestra había recibido la vacunación contra el COVID-19. 42 personas (54,54%) informaron haber sentido miedo durante la pandemia, mayoritariamente (20) por su propia salud. 55 personas comentaron que la pandemia había tenido un impacto en su sociedad, 47 de las cuales mencionaron que potenció la polarización de ésta. Se hallaron 38 testimonios de politización de la pandemia, tanto explícitamente abordada (24), como comentarios políticos implícitos en los discursos (27). El 67,21% de las personas que opinaron sobre las medidas del gobierno estadounidense hubieran implementado distintas regulaciones. Se hallaron 15 personas en las 77 entrevistadas (19,48%) que apoyan las teorías de la conspiración, y 63 participantes comentaron que eran muy prevalentes en Estados Unidos.

En la región fronteriza sueco-danesa de Øresund, las regulaciones gubernamentales en Suecia fueron más laxas que las danesas. Se reportó que la opinión sobre la estrictez del gobierno sueco por parte su población influyó en la noción del impacto psicológico de la pandemia. En ambos países se reportó una percepción de alta adherencia a las medidas preventivas por parte de su ciudadanía.

El 100% de los/as participantes habían recibido la vacunación contra el COVID-19. De las personas que perciben que la pandemia ha impactado en la sociedad, un número mayor del esperado por azar reportaron que consideraban las medidas del gobierno sueco demasiado laxas (valor p del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ), mientras que tres cuartas partes de las personas danesas entrevistadas consideraron las regulaciones de su país demasiado estrictas. Asimismo, se describe una correlación inversa entre la percepción de la estrictez de las medidas de este gobierno y la severidad de los síntomas de las personas que han padecido el COVID-19 (Rho de Spearman  $-0,609$ , valor p  $< 0,05$ , IC 95%  $-0,876 - -0,167$ ; EE  $0,180$ ). Aunque el 57,5%

de los/as informantes respondieron no haber vivido adversidad durante la pandemia, la mitad de las personas entrevistadas reportaron haber sentido miedo durante la pandemia, siendo más prevalente esta respuesta entre las mujeres (valor p de la Chi cuadrado  $< 0,05$ ). 26 de las 40 personas entrevistadas tuvieron COVID-19 en algún momento, 33 comentaron conocer personalmente a muchos casos de COVID-19 y 33 participantes informaron que nadie en sus entornos había fallecido por esta patología. 39 de los/as 40 participantes se posicionaron en contra de las teorías de conspiración y 33 informaron que no las consideraban prevalentes en sus entornos.

## **Conclusiones.**

Por una parte, las poblaciones de edad avanzada muestran tanto una incidencia acumulada como una mortalidad por COVID-19 superiores a las de las poblaciones jóvenes. La estabilidad económica y el número de médicos por cada mil habitantes desempeñan un papel determinante en la incidencia de la COVID-19 y la desigualdad social está relacionada con una mayor mortalidad por COVID-19. La estrictez de las regulaciones de los gobiernos de cara a la pandemia no ha estado determinada por la epidemiología de la enfermedad. No obstante, cuanto más democrático es un país y más robusto es su sistema sanitario, menos estrictos han sido, mientras que cuanto más tradicionalista y centrado en valores de supervivencia en lugar de autoexpresión es un país, más estrictos han sido. Las sociedades con altos índices de indulgencia y masculinidad también han mostrado mayor estrictez en sus regulaciones.

Por otra parte, a lo largo de las entrevistas se observó que haber padecido COVID-19 orientaba a reportar una mayor incidencia de la patología en el entorno del/la informante. Las respuestas más frecuentes en cuanto a incidencia y mortalidad percibida fueron conocer a muchas personas a su alrededor que habían padecido la enfermedad, pero no conocer personalmente a nadie que hubiera fallecido.

Las entrevistas mostraron que en la región sur de África, así como en Estados Unidos, y a diferencia de en Suecia y Dinamarca, las poblaciones rurales entrevistadas han sufrido menos durante la pandemia que las urbanas o suburbanas, que la población del sur de África, estadounidense y cubana entrevistada muestra una alta preocupación por la situación socioeconómica de sus naciones y que la alta sensación

de responsabilidad social caracteriza la buena adhesión a las medidas contra el COVID-19 en las sociedades de Suecia y Dinamarca, a pesar de la diferencia en la obligatoriedad entre las regulaciones de ambas naciones. La población sueca y cubana entrevistada considera, en mayor proporción, las regulaciones contra el COVID-19 de sus gobiernos apropiadas, mientras que la danesa y estadounidense consideran, con mayor frecuencia, las medidas de sus respectivos gobiernos demasiado estrictas.

Reportaron haber vivido adversidad durante la pandemia el 70,97% de la población cubana entrevistada, el 67,31% de los/as participantes del sur de África, el 58,44% de los/as estadounidenses entrevistados y el 42,5% de las personas procedentes de la región fronteriza entre Suecia y Dinamarca.

No se encuentra un patrón claro en las experiencias de miedo, a excepción de la muestra de la sociedad estadounidense, en la cual percibir la polarización social de la misma favorece reportar haber sentido miedo durante la pandemia, y los/as informantes de Suecia y Dinamarca, donde las mujeres han reportado haber sentido miedo en mayor proporción que los hombres. Se muestran diferencias transculturales en el individualismo o colectivismo, y confianza, pero se aprecia que el miedo o es una emoción universal.

**Palabras clave:** COVID-19, transcultural, experiencia, epidemiología, estrictez



# Abstract and keywords

---

## **Introduction.**

The COVID-19 epidemic has had a global impact. Different communities throughout the world have experienced this crisis in different ways, influenced by the demographic, social, political and cultural characteristics of their country. We seek to collect and understand the experience of the pandemic in populations from different settings (rural and urban), of all age groups and genders, across eight countries representative of different cultures (Namibia, Botswana, South Africa, Mozambique, United States of America, Cuba, Sweden and Denmark) and to understand what economic, cultural and epidemiological variables may have impacted this experience.

## **Materials and methods.**

The relationship between the demographics of nations, their economic development and social equity with COVID-19 incidence and mortality is studied at a quantitative level using the Ordinary Least Squares method and the countries are organized into three groups based on their similarities in these variables, using Ward's hierarchical clustering method, in 172 countries. Ordinary Least Squares analysis is again employed to assess which factors have determined the stringency of government measures in 88 nations. Finally, semi-structured interviews are conducted with local populations in the eight countries under study (52 in Namibia, Botswana, South Africa and Mozambique, 31 in Cuba, 77 in the United States and 40 in Sweden and Denmark) to collect and explore the experience of the pandemic, in terms of adversity, perceived incidence and mortality, experience of fear, confidence and adherence, and opinion on the regulations against COVID-19. Responses are analyzed quantitatively and qualitatively.

## **Results.**

Nations presenting an aging population are significantly and positively associated with a higher number of COVID-19 cases per million population, as both mean age and percentage of population over 65 were statistically significant in our

models (mean regression coefficient = 0.501 and 0.325 respectively), as well as with higher mortality (mean regression coefficient 0.835 and 0.553 respectively).

Economic stability, measured through GDP per capita, was positively and statistically associated with a higher number of COVID-19 cases per million population (mean regression coefficients = 0.209), while social inequality, measured through the Gini coefficient, was shown to have determined COVID-19 mortality (mean regression coefficient = 0.158).

Grouped by these variables, the countries of North America and Europe form the highest risk group for high COVID-19 incidence and mortality, while the countries of the African continent form the lowest risk group.

Regarding the stringency of government regulations, we found a negative and statistically significant relationship between the number of hospital beds per thousand population and the Stringency Index in three of the seven models in which it was observed (mean regression coefficient = -0.380), we described a negative and significant association between the EIU Democracy Index and the Stringency Index, in six of the eight models in which it was included (mean regression coefficient = -0.355), we found a direct and statistically significant relationship between traditionalism and stringency in six of the eight models in which it was observed (mean regression coefficient = -0.517), as well as between regulatory stringency, leniency (mean regression coefficient = 0.3) and masculinity (mean regression coefficient = 0.25). An inverse and significant relationship between self-expression values and the Stringency Index is also described in three of the eight models (mean regression coefficient = -0.436), suggesting a direct relationship between survival-focused values and stringency of measures.

In the southern African region, consisting of Namibia, Botswana, South Africa and Mozambique, more rural participants than expected (Chi-square p-value < 0.001) responded that they did not perceive an adverse situation during the pandemic, more urban people than expected answered that they had perceived high mortality in their environment (Chi-square p-value < 0.001), more rural participants than expected expressed not having easy access to health care (Chi-square p-value < 0.05), and a

higher than expected proportion of participants in Namibia were not vaccinated (Chi-square p-value < 0.001).

Concern about the economy was a recurring theme reported in 22 of the 52 interviews. Most of the interviewees had not suffered from COVID-19, perceived a low incidence of COVID-19 around them, and did not know anyone close to them who had died from this pathology. Fear was experienced by 59.62% of the people interviewed in the southern region of Africa.

In the Republic of Cuba, more people than expected who have had COVID-19 responded that they had perceived an adverse environment during the pandemic, and more people who have not had COVID-19 than expected did not show having noticed an adverse environment during this time period (Fisher's exact test p-value < 0, 05), more participants who perceived adversity than expected responded that they perceived a high number of cases around them (Fisher's exact test p-value < 0.05), and more people who suffered from the pathology than expected responded that they considered these measures appropriate (Fisher's exact test p-value < 0.05). Of the 11 persons who considered them too strict, 10 had not suffered COVID-19; this was a higher count than expected. 70.97% of the persons interviewed reported having suffered adversity during the pandemic, although concern was focused mainly on the economic crisis (28 participants out of 31). Twenty-nine percent of the people interviewed had suffered COVID-19 at some time, 23 of the 31 informants reported perceiving few cases of COVID-19 around them and 17 of these 31 participants reported not personally knowing any person who had died from this pathology.

56.67% of respondents have been afraid during the pandemic, mostly (18 responses out of 30) for the health of their loved ones. Government regulations to control the pandemic were perceived as appropriate by 13 of the 25 respondents to this question. 28 of the 31 respondents reported that the biggest impact of the COVID-19 crisis had been the worsening of the economy.

100% of the people asked about their willingness to migrate expressed wanting to leave the country and personally knowing a high number of people who had left and/or wanted to leave. 21 of the 27 people who shared their opinion about the Cuban

health care system expressed that access to it was easy, but lacked the resources to care for the population.

On the East Coast of the United States, a direct correlation is described between the perceived incidence and the opinion on the stringency of the US government measures (Spearman's Rho 0.451; 95% CI 0.190 - 0.699; ES 0.134; p-value < 0.05). Also, more people than expected report having had COVID-19 and report having experienced adversity during the pandemic (Chi-square p-value < 0.05), more people who have had the disease report knowing many people around them who have also had COVID-19, that is, a high incidence in their environment (Chi-square p-value < 0.05), and people who have experienced adversity have also perceived a high incidence as well as high mortality around them (Chi-square p-value < 0.05).

Participants who report adversity report feeling fear during the pandemic in a higher proportion than expected (Chi-square p-value < 0.05). There is also a greater number of participants from urban and suburban areas who reported having experienced adverse times than in rural areas (Chi-square p-value < 0.05).

It is also described that there is more unvaccinated population supporting conspiracy theories, than would be expected, if these variables were independent (Fisher's exact test p-value < 0.05) and it is observed that more Caucasian participants than expected by chance responded that they consider that they live in a polarized society (Fisher's exact test p-value < 0.05).

More people from urban and suburban regions were found to report that they would have made different decisions had they been in government than would be expected if these variables were independent (Fisher's exact test p-value < 0.05). 45 of the 77 persons interviewed reported experiencing adversity during the pandemic. Fifty-eight persons were vaccinated. COVID-19 afflicted 54.54% of the 77 persons interviewed, 62 of them reported knowing many people around them who had suffered from the disease and 46 reported not knowing anyone who had died from it.

76.32% of the sample had received vaccination against COVID-19. 42 people (54.54%) reported having felt fear during the pandemic, mostly (20) for their own health. 55 people commented that the pandemic had had an impact on their society,

47 of whom mentioned that it increased the polarization of their society. We found 38 testimonies of politicization of the pandemic, both explicitly addressed (24), as well as political comments implicit in the speeches (27). 67.21% of the people who expressed an opinion on the U.S. government's measures would have implemented different regulations. Fifteen people in the 77 respondents (19.48%) were found to support conspiracy theories, and 63 participants commented that they were very prevalent in the United States.

In the Swedish-Danish border region of Øresund, government regulations in Sweden were laxer than those in Denmark. It was reported that the opinion on the stringency of the Swedish government by its population influenced the notion of the psychological impact of the pandemic. In both countries, a perception of high adherence to preventive measures by their citizens was reported.

100% of the participants had received vaccination against COVID-19. Of those who perceived that the pandemic had impacted society, a greater number than expected by chance reported that they considered the Swedish government's measures too lax (Fisher's exact test  $p$ -value  $< 0.05$ ), while three-quarters of the Danish respondents considered their country's regulations too strict. Likewise, an inverse correlation is described between the perceived stringency of this government's measures and the severity of symptoms of people who have suffered from COVID-19 (Spearman's Rho  $-0.609$ ,  $p$ -value  $< 0.05$ , 95% CI  $-0.876 - -0.167$ ; ES  $0.180$ ). Although 57.5% of the informants responded that they had not experienced adversity during the pandemic, half of the persons interviewed reported having felt fear during the pandemic, with this response being more prevalent among women (Chi-square  $p$ -value  $< 0.05$ ). 26 of the 40 people interviewed had COVID-19 at some point, 33 reported personally knowing many cases of COVID-19, and 33 participants reported that no one in their environment had died from this pathology. 39 of the 40 participants took a position against conspiracy theories and 33 reported that they did not consider them prevalent in their settings.

## **Conclusions.**

On the one hand, older populations show both higher cumulative incidence and mortality from COVID-19 than younger populations. Economic stability and the

number of physicians per thousand population play a determining role in the incidence of COVID-19, and social inequality is related to higher COVID-19 mortality. The stringency of government regulations in the face of the pandemic has not been determined by the epidemiology of the disease. However, the more democratic a country is and the more robust its health system, the less stringent they have been, while the more traditionalist and focused on survival values rather than self-expression a country is, the more stringent they have been. Societies with high rates of indulgence and masculinity have also shown greater stringency in their regulations.

On the other hand, throughout the interviews it was observed that having suffered from COVID-19 was oriented to report a higher incidence of the pathology in the informant's environment. The most frequent responses in terms of incidence and perceived mortality were that they knew many people around them who had suffered from the disease but did not personally know anyone who had died.

The interviews showed that in the southern African region, as well as in the United States, and unlike in Sweden and Denmark, the rural populations interviewed have suffered less during the pandemic than the urban or suburban ones, that the southern African, American and Cuban populations interviewed show high concern for the socioeconomic situation of their nations, and that a high sense of social responsibility characterizes the good adherence to anti-COVID-19 measures in the Swedish and Danish societies, despite the difference in enforceability between the regulations of the two nations. The Swedish and Cuban populations interviewed consider their governments' anti-COVID-19 regulations more often appropriate, while the Danish and U.S. populations more often consider their respective governments' measures too stringent.

Adversity during the pandemic was reported by 70.97% of the Cuban population interviewed, 67.31% of the participants from southern Africa, 58.44% of the American respondents, and 42.5% of the people from the border region between Sweden and Denmark.

No clear pattern is found in the experiences of fear, except for the U.S. society sample, where perceived social polarization of society favors reporting fear during the pandemic, and informants from Sweden and Denmark, where women reported

feeling fear in higher proportions than men. Cross-cultural differences in individualism or collectivism, and trust are shown, but it is apparent that fear is not a universal emotion.

**Keywords:** COVID-19, cross-cultural, experience, epidemiology, stringency.



# Capítulo I: Objetivos

---

La presente tesis doctoral tiene por objetivo principal analizar la pandemia provocada por la crisis del coronavirus desde una perspectiva antropológica, entendiendo la relación entre cultura y enfermedad. Para ello, se busca:

- Analizar qué factores sociales, demográficos, económicos y culturales pueden influir en la epidemiología de COVID-19.
- Valorar el impacto de las variables demográficas, culturales, políticas y sociales en el desarrollo de la pandemia en distintas naciones, visualizando qué regiones están en mayor riesgo de una evolución adversa.
- Comprender qué factores y en qué medida determinan cómo de estrictos han sido los gobiernos de distintas naciones a lo largo del mundo, de cara a implementar regulaciones contra el COVID-19.
- Reflejar qué variables han determinado la experiencia de la pandemia en poblaciones culturalmente diversas entre sí, como son las comunidades rurales o tribales y las urbanas del sur de África (Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique), la ciudadanía de La Habana, capital de la República de Cuba; poblaciones rurales, suburbanas y urbanas de cinco estados de la costa este de Estados Unidos y de ambos lados de la frontera de Øresund; es decir, Suecia y Dinamarca.
- Valorar el impacto del entorno social, político y cultural en dicha experiencia, en las distintas comunidades a estudio.
- Identificar puntos en común de las distintas culturas; así como analizar sus diferencias, en el contexto de la pandemia.



## Capítulo II: Estado de la cuestión

---

### 2.1. COVID-19. Enfoque clínico

#### 2.1.1 Etiología

La enfermedad COVID-19 es la manifestación clínica del cuadro provocado por el virus SARS-CoV-2, antiguamente referido como 2019-nCoV.

El SARS-CoV-2 pertenece a la familia Coronaviridae, el orden de Nidovirales, formada por virus con envoltura, de RNA monocatenario y de sentido positivo. Presentan el mayor genoma de los virus RNA, pudiendo llegar a 32kilobases de longitud. La familia de Nidovirales se divide en dos subfamilias: Coronaviridae y Torovirinae, que se dividen, a su vez, en seis géneros: Alfacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus, Deltacoronavirus, Torovirus y Bafinivirus (Phan et al., 2018). El SARS-CoV-2 pertenece al género de betacoronavirus. El reservorio principal de los coronavirus son animales como el murciélago, el pangolín o el camello. Sin embargo, el SARS-CoV-2 no es el primer coronavirus en infectar humanos, se conocen dos coronavirus que causaron epidemias previamente: SARS-CoV-1 (2002) y MERS-CoV (2012) (J. F.-W. Chan et al., 2020).

La estructura del SARS-CoV-2 contiene: cadena de RNA, membrana, envoltura, nucleocápside y proteínas de espícula (Forchette et al., 2021).

El genoma del SARS-CoV-2 contiene 14 marcos de lectura abierta (*ORF* por sus siglas en inglés *Open Reading Frame*), que codifican 27 proteínas. El más largo se encuentra en el extremo 5' de la cadena de RNA, y codifica 15 proteínas que se encargan de la replicación del virus y evasión inmunológica. En el extremo opuesto de la cadena genómica, el 3', se codifican las proteínas estructurales y accesorias (Abduljalil y Abduljalil, 2020).

Las espículas están formadas por la proteína S. Cada espícula está formada por tres unidades de proteína S. Esta proteína está compuesta por dos subunidades: S1 y

S2. La subunidad S1 es la responsable de la unión con el receptor de la encima convertidora de angiotensina 2 (*ECA2* o *ACE2* por sus siglas en inglés), presente en células endoteliales, neumocitos de tipo II y enterocitos, mientras que la subunidad S2 se encarga de la fusión con la célula y posterior entrada en ella (Forchette et al., 2021). La porción externa de S1, responsable del contacto con la célula presenta una gran diversidad de aminoácidos, de hecho, sólo comparte un 40% de similitud con su región homóloga en el SARS-CoV-1 (J. F.-W. Chan et al., 2020). Se estima que las variaciones en esta región afectan poderosamente al tropismo e infectividad del virus. El SARS-CoV-2 ha demostrado poseer una afinidad notablemente mayor al receptor ECA2 que el SARS-CoV-1, en parte por estas alteraciones en la subunidad S1 (Bai y Warshel, 2020; Y. Huang et al., 2020).

Tras la unión entre la subunidad S1 y el receptor de ACE2, las proteasas TMPRSS2 (*Transmembrane serine protease 2*) y furina, localizadas en la membrana celular, favorecen la entrada del virus en la célula promoviendo la fusión entre las membranas del virus y la de la célula huésped, mediante la proteólisis de S1, S2 y ACE2 (Voto et al., 2020). Dicha fusión permite la entrada del material genómico del virus en la célula, donde el SARS-CoV-2 se replica y libera partículas víricas al medio extracelular. La entrada del virus en la célula desencadena una respuesta inmunitaria innata, mediante el reclutamiento de células dendríticas, macrófagos y neutrófilos, generando una “tormenta de citoquinas”, caracterizada por la sobreproducción y liberación de citoquinas tales como IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-1 $\beta$ , IL-18, CXCL8 y CXCL10. La tormenta de citoquinas está asociada con el síndrome de distress respiratorio agudo y el daño multiorgánico, ambas condiciones de mal pronóstico. Paralelamente, se activa una respuesta inmune innata mediante linfocitos B y adaptativa a través de linfocitos T (Q. Huang et al., 2020).

### ***Variantes del SARS-CoV-2***

Cabe recordar tres definiciones de interés:

- Mutación: Cambio único en el código genético. Los virus, como el SARS-CoV-2, sufren mutaciones constantemente, favoreciendo la evolución del mismo.

- Linaje: Grupo de organismos estrechamente relacionados con un ancestro común. El SARS-CoV-2 tiene muchos linajes y todos causan la enfermedad COVID-19. Los linajes del SARS-Cov-2 se monitorean de manera rutinaria en Estados Unidos, a través del Grupo Interagencial sobre el SARS-CoV-2 (*SIG, por sus siglas en inglés*)

- Variante: porción de código genético que contiene una o más mutaciones. En algunos casos, un grupo de variantes con cambios genéticos similares (un linaje o grupo de linajes) puede ser designado por las autoridades sanitarias variante de preocupación o variante de interés, si sus características pueden requerir medidas de salud pública.

El SIG ha creado un esquema de monitorización de las variantes del SARS-CoV-2 formado por cuatro categorías: variante de bajo monitoreo (*VBM, por sus siglas en inglés*), variante de interés (*VOI, por sus siglas en inglés*), variante de preocupación (*VOC, por sus siglas en inglés*) y variante con grandes consecuencias (*VOHC, por sus siglas en inglés*). Hasta la fecha, no se ha detectado ninguna variante de grandes consecuencias.

Las variantes de bajo monitoreo (*VBM*) son aquellas asociadas a enfermedades más graves o de mayor transmisión, pero que ya no se detectan o no están en circulación en Estados Unidos. Se consideran variantes de bajo monitoreo las variantes Alpha (linajes B.1.1.7 y Q), Beta (linajes B.1.35 y descendientes), Gamma (linajes P-1 y descendientes), Epsilon (B.1.43), Iota (B.1.53), Kappa (B.1.617.1), Mu (B.1.621 y B.1.621.1) y Zeta (P.2).

Las variantes de interés son aquellas que presenten marcadores genéticos específicos que impliquen cambios en la unión al receptor, menor neutralización por los anticuerpos o la vacunación, menor eficacia de los tratamientos, cuya transmisibilidad esperada sea superior o aumente el riesgo de padecer formas graves de su enfermedad. Actualmente no hay variantes de interés.

Se consideran variantes de preocupación aquellas para las cuales existe evidencia de una mayor transmisibilidad, casos más graves de enfermedad, reducción significativa en la neutralización por los anticuerpos generados durante una infección anterior o la vacunación, menor efectividad de los tratamientos o las vacunas, o fallas de detección de diagnóstico. Se ha clasificado como variante de preocupación la

variante Delta (linajes B.1.617.2 y AY), por presentar una mayor transmisibilidad, así como una reducción en la neutralización por tratamientos con anticuerpos monoclonales y sueros postvacunación.

Se describirán variantes de gran consecuencia si alguna variante muestra una clara evidencia de que las medidas de prevención o las medidas médicas han dejado de ser efectivas con respecto a las variantes anteriores (Centers for Disease Control and Prevention, 2020a).

## **2.1.2 Inmunología de la infección por SARS-CoV-2**

### ***Presentación del antígeno***

Las células presentadoras de antígenos (*APC por sus siglas en inglés Antigen Presenting Cells*) poseen en su membrana los complejos mayores de histocompatibilidad (*MHC, major histocompatibility complex*), mediante los cuales presentan péptidos antigénicos a los linfocitos T CD8+ y CD4+, para desencadenar la respuesta inmune. El MHC de tipo I presenta antígenos peptídicos intracelulares a los linfocitos T citotóxicos (CD8+, encargados de neutralizar las células infectadas por patógenos intracelulares, mientras que el MHC de tipo II presenta antígenos extracelulares a los linfocitos T colaboradores CD4+, cuya función es activar y dirigir otras células de la respuesta inmune. En infecciones víricas, las células dendríticas tienen un papel importante como células presentadoras de antígenos (S. Kumar et al., 2020). En el caso de la infección por SARS-CoV, la presentación del antígeno se realiza en primer lugar por el MHC de tipo I, seguida por el MHC de tipo II (Wieczorek et al., 2017).

### ***Respuesta inmune humoral o innata***

La respuesta inmune humoral está mediada por anticuerpos. Los linfocitos T colaboradores CD4+ participan en la diferenciación de los linfocitos B en células plasmáticas productoras de anticuerpos (Ac) específicos contra el antígeno (Ag) presentado (S. Kumar et al., 2020). Los anticuerpos, o inmunoglobulinas, se encargan de proteger contra patógenos y toxinas. Previenen la entrada del patógeno en la célula, favorecen su fagocitosis (opsonización) y activan el sistema del complemento, potenciando la quimiotaxis. Existen diferentes tipos de inmunoglobulinas (IgG, IgM,

IgA, IgE, IgD) y subtipos, con distintas funciones entre sí. Las IgG son las más abundantes en plasma y, mediante su unión al antígeno, dirigen el reconocimiento del complejo antígeno-anticuerpo por parte de los leucocitos y macrófagos. Se encargan de la inmunidad a largo plazo tras una infección o vacuna. Las inmunoglobulinas IgM son aquellas que produce el linfocito B en primer lugar ante una infección, siendo así la primera línea de respuesta. La inmunoglobulina IgA se encarga de la protección de mucosas, la IgE de la defensa contra parásitos y la IgD parece estar involucrada en la inducción de producción de anticuerpos por parte de los linfocitos B, pero su función exacta aún está por conocer (Jacofsky et al., 2020).

Después de una infección, las células productoras de anticuerpos se multiplican, protegiendo al organismo de infecciones futuras, generando memoria inmunitaria (Jacofsky et al., 2020).

En la infección por SARS-CoV-2 se producen dos tipos de anticuerpo o inmunoglobulina: IgM e IgG (S. Kumar et al., 2020). Los niveles de IgM en sangre pueden permanecer elevados las primeras semanas de infección, mientras que los niveles de IgG se mantienen elevados de forma crónica, generando inmunidad a largo plazo (Xumei, 2020).

### ***Respuesta inmune celular o adaptativa***

La respuesta celular o adaptativa está mediada por linfocitos T colaboradores (CD4+) y citotóxicos (CD8+). Los linfocitos T colaboradores dirigen el ataque inmune, mientras que la función de los linfocitos T citotóxicos radica en la eliminación de la célula infectada por el virus. En estudios anteriores, se describió la presencia de linfocitos T de memoria CD4+ y CD8+ contra SARS-CoV y MERS-CoV cuatro años posterior a la infección. No obstante, en el caso del SARS-CoV-2, se ha descrito una reducción en los títulos de linfocitos T CD4+ y CD8+, lo cual podría implicar un compromiso de la memoria inmunitaria contra este virus (S. Kumar et al., 2020).

## ***Estrategias de evasión de la respuesta inmune de los coronavirus***

Se han estudiado las estrategias de evasión del sistema inmune del SARS-CoV y del MERS-CoV, y se estima que el SARS-CoV-2 presenta altas similitudes con las mismas. Estos coronavirus inducen la producción de vesículas de doble membrana, donde alojan su material genético, que son irreconocibles por los receptores de reconocimiento de patrones (*PRRs*, por sus siglas en inglés, *Pattern recognition receptors*) del huésped, siendo capaces de reproducirse en estas vesículas. Estos virus también presentan la capacidad de inhibir la producción de interferones de tipo I, es decir, interferón alfa y beta ( $\text{IFN-}\alpha$  e  $\text{IFN-}\beta$ ), cuya función es defensiva mediante la activación de la tormenta de citocinas. La presentación de antígenos también puede estar alterada en la infección por coronavirus, provocada por una regulación a la baja de la expresión genética de genes relacionados con la presentación de antígenos, causada por estos virus (S. Kumar et al., 2020; Madabhavi et al., 2020).

### **2.1.3 Epidemiología**

#### ***Origen del SARS-CoV-2***

La cuestión del origen del SARS-CoV-2 se debe plantear desde un prisma basado en la evolución y la adaptación. Las pandemias, como dicen Frutos, Pliezh, et al. (2021) en su estudio, son consecuencias de procesos biológicos y sociales.

La infección por SARS-CoV-2 se ha considerado una zoonosis; es decir, una infección proveniente de animales, razón por la cual se ha buscado el o los animales reservorio de este virus desde el comienzo de la pandemia. En primer lugar, se identificó el murciélago como posible reservorio, ya que se describieron varias secuencias de RNA relacionadas con algunas del SARS-CoV-2 en varias especies de murciélagos salvajes, mediante técnicas metagenómicas (Zhou et al., 2020). No obstante, antes de aventurarse a relacionar estos hallazgos con el origen del SARS-CoV-2, se debe tener en cuenta que al emplearse técnicas metagenómicas, no corresponden a virus aislados en cultivo, ni podría incluso afirmarse que esa secuencia descrita sea viable (Frutos, Pliezh, et al., 2021). También se estudió la posibilidad de que el pangolín fuera un reservorio, pero se desestimó al no encontrar

coronavirus en pangolines. Hasta la fecha, no se han descrito las especies intermediarias en la transmisión del SARS-CoV-2, ni se ha hallado este virus en animales salvajes. Se ha hallado SARS-CoV-2 en animales en cautividad, en contacto estrecho con humanos, como es el caso de los visones (Devaux et al., 2021; Frutos, Pliez, et al., 2021; Frutos y Devaux, 2020; Munnink et al., 2020).

Otras hipótesis acerca del origen de la pandemia centran su atención en la región de Wuhan, donde se describió el primer caso de COVID-19, y su posible relación con el Instituto de Virología de Wuhan (*WIV por sus siglas en inglés*), que cuenta con un nivel de seguridad P4 y ha trabajado previamente con SARS y otros coronavirus. Estas hipótesis presentan tres variantes.

La primera plantea que el personal del WIV se infectase por SARS-CoV-2 en una mina en Mojiang, donde seis mineros fueron hospitalizados por neumonía en 2012, falleciendo tres de ellos. Sin embargo, tras el análisis por parte de especialistas en enfermedades infecciosas, se rechazó la hipótesis de que se tratase de una infección por SARS-CoV-2, ya que ni la presentación clínica ni los patrones radiológicos eran compatibles con COVID-19.

La segunda teoría expone que el SARS-CoV-2 pudiera haberse filtrado del laboratorio por error, ante lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que era extremadamente improbable (Dyer, 2021).

La tercera hipótesis plantea la posibilidad de haber creado el SARS-CoV-2 mediante ingeniería genética en el WIV. Los defensores de esta teoría se basan en la presencia de un sitio de unión con la furina entre las dos subunidades del dominio de unión con el receptor (RBD), y en la presencia de un codón CGG en este nivel. Al parecer, el sitio de unión de la furina es bastante frecuente en virus, incluido en coronavirus, y el codón CGG, a pesar de ser menos frecuente, no es inaudito, ya que se ha descrito en el virus MERS-CoV también. En la actualidad, no hay evidencia que cimiente la hipótesis de la génesis del SARS-CoV-2 mediante ingeniería genética (Frutos, Pliez, et al., 2021).

Como se recordaba al inicio de esta sección, a la hora de plantear el “origen” del SARS-CoV-2 se recomienda mantener el foco de atención en la evolución y

adaptación. En 1859, Charles Darwin planteó su teoría de la evolución, en la que describía que no existe un “origen” como tal de las especies que nos rodean hoy en día, sino un continuo proceso de evolución, adaptación al medio y selección, en el cual la probabilidad y el ambiente juegan un papel determinante. De la misma forma, resulta sensato entender el SARS-CoV-2 como el resultado de un proceso evolutivo, en el cual, tras un número indeterminado de mutaciones, se ha desarrollado un virus con las características biológicas necesarias para su expansión mundial, en un contexto social adecuado, como es la globalización de esta época (Frutos, Pliez, et al., 2021).

### ***Vías de transmisión***

A pesar de que en un primer momento se considere la vía de transmisión zoonótica en un mercado de marisco de Wuhan, la transmisión persona a persona por vía respiratoria ha supuesto la principal forma de transmisión, facilitando la expansión de la infección a escala mundial (McIntosh, 2019).

El virus SARS-CoV-2 se transmite por tres vías, fundamentalmente: i) inhalación de aerosoles de tamaño menor o igual a 5 micras de diámetro infectados por el virus, mantenidos en el aire en suspensión, ii) contacto de mucosas expuestas con gotas respiratorias mayores de 5 micras de diámetro infectadas con el virus, iii) contacto de mucosas con fómites infectados con el virus (manos que han tocado superficies infectadas, por ejemplo) (Asadi et al., 2019, 2020; Buonanno et al., 2020; Echternach et al., 2020; D. A. Edwards et al., 2021; Y. Liu et al., 2020; Morawska et al., 2009; Papineni et al., 2020). No se describe transmisión fecal-oral del virus (Cevik et al., 2020)

### ***Factores de riesgo***

El riesgo de transmisión depende de numerosos factores, entre los que se encuentran el tipo de contacto con la fuente infecciosa, susceptibilidad e infectividad del huésped, factores ambientales y socioeconómicos.

El tipo de contacto con la fuente infecciosa hace referencia a la duración, frecuencia y cercanía con la fuente. A mayor cercanía y contacto más prolongado, se

describe un mayor riesgo de transmisión del virus. Siendo esto así, la cohabitación con un caso, las reuniones familiares o de amigos y amigas, o viajar en transporte público, suponen situaciones de alto riesgo de contagio. En un domicilio con un caso, el mayor riesgo de contagio lo presenta la pareja del caso. El aislamiento del caso y medidas preventivas, como el uso de mascarilla y la desinfección frecuente de manos y superficies suponen una disminución importante del riesgo de contagio. Un escenario en el que se ha descrito una tasa alta de contagios es la estancia en residencias o prisiones.

El momento del contacto entre el caso y el individuo sano también supone una diferencia en el riesgo de contagio. A mayor carga viral presente el huésped en el momento del contacto, mayor será el riesgo de que el individuo sano quede infectado por el SARS-CoV-2. Se estima la mayor carga viral en el día 5 desde el inicio de los síntomas, estimando éste el momento de mayor riesgo de transmisión (Cevik, Tate, et al., 2021; Cheng et al., 2020). El riesgo de transmitir la infección es superior cuanto más severos sean los síntomas del caso. Asimismo, si el caso que supone la fuente infecciosa de contacto presenta síntomas más severos, el paciente infectado presenta mayor riesgo de padecer una forma severa de la enfermedad COVID-19 (Cheng et al., 2020). Los individuos asintomáticos pueden transmitir el virus, pero se estima que son responsables de menos contagios que los casos sintomáticos (X. Qiu et al., 2021).

La transmisión del virus se ve afectada también por factores del individuo que tiene contacto con un caso, tales como la edad y el estado inmunológico. La población pediátrica presenta una menor susceptibilidad al contagio del SARS-CoV-2, mientras que las personas mayores de 60 años manifiestan un mayor riesgo de contagio y de severidad en los síntomas (Cevik, Marcus, et al., 2021). En la revisión sistemática realizada por Jutzeler et al. (2020). describen una mayor proporción de pacientes masculinos. Registran un 31% de pacientes que presentaban comorbilidades, siendo la hipertensión (20,93%) la más prevalente, seguida por insuficiencia cardíaca (10,5%) y diabetes mellitus (10,4%). La CDC, *Centers for Disease Control and Prevention*, describe los siguientes factores de riesgo de padecer una forma severa de COVID-19 (Centers for Disease Control and Prevention, 2020c) cáncer, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y patologías pulmonares, diabetes mellitus I y II, condiciones

cardíacas (insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria y miocardiopatías), infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), demencia, sobrepeso y obesidad, embarazo, anemia de células falciformes, tabaquismo activo o pasado, trasplante de órgano sólido o médula ósea, abuso de sustancias, uso de corticoides o inmunosupresores crónico, fibrosis quística y talasemia. El grupo sanguíneo ha demostrado influir en la susceptibilidad a la infección por SARS-CoV-2. Varios estudios (Zhao et al., 2021; Zietz et al., 2020) describen que los individuos del grupo sanguíneo o, es decir, que no presentan las glicoproteínas A ni B en la membrana de sus hematíes, presentan una menor susceptibilidad a este coronavirus; mientras que los individuos del grupo A muestran un mayor riesgo de contraer el COVID-19. Se ha planteado como posible explicación de este hallazgo un papel de los anticuerpos anti-A, presentes en las personas que carecen de esta glicoproteína (grupos B y o) como posibles inhibidores de la adhesión del SARS-CoV-2 al receptor de la ECA2; lo cual se traduce en una mayor dificultad por parte del virus para adherirse e invadir la célula huésped y, por lo tanto, disminuyendo su infectividad (Abu-Hammad et al., 2020; Guillon et al., 2008).

El contexto en el que se da el contacto plantea también diferencias en el riesgo de contagio por SARS-CoV-2. Se transmite más el virus en ambientes interiores comparado con exteriores, y de una manera más notable cuanto menor ventilación y mayor concentración de personas haya. Los brotes más agresivos se han descrito en escenarios donde las personas trabajan, comen y conviven juntas, como residencias de larga estancia, prisiones y fábricas (Ghinai et al., 2020; Guenther et al., 2020). Situaciones en las que se concentre un número elevado de personas, tales como grandes eventos, suponen un riesgo elevado de contagio, tal y como lo fueron en la epidemia del SARS-CoV en 2002-2003, en la que se estima que un 70% de las infecciones se contagiaron en eventos masivos en Hong Kong y Singapur (Li et al., 2004).

Referente a factores socioeconómicos, se presenta una mayor exposición al SARS-CoV-2 cuanto mayor privación social y económica se sufra. Las personas trabajando por salarios bajos, en empleos de cara al público y que requieran desplazarse a su puesto de trabajo en transporte público tienen un mayor riesgo de contagio por el virus. El racismo estructural, el hacinamiento en domicilios, la

inequidad de acceso a un sistema de salud adecuado, y las condiciones de vida y trabajo adversas suponen factores que aumentan el riesgo de contagio y severidad del COVID-19 (Cevik, Marcus, et al., 2021).

A nivel medioambiental, se ha descrito una relación directa entre una exposición crónica a contaminación aérea y un mayor riesgo de desarrollo de formas severas de COVID-19 (Domingo et al., 2020)

### ***Expansión del SARS-CoV-2***

Acorde al modelo de circulación descrito por Frutos (Frutos et al., 2020; Frutos, Gavotte, et al., 2021a, 2021b) el desarrollo de una pandemia puede dividirse en tres fases: la fase de circulación, la fase social y la fase médica.

La primera fase se caracteriza por la circulación del patógeno de unas especies a otras, entre las que se encuentra el ser humano. El entorno más frecuente en que ocurre esta fase es en áreas rurales con presencia de humanos (Afelt et al., 2018). La primoinfección, entendida como el primer humano contagiado por el patógeno, es más probable que ocurra en estas áreas.

La segunda fase es la social, en la que el humano infectado por el patógeno entra en contacto con otros humanos. En esta fase, pueden ocurrir tres eventos: i) que el patógeno sea eliminado, ii) que el patógeno mantenga una capacidad de transmisión baja y iii) que el patógeno desarrolle una capacidad de transmisión alta. En este último escenario, se podría expandir a nivel mundial, alcanzando la dimensión de pandemia, en caso de encontrar un entorno social que lo facilite. Los factores que determinan qué evento se desarrolla están mediados por la evolución y el ambiente. El comienzo de una epidemia es un fenómeno probabilístico, mediado por la probabilidad de transmitir un patógeno a un número mínimo de individuos; es decir, un umbral epidémico, lo cual requiere un número mínimo de individuos en un lugar determinado durante un período mínimo de tiempo; esto es, un bucle de amplificación (Hartfield y Alizon, 2013).

La última fase del desarrollo de una pandemia es la fase médica. En esta fase, los profesionales de la medicina identifican una enfermedad desconocida al recibir

varios pacientes con un conjunto de signos y síntomas desconocido, momento en el cual comienza el estudio epidemiológico de estos primeros pacientes. De este estudio se puede obtener el agente causal de la patología y desarrollar métodos diagnósticos, terapéuticos y preventivos para controlar la enfermedad (Frutos, Pliez, et al., 2021).

A título biológico, un virus requiere varias características para poder tener una expansión mundial. Una de ellas es fijarse a un receptor ubicuo, presente en varias especies, y que sea esencial para el huésped; es decir, no pueda prescindir de él. En este aspecto, el SARS-CoV-2 presenta una ventaja al tener una potente fijación por el receptor de la Enzima Convertidora de Angiotensina II (*ACE2 por sus siglas en inglés*), presente en todos los vertebrados. Otra característica que debe poseer un patógeno para poder expandirse a nivel mundial es tener una baja letalidad. Si el patógeno tiene una alta letalidad, matará a sus huéspedes antes de que pueda transmitirse (Frutos, Pliez, et al., 2021).

No obstante, la biología no es el único factor a tener en cuenta en el desarrollo de una pandemia. El ser humano ha creado su propio ecosistema, la sociedad, regida por sus propias normas. Las dinámicas de este ecosistema determinan la diseminación de patógenos. Siendo esto así, resulta necesario comprender estas dinámicas sociales para poder entender el desarrollo de la pandemia (Frutos, Pliez, et al., 2021).

#### **2.1.4 Fisiopatología**

##### ***El eje Renina-Angiotensina-Aldosterona***

El eje Renina-Angiotensina-Aldosterona es un sistema hormonal que controla la presión arterial. Cuando la presión arterial desciende, los riñones liberan renina para contrarrestarlo (Guyton y Hall, 2016).

La renina se sintetiza y almacena en las células yuxtaglomerulares del riñón. Cuando la presión arterial desciende, ésta se libera y actúa enzimáticamente sobre el angiotensinógeno para liberar un péptido de 10 aminoácidos, la angiotensina I. Posteriormente, se divide el proceso en dos vías: la clásica y la no clásica.

En la vía clásica, la angiotensina I se escinde para dar lugar a un péptido de 8 aminoácidos, la angiotensina II. Esta reacción se cataliza por la Enzima Convertidora de Angiotensina (*ECA* o *ACE*, por sus siglas en inglés), presente mayoritariamente en el endotelio pulmonar, aunque también en los riñones y vasos sanguíneos, donde ejerce una función local (Guyton y Hall, 2016). La angiotensina II es una potente sustancia vasoconstrictora, que ejerce su función durante 1-2 minutos, antes de ser inactivada por angiotensinasas. La angiotensinasa II eleva la presión arterial de manera aguda mediante su acción vasoconstrictora, así como descendiendo la excreción de sal y agua por los riñones estimulando la secreción de aldosterona, con el fin de aumentar el volumen de líquido extracelular con el fin de mantener la presión arterial elevada a largo plazo (Guyton y Hall, 2016). La angiotensina II puede unirse a dos receptores: el receptor de angiotensina II de tipo I y el de tipo II (*AT1* y *AT2*, por sus siglas en inglés). La unión con el receptor AT1 genera vasoconstricción, secreción de aldosterona, reabsorción de sodio, inflamación, estrés oxidativo y un estado pro-fibrótico. La unión de la angiotensina II con su receptor AT2 tiene propiedades vasodilatadoras y anti-fibróticas (Cano et al., 2020).

En la vía no-clásica, la angiotensina I se convierte en angiotensina 1-9 mediante la acción de la Enzima Convertidora de Angiotensina2 (*ECA2* o *ACE2*, por sus siglas en inglés), posteriormente pasando a angiotensina 1-7 mediante la ACE. La angiotensina 1-7 se une al receptor MAS, ejerciendo un efecto vasodilatador, produciendo óxido de nitrógeno (NO) y favoreciendo la natriuresis y la diuresis. Se ha descrito también la degradación de la angiotensina II a angiotensina 1-7 mediante la ACE2, limitando su efecto vasoconstrictor (Cano et al., 2020). La actividad de la ACE2 es el principal mecanismo compensatorio de la vasoconstricción e inflamación generadas por la angiotensina II (Parit y Jayavel, 2021).

Tanto la ACE como la ACE2 se encuentran en el endotelio pulmonar, así como en el corazón, riñones, entre otras ubicaciones (Cano et al., 2020).

### ***Papel de la ACE2***

La Enzima Convertidora de Angiotensina 2 (*ECA2* o *ACE2*, por sus siglas en inglés) es una monooxidasa homóloga a la ACE, descrita en 2007 por Donoghue y Tipnis (Donoghue et al., 2000; Tipnis et al., 2000). Tal y como se ha comentado en

la sección 2.1 de esta tesis, el subdominio S1 de las espículas de la membrana SARS-CoV-2 interactúa con el receptor de la ACE2 de la célula del huésped, provocando un cambio conformacional que permite la entrada del virus en la célula. El estudio de (Guzzi et al., 2020) refleja que el efecto patogénico del SARS-CoV-2 depende de su interacción con el receptor de la ACE2, ya que reduce su función. Un trabajo de Gu et al., (2016) demostró que la concentración en plasma de angiotensina II en infantes infectados con SARS-CoV-2 excedía significativamente sobre el grupo control, apoyando la hipótesis de la regulación a la baja del receptor ACE2, disminuyendo la concentración de angiotensina II que pasa a angiotensina 1-7, aumentando así la concentración de angiotensina II, y, por lo tanto, el estado inflamatorio y pro-fibrótico del tejido. La relación entre la reducción de la actividad de la ACE2, inhibiendo su receptor, y el padecimiento de una forma más severa de patología respiratoria ha sido demostrado en varios artículos (H. Gu et al., 2016; Imai et al., 2005), confirmando el papel protector de la ACE2 sobre el tejido pulmonar.

En resumen, el virus SARS-CoV-2 se une al receptor de la ACE2 en la membrana de la célula huésped para su entrada en la misma, generando una reacción inflamatoria mediante una tormenta de citoquinas e inmune, dando comienzo a las respuestas inmunes innata y adaptativa. Al mismo tiempo, la infección provoca la posible internalización del receptor de la ACE2, disminuyendo su función, favoreciendo el mantenimiento de concentraciones elevadas de angiotensina II, generando así un estado inflamatorio, pro-fibrótico y de estrés oxidativo, dañando así el tejido pulmonar (Cano et al., 2020).

Se hipotetiza sobre una vía de afectación tisular similar en el riñón. Algunos estudios reflejan un porcentaje alto de afectación renal en los pacientes ingresados en la UCI por COVID-19. El receptor de ACE2 se encuentra muy expresado en las células tubulares, glomerulares y en el epitelio vascular del riñón. Se plantea una vía patogénica que implique la progresión de hipovolemia a sepsis, tormenta de citoquinas, hipoxia, shock cardiogénico, necrosis tubular aguda y, en última instancia, daño renal, causada por la inhibición de la actividad del receptor de ACE2 como consecuencia de la infección del SARS-CoV-2. De igual manera que en el pulmón, esta disminución de la actividad de ACE2 conlleva un aumento en la concentración de angiotensina II, generando inflamación del tejido renal, lo cual, en este órgano, puede

implicar mecanismos de isquemia-reperfusión que conlleven endotoxemia y shock (Cano et al., 2020).

### **2.1.5 Clínica**

#### ***Signos y síntomas***

La COVID-19 es la enfermedad generada por el coronavirus SARS-CoV-2. La infección por este patógeno puede cursar de manera asintomática o llegar al fallecimiento por fracaso respiratorio. El curso de la infección es leve o asintomático en un 80-90% de los casos. Un 10% de los casos padecen la forma severa de la enfermedad. Entre los pacientes hospitalizados por esta patología, un 10-20% requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y un 3-10% requieren intubación orotraqueal. Esta patología presenta una mortalidad del 2-5% (Pascarella et al., 2020)

Los signos y síntomas característicos del COVID-19 son fiebre, tos, astenia, disnea, cefalea y mialgia (Madabhavi et al., 2020). También puede presentarse como cuadro gastrointestinal, manifestando diarrea, náuseas y vómitos. Es frecuente padecer hiposmia o anosmia, e hipogeusia o ageusia (Barón-Sánchez et al., 2020), lo cual podría indicar un neurotropismo del virus por el nervio olfatorio. Estos síntomas comienzan tras un período de incubación de unos 5-7 días. El período entre el comienzo de los síntomas y el fallecimiento varía entre los 6 y los 41 días, con una mediana de 14 días (Madabhavi et al., 2020).

La forma severa de la enfermedad se manifiesta como disnea de mínimos esfuerzos, hipoxemia y afectación de más del 50% del parénquima pulmonar. En el estado crítico, se presenta neumonía, shock y un Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) que provoca un fallo multiorgánico, y, en el peor de los escenarios, el fallecimiento (Pascarella et al., 2020). Se han descrito casos de hipoxemia silente, en los que se desarrolla el fallo respiratorio sin que el paciente presente disnea previamente (Xie et al., 2020).

## ***Pruebas complementarias***

La primera prueba radiológica que se suele solicitar a la admisión hospitalaria del paciente es una radiografía torácica con rayos X, que suele ser anodina en estadíos leves de la enfermedad, presentando alteraciones en el 69% de los ingresos hospitalarios. La alteración más prevalente son opacidades aéreas, consolidaciones u opacidades en vidrio deslustrado bilaterales, periféricas y de predominio en lóbulos inferiores (Madabhavi et al., 2020). Un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados por neumonía por COVID-19 presentan alteraciones radiológicas en una prueba de Tomografía Computarizada (TC) pulmonar, pudiendo manifestar patrones de broncograma aéreo u opacidades en vidrio deslustrado con o sin consolidación (Jutzeler et al., 2020). Es frecuente el uso de la ecografía para monitorizar el progreso de la enfermedad (Pascarella et al., 2020).

En cuanto a los parámetros de laboratorio, los pacientes presentan alterados marcadores inflamatorios, tales como una elevación de la interleukina 6 y un descenso en la velocidad de sedimentación globular (VSG), así como un estado pro-coagulante, manteniendo niveles altos de dímero D y fibrinógeno. Asimismo, se describe daño celular al ser frecuente la elevación de la lactato deshidrogenasa (LDH). Es frecuente el aumento de la creatina kinasa-MB (CPK-MB) y procalcitonina (Jutzeler et al., 2020; Madabhavi et al., 2020). Esta última puede indicar una sobreinfección bacteriana. Se describe también leucopenia, de predominio linfopénico. Un recuento linfocitario menor a 1000, un aumento de creatina, procalcitonina, dímero D, VSG, tiempo de protrombina, cociente ALT/AST, y CPK-MB están asociados a un estado de la enfermedad severo. El aumento en la LDH y dímero D están relacionados con un mayor riesgo de desarrollar síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) (Madabhavi et al., 2020).

### **2.1.6 Diagnóstico**

Por el momento, se utilizan tres tipos de pruebas para la detección de la infección por SARS-CoV-2: RT-PCR (*por sus siglas en inglés, real time polymerase chain reaction*), test de anticuerpos contra SARS-CoV-2 (detección de inmunoglobulinas IgG, IgM e IgA) y test rápido de detección de antígenos. Hasta la fecha, la técnica más fiable para detectar la infección por SARS-CoV-2 es una prueba

de RT-PCR). A partir de los 7-10 días del debut de los síntomas, la detección de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en sangre resulta altamente fiable. Se podrían utilizar técnicas de cultivo virales, pero se carecen de medios para emplearlas de forma rutinaria (Vandenberg et al., 2021).

### ***RT-PCR***

La técnica de la Reacción de Polimerasa en Cadena a tiempo real (*PCR-RT* o *RT-PCR por sus siglas en inglés, real time polymerase chain reaction*) detecta la presencia de RNA viral (Gibbs, 1990).

En primer lugar, se transcribe de forma inversa el RNA viral a una cadena de DNA complementario (cDNA). Es una transcripción inversa puesto que transcribe de RNA a DNA, en vez de transcribir una cadena de RNA a partir de una de DNA. Se diseñan oligonucleótidos complementarios a los extremos de la secuencia que se quiere amplificar. En una disolución, se mezcla la cadena de cDNA a amplificar y desoxirribonucleótidos trifosfato que serán utilizados para las cadenas copia. Se calienta la mezcla para la desnaturalización de la hebra molde de cDNA y se enfría posteriormente para favorecer la unión de los cebadores. Posteriormente, la cDNA polimerasa coloca nucleótidos complementarios a la cadena molde en dirección 5' a 3', creando la cadena copia. Así finaliza el primer ciclo de amplificación. Este proceso se repite en cadena, generando un número  $2^n$  de copias de DNA de doble-hebra, siendo n el número de ciclos de PCR realizados. Se amplifica el material genético con el fin de poder detectarlo después por visualización en gel o secuenciación (Gibbs, 1990).

La RT-PCR o PCR cuantitativa es aquella en la que se han realizado los ciclos de amplificación con la suficiente reproducibilidad como para estimar la cantidad de hebras originales (Gibbs, 1990). La RT-PCR permite valorar la carga viral de SARS-CoV-2, que se define como la cantidad de partículas víricas por unidad de volumen y está directamente relacionada con una mayor probabilidad de padecer formas severas de COVID-19. El proceso de realización de la RT-PCR dura de media 4-6 horas, pudiendo ser menos, dependiendo el material disponible (Weissleder et al., 2020)

Para realizar un diagnóstico molecular que identifique la presencia de SARS-CoV-2 mediante RT-PCR, así como mediante tests rápidos de antígenos, se pueden tomar muestras de la vía respiratoria alta o baja. Como primera opción, se recomienda la toma de muestra con hisopo en la mucosa nasofaríngea u orofaríngea. En pacientes intubados puede utilizarse la aspiración traqueal o el lavado broncoalveolar para recoger esputos (Pascarella et al., 2020).

Hasta la fecha, la RT-PCR es el gold-standard para el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 (Mak et al., 2020).

### ***Test de anticuerpos contra SARS-CoV-2***

Los tests de anticuerpos detectan la presencia de inmunoglobulinas IgG, IgM e IgA contra el patógeno. La muestra necesaria para la detección de estos anticuerpos es una extracción de sangre, que bien puede ser de origen arterial, venoso o capilar, para obtener el suero en el que se encuentran los anticuerpos (Kopel et al., 2021). Estos tests utilizan proteínas virales recombinantes, péptidos cultivados de *Escherichia Coli* o células embrionarias renales humanas 293 (*HEK 293*, por sus siglas en inglés, *Human Embryonic Kidney cells 293*) como reactantes de captación para detectar anticuerpos IgG e IgM humanos (Weissleder et al., 2020).

Como comentamos en [secciones anteriores](#), los linfocitos B se diferencian a células plasmáticas productoras de inmunoglobulinas (o anticuerpos) tras la presentación del antígeno por parte de las células presentadoras de antígenos (*CPA* o *APC*, por sus siglas en inglés). La IgM se produce de forma aguda, como primera respuesta, mientras que la IgG se genera más tarde, pero sus niveles se mantienen de forma crónica, generando la inmunidad a largo plazo tras la infección o vacuna. La IgA se encuentra en las mucosas y también contribuye en la respuesta inmune innata (Kopel et al., 2021).

Los tests serológicos de detección de anticuerpos se utilizan para determinar una exposición viral previa o actual, determinar el estado inmunológico del paciente ante el SARS-CoV-2 y valorar la eficacia de la vacunación (Weissleder et al., 2020).

La precisión de estos tests puede ser cercana al 100% si la muestra se obtiene cerca de los días 12 a 20 de infección o desde el debut de lo síntomas. En días previos, la respuesta inmune todavía se está desarrollando, por lo que estos tests presentan menor especificidad y sensibilidad, y se podría etiquetar como negativo un paciente que está incubando la infección, ralentizando la aplicación de medidas terapéuticas y preventivas (Weissleder et al., 2020). Se ha descrito una correlación directa entre los títulos de IgG generados y la severidad de la clínica. Los pacientes que padecen una forma más severa del COVID-19 generan mayor cantidad de anticuerpos IgG. También se describió que los casos más leves alcanzan la concentración pico de IgM más rápido que los casos severos (X. Liu et al., 2020).

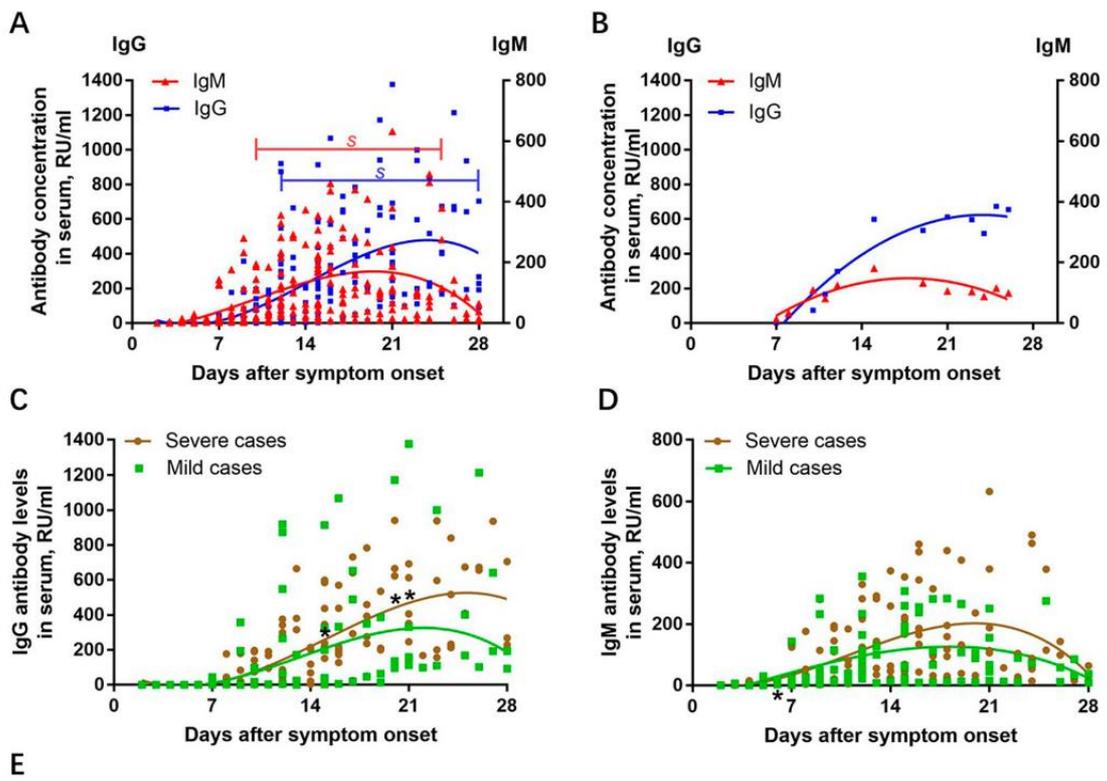


Figura 1. Patrones de respuesta de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 S en pacientes con COVID-19.

(A) Patrones de respuesta de anticuerpos IgG e IgM en muestras de suero de los 32 pacientes con COVID-19 confirmado; s, diferencia significativa mediante ANOVA no paramétrico de medidas repetidas; (B) Respuesta de anticuerpos IgG e IgM en una mujer de 65 años con COVID-19 grave; (C) Diferencia en la respuesta de anticuerpos IgG anti-SARS-CoV2 entre casos graves y casos leves;

(D) Diferencia en la respuesta de anticuerpos IgM anti-SARS-CoV-2 entre casos graves y casos leves. (E) Número de muestras de sangre recogidas durante el periodo de estudio. \*Se consideró que  $p < 0,05$  era estadísticamente significativo. En “*Patterns of IgG and IgM antibody response in COVID-19 patients*” de X. Liu et al., 2020.

### ***Test de antígenos***

Los tests rápidos de antígenos detectan la presencia de la nucleocápside (N) o la proteína espícula (S) en la muestra, que suele ser un hisopado nasofaríngeo, mediante inmunocromatografía o técnica de ELISA (*por sus siglas en inglés, enzyme-linked immunoabsorbent assay*) (Weissleder et al., 2020). Muestran información cualitativa acerca de la presencia de estas proteínas, no cuantitativa, como el resto de las técnicas diagnósticas (Mak et al., 2020).

Este tipo de tests ha demostrado tener una sensibilidad limitada, siendo recomendable complementar la prueba con una RT-PCR en casos cuyo resultado sea negativo, pero haya una alta sospecha de infección, bien por el tipo de contacto o por la clínica del paciente (Mak et al., 2020).

### ***Valoración de las técnicas diagnósticas***

La precisión de un test diagnóstico viene determinada por cuatro características (Parikh et al., 2008):

- Sensibilidad: la habilidad del test para obtener un resultado positivo en un paciente con la patología. En este caso, la infección por SARS-CoV-2. Un resultado negativo en una prueba altamente sensible sugiere una alta probabilidad de no padecer la enfermedad.

$$S = \frac{\textit{Verdadero Positivo}}{\textit{Verdadero Positivo} + \textit{Falso Negativo}}$$

- Especificidad: la habilidad del test para obtener un resultado negativo en una persona no infectada. Un resultado positivo en una prueba altamente específica sugiere una alta probabilidad de presentar la enfermedad.

$$E = \frac{\textit{Verdadero Negativo}}{\textit{Verdadero Negativo} + \textit{Falso Positivo}}$$

- Valor Predictivo Positivo: probabilidad de que una persona con un resultado positivo tenga la infección.

$$VPP = \frac{\textit{Verdadero Positivo}}{\textit{Verdadero Positivo} + \textit{Falso Positivo}}$$

- Valor Predictivo Negativo: probabilidad de que una persona con un resultado negativo esté libre de la infección.

$$VPN = \frac{\textit{Verdadero Negativo}}{\textit{Verdadero Negativo} + \textit{Falso Negativo}}$$

La prueba gold-standard es aquella que reúne las mejores condiciones para el diagnóstico de la enfermedad, las cuales variarán dependiendo de la situación.

La sensibilidad y la especificidad son inversamente proporcionales, lo cual implica que a mayor sensibilidad presente una prueba diagnóstica, menor será su especificidad, y viceversa. Por lo tanto, depende de la intención diagnóstica, se preferirá una prueba más sensible o una más específica. Si se prefiere detectar una patología prevalente, se preferirá una prueba más sensible, para descartar los negativos con mayor seguridad, aunque se asuma una tasa mayor de falsos positivos, como son los programas de cribado (Parikh et al., 2008).

Los valores predictivos positivo y negativo están directamente relacionados con la prevalencia de la patología en la población. Si la prevalencia de la patología es baja, el número de falsos positivos aumentará proporcionalmente más que el de verdaderos positivos, disminuyendo el valor predictivo positivo, provocando que se etiquete como casos personas sin la afectación y se le aplique un tratamiento de forma innecesaria. El valor predictivo negativo es inversamente proporcional al valor predictivo positivo. Posterior a esa prueba sensible, en un programa de cribado, se empleará una prueba más específica para asegurar que los positivos sean casos. (Parikh et al., 2008)

En su estudio, (Bisoffi et al., 2020) compararon varias técnicas diagnósticas, describiendo que la RT-PCR posee una sensibilidad del 91,8%, especificidad del 100%, VPP de 100 % y VPN del 97,4%; mientras que los tests serológicos tenían una

sensibilidad menor del 50% y valores predictivos tanto positivos como negativos bajos, aunque mantenían una especificidad alta.

En conclusión, de las distintas técnicas diagnósticas de infección por SARS-CoV-2, la RT-PCR se considera la gold-standard, por su alta especificidad, aunque se recomienda aumentar su sensibilidad compaginándola con un test de anticuerpos (Dramé et al., 2020). Si hubiera una alta probabilidad pre-test de que el individuo esté infectado, por un contacto de alto riesgo o una clínica que sugestiva de COVID-19, se recomienda realizar pruebas complementarias a pesar de un resultado de RT-PCR negativo (Weissleder et al., 2020).

### **2.1.7 Tratamiento y pronóstico**

#### ***Tratamiento ambulatorio***

En el tratamiento del COVID-19, participan unos principios generales, como son: el autocuidado del paciente, un triaje inicial telefónico, en condiciones ideales; el uso de herramientas de telemedicina cuando sea posible, diagnóstico específico de infección por SARS-CoV-2 y la aplicación de medidas de aislamiento del paciente, entre otras estrategias para disminuir el riesgo de contagio. En las epidemias protagonizadas por el SARS-CoV y el MERS-CoV, no se hallaron tratamientos específicos eficientes (Sanders et al., 2020). No obstante, en la actualidad hay numerosos ensayos buscando tratamientos específicos contra el SARS-CoV-2.

En el 80% de los casos, la enfermedad se manifiesta en su forma más leve, no requiriendo una intervención médica, ni hospitalización (Stokes et al., 2020; World Health Organization, 2020a). En estos casos, el seguimiento del paciente por vías telemáticas es de elección, con el fin de asegurar el mínimo riesgo de contagio (Agarwal et al., 2021; Annis et al., 2020; Hui et al., 2020; Medina et al., 2020; Pritchett et al., 2021). En estos casos, el objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas, mediante el uso de antipiréticos y analgésicos para limitar la fiebre, el malestar y la cefalea. Se suele prescribir acetaminofén (paracetamol), y antiinflamatorios no esteroideos (AINES). En caso de dificultad respiratoria, se recomienda el reposo en posición prona y ejercicios de fortalecimiento del diafragma (Caputo et al., 2020). Se debe evaluar con frecuencia la dificultad respiratoria para

indicar el ingreso hospitalario ante signos de empeoramiento. Se recomienda un mantenimiento adecuado de la hidratación. Si la tos interfiere en el descanso del paciente, se puede prescribir un fármaco antitusígeno como el dextrometorfano. (Cohen y Blau, 2021).

Los pacientes que manifiesten una enfermedad leve – moderada con factores de riesgo que orienten a una posible progresión hacia su forma severa, pero que puedan beneficiarse de un tratamiento ambulatorio, por no requerir aporte de oxígeno o, en caso de necesitarlo de manera crónica, no haber aumentado su requerimiento habitual, pueden beneficiarse del uso de terapias basadas en anticuerpos monoclonales. Actualmente está autorizado en Estados Unidos el uso de casirivimab-imdevimab, sotrovimab y bamlanivimab-etesevimab (Cohen y Blau, 2021; Dougan et al., 2021; FDA, 2021; Gottlieb, 2020). El tratamiento con anticuerpos monoclonales debe ser administrado a la mayor brevedad para maximizar su efecto, procurando que sea en los primeros 10 días desde el inicio de los síntomas (National Institutes of Health, 2021a). Esta terapia debe aplicarse con independencia del estado de vacunación del paciente (Centers for Disease Control and Prevention, 2021b; National Institutes of Health, 2021b).

En la actualidad, se está investigando el uso de distintas terapias de uso ambulatorio, aunque aún no deben ser prescritas más allá del ámbito de un ensayo clínico. Estos tratamientos son: molnupiravir (Merck, 2021) , plasma de convalecencia de altos títulos (Libster et al., 2021), glucocorticoides sistémicos (National Institutes of Health, 2021), glucocorticoides inhalados (Ramakrishnan et al., 2021), colchicina (Tardif et al., 2021), ivermectina (Popp et al., 2021), fluvoxamina (Lenze et al., 2020), e hidroxicloroquina (Mitjà et al., 2020).

### ***Tratamiento hospitalario***

El manejo general del paciente hospitalizado precisa (A. Y. Kim y Gandhi, 2021):

- Tratamiento empírico de la infección por influenza, si se está en temporada de gripe. Éste puede ser a través de inhibidores de la neuraminidasa (zanamivir, oseltamivir, peramivir), aptos contra la influenza A y B; un inhibidor selectivos de la

endocucleasa cap-dependiente (baloxavir), apto contra influenza A y B; o adamantanos (amantadine o rimantadine), aptos sólo contra influenza A. (Centers for Disease Control and Prevention, 2021a; FDA, 2020; A. Y. Kim y Gandhi, 2021; Uyeki et al., 2019; Zachary, 2021).

- Tratamiento empírico de la neumonía bacteriana, en caso de haberla.

- Prevención y evaluación del tromboembolismo venoso. Dado que el COVID-19 favorece un estado de hipercoagulabilidad, se previene farmacológicamente en todos los pacientes ingresados por COVID-19, excepto en situaciones de contraindicación absoluta (sangrado activo, por ejemplo). Los fármacos recomendados son las heparinas de bajo peso molecular (enoxaparina, dalteparina, nadroparina, tinzaparina) (Cuker et al., 2021; Cuker y Peyvandi, 2021; INSPIRATION Investigators et al., 2021; Martinelli et al., 2021; Peyvandi et al., 2021).

- Uso de AINEs, si el paciente los precisa, para el manejo sintomático de la fiebre, malestar y cefalea.

- Evitar en la medida de lo posible la prescripción de medicación nebulizada.

- Atender las prescripciones activas crónicas del paciente. Mantener los tratamientos con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II (IECAs), estatinas y ácido acetilsalicílico; pero evaluar de forma individual el riesgo de mantener los tratamientos con agentes inmunomoduladores (American Heart Association, 2020; European Society of Cardiology, 2020; Pal et al., 2021).

- Valoración del estado respiratorio del paciente. Aportar oxigenación o ventilación mecánica cuando el paciente lo precise.

El tratamiento del COVID-19 presenta varias opciones:

- El uso de dexametasona. Se recomienda el uso de 6mg/día de dexametasona durante 10 días en pacientes graves que precisen soporte ventilatorio o de oxigenación. Este fármaco ha demostrado una reducción en la mortalidad por COVID-19 (Department of Health and Social Care - United Kingdom Government,

2020; Infectious Diseases Society of America, 2021; RECOVERY Collaborative Group et al., 2021; Rochweg, Agarwal, Siemieniuk, et al., 2020; Siemieniuk et al., 2020).

- Baricitinib e inhibidores de JAK. Baricitinib es un inhibidor de la Janus Kinasa (JAK), utilizado frecuentemente en el tratamiento de la artritis reumatoide. Se recomienda su uso en pacientes que requieren oxígeno a alto flujo o ventilación mecánica no invasiva, pero cuya evolución de la clínica oriente a formas severas de COVID-19, a pesar del soporte respiratorio y el tratamiento con dexametasona (Marconi et al., 2021).

- Inhibidores de la vía de la IL-6 (tocilizumab). Se recomienda el uso de tocilizumab en pacientes que requieren un potente soporte ventilatorio o de oxigenación, a pesar del tratamiento con dexametasona, y mantienen elevados los marcadores inflamatorios en la analítica o cuyo requerimiento de soporte respiratorio haya aumentado a causa del COVID-19. Este fármaco bloquea la vía inflamatoria de la interleuquina 6, que participa en la cascada inflamatoria generada por el SARS-CoV-2. Se desaconseja el uso de tocilizumab en combinación con baricitinib, ya que se desconoce si existen interacciones entre ambos fármacos (P. Mehta et al., 2020).

- Remdesivir. Este fármaco es un análogo de nucleótidos que ha demostrado actividad in vitro contra el virus SARS-CoV-2 (M. Wang, Cao, et al., 2020). Al ser un fármaco reciente, su efecto está aún por estudiar. Es por ello que hay guías, como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que desaconsejan su uso (Rochweg, Agarwal, Siemieniuk, et al., 2020), mientras que otras, como la de la Infectious Diseases Society of America and the National Institutes of Health, recomiendan su uso (Infectious Diseases Society of America, 2021). En pacientes hospitalizados por formas severas de la enfermedad, remdesivir no ha demostrado eficacia, según varios estudios randomizados (Ansems et al., 2021; Beigel et al., 2020; Rochweg, Agarwal, Zeng, et al., 2020; Siemieniuk et al., 2020; Y. Wang, Zhang, et al., 2020; WHO Solidarity Trial Consortium et al., 2021; Wilt et al., 2021). Sin embargo, en pacientes con formas moderadas de COVID-19, remdesivir podría tener un beneficio modesto, aunque aún queda por determinar la relevancia clínica del mismo (Beigel et al., 2020).

- Terapias basadas en el uso de anticuerpos contra SARS-CoV-2. Existen dos opciones: tratamientos con anticuerpos monoclonales anti-SARS-CoV-2 y terapia con plasma convaleciente. Ninguna de las opciones ha demostrado eficacia hasta la fecha, pero siguen en estudio (ACTIV-3/TICO LY-CoV555 Study Group et al., 2021).

El uso de azitromicina con o sin hidroxiclороquina se ha desaconsejado en el tratamiento del COVID-19 (Cavalcanti et al., 2020; Furtado et al., 2020; Gautret et al., 2020; Million et al., 2020; Molina et al., 2020; RECOVERY Collaborative Group et al., 2021; Rosenberg et al., 2020). así como el uso de lopinavir-ritonavir (Arabi et al., 2021; B. Cao et al., 2020; RECOVERY Collaborative Group, 2020; World Health Organization, 2021a; C. Wu et al., 2020).

En la actualidad, se está estudiando el uso de ivermectina (*COVID-19 LNMA*, 2021; Popp et al., 2021; Roman et al., 2021; Siemieniuk et al., 2020), hidroxiclороquina (Arabi et al., 2021; Cavalcanti et al., 2020; National Institutes of Health, 2020; RECOVERY Collaborative Group et al., 2020; W. Tang et al., 2020; World Health Organization, 2021a), favipiravir (Bosaeed et al., 2021; Ivashchenko et al., 2021; Manabe et al., 2021; Solaymani-Dodaran et al., 2021), interferones (Bastard et al., 2020; Clementi et al., 2020; Q. Zhang et al., 2020) , y el uso de inhibidores de la vía de la interleuquina 1 (IL-1) como la anakinra (Cavalli et al., 2020, 2021; Huet et al., 2020; Pontali et al., 2020; Ucciferri et al., 2020), entre otros. (A. Y. Kim y Gandhi, 2021).

### ***Pronóstico***

El 80% de los pacientes padecen la forma leve de COVID-19, remitiendo los síntomas en 7-10 días. El curso más frecuente de la forma severa de COVID-19 consta de la aparición de disnea tras unos 6 días de síntomas compatibles con un cuadro gripal, que requiera hospitalización a los 8 días y precise intubación orotraqueal tras 10 días de hospitalización (Bouadma et al., 2020).

Una mayor edad, ser varón y presentar comorbilidades previas está asociado a un mayor riesgo de severidad en el curso del COVID-19. En concreto, padecer hipertensión, diabetes mellitus, patologías cardíacas previas, o enfermedad pulmonar

obstructiva crónica se han asociado con un peor desenlace en la infección por SARS-CoV-2 (Jutzeler et al., 2020).

### **2.1.8 Prevención**

Se han propuesto numerosas medidas preventivas para disminuir la transmisión y contener la expansión del SARS-CoV-2 (McIntosh, 2021).

- Medidas preventivas personales. Lavado de manos frecuente, especialmente tras un contacto con superficies en público (Hirose et al., 2020); cubrirse la boca con el pliegue anterior del codo al estornudar o toser, evitar tocarse la cara, ventilar adecuadamente los espacios (Centers for Disease Control and Prevention, 2020d; Lindsley et al., 2021) y limpiar y desinfectar las superficies con frecuencia (Honein et al., 2020).

- Mantenimiento de una distancia social de, como mínimo 2 metros (Chu et al., 2020; Islam et al., 2020; Rubin et al., 2020).

- Uso de mascarillas. La OMS recomienda el uso de mascarillas cuando el mantenimiento de una distancia social mayor de 2 metros sea imposible, así como en entornos interiores con escasa ventilación. Las personas que estén cuidando a pacientes con COVID-19 deberían llevar una mascarilla, también (World Health Organization, 2020d). Las mascarillas pueden ser de tela o de distintos niveles de protección (FFP1 o mascarillas quirúrgicas, FFP2 o FFP3).

A nivel nacional, se han adoptado distintas medidas desde el inicio de la pandemia, las cuales han demostrado ser eficaces en la reducción de la incidencia de COVID-19 (Flaxman et al., 2020; Lyu y Wehby, 2020; Marriott et al., 2021; Pan et al., 2020; Sen et al., 2020; Tian et al., 2020).

- Orden de mantener la distancia social, restringiendo aforos.
- Confinamiento domiciliario.
- Prohibición de realización de eventos multitudinarios.
- Restricción de los viajes

- Seguimiento intenso de casos y contactos estrechos.
- Regímenes de aislamiento y cuarentena de los casos detectados.

La vacunación en masa parece ser la medida más efectiva para reducir la incidencia de COVID-19 (World Health Organization, 2020b).

### **2.1.9 Vacunación**

Las vacunas contra el SARS-CoV-2 tienen como objetivo antigénico la proteína S de la espícula, que emplea el virus para entrar en la célula mediante su unión con el receptor de la ACE2 (Zhou et al., 2020). Los anticuerpos de la vacuna se unen a la proteína S, impidiendo esa unión y, por lo tanto, la entrada del virus en la célula (Krammer, 2020). Varios estudios (Chandrashekar et al., 2020; Deng, 2020) reflejan que la vacunación puede generar la capacidad de prevenir la infección por SARS-CoV-2 (K. M. Edwards y Orenstein, 2021).

#### ***Tipos de vacunas***

- Vacunas con virus inactivados. Se desarrollan cultivando el virus in vitro e inactivándolo químicamente. Estas vacunas tienen como objetivo no sólo la proteína S de la espícula, sino más componentes del virus (Plotkin et al., 2017).

- Vacunas con virus vivos atenuados. Se desarrollan produciendo formas del virus genéticamente modificadas para ser menos agresivos. A pesar de que inducirían una respuesta inmune más potente, se prefieren las vacunas de virus inactivados por su seguridad (Plotkin et al., 2017).

- Vacunas con proteínas recombinantes. Estas vacunas están formadas por compuestos del virus. Se están estudiando vacunas con la proteína S de la espícula recombinante y con dominios de unión al receptor (McGill COVID19 Vaccine Tracker Team, 2021).

- Vacunas de vectores virales. Usan una versión modificada de otro virus, al que le añaden proteínas de SARS-CoV-2, que son reconocidas por el sistema inmune. Estos virus vectores pueden ser capaces o no de replicarse (McGill COVID19 Vaccine Tracker Team, 2021).

- Vacunas DNA. Consisten en una porción pequeña (plásmido) de DNA que contiene promotores y la secuencia del gen cuya proteína se pretende reconocer (McGill COVID19 Vaccine Tracker Team, 2021).

- Vacunas RNA. Fueron las primeras vacunas anti-SARS-CoV-2 creadas y suponen una nueva aproximación al desarrollo de vacunas. El RNA mensajero (RNAm) se introduce en la célula y se vale de su maquinaria genética para producir la proteína S ante la cual reaccionará el sistema inmune. Posteriormente, la célula descompone la partícula de RNAm y lo elimina (McGill COVID19 Vaccine Tracker Team, 2021).

En la página web <https://covid19.trackvaccines.org/vaccines/> se pueden encontrar las vacunas que han sido y están siendo desarrolladas, y en qué fase están. Con la última actualización siendo el 4 de marzo del 2023, se han aprobado 50 vacunas en al menos un país del mundo. En España, se han aprobado once: dos basadas en subunidades proteicas (*Nuvaxovid* de los laboratorios Novavax y *VidPrevtyn Beta* de Sanofi/GSK), seis que emplean RNA (*Spikevax*, *Spikevax Bivalent Original/Omicron BA.1* y *Spikevax Bivalent Original/Omicron BA.4/BA.5* del laboratorio Moderna; *Comirnaty*, *Comirnaty Bivalent Original/Omicron BA.1* y *Comirnaty Bivalent Original/Omicron BA.4/BA.5* de Pfizer/Biotech), otras dos basadas en vectores virales no-replicantes (*Jcovden* de Janssen - Johnson & Johnson y *Vaxzevria* de Oxford/AstraZeneca), y, por último, una basada en virus inactivados (*VLA2001* de Valneva) (VIPER Group COVID19 Vaccine Tracker Team, 2022).

### ***Consideraciones especiales sobre la vacunación***

En pacientes que hayan superado ya el COVID-19, se recomienda mantener la pauta de vacunación, retrasándola hasta la completa recuperación. Estos pacientes tienen un mayor riesgo de padecer síntomas adversos leves (fiebre, malestar, mialgias) tras la vacunación que individuos que no hayan tenido contacto con el virus previamente. Se prefiere retrasar la aplicación de la vacuna en pacientes que hayan recibido tratamientos con anticuerpos monoclonales o con plasma de convalecencia recientemente (World Health Organization, 2021b).

Se recomienda vacunar a las personas inmunosuprimidas, a pesar de que la efectividad de la vacuna sea inferior, ya que el perfil de seguridad y eficiencia de las vacunas es alto. Se sugiere aplicar una dosis extra y, de ser posible, combinarlo con descansos del tratamiento inmunosupresor si esta fuera la causa del compromiso del sistema inmune (Dooling, 2021).

Se indica la vacunación de las personas embarazadas, dado que las vacunas empleadas no utilizan virus capaces de replicarse y, por lo tanto, son incapaces de generar la enfermedad. La evidencia científica muestra que es altamente improbable que la vacuna suponga un riesgo para las personas que quieran quedarse embarazadas, actualmente embarazadas, para el feto, ni durante la lactancia (Ciapponi, Bardach, Mazzoni, Alconada, Anderson, Argento, Ballivian, Bok, Comandé, Erbeling, Goucher, Kampmann, Karron, Munoz, Palermo, Parker, Rodriguez Cairolí, Santa, et al., 2021; Ciapponi, Bardach, Mazzoni, Alconada, Anderson, Argento, Ballivian, Bok, Comandé, Erbeling, Goucher, Kampmann, Karron, Munoz, Palermo, Parker, Rodriguez Cairolí, Santa María, et al., 2021; Male, 2021).

La población pediátrica también es candidata a la vacunación.

### ***Contraindicaciones***

La única contraindicación de la vacuna es haber padecido una reacción alérgica grave a la vacuna o a alguno de sus componentes (World Health Organization, 2021b).

### ***Efectividad***

La vacunación ha demostrado ser efectiva conteniendo la expansión del SARS-CoV-2 (CDC COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigations Team, 2021; Teran et al., 2021). Sin embargo, se siguen registrando infecciones en personas vacunadas, ya que ninguna vacuna es efectiva al 100%. No obstante, la proporción de pacientes que han desarrollado formas severas y fatales del COVID-19 es notablemente inferior en la población vacunada en comparación con las personas sin vacunar. La vacunación está relacionada con mayor probabilidad de cursar la infección de forma

asintomática o mostrar síntomas más leves y menor número de ellos durante un menor período de tiempo (Antonelli et al., 2021; CDC COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigations Team, 2021; Hagan et al., 2021; Olsen et al., 2021; Teran et al., 2021).

Los datos en relación con la efectividad de la vacunación contra las variantes de preocupación (*VOC, por sus siglas en inglés*) sin limitados. Aún así, parece que las vacunas actuales son menos efectivas contra la variante Delta (B.1.617.2) (Fowlkes et al., 2021; Keehner et al., 2021; Lopez Bernal et al., 2021; Nasreen et al., 2021; Sheikh et al., 2021).

### ***Efectos adversos***

Los efectos adversos más comunes son las reacciones locales y sistémicas leves. Incluyen dolor en el lugar de la inyección, aumento de tamaño de los ganglios linfáticos axilares ipsilaterales, fiebre, astenia y cefalea, así como los síncope (World Health Organization, 2021b).

Las vacunas de Janssen y Astrazeneca se han asociado a un incremento del riesgo de padecer eventos trombocitopénicos, relacionados con autoanticuerpos dirigidos contra el factor plaquetario 4 (FP4) (Greinacher et al., 2021; Pai et al., 2021; Schultz et al., 2021). La incidencia parece ser extremadamente rara. Se ha descrito un pequeño número de casos entre decenas de millones de individuos vacunados. La mayor parte de ellos se encuentran en Noruega (Greinacher et al., 2021; Schultz et al., 2021; Scully et al., 2021; Warkentin y Cuker, 2021).

En individuos varones y jóvenes se ha registrado una frecuencia superior a la esperada de miocarditis y pericarditis leves tras la vacunación con una pauta de RNA (Gargano et al., 2021).

En la actualidad, se está investigando una posible relación entre las vacunas que usan un adenovirus como vector, es decir, Janssen y Astrazeneca, y el Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Hasta que quede aclarado, aquellos pacientes con historial previo de SGB se beneficiarían de recibir una vacuna basada en RNA, en lugar de una vacuna de vector de adenovirus (Abu-Rumeileh et al., 2021; McDonnell et al., 2020).

## **2.1.10 Situaciones especiales**

### ***Población pediátrica***

La población pediátrica puede padecer COVID-19. No obstante, los niños y niñas, especialmente los y las menores de 12 años, parecen padecerlo con menor frecuencia que la población adulta (CDC COVID-19 Response Team, 2020; Centers for Disease Control and Prevention, 2020b; Dawood, Porucznik, et al., 2021; de Lusignan et al., 2020; Deville et al., 2021; Dong et al., 2020; Grijalva et al., 2020; Hobbs et al., 2021; X. Lu et al., 2020; Wei et al., 2020; Zimmermann y Curtis, 2020). La incidencia de COVID-19 aumenta con la edad, así como la transmisibilidad, en la cual también influye la carga viral. Al igual que en la población adulta, tanto la transmisibilidad como la carga viral son mayores en pacientes sintomáticos que en asintomáticos (Deville et al., 2021; Hirschman et al., 2020; Lopez et al., 2020).

La población pediátrica cursa con mayor frecuencia la patología de forma asintomática o levemente sintomática, con un tiempo de remisión medio de 1 o 2 semanas, y precisa de hospitalización en una notable menor proporción que la población adulta. No obstante, la hospitalización de niños, niñas y adolescentes aumentó cuando se diseminó la variante Delta (B.1.617.2) (Beck y Gandhi, 2021; Lee y Raszka, 2020; Webb y Osburn, 2021). Los síntomas de COVID-19 en la población pediátrica son similares a los de la población adulta, pero su frecuencia varía (Bixler et al., 2020; Poletti et al., 2021). La fiebre sigue siendo el síntoma más común en niños y niñas (Bixler et al., 2020; Han et al., 2021; Irfan et al., 2021). Los síntomas gastrointestinales pueden manifestarse en ausencia de clínica respiratoria, siendo los más frecuentes diarrea, vómitos y dolor abdominal (Chua et al., 2021; Dong et al., 2020; Moradveisi et al., 2020; Tian et al., 2020).

La mortalidad en niños, niñas y adolescentes es infrecuente. Hay estudios que describen una mortalidad en población pediátrica del 0,17 por cada 100.000 (Bhopal et al., 2021).

La razón de que la población pediátrica padezca formas menos severas de COVID-19 es una incógnita. Se plantean diferentes hipótesis, tales como una relación entre una menor respuesta inmune en niños y niñas comparado con la población

adulta (P. Mehta et al., 2020; Yonker et al., 2020) o una menor expresión del receptor de ACE2 en la vía respiratoria de niños y niñas (Bunyavanich et al., 2020), entre otras. Asimismo, el hecho que de se realicen menos pruebas diagnósticas a la población pediátrica que a la adulta puede estar relacionado con la menor prevalencia de COVID-19 en este grupo (Hyde, 2021; Smith et al., 2021).

### ***Personas embarazadas***

Un informe del Equipo de Resultados Vinculados al Embarazo y al Lactante, del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (*CDC, por sus siglas en inglés*) describe una frecuencia diferente de ciertos síntomas en personas embarazadas versus personas no embarazadas. Por ejemplo, las gestantes presentan más a menudo náuseas, vómitos y disnea, pero en menor proporción otros síntomas, tales como fiebre, mialgias o cefalea (Berghella y Hughes, 2021; Zambrano et al., 2020).

Algunos síntomas de COVID-19 pueden solaparse con un estado de embarazo sin alteraciones, como son la fatiga, la disnea o las náuseas y vómitos, así como la leucocitosis. El resto de los signos, síntomas y hallazgos de laboratorio y radiológicos son idénticos en personas embarazadas y no embarazadas (Allotey et al., 2020; Oshay et al., 2021).

Los estudios hasta la fecha indican que el embarazo no es una situación que predispone a padecer COVID-19, pero sí es un factor de riesgo para cursar formas más severas de la enfermedad (Allotey et al., 2020; Badr et al., 2020; Dawood, Varner, et al., 2021; DeBolt et al., 2021; Lokken et al., 2021; Metz et al., 2021; Qeadan et al., 2021; Zambrano et al., 2020). Tener más de 35 años, obesidad, hipertensión o diabetes son los factores de riesgo que presentan una mayor relación con un desenlace severo o fatal en personas embarazadas (Galang, 2021; Karimi et al., 2021). Se ha atribuido una mortalidad por COVID-19 del 0,1% al 0,8% en personas embarazadas, lo cual parece ser ligeramente superior que en personas no embarazadas del mismo rango de edad (Allotey et al., 2020; Chinn et al., 2021; Huntley et al., 2021; Metz et al., 2021; Mullins et al., 2021; Zambrano et al., 2020).

La transmisión vertical del SARS-CoV-2 resulta todavía incierta. En una revisión sistemática de lactantes nacidos de 936 madres infectadas por COVID-19, las pruebas de ARN viral neonatal fueron positivas en 27 de 936 (2,9%) muestras nasofaríngeas tomadas inmediatamente después del nacimiento o en las 48 horas siguientes, en 1 de 34 muestras de sangre del cordón umbilical y en 2 de 26 muestras de la placenta; además, 3 de 82 serologías neonatales fueron positivas a la inmunoglobulina M (IgM) para el SARS-CoV-2 (Kotlyar et al., 2021). En el informe del Equipo de Resultados Vinculados al Embarazo y al Lactante de los CDC COVID-19 de más de 5.000 personas embarazadas con infección por el SRAS-CoV-2 confirmada por el laboratorio, el 2,6% de los 610 lactantes con resultados disponibles de la prueba del SRAS-CoV-2 tuvieron un resultado positivo, principalmente los nacidos de personas con infección en el momento del parto (Woodworth et al., 2020). La evidencia sugiere que la infección en la placenta y la transmisión *in utero* no son frecuentes (Edlow et al., 2020). El receptor de ACE2 por el cual entra el virus SARS-CoV-2 en la célula tiene una expresión mínima en la placenta, lo cual podría explicar la escasa transmisión vertical del SARS-CoV-2 (Hecht et al., 2020; Pique-Regi et al., 2020)

La mayoría de estudios indican que la frecuencia de abortos espontáneos no aumenta en pacientes de COVID-19, aunque faltan datos de los dos primeros trimestres de embarazo (Cosma et al., 2021; Elshafeey et al., 2020; Jacoby et al., 2021; Juan et al., 2020; la Cour Freiesleben et al., 2021; Pierce-Williams et al., 2020; Rotshenker-Olshinka et al., 2021; Woodworth et al., 2020; J. Yan et al., 2020), se muestra que el riesgo de partos pretérmino y partos por cesárea está aumentado en pacientes con formas severas o críticas de la enfermedad, quizás como consecuencia de la fiebre y la hipoxemia. Las personas embarazadas infectadas por SARS-CoV-2 presentan un riesgo superior de sufrir preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, con independencia de la gravedad de su sintomatología (Conde-Agudelo y Romero, 2021).

El estudio de Badr et al. (2021) reportó que cuanto más tarde en el embarazo ocurra la infección, mayor riesgo obstétrico padece la paciente; no habiéndose registrado alteraciones obstétricas en infecciones previas a las 20 semanas de embarazo.

Hasta la fecha, no se han reportado anomalías congénitas relacionadas con el COVID-19 (Woodworth et al., 2020), ni diferencias en la mortalidad intraútero ni neonatal en comparación con personas embarazadas sin historial de infección por SARS-CoV-2 (Huntley et al., 2021; Mullins et al., 2021).

## **2.2. COVID-19. Enfoque sociocultural**

### **2.2.1 Antecedentes**

La cultura condiciona la forma de pensar, sentir y reaccionar en un proceso de toma de decisiones, influyendo en la forma de realizar las actividades en cualquier organización (S. Sun, 2008). A pesar de resultar un concepto abstracto, intangible y difícil de cuantificar (Bitar et al., 2020), la cultura ha sido estudiada en numerosas ocasiones por su influencia en la conducta humana (Borg, 2014; Chiang, 2005; Schneider y De Meyer, 1991; Venkateswaran y George, 2020). También ha sido objeto de análisis la influencia de factores culturales en el desarrollo de enfermedades infecciosas, tanto en su epidemiología como en las tasas de vacunación y medidas de prevención (Betsch et al., 2017; Borg, 2014; Borg et al., 2012, 2012; Fincher et al., 2008; Wilkinson y Fairhead, 2017). Por ejemplo, el trabajo de Borg et al. (2012), mostró que más de la mitad de la variabilidad de la infección por *Staphylococcus aureus* Meticilín-resistente en Europa se debe a factores culturales. Un estudio expuso que entender las dimensiones sociales y culturales de la tuberculosis reduce su transmisión, el tiempo de identificación y mejora los sistemas sanitarios para hacerle frente (Mason et al., 2016). Durante la crisis del Ébola, Fairhead (2016) describió que ignorar aspectos culturales implicó un manejo ineficiente de las medidas preventivas. Se ha estudiado también la relación entre la cultura y la transmisión del cólera en la República de Camerún (Ngwa et al., 2017).

En cuanto a la actual pandemia causada por el COVID-19, la influencia de la dimensión sociocultural ha sido estudiada en diversos trabajos (Bavel et al., 2020; Brown, 2020; M. Gelfand et al., 2020; Jarynowski et al., 2020; Messner, 2020; Moosa et al., 2021). Bruns et al. (2020) exponen en su estudio que resulta fundamental implementar métodos culturalmente apropiados para educar a la población en la prevención y el tratamiento de una emergencia de salud pública correctamente,

coincidiendo con las recomendaciones de Messner (2020). Pogrebna y Kharlamov (2020) describen que la cultura influye en la variabilidad de higiene de manos frecuente entre países. Pfattheicher et al. (2020) exponen en su estudio que la adherencia a las medidas de distanciamiento social aumenta en las comunidades con mayor sensibilidad a los grupos vulnerables.

El metaanálisis de Fischer y Karl (2021) analiza la relación entre la teoría del comportamiento planificado, el colectivismo en una sociedad, el grado de rigidez o laxitud de sus normas y la adherencia a medidas preventivas contra el COVID-19. La teoría del comportamiento planificado postula que las intenciones conductuales vienen determinadas por una evaluación por parte del individuo de dicha conducta como positiva (actitud), la creencia de que las personas relevantes para el individuo quieren que éste siga esa conducta (norma subjetiva) y la consciencia de que el individuo es capaz de llevar a cabo esa conducta (control conductual percibido, *PBC por sus siglas en inglés, perceived behavioral control*) (Ajzen, 1991). Este estudio describe que en los trabajos analizados se expone que el control conductual percibido es la dimensión que presenta mayor correlación con las intenciones y conductas de adhesión a las medidas de prevención. Asimismo, muestran que las sociedades más colectivistas, con mayor predisposición a una actitud positiva, y normas subjetivas o legislativas más fuertes son más dadas a presentar conductas que protejan a la comunidad de la expansión del COVID-19.

Guan et al. (2020) describe en su estudio varias consideraciones sobre psicología cultural que pueden estar relacionadas con la forma de lidiar con la crisis del COVID-19 de distintas comunidades. Estos investigadores comentan que, ante estresores, se opta por emplear un control primario de la situación, es decir, resolver directamente el problema; o un control secundario, esto es, aceptar y adaptarse a la situación. En el estudio, exponen que la elección entre ambas puede venir determinada por la cultura nacional, ya que hay países en los que se fomenta el control primario, como Estados Unidos, y naciones en las que se busca desarrollar el control secundario, como Japón. Asimismo, explican que los y las integrantes de sociedades con mayor distancia jerárquica, en tiempo de crisis, suelen buscar guía en organismos verticales, como el gobierno, más que en compañeras y compañeros al mismo nivel jerárquico, como amistades o familiares, lo cual puede favorecer la adhesión de la

población a medidas restrictivas en países con altas distancias jerárquicas. También parece suponer una ventaja el colectivismo en una sociedad y una mayor rigidez en sus normas. Las naciones con alta distancia jerárquica, colectivistas y normas rígidas suelen tener regímenes centralizados. Por último, este equipo de investigación expone que la globalización ha favorecido que las y los integrantes de una cultura tengan contacto con otras, pudiendo formarse identidades multiculturales, favoreciendo una adaptación más flexible a las situaciones de crisis.

El estudio de Ruck et al. (2021) analiza valores culturales que afectan a la mortalidad por COVID-19 en 109 naciones. Describen que el cosmopolitarismo supone un factor predictor de mayor mortalidad por COVID-19, ya que se favorece la apertura a la interacción con personas de distintos ámbitos. Exponen, también, que una baja confianza institucional predice una mayor mortalidad. Siendo esto así, las naciones con alto cosmopolitarismo y baja confianza en sus gobiernos, como son los países Latinoamericanos, muestran una mayor vulnerabilidad ante la crisis del coronavirus.

Jovančević y Miličević (2020) describen en su trabajo que los niveles altos de optimismo predicen mayor adhesión a las medidas preventivas contra el COVID-19 y se asocian a mayores niveles de locus de control interno, mientras que niveles altos de pesimismo se relacionan con mayores niveles de miedo y de aceptación de teorías basadas en la conspiración. A nivel general, aquellos individuos con mayores niveles de confianza general y que no creen en teorías de conspiración muestran menos miedo y mayor adhesión a medidas preventivas contra el COVID-19.

### **2.2.2 Influencia de factores sociales, económicos y demográficos**

La relación entre los determinantes sociodemográficos y la evolución de la epidemiología del COVID-19 ha sido objeto de numerosos estudios (Almagro y Orane-Hutchinson, 2020; Arenas et al., 2020; Borjas, 2020; Dowd et al., 2020; Jia et al., 2020; Mollalo et al., 2020). Algunos de ellos han encontrado una fuerte correlación entre la densidad de población de los países y la propagación y la mortalidad por COVID-19 (Bray et al., 2020; Buja et al., 2020), aunque otros no han conseguido demostrar esta relación (Y. Cao et al., 2020). La densidad poblacional y la proporción

de personas mayores de 65 años se asociaron positivamente con el número de casos de COVID-19 en un estudio con una muestra de 182 países (Nguimkeu y Tadadjeu, 2021). Trabajos anteriores ya describieron una relación significativa entre la densidad de población y la evolución de las pandemias de gripe en 1918 y H1N1 en 2009 (Garrett, 2020; Kao et al., 2012). Se encontró que la población total, así como los ingresos, se correlacionan con las muertes (Sannigrahi et al., 2020).

Varios estudios han descrito que los países con un mayor PIB per cápita presentan una mayor proporción de casos y muertes. Algunos autores sugieren que esto podría deberse a las diferencias en los centros de atención sanitaria o a la edad media de la población, ya que los países con menor desarrollo socioeconómico suelen tener una población más joven (Ascani et al., 2021; Cash y Patel, 2020; Hashim et al., 2020; J. H. Liu, 2021; Onder et al., 2020; Sarmadi et al., 2020; Schellekens y Sourrouille, 2020). Los trabajos de Mirahmadizadeh et al., (2021) y Ekumah et al., (2020) describen una correlación directa entre el acceso a los recursos sanitarios y agua potable y variables epidemiológicas del COVID-19 tales como la incidencia acumulada, la mortalidad y el número de test diagnósticos realizados por millón de habitantes. Varios estudios describen que la ausencia de centros sanitarios adecuados en comunidades rurales se correlaciona con un aumento en la prevalencia de esta infección (Bourgonje et al., 2020; Stoler et al., 2020)

Los pacientes más jóvenes son más propensos a sufrir síntomas nulos o más leves en comparación con los pacientes de mayor edad, que tienen un mayor riesgo de complicaciones debido a condiciones de salud preexistentes y un estado inmunitario comprometido (Bi et al., 2020; L. Wang, He, et al., 2020). Los países con una población de mayor edad registran tasas de mortalidad más elevadas (Jordan et al., 2020; Leffler et al., 2020; Leffler y Hogan, 2020). De hecho, los países con alta mortalidad COVID-19 presentan una pirámide poblacional constrictiva, mientras que los países con baja mortalidad presentan una pirámide poblacional expansiva (Madrazo Cabo et al., 2020).

El trabajo de Kapitány-Fövény y Sulyok (2020) agrupa 87 países en 4 clústers acorde a sus características sociales, económicas y demográficas y analiza su relación con la epidemiología del COVID-19. El primer clúster lo forman las *sociedades*

*reservadas* (Irán, Pakistán, Egipto, Algeria, Kazakstán y México). Consta de países con baja densidad de población, baja eficacia del gobierno, bajo Producto Interior Bruto (PIB) per cápita y bajo índice HAQ (*Healthcare Access and Quality*). Estos países muestran un tiempo de duplicación de la incidencia altos. Según los autores, el segundo clúster está formado por las *sociedades a la deriva* (Chequia, Grecia, Italia, Hungría, Eslovenia, Eslovaquia, Perú, Estonia, Polonia...). Se caracterizan por ser naciones con una baja densidad de población, mayor eficacia del gobierno, moderada libertad de reunión y asociación, moderada capacidad de acción, así como de relaciones familiares y personales, menor participación cívica y social y menor PIB e índice HAQ. En este grupo, el tiempo de duplicación de la incidencia era bajo. Estas sociedades se caracterizan por un firme liderazgo, una tendencia a rechazar las responsabilidades sociales y una preferencia por las relaciones estrechas en lugar de las redes expansivas. Los ciudadanos de estos países no consideran importante actuar en pos del bien de la sociedad, o comportarse correctamente. El tercer clúster lo componen las *sociedades asertivas* (Australia, Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Suecia, España, Suiza y Francia). Se caracterizan por una mayor eficacia gubernamental, redes sociales más sólidas, libertad de reunión y asociación, y un mayor PIB per cápita, un alto índice HAQ y tiempos de duplicación de la incidencia de COVID-19 más bajos. Se realizaron un alto número de pruebas por millón de habitantes. El índice de rigor gubernamental era el más bajo de todos los grupos. Para los y las integrantes de estas sociedades es importante hacer algo por el bien de la sociedad. El cuarto clúster está compuesto por las *sociedades obedientes* (Corea del Sur, China, Emiratos Árabes Unidos, Israel, India y Singapur). Se caracterizan por una alta densidad poblacional, alto índice HAQ y PIB per cápita. El número de test realizados por millón de habitantes es el más alto de todos los clústers, así como el rigor gubernamental. Este grupo presenta el mayor tiempo de duplicación de la incidencia de COVID-19. Esto, a pesar de la alta densidad de población, también puede indicar el cumplimiento de la normativa. Para estos ciudadanos y ciudadanas es importante actuar buscando el bien de la sociedad. Los investigadores concluyen que las y los habitantes de los países en los clústers 2 y 3 experimentan una mayor libertad y respeto de los derechos individuales en su día a día, pudiendo resultarles más complicado adaptarse a las medidas restrictivas necesarias para disminuir la incidencia del COVID-19, comparado con las naciones de los clústers 1 y 4.

### **2.2.3 Las seis dimensiones de cultura nacional de Hofstede y la pandemia del COVID-19**

En 1980, el profesor neerlandés Geert Hofstede definió la cultura como la “programación colectiva de la mente que diferencia los miembros de un grupo o colectivo de los demás” (Hofstede, 1980) y propuso seis dimensiones que definen la cultura de las naciones: distancia jerárquica, individualismo/colectivismo, masculinidad/feminidad, índice de evitación de la incertidumbre, orientación a largo/corto plazo e indulgencia. En el [apartado 3.2.2](#) de la presente tesis doctoral se explican estas dimensiones en mayor profundidad.

La distancia jerárquica explica el grado de aceptación por parte de las/os miembros/os de una sociedad de la distribución desigual del poder. El individualismo hace referencia a la predominancia del pensamiento en términos de “yo” en lugar de “nosotros” de los individuos de una nación. La masculinidad en una sociedad refleja la relevancia de valores como el logro, heroísmo y asertividad. Una cultura con un alto índice de evitación de la incertidumbre es aquella que expresa rigidez en sus códigos de creencias y comportamiento a raíz de una incomodidad ante la incertidumbre o ambigüedad. La orientación a largo/corto plazo expresa el grado en que los habitantes de una sociedad fomenten el ahorro y trabajen hacia una educación moderna; o, por el contrario, ensalcen el pasado y la tradición. Por último, una sociedad indulgente es aquella que permite la gratificación de los impulsos naturales, favoreciendo el disfrute de los placeres (Geert Hofstede, 2018).

Estas dimensiones han sido empleadas por numerosos académicos para analizar su relación con epidemias pasadas (Borg et al., 2012; Fincher et al., 2008; Matsumoto y Fletcher, 1996; Morand y Walther, 2018), así como con la actual crisis del COVID-19 (Achim et al., 2021; C. Cao et al., 2020; Fischer y Karl, 2021; M. J. Gelfand et al., 2021; Gokmen et al., 2021; Guan et al., 2020; Gupta et al., 2021; Ibanez y Sisodia, 2020; Y. Wang, 2021, 2021; Windsor et al., 2020; B. Yan et al., 2020).

El estudio de Gokmen et al. (2021) explora la relación entre las seis dimensiones de la cultura nacional propuestas por Hofstede y el incremento de la incidencia de COVID-19 por millón de habitantes (*IRTCCPM por sus siglas en inglés, Increase rate of the total cases of COVID-19 per million*) durante un período de 60

días en una muestra de 31 países europeos. Describe que la distancia de jerarquía tiene disminuye la IRTCCPM, mientras que el individualismo y la indulgencia de una sociedad aumenta la IRTCCPM, no hallando pruebas significativas del efecto del resto de dimensiones sobre el incremento de la incidencia por millón de habitantes. Por una parte, plantea que las culturas con una mayor distancia jerárquica presentan una ventaja en la actuación contra el coronavirus porque aceptan mejor las indicaciones de las autoridades, sin ofrecer resistencia a las mismas, quizás bajo la premisa de que “las autoridades sabrán más”. Por otra parte, expone que las y los habitantes de las culturas individualistas pueden anteponer el interés propio sobre el común, dificultando la implementación de medidas preventivas necesarias para frenar la transmisión del coronavirus que requieran sacrificios personales, tales como el confinamiento domiciliario (S. Jiang et al., 2021). El estudio de este equipo no es el primero en recomendar fomentar el colectivismo en las sociedades para afrontar la crisis del COVID-19 (Biddlestone et al., 2020). Implantar medidas restrictivas puede suponer un reto también en sociedades muy indulgentes, puesto que su tendencia a gratificar los impulsos naturales y el disfrute se opone al sacrificio que requieren (Gokmen et al., 2021).

Gupta et al. (2021) selecciona 17 países y los clasifica en cuatro cuadrantes, en base a sus grados de individualismo/colectivismo y distancia jerárquica (Figura 2. Marco 2x2 de países basado en la intersección de niveles altos y bajos de colectivismo y distancia de poder y analiza la relación entre el empleo de intervenciones tecnológicas no-farmacológicas (ITNF) y el cuadrante al que pertenece cada nación. Los países pertenecientes al cuadrante 1 (Corea del Sur, Taiwan, India, China, Singapur y Vietnam) se caracterizan por una alta distancia jerárquica y una sociedad colectivista. En estas naciones se han podido implantar sin resistencia medidas tecnológicas tales como acceder al registro de llamadas de los pacientes de COVID-19 (The Times of India, 2020) o rastrear en tiempo real a sus habitantes mediante drones, pulseras o aplicaciones gracias a que el carácter colectivista de estas naciones favorece que se anteponga el bien común al individual, y a que la alta distancia jerárquica favorece la obediencia a las autoridades. Los individuos de estas culturas están dispuestos a ceder su autonomía para proteger a su comunidad. En el cuadrante 2 se sitúan Polonia, España, Francia y Bélgica; presentando una alta distancia

jerárquica pero una cultura más individualista. En estos países, las autoridades pueden solicitar el uso de las intervenciones tecnológicas no-farmacológicas, pero su aceptación por la población es menor que en los países del cuadrante 1, dado que el individualismo de estos países puede favorecer la percepción de que la independencia de las y los habitantes se ve amenazada. Se han empleado aplicaciones de móvil para rastrear casos de COVID-19 en Francia y Polonia, pero con una menor aceptación que en los países del cuadrante 1. Alemania, Noruega, Italia y Estados Unidos son algunos países que pertenecen al cuadrante 3, caracterizado por una baja distancia jerárquica y una actitud individualista, combinando las características que más dificultan la implantación de ITNFs. Se ha propuesto su uso de manera voluntaria y con carácter descentralizado, pero con una adherencia tan baja que no resultan efectivas. Por último, Costa Rica, Trinidad y Tobago y Jamaica son los únicos países que presentan baja distancia jerárquica y un carácter colectivista. En lugar de imponer el uso de estas tecnologías, se recomienda enfatizar el sentido colectivista de la utilización de las ITNFs en estas naciones.

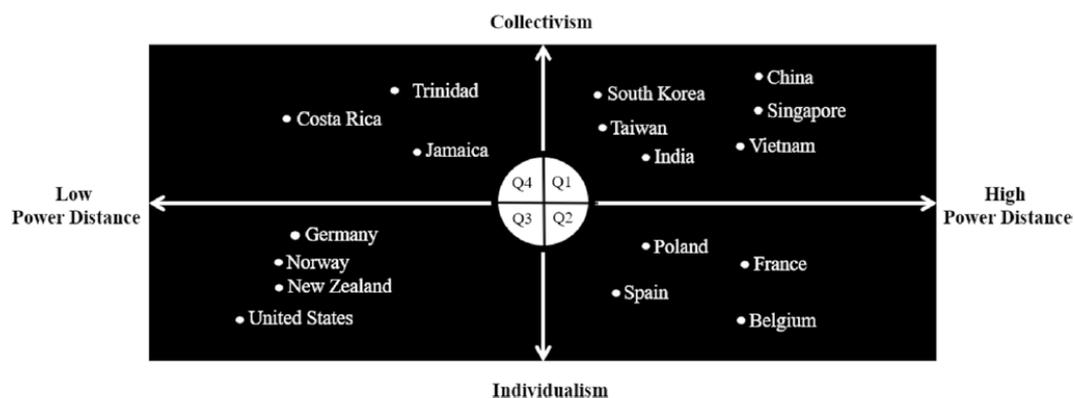


Figura 2. Marco 2x2 de países basado en la intersección de niveles altos y bajos de colectivismo y distancia de poder.

En *“Toward the understanding of national culture in the success of non-pharmaceutical technological interventions in mitigating COVID-19 pandemic.”* de Gupta et al., 2021.

El trabajo de Windsor et al. (2020) analiza la relación entre la incidencia y mortalidad por COVID-19 y factores culturales y de género en 175 países. Al contrario que Gokmen et al. (2021), este equipo describe una relación directa entre una alta

distancia jerárquica y una mayor mortalidad. Sin embargo, ambos autores coinciden en la relación directa entre individualismo y cifras mayores de casos por COVID-19.

El estudio de Y. Wang (2021) valora el impacto de las políticas gubernamentales y la cultura nacional en el mantenimiento de la distancia social en 80 países durante 147 días. Concluye que las naciones con mayor orientación a largo plazo tienen una menor adherencia al mantenimiento de la distancia social, mientras que, en contra de lo descrito por Gokmen et al. (2021), las sociedades con mayor indulgencia respetan mejor la distancia social. Asimismo, expone que las políticas gubernamentales tienen un mayor impacto en el mantenimiento de la distancia social que los factores culturales. No obstante, este no es el único estudio que analiza el impacto de la cultura en el mantenimiento de la distancia social. Im y Chen (2020) exponen que los valores culturales tienen diferente efecto sobre el respeto a la distancia social dependiendo del período en que se analice. Describen que un índice de evitación de la incertidumbre alto, un carácter colectivista y una alta rigidez; es decir, una baja indulgencia, tienen un impacto positivo en la internalización de dinámicas de mantenimiento de la distancia social, especialmente en los estadios precoces de la pandemia.

Achim et al. (2021) realizaron un trabajo centrado en la relación entre democracia y la transmisión del COVID-19. Al controlar por factores culturales, encontraron que el individualismo, el índice de evitación de la incertidumbre y la masculinidad son las dimensiones más relacionadas con la transmisión del coronavirus. Muestran que las sociedades más individualistas presentan una propagación mayor del virus, así como las naciones con un mayor índice de evitación de la incertidumbre. En cuanto a la dimensión masculinidad/feminidad, el estudio de este equipo describe que las sociedades más masculinas muestran una menor propagación de COVID-19 en los países de renta alta, mientras que en los países de renta baja ocurre a la inversa, son las naciones con una menor masculinidad, es decir, aquellas que potencian más la feminidad, las que presentan menor propagación del COVID-19.

El índice de evitación de la incertidumbre ha sido también relacionado de forma directa con un aumento en la tasa de positivos y en la tasa bruta de letalidad en

el estudio de Erman y Medeiros (2021) , a pesar de presentar una menor proporción de aglomeraciones en espacios públicos tales como supermercados, farmacias, estaciones de transporte público o parques (Huynh, 2020). Plantean que la evitación de la incertidumbre en una sociedad puede conllevar respuestas sociales menos consistentes, estrategias de comunicación poco efectivas y una menor atención a colectivos vulnerables, empeorando la situación de crisis. Este trabajo (Erman y Medeiros, 2021) también asocia una mayor tasa bruta de letalidad con un mayor índice de orientación a largo plazo, sugiriendo que una orientación a corto plazo parece resultar beneficiosa para lidiar con crisis agudas.

R. Kumar (2021) basa su investigación en el trabajo GLOBE (R. J. House et al., 2004) , que a su vez parte de las dimensiones de la cultura nacional propuestas por Hofstede y las amplía, añadiendo la orientación al rendimiento. La ciudadanía de una sociedad con una alta orientación al rendimiento valora los méritos más que otras cuestiones tales como la política o la antigüedad. Este investigador analiza la influencia de las dimensiones de la cultura nacional descritas en el proyecto GLOBE sobre la incidencia y mortalidad del COVID-19 en 62 naciones. Concluye que el colectivismo y una alta distancia jerárquica pueden impulsar las conductas sociales necesarias para disminuir la mortalidad y la incidencia del COVID-19. Por una parte, el colectivismo antepone los intereses del común sobre los individuales; y, por otra parte, una alta distancia jerárquica favorece acatar órdenes sin cuestionarlas. Asimismo, describe que una alta orientación al rendimiento supone un beneficio para contener la expansión del coronavirus, posiblemente relacionado con el hecho de que estas comunidades valoran los resultados, y desarrollan una gran capacidad de trabajo en pos de los mismos.

Éste último no es el único estudio en añadir una dimensión a las propuestas por Hofstede. Oey y Rahardjo (2021) combinan las dimensiones de la cultura nacional de Hofstede con una adaptación de las dinámicas de manejo de conflictos de Onishi (pudiendo ser integrativas, competitivas o evitativas) y analiza la relación entre éstas y las tasas de pruebas diagnósticas, incidencia y mortalidad por COVID-19 en 116 países, agrupándolos en 6 clústers. Concluyen que el individualismo y la indulgencia son los factores más obstaculizantes a la hora de lidiar con una crisis que requiere preocupación por la comunidad y un tiempo de reacción mínimo.

### ***La desventaja del individualismo.***

No todos los trabajos que analizan la relación entre las dimensiones de la cultura nacional de Hofstede y la pandemia revisan las seis dimensiones. El individualismo/colectivismo es la dimensión que más se ha analizado (Singelis et al., 1995). De hecho, se estima que el individualismo ha crecido notablemente tanto globalmente como dentro de cada sociedad en las últimas décadas (Santos et al., 2017). No es de extrañar que ya se haya estudiado con anterioridad la relación entre individualismo/colectivismo y enfermedades infecciosas. Morand y Walther (2018) describieron que las sociedades con valores individualistas presentan una mayor transmisibilidad de enfermedades infecciosas y zoonóticas en las últimas décadas; siguiendo la teoría de Fincher et al. (2008), quien planteó que las sociedades colectivistas están mayoritariamente situadas en zonas geográficas cálidas, donde es más probable contagiarse de patógenos cuyas infecciones sean potencialmente severas, exponiendo que quizá la actitud colectivista surja en estas sociedades como mecanismo de defensa ante estos patógenos. En la misma línea, varios autores sugieren que la prevalencia de enfermedades infecciosas durante la historia de una cultura puede ser una importante causa de las diferencias interculturales en el índice de individualismo/colectivismo, apoyando la teoría del “sistema inmune conductual”, siendo éste un código de comportamiento que minimiza el riesgo de contagio o severidad de una enfermedad infecciosa (Brown, 2020; Murray y Schaller, 2010; Schaller et al., 2015).

En relación con la actual pandemia, el estudio presentado por Maaravi et al. (2021) expresa que cuanto más individualista es un país, mayor incidencia y mortalidad por COVID-19 presenta. Asimismo, expone que cuanto más individualista es un grupo de personas, muestra una menor adherencia a las medidas preventivas. Este equipo toma como referencia el dilema de “La Tragedia de los Comunes”, escrita por Garrett Hardin en 1968, en la que un grupo de individuos actuando por interés personal de forma racional acaban destruyendo bienes compartidos limitados, aunque a todos les perjudicase esta destrucción (Hardin, 1968), para predecir que el impacto de la pandemia será superior en sociedades más centradas en el bien personal que en el común. Este trabajo no es el único en mostrar una relación directa entre el individualismo de las naciones y la incidencia (R. Kumar, 2021; Rajkumar, 2021) o

mortalidad por COVID-19 (R. Kumar, 2021; Oey y Rahardjo, 2021; Ozkan et al., 2021; Rajkumar, 2021). En la misma línea, Erman y Medeiros (2021) exponen una mayor tasa bruta de letalidad (*CFR por sus siglas en inglés, crude fatality rate*) en sociedades individualistas, aunque explican que no hallaron evidencias del impacto del individualismo de una nación sobre la propagación del virus. Sin embargo, esta relación ha sido descrita por otros autores. Tanto Jiang et al. (2021) como Achim et al. (2021) exponen una correlación directa entre el individualismo de un país y su tasa de transmisión del SARS-CoV-2 en estadios precoces.

Otro aspecto relevante que está siendo estudiado es la relación entre individualismo y la adherencia a medidas preventivas contra el COVID-19. Un estudio exploró el efecto del individualismo en los condados de Estados Unidos, concluyendo que éste ha dificultado la respuesta colectiva contra el COVID-19, demostrando que los condados más individualistas mostraban un menor uso de mascarillas, respeto de la distancia social y uso de intervenciones no farmacológicas (Bazzi et al., 2021). Coincidiendo con estos hallazgos, Chen et al. (2021) muestra en su estudio que los países más individualistas respetan menos las restricciones de movilidad, especialmente para realizar actividades no-esenciales, coincidiendo con los resultados del trabajo de Frey et al. (2020) en el que exponen que las sociedades menos individualistas se asocian a una mayor reducción en la movilidad de sus habitantes. Otra medida preventiva estudiada es el uso de mascarillas, que resulta significativamente menor en regiones individualistas (J. G. Lu et al., 2021).

El trabajo de Biddlestone et al. (2020) estudia la influencia de la cultura en la predisposición a asumir medidas preventivas contra el COVID-19, así como su relación con las creencias de conspiración, combinando las dimensiones de individualismo/colectivismo de Hofstede con la dicotomía vertical/horizontal propuesta por Singelis et al. (1995), proponiendo cuatro categorías: individualismo vertical, es decir, aquel en el que el individuo es un ser autónomo y acepta la desigualdad; individualismo horizontal, aquel en el que el individuo se considera autónomo pero prefiere la igualdad; colectivismo vertical, siendo éste el sistema en el que se ve al individuo como parte de una comunidad pero acepta la desigualdad; y colectivismo horizontal, en el cual se considera el individuo como parte de una comunidad y se enfatiza la igualdad. Describe que el individualismo vertical en una

sociedad predice una menor predisposición a mantener la distancia social, mientras que el colectivismo (tanto vertical como horizontal) predice una mayor adherencia a dicha medida. Asimismo, el colectivismo horizontal en una comunidad supone una mayor predisposición de sus individuos a mantener una correcta higiene de manos. Por último, los miembros y miembros de sociedades individualistas verticales presentan un mayor índice de aceptación de teorías de la conspiración. En conclusión, los hallazgos de este estudio sugieren que el colectivismo en una sociedad supone una ventaja adaptativa para lidiar con crisis como la actual. Coincidiendo con estos resultados, Leonhardt y Pezzuti, (2021) describen una mayor predisposición a recibir la vacunación en sociedades colectivistas que en individualistas.

El colectivismo en una sociedad parece ejercer un efecto protector a nivel psicológico y conductual contra el desarrollo de enfermedades infecciosas. En la crisis del Ébola del 2014, un estudio (H. S. Kim et al., 2016) registró un aumento de actitudes xenófobas derivado de un incremento en la sensación de vulnerabilidad en poblaciones individualistas. Esta relación entre vulnerabilidad y xenofobia se vio disminuida en las poblaciones colectivistas. El colectivismo en una sociedad disminuía la reactividad psicológica ante la vulnerabilidad percibida, ayudando así a lidiar con las amenazas patogénicas.

Con el objetivo de disminuir la transmisión del COVID-19, la comunidad científica recomienda fomentar el colectivismo en las sociedades, potenciando las actitudes que prioricen el “nosotros” y el bien común en lugar del “yo” y el bien individual, respetando los derechos humanos fundamentales (Bavel et al., 2020; Habersaat et al., 2020).

#### **2.2.4 Confianza social e institucional**

La confianza puede definirse como “la voluntad de una parte de ser vulnerable a las acciones de otra parte basada en la expectativa de que la otra realizará una acción concreta importante para el que confía, independientemente de la capacidad de supervisar o controlar a esa otra parte” (Mayer et al., 1995), entendiendo que cuando confiamos, juzgamos positivamente la honestidad, la benevolencia y la competencia de otra persona, grupo o institución, esperando que no nos hagan daño y velen por

nuestros intereses de ser posible (Delhey y Newton, 2005). Se pueden diferenciar dos tipos de confianza.

Por una parte, la confianza social es aquella que se da entre personas con diversos grados de familiaridad, desde miembros del mismo núcleo familiar hasta desconocidos (Delhey et al., 2011; Sztompka, 1999). Esta confianza aumenta las posibilidades de resolver problemas que requieren una acción colectiva, como aplicar medidas de distanciamiento social, racionar productos, mantener un lavado de manos frecuente (Oosterhoff y Palmer, 2020), predice el comportamiento de reciclaje (Harring et al., 2019; Mannemar Sønderskov, 2009), la inmunización contra la pandemia de H1N1 (Rönnerstrand, 2013), la mejora de los resultados sanitarios (D. Kim y Kawachi, 2007; Yip et al., 2007), y una disposición general a adoptar comportamientos por el bien común (Macias, 2015). La relación entre la confianza social y el manejo de la actual pandemia está aún por esclarecer. Algunos autores argumentan que existe una mayor adherencia a medidas preventivas contra el COVID-19 en las sociedades con mayores niveles de confianza social (Jovančević y Milićević, 2020; Oosterhoff y Palmer, 2020), así como una menor incidencia y mortalidad por COVID-19 (Lenton et al., 2021), mientras que otros no han podido encontrar esta relación (Romano et al., 2021) o han descrito la asociación contraria, exponiendo que mayores niveles de confianza social se asocian a un menor mantenimiento de la distancia social

Algunos autores enmarcan la importancia de la confianza social como herramienta para el manejo de la crisis del COVID-19 dentro del concepto de *capital social*, entendido como “*el comportamiento de las redes y relaciones sociales, caracterizado por la presencia cualitativa de una mayor confianza y reciprocidad*” (Szreter y Woolcock, 2004; Wong y Kohler, 2020; Wu, 2021).

Por otra parte, la confianza institucional supone una orientación afectiva global positiva de los ciudadanos hacia el gobierno y sus órganos (Levi y Stoker, 2000; Newton et al., 2007; Rudolph y Evans, 2005). Esta confianza tiene especial relación con las crisis que atraviesan las naciones. Durante la epidemia del SARS-CoV del 2003, en Hong Kong se registraron niveles bajos de confianza en el gobierno y en las instituciones sanitarias, lo cual agravó la ansiedad de la población por el virus

(Cheung y Tse, 2008). Asimismo, en la crisis del H1N1 del 2009, varios investigadores describieron una relación directa entre la adopción de medidas protectoras, la intención de recibir la vacunación y la confianza en las autoridades sanitarias (Chuang et al., 2015; Etingen et al., 2013; Freimuth et al., 2014; Gilles et al., 2011; Pak et al., 2021; van der Weerd et al., 2011). En cuanto a la pandemia del COVID-19, los trabajos de Farzanegan y Hofmann (2021) y Ruck et al. (2021) describen que los países con mayor confianza en sus gobiernos muestran de media menor incidencia y mortalidad por el SARS-CoV-2. Cabría esperar que, a raíz de la crisis actual, los niveles de confianza en las instituciones fluctúen. No obstante, el estudio de Delhey et al. (2021) muestra que éstos se han mantenido estables a lo largo de la pandemia.

Algunos autores comparan el efecto de ambos tipos de confianza sobre la crisis del COVID-19. Elgar et al. (2020) describe que la confianza en las instituciones está asociada a menor mortalidad por COVID-19, aunque la confianza social está asociada a mayor mortalidad, entre otros parámetros. Mehari (2020) expone que los niveles de confianza institucional de una sociedad no suponen una diferencia significativa en cómo sus miembros y miembros responden a la crisis del COVID-19, mientras que las comunidades con niveles de confianza social bajos muestran una mayor adherencia a medidas preventivas tales como la reducción de la movilidad. En la misma línea, el estudio presentado por Mazive et al. (2021) describe que las poblaciones con niveles altos de confianza en sus instituciones muestran mayor adherencia a medidas preventivas, mientras que las comunidades con mayor confianza social o interpersonal mantienen significativamente menos la distancia social.

### **2.2.5 Influencia de la política**

#### ***Democracia o autocracia.***

Un régimen autocrático se caracteriza por la monopolización institucionalizada del poder y la política, mientras que una democracia se define por la presencia de múltiples centros institucionalizados de poder, varios de ellos abiertos a la participación ciudadana (Gurr, 1974). Acorde a Dahl (1983), las democracias fomentan el acceso igualitario al derecho de voto, así como una participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones. Schmitter y Karl (1991) exponen la importancia de la presencia de canales a través de los cuales las y los ciudadanos

accedan a las estructuras que permiten su participación en esta toma de decisiones (Gleditsch y Ward, 1997). Las democracias fomentan la confianza de la ciudadanía en el gobierno, permitiendo el control y el equilibrio en la toma de decisiones y aumentando la participación social de la comunidad y el capital social. Estos regímenes fomentan el cuidado de la salud y suelen presentar mayores niveles en el Índice de Desarrollo Humano (Bollyky et al., 2019; Jain et al., 2021), aunque también han sido criticadas por suponer la “Tiranía de la mayoría”, ya que las decisiones se toman en beneficio de la mayoría, pudiendo perjudicar a colectivos minoritarios o vulnerables (Horwitz, 1966).

Siendo esto así, y en el contexto de una pandemia causada por la infección de un virus, cuyo riesgo difiere mucho en los distintos rangos de edad, se plantea si las democracias suponen un beneficio ante ello, por potenciar la toma de decisiones conjunta, o magnifica la tensión que puede suponer restringir la libertad de la mayoría de las personas con el fin de proteger a los colectivos más vulnerables (Alon et al., 2020; Jain et al., 2021; Norrlöf, 2020).

El equipo de Jain et al. (2021) realizó un estudio con una muestra de 78 naciones en el cual describe que el aumento de un punto en el índice de democracia de la *Economist Intelligence Unit* se asocia con una disminución del exceso de mortalidad de 26,3 por 100.000, habiendo controlado por factores de confusión tales como la demografía, la incidencia y la rigidez de las medidas adoptadas por los gobiernos. No obstante, esta asociación solo resultó significativa en las naciones con ingresos altos, lo cual sugiere que los factores sociopolíticos preexistentes desempeñan un papel importante en la epidemiología de la infección en cada país. El estudio de Achim et al. (2021) confirma estos hallazgos, describiendo que en las naciones de renta alta, un régimen democrático reduce la propagación del COVID-19, mientras que en los países de renta baja la influencia de la democracia es la opuesta, aumentando la propagación del coronavirus.

El trabajo de Pak et al. (2021) describe que, en las democracias, las personas que confían mucho en el gobierno tienen menos precaución para evitar el contagio cuando el gobierno no lo exige explícitamente, mientras que, si el gobierno lo exige, muestran un gran respeto hacia las medidas preventivas. En las autocracias, por otra

parte, los individuos que confían en el gobierno respetan las medidas preventivas contra el COVID-19 con independencia de si el gobierno lo exige o no.

Frey et al, (2020) expone que se respetan menos las medidas de restricción de movilidad implementadas por los gobiernos para afrontar la expansión del COVID-19 en países autocráticos que en democráticos. Muestran que un aumento del 10% en el rigor de las medidas políticas supone una disminución del 5% de la movilidad en los países democráticos, mientras que en los autocráticos supone una reducción del 4% de la movilidad. Por esta razón, las naciones autocráticas han implementado medidas preventivas más estrictas. Por ejemplo, los países autocráticos han hecho uso del rastreo de la movilidad de los casos y contactos, mientras que en las naciones democráticas se muestra un mayor respeto hacia la libertad y la privacidad de los ciudadanos y ciudadanas, habiéndose evitado el uso del registro de los movimientos de los mismos. A pesar de haber sido más estrictos en sus medidas, los países autocráticos han sido menos efectivos en su implementación.

No obstante, no todos los autores coinciden en estos hallazgos. Ruck et al., (2021) sugiere que las sociedades abiertas y tolerantes, que tienden a ser democráticas pueden dificultar que los gobiernos mitiguen eficazmente los efectos de la pandemia, lo cual puede deberse a que las naciones autocráticas muestran una mayor preocupación por la supervivencia que las democráticas (Ruck et al., 2020), en las que predomina la seguridad económica y física y calidad de vida (Inglehart y Baker, 2000). Asimismo, Norrlöf (2020) expone que las democracias liberales presentan una mayor tasa de letalidad que otros regímenes, para lo cual ofrece varias posibles explicaciones: i) que las democracias liberales son regímenes más abiertos que otros, y las personas que residen en naciones abiertas e internacionales presentan mayor riesgo de transmisión de patógenos; ii) que resulte más complicado implementar medidas de confinamiento domiciliario y restricción de la libertad en las democracias liberales y iii) que en las sociedades democráticas haya una mayor proporción de individuos de riesgo, como son personas de tercera edad, pacientes oncológicos o con comorbilidades preexistentes tales como obesidad, hipertensión y diabetes. Aún así, se estima que los efectos económicos a largo plazo serán más agresivos en las naciones no-democráticas (Rapeli y Saikkonen, 2020)-

El artículo de Afsahi et al. (2020) recoge cinco reflexiones sobre la democracia en tiempos de COVID-19 tras revisar las contribuciones de 32 académicos expertos en democracia. Exponen que los estados de emergencia pueden erosionar democracias, especialmente aquellas que ya estuvieran en una situación de inestabilidad. Asimismo, argumentan que la actual pandemia ha amplificado las desigualdades entre las democracias y ha demostrado la necesidad de infraestructuras institucionales para afrontar esta situación.

### ***Diferencias entre las medidas implementadas en cada país.***

Con el fin de reducir la transmisión del COVID-19, las naciones han adoptado distintas medidas preventivas a lo largo de la pandemia (Koo et al., 2020; Mahase, 2020). El equipo de investigación liderado por B. Yan et al. (2020) describe y compara las medidas preventivas que han adoptado cuatro gobiernos diferentes (China, Japón, Suecia y Francia), enmarcándolos en cuadrantes acorde a sus estados de centralización o descentralización en su política, e indulgencia o restrictividad en su cultura (Figura 3).

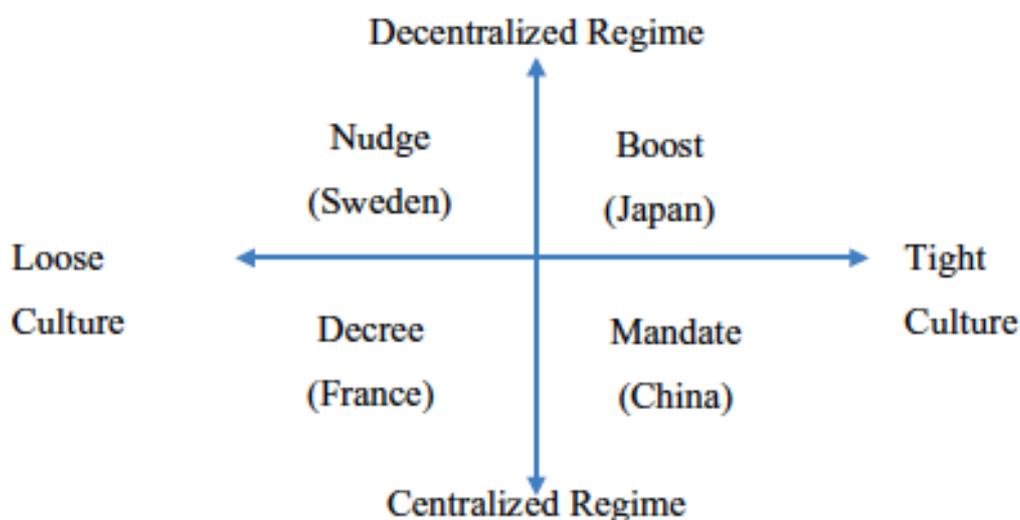


Figura 3. Dos factores contextuales críticos que determinan las estrategias de respuestas al COVID-19.

En “*Why Do Countries Respond Differently to COVID-19? A Comparative Study of Sweden, China, France, and Japan*”, de B. Yan et al., 2020.

En cuanto a las dimensiones políticas a observar en este estudio, describen que un estado centralizado enfatiza la autoridad del gobierno central, mientras que uno descentralizado distribuye el poder entre varios niveles. Plantean la posibilidad de que los países con regímenes centralizados (Francia y China) implementarán medidas más estrictas con menor resistencia que los países con regímenes descentralizados (Suecia y Japón), quienes preferirán recomendar medidas preventivas, en lugar de instaurarlas, y serán de carácter más laxo. Referente a la dimensión cultural de las naciones, exponen que en las sociedades con mayor rigidez cultural (Japón y China), la población es más propensa a acatar las normas; mientras que en culturas más indulgentes (Francia y Suecia) se muestra una mayor resistencia hacia los cambios conductuales, se valoran más las preferencias individuales y se fomenta la autogestión (B. Yan et al., 2020).

Estas cuatro naciones han tomado decisiones diferentes para afrontar la pandemia del COVID-19. Por una parte, el gobierno sueco ha adoptado la decisión de depender de la voluntad individual para adoptar en mayor o menor medida las recomendaciones preventivas que la población ha recibido a diario. Al contrario que Suecia, el gobierno de China ha movilizó fuerzas coercitivas para asegurar el cumplimiento de las órdenes emitidas por el gobierno para reducir la transmisión del COVID-19. El estado francés enfatizó la libertad y el mantenimiento de las actividades de la vida diaria durante el primer brote de la enfermedad. No obstante, según avanzó la expansión del SARS-CoV-2, este gobierno optó por instaurar restricciones a la libertad de movimiento bajo sanción, tales como multas por no cumplir el confinamiento domiciliario decretado en los momentos más críticos de la pandemia. Por último, la estrategia japonesa para lidiar con la transmisión del COVID-19 se ha basado en potenciar las competencias personales de sus habitantes para potenciar que su toma de decisiones concuerde con las medidas preventivas. Este país no ha aplicado intervenciones de manera obligatoria. Estas cuatro naciones han utilizado metáforas diferentes para comunicar la pandemia a sus poblaciones, siendo frecuentes las referencias a una maratón en Suecia, con una guerra en China y Francia y a una emergencia en Japón. La implementación de las medidas en Suecia y Japón ha sido leve y en clave de recomendación, en China y Francia ha sido drástica y de carácter obligatorio.

Un estudio valoró distintos factores que influyen en la adherencia a las medidas preventivas en 80 naciones, concluyendo que el grado de estrictez de las medidas tomadas por los gobiernos influye más en el mantenimiento de la distancia social que la cultura nacional (Y. Wang, 2021), coincidiendo con los hallazgos previamente descritos (Maloney y Taskin, 2020; Morita et al., 2020).

## **2.3. COVID-19. Enfoque ambiental**

### **2.3.1 El efecto del entorno sobre los coronavirus**

La supervivencia y transmisibilidad de los virus se ve influenciada, en gran parte, por el entorno en el que se encuentran. Factores como la temperatura, la humedad o la radiación UV pueden determinar la infectividad del patógeno.

En el caso de los coronavirus, se ha estudiado la relación entre la temperatura, la humedad y la incidencia de la infección por SARS-CoV (K. Lin et al., 2006; Tan et al., 2005), concluyendo que el aumento de la temperatura y la humedad se correlaciona con una disminución del número de casos. Por ejemplo, el estudio realizado por K. H. Chan et al., (2011) describe que el virus SARS-CoV-1 muestra una viabilidad de 5 días sobre una superficie, a una temperatura entre 11 y 25°C y con una humedad relativa del 40-50%, exponiendo que la viabilidad del microorganismo disminuye drásticamente si la humedad relativa y la temperatura aumentan. Asimismo, el trabajo de Doremalen et al., (2013) describe una mayor estabilidad del virus MERS-CoV en superficies en un entorno con una humedad relativa entre el 20 y el 40%.

Referente a la temperatura, el equipo de X. Yan et al., (2021) ha observado una relación de U inversa entre la media de temperatura diaria y la estabilidad viral de HCoV, MERS-CoV, SARS-CoV y SARS-CoV-2, consistente con estudios previos que describen una asociación inversa entre la incidencia de las infecciones por coronavirus y la temperatura (du Prel et al., 2009; Notari, 2021). Se estima que la intolerancia del SARS-CoV al calor puede estar relacionada con la composición lipídica de su membrana (Raamsman et al., 2000; I. Roy, 2020; Schoeman y Fielding, 2019), o con su capacidad de desestabilizar la estructura viral desnaturalizando proteínas o su genoma (J. W. Tang, 2009). En cuanto a la humedad, se ha descrito una relación inversa entre ésta y la incidencia de infecciones por los coronavirus

HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-HKU1, HCoV-OC43, SARS-CoV y SARS-CoV-2 (Ma et al., 2020; Poirier et al., 2020; Qi et al., 2020; X. Yan et al., 2021), que puede estar explicada por el hecho de que, al abandonar el tracto respiratorio, el virus se mantiene en suspensión en el aire y ese estado de suspensión es más prolongado cuanto menor sea la humedad en el ambiente (Araújo y Naimi, 2020; Lowen y Steel, 2014). Asimismo, se estima que los entornos más secos disminuyen el aclaramiento mucociliar del epitelio nasal, incrementando la susceptibilidad del huésped (Casanova et al., 2010; Eccles, 2002; Salah et al., 1988).

En la misma línea, numerosos estudios describen una mayor estabilidad e infectividad de SARS-CoV y MERS-CoV combinando ambos factores; es decir, temperaturas bajas y entornos húmedos (Altamimi y Ahmed, 2020; Casanova et al., 2010; K. H. Chan et al., 2011; Doremalen et al., 2013; S. W. Kim et al., 2007; Otter et al., 2016; Pica y Bouvier, 2012; Xu et al., 2021).

Ante estos hallazgos se postula la teoría del frío como estresor corporal (Kudo et al., 2019; Shaw Stewart, 2016), en la cual se expone que la exposición a bajas temperaturas genera una disminución de la resistencia del cuerpo ante infecciones respiratorias, por una probable reducción de la capacidad fagocítica de los macrófagos alveolares (Fisman, 2007; B. Luo et al., 2017). De igual manera, se debe tener en cuenta que el entorno modula la conducta humana. Ante una temperatura exterior baja, las personas permanecen en espacios cerrados más tiempo, aumentando la transmisión de virus respiratorios (Azuma et al., 2020; Fares, 2013; Tucker y Gilliland, 2007; M. Wang, Jiang, et al., 2020).

El virus SARS-CoV-2, causante del COVID-19, ha demostrado considerables similitudes con el resto de betacoronavirus, en cuanto a su susceptibilidad a factores ambientales (X. Yan et al., 2021).

### **2.3.2 Influencia de factores meteorológicos sobre el SARS-Cov-2**

#### ***Temperatura***

El trabajo realizado por Araújo y Naimi (2020) explica que, en sus modelos, una de las variables que mejor explican la distribución de los brotes epidémicos de COVID-19 es la temperatura media.

La revisión de la literatura realizada por Abu-Hammad et al., (2020) refuerza este concepto, recogiendo las conclusiones de Moriyama et al., (2020), quien postula que una disminución de la temperatura ambiental promueve la viabilidad del SARS-CoV-2 en las gotículas respiratorias, e inhibe tanto el aclaramiento mucociliar de las vías respiratorias, como la defensa del sistema inmune innato, favoreciendo el acceso del virus al tejido pulmonar y su transmisión.

Los estudios de Y. Wu et al., (2020), To et al., (2021) y Tosepu et al., (2020) exponen una disminución de la incidencia diaria de COVID-19 en Brasil, Canadá e Indonesia, respectivamente, ante un aumento de la temperatura. Asimismo, los investigadores Ficaretola y Rubolini (2021) describen una menor incidencia y mortalidad por COVID-19 en las regiones con un clima cálido. La evidencia de esta relación está apoyada por numerosos trabajos (Fu et al., 2021; Harmooshi et al., 2020; Leung et al., 2020; J. Lin et al., 2020; Oliveiros et al., 2020; Paez et al., 2021; Prata et al., 2020; Qi et al., 2020; Rayan, 2021; Sarkodie y Owusu, 2020; Sharif et al., 2021; Shi et al., 2020; M. Wang, Jiang, et al., 2020; Wilson, 2020; Y. Wu et al., 2020). Entre ellos, destaca la revisión de Mecenas et al., (2020), pues analiza 17 trabajos en los que se valora el efecto de la temperatura y la humedad en la viabilidad y la transmisibilidad del SARS-CoV-2 y presentan una alta homogeneidad en sus conclusiones. Expone que la literatura científica refleja que los climas cálidos favorecen la disminución de la transmisión de este coronavirus. A pesar de ello, refiere también que las variables estudiadas como factores de confusión; es decir, las intervenciones de los gobiernos para mitigar los efectos de la pandemia, son más determinantes que las variables climatológicas. Al analizar la relación entre mortalidad por COVID-19 y temperatura ambiente, en una muestra de 2299 pacientes, el estudio de Wang (B. Wang, Liu, et al., 2020) concluye que el aumento de

1°C en la temperatura determina un incremento en la mortalidad el 2,92%. Las conclusiones de varios estudios coinciden con estos hallazgos (B. Chen et al., 2020; Ma et al., 2020).

A escala de ciudad, el trabajo de Eslami y Jalili (2020) describen una disminución del 0,86% en la incidencia acumulada de COVID-19 en 26 regiones de China, ante el aumento de la temperatura ambiente en 1°C. Los resultados del trabajo de Bhattacharjee (2020), así como los de Bashir et al., (2020) y Xie y Zhu (2020) coinciden con esta conclusión.

No obstante, también se recoge evidencia que contradice estos hallazgos (A. Gupta y Gharehgozli, 2020). Algunos estudios realizados en Tailandia, Singapur, India y China exponen que el aumento de la temperatura favorece el incremento de los casos diarios de COVID-19 (G. Kumar y Kumar, 2020; Pani et al., 2020; Sangkham et al., 2021; Xie y Zhu, 2020).

Un estudio sugiere que la diferencia de conclusiones puede deberse a la economía de la nación, ya que describe que la relación entre la mortalidad por COVID-19 y la temperatura es directa en países que presentan un PIB per cápita bajo, mientras que se invierte en las naciones con un PIB per cápita alto. Expone, además, que el efecto de la temperatura sobre la transmisibilidad del virus a escala global no resulta significativa (Rahman et al., 2021).

En esa misma línea, un estudio realizado en 206 regiones del mundo, recogiendo 2,5 millones de casos, describe no haber encontrado una relación concluyente entre la temperatura y la incidencia de COVID-19 (Islam et al., 2021). Este trabajo realizó una recogida de datos hasta el día 20 de abril del 2020, por lo que dicha conclusión podría deberse a haber analizado las variables en un estadio precoz en el desarrollo de la pandemia. Este trabajo no es el único que no describe una relación entre el clima y la incidencia de esta infección. El trabajo de Poirier et al., (2020) expone haber sido incapaz de describir esta relación tras estudiar la variabilidad espacial del número básico de reproducción ( $R_0$ ) de COVID-19 a lo largo

de las provincias y ciudades principales de China, y propone que la variable que más ha determinado el  $R_0$  es la implementación de intervenciones no-farmacológicas estrictas. Varios estudios (Briz-Redón y Serrano-Aroca, 2020; Jahangiri et al., 2020; Mirzaei et al., 2020) apoyan esta conclusión.

### ***Humedad***

La humedad se estudia como variable tanto a nivel absoluto, es decir, la masa de vapor de agua contenida en el aire; como a nivel relativo, esto es, la relación entre la humedad absoluta y la máxima cantidad de vapor de agua que el aire es capaz de contener, a una temperatura dada (Lide, 2004) .

Por una parte, numerosos estudios describen que una baja humedad relativa en ambiente favorece la viabilidad e infectividad del SARS-CoV-2 (Araújo y Naimi, 2020; Biktasheva, 2020; Briz-Redón y Serrano-Aroca, 2020; Harmooshi et al., 2020; Mecenas et al., 2020; Oliveiros et al., 2020; Paez et al., 2021; Qi et al., 2020; A. Roy y Kar, 2020; Sarkodie y Owusu, 2020; J. Wang, Tang, et al., 2020; Y. Wu et al., 2020). A escala de ciudad, el trabajo de Sharif et al., (2021) expone una correlación inversa y estadísticamente significativa entre la humedad relativa y la incidencia de COVID-19 en Lombardía, Madrid y Nueva York. Por otra parte, los trabajos de Fu et al., (2021) y Rayan (2021) estudian la relación directa entre la baja humedad absoluta en ambiente y la incidencia de COVID-19, exponiendo que una baja humedad favorece que el virus se mantenga en suspensión en partículas de aerosol más tiempo, incrementando su transmisión. Esta hipótesis está apoyada por los hallazgos de otros estudios (Paynter, 2015).

En condiciones de clima seco, se daña el epitelio de las vías respiratorias, dificultando el aclaramiento mucociliar, y, por lo tanto, empobreciendo la defensa contra patógenos respiratorios y favoreciendo su infectividad y transmisión. (Arja I. Hälinen, 2000; Negus, 1952; Pfluger et al., 2013; Salah et al., 1988; Sungnak et al., 2020). De hecho, el estudio de Kifer et al., (2021) sugiere la humidificación del aire en hospitales para favorecer la hidratación de la vía aérea, potenciando los mecanismos de defensa naturales del organismo.

No obstante, varios estudios no consiguen describir una relación estadísticamente significativa entre la humedad en ambiente y la epidemiología del COVID-19 (Carleton et al., 2021; Eslami y Jalili, 2020; Islam et al., 2020; Shi et al., 2020).

### ***Velocidad del viento***

Entendiendo que la vía de transmisión principal del SARS-CoV-2 es a través de gotículas que infectan el sistema respiratorio (Rothan y Byrareddy, 2020), se plantea la posibilidad de que la velocidad del viento afecte a su transmisión, influyendo así sobre la incidencia del COVID-19.

El estudio realizado por Sarkodie y Owusu (2020) expone una relación significativa y directa entre la velocidad del viento, la incidencia y la mortalidad por COVID-19 en 20 naciones. Estos hallazgos coinciden con los del trabajo de B. Chen et al., (2020), que, tras estudiar el número de casos de COVID-19 confirmados y la velocidad del viento durante 52 días, concluyeron que ambas variables estaban directamente correlacionadas. Dicha correlación se ha encontrado tanto a escala regional, estudiando ciudades tales como Nueva York, Sídney, Lombardía, Londres, Madrid, Hubei, Maharashtra y San Pablo; como a nivel nacional, en estudios que observan datos de Estados Unidos, China, Reino Unido y España (Bashir et al., 2020; Sajadi et al., 2020; Xie y Zhu, 2020).

Sin embargo, no todos los estudios que han analizado estas variables coinciden en sus resultados. El trabajo dirigido por X. Yan et al., (2021) describe una disminución de la incidencia de COVID-19 ante un aumento de la velocidad del viento.

### ***Radiación solar***

En el pasado, se describió el efecto antiviral de la radiación ultravioleta (UV) contra los coronavirus SARS-CoV y MERS-CoV (Doremalen et al., 2013), en condiciones controladas en laboratorio.

En cuanto al SARS-CoV-2, se ha observado que la radiación solar puede disminuir la incidencia de COVID-19 (Nakada y Urban, 2021; Rosario et al., 2020; Sagripanti y Lytle, 2020; Sfică et al., 2020). Se han postulado varias hipótesis sobre

el mecanismo de esta relación. Una de las más aceptadas achaca esta relación a la síntesis de vitamina D en la piel y su efecto protector, ya que puede inhibir la replicación viral, suprimir los factores pro-inflamatorios y elevar la concentración de mecanismos antiinflamatorios, tales como las defensinas y catelicidinas (Grant et al., 2020; Herr et al., 2007; Ilie et al., 2020; Laaksi, 2012). Se ha descrito que niveles bajos de vitamina D afectan al sistema de péptidos antimicrobianos, responsable de la respuesta inmune (Fuhrmann, 2010). Otra expone que la luz con longitudes de onda entre 200 y 260nm es la más dañina para el DNA y RNA (L. Tang et al., 2021), coincidiendo con los hallazgos de Sagripanti y Lytle (2020), quien expone que el 90% de la carga viral de SARS-CoV-2 quedaba inactivado tras la exposición a la luz solar de mediodía durante media hora. El estudio de

describe mayor incidencia y mortalidad por COVID-19 en países con menor radiación ultravioleta, lo cual apoya estas hipótesis. El trabajo de Walrand (2021) expone una correlación entre la incidencia y la latitud a la que se encuentra el país, la cual afecta directamente a la radiación solar ultravioleta que recibe su población, influyendo sobre la concentración de vitamina D que son capaces de sintetizar. En su estudio, se plantea que una baja concentración de vitamina D constituye un factor de riesgo para contraer COVID-19.

### **2.3.3 La estacionalidad del COVID-19**

Observando el impacto de variables meteorológicas y ambientales sobre la epidemiología del COVID-19, se plantea un posible carácter estacional de esta patología. El trabajo realizado por Araújo y Naimi (2020) analiza el patrón de susceptibilidad de las naciones a la incidencia de COVID-19 en base a su posición en el mapa de zonas climáticas de Köpper-Geiger. Concluyen que la incidencia aumenta en invierno, especialmente en regiones áridas, describiendo un patrón estacional de los brotes epidémicos. Los resultados del trabajo de Oliveiros et al., (2020) coinciden con estos hallazgos, exponiendo que el tiempo de duplicación de la incidencia disminuye en verano, especialmente en el norte. Varios estudios (Bagheri et al., 2020; Chaudhuri et al., 2020; Kifer et al., 2021; Rayan, 2021) amplían esta información, describiendo una mayor incidencia de COVID-19 en primavera y otoño, aunque una mayor severidad y mortalidad en invierno. El estudio de X. Liu et al., (2021) muestra que, aunque la estacionalidad, al margen de las medidas de prevención, no sea

suficiente para disminuir notablemente la incidencia y mortalidad por COVID-19, su efecto sobre estas variables es significativo, siendo más acusado en regiones situadas en latitudes altas, donde los ciclos estacionales son más pronunciados.

#### **2.3.4 Cambio climático, contaminación atmosférica y COVID-19**

##### ***La contaminación atmosférica como factor de riesgo.***

La emisión de los gases que provocan el efecto invernadero ha aumentado en las últimas décadas a raíz de actividades antropogénicas, tales como el desarrollo industrial. Este fenómeno provoca la polución del aire con contaminantes orgánicos (bifenilos policlorados, hidrocarburos aromáticos policíclicos, organoclorados, organofosforados, carbamatos, dioxinas...), metales pesados, partículas finas (PM<sub>2,5</sub> PM<sub>10</sub>) y disruptores endocrinos, entre otros; lo cual está asociado con un impacto negativo sobre la salud de la población humana (Hill, 2020). Se estima que un 95% de la sociedad respira aire contaminado, según el Reporte Anual del Estado del Aire Global, redactado por el Instituto de los Efectos en la Salud (*HEI, por sus siglas en inglés, Health Effects Institute*) (Health Effects Institute, 2019). De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que aproximadamente 7 millones de personas fallecen anualmente por causas relacionadas con la exposición crónica a aire contaminado (World Health Organization, 2016).

La exposición crónica a contaminantes aéreos derivados de procesos de combustión, tales como el PM<sub>2,5</sub>, el PM<sub>10</sub>, o el dióxido de nitrógeno, provoca alteraciones a nivel inmunológico e inflamatorio, lo cual está asociado a un mayor riesgo de desarrollar condiciones como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), asma, Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), cáncer y hepatopatías y nefropatías crónicas (Adamkiewicz et al., 2020; Brandt et al., 2015; Landrigan et al., 2018; Zheng et al., 2020). Estas comorbilidades aumentan la vulnerabilidad de la población ante infecciones respiratorias como el COVID-19, entre otras (Domingo y Rovira, 2020; Espejo et al., 2020; Rupani et al., 2020). Las partículas contaminantes parecen ser capaces de alterar receptores de tipo Toll, factores de crecimiento, receptores de citokinas y receptores de linfocitos B; así como interferir en el metabolismo de la vitamina D e iones tales como el Ca<sup>2+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>.

alterando procesos inflamatorios y el equilibrio reducción-oxidación, generando radicales de oxígeno libre y, por lo tanto, estrés oxidativo (Crane-Godreau et al., 2020; DeSantis et al., 2019; Dimakakou et al., 2018; Tsatsakis et al., 2020). Asimismo, la exposición crónica a PM<sub>2,5</sub> se ha asociado a una sobreexpresión del receptor alveolar de la ACE-2, siendo éste la vía de entrada del SARS-CoV-2 a la célula, implicando un mayor riesgo de desarrollar formas severas de la infección (Conticini et al., 2020; Frontera et al., 2020). No obstante, el aumento de la vulnerabilidad del huésped ante el patógeno no es el único mecanismo por el cual se relaciona la contaminación aérea con una mayor incidencia de infecciones. Se ha postulado la posibilidad de que las partículas de PM<sub>2,5</sub> actúen como transportador del virus SARS-CoV-2, mediante la detección de RNA viral en ellas (Frontera et al., 2020; McNeill, 2020; Setti et al., 2020), aunque no todos los autores coinciden en esta hipótesis (Shamsi et al., 2021).

El trabajo de Y. Wu et al., (2020) analiza más de 20 factores que pueden determinar la mortalidad por COVID-19, entre los cuales se encuentran condiciones individuales (obesidad, tabaquismo, edad...), epidemiológicos, socioeconómicos y climáticos. Describen una importante relación entre la concentración de PM<sub>2,5</sub> en ambiente y la mortalidad por COVID-19 en Estados Unidos. Se han expuesto hallazgos similares a nivel global (Pozzer et al., 2020; Rizvi et al., 2021; Shamsi et al., 2021), valorando el impacto de la concentración de PM<sub>2,5</sub>, PM<sub>10</sub> y O<sub>3</sub> sobre la incidencia de COVID-19 (Fernandez et al., 2021), o estudiando la relación entre la incidencia del COVID-19 y la contaminación aérea mediante la concentración de CO<sub>2</sub> en aire (Aabed y Lashin, 2021); y en otros países como China (Pansini y Fornacca, 2021; H. Xu et al., 2020; Yao et al., 2020; Z. Zhang et al., 2020; Zhu et al., 2020), Inglaterra (Travaglio et al., 2021) , Países Bajos (Andrée, 2020), Francia (Magazzino et al., 2020; Ogen, 2020), Malasia (Suhaimi et al., 2020) , Alemania, España (Ogen, 2020), Colombia (Rodriguez-Villamizar et al., 2021) e India . Éste último estudio también mostró una asociación entre una buena calidad del aire y un mayor número de recuperaciones tras padecer COVID-19. El estudio de Zhu et al. (Saha et al., 2020; Zhu et al., 2020) relacionó la concentración de PM<sub>2,5</sub>, PM<sub>10</sub>, NO<sub>2</sub> y O<sub>3</sub> con la incidencia diaria de COVID-19, y la exposición crónica a PM<sub>2,5</sub> con un aumento de hasta el 11% de la mortalidad por esta infección, no siendo el único equipo en haber descrito esta relación (Liang et al., 2020; Petroni et al., 2020; X. Wu et al., 2020).

Algunos autores postulan la necesidad de tener en consideración la polución en entornos cerrados, tales como los compuestos orgánicos volátiles derivados de los productos de mantenimiento de los hogares, o del uso de combustibles para calentar habitáculos o cocinar; y sus efectos en la salud de la población (McDonald et al., 2018; Paciência et al., 2016).

### ***Efectos de las medidas preventivas contra la crisis del COVID-19 sobre el cambio climático.***

Las medidas preventivas adoptadas por los gobiernos de las naciones para disminuir la transmisión del SARS-CoV-2, tales como las limitaciones del transporte nacional e internacional, la reducción de la actividad humana e industrial o la implantación de órdenes de confinamiento domiciliario, han tenido un impacto positivo sobre algunos aspectos del cambio climático (Abdullah et al., 2020; Espejo et al., 2020; Muhammad et al., 2020; Rupani et al., 2020; SanJuan-Reyes et al., 2021; Shakil et al., 2020). Varios estudios muestran un incremento en la calidad del aire asociado a la disminución de emisiones de CO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub> y PM<sub>2.5</sub> en varias ciudades del mundo, con respecto a niveles previos a la pandemia (Baldasano, 2020; Berman y Ebisu, 2020; Dantas et al., 2020; Delfino et al., 2004, 2006; Dons et al., 2012; Kaplan y Avdan, 2020; Le Quéré et al., 2020; Nakada y Urban, 2021; Otmani et al., 2020; Saadat et al., 2020; Tobías et al., 2020; P. Wang, Chen, et al., 2020). Estos resultados se mantienen en los análisis realizados a escala de país (Chakraborty, 2021; K. Chen et al., 2020; Gautam, 2020; Kerimray et al., 2020; Paital, 2020; Q. Wang y Su, 2020; Zambrano-Monserrate et al., 2020). La calidad del aire no es el único parámetro que ha mejorado a raíz de estas medidas. Un artículo escrito por (Zambrano-Monserrate et al., 2020) describe una disminución de la contaminación acústica, probablemente relacionada con la disminución de la actividad industrial y de transporte, así como un incremento en los índices de calidad de las playas, derivado de un descenso del número de turistas.

Sin embargo, la evidencia científica parece indicar que este efecto positivo de las medidas contra la crisis del COVID-19 sobre el cambio climático no implicará un efecto significativo a largo plazo, ya que no han implicado cambios estructurales en

los sistemas económicos que han generado el cambio climático en origen (Forster et al., 2020).

A pesar de estos beneficios climáticos sobre la contaminación aérea, la crisis del COVID-19 ha supuesto un incremento en el consumo de plásticos, especialmente de uso sanitario, magnificando el problema medioambiental derivado de la gestión de estos residuos (Klemeš et al., 2020; Zambrano-Monserrate et al., 2020). Asimismo, a raíz de los confinamientos domiciliarios, también se ha registrado un aumento en la generación de residuos domésticos (You et al., 2020; Zambrano-Monserrate et al., 2020).

## **2.4. El COVID-19 en distintos países**

### **2.4.1. El sur de África**

El sur de África ha sido la región más afectada del continente por la crisis del COVID-19 (Anyanwu y Salami, 2021). Los países de esta región son heterogéneos, tanto en su demografía, como en su desarrollo político, económico, social y sus características culturales. Asimismo, se pueden encontrar diferencias en la epidemiología de la infección entre Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique, y en sus respuestas de cara a la pandemia.

Estas cuatro naciones presentan una esperanza de vida al nacer similares, entre los 61 y 66 años. La edad media de la población abarca desde los 16,8 años, en Mozambique, hasta los 27,1 años, en Sudáfrica. Este último país es el que mayor proporción de personas mayores de 65 años presenta (6%), y Mozambique el que menos (3%). Namibia y Botsuana muestran una densidad poblacional notablemente más baja (3 y 4 habitantes por kilómetro cuadrado, respectivamente), que Sudáfrica (48 habitantes por kilómetro cuadrado) o Mozambique (40 habitantes por kilómetro cuadrado). Las pirámides poblacionales de estas naciones son expansivas, a excepción de la sudafricana. La mortalidad en infantes menores de 5 años es relativamente homogénea entre Namibia (39 fallecidos/as por cada mil nacidos/as vivos/as), Botsuana (35) y Sudáfrica (33), siendo bastante superior en Mozambique (70) (PopulationPyramid, 2023; Ritchie y Roser, 2019; The World Bank Data, 2023).

En cuanto al desarrollo económico, se aprecia un gran salto entre el Producto Interior Bruto (PIB) per cápita de Mozambique (491,8\$), y el siguiente en la lista, Namibia, con un PIB per cápita de 4.865,6\$. Sudáfrica muestra el mayor PIB per cápita de las cuatro naciones, siendo 7.105\$. Mozambique es el país que menos camas de hospital por cada mil habitantes tiene (0,8) y menos facultativos/as por cada cien habitantes (0,1), de esta región. En Namibia se encuentra el mayor número de camas de hospital por cada mil habitantes (2,7) de esta zona, mientras que en Sudáfrica se halla el mayor número de médicos/as por cada mil habitantes de esta región (0,8). El Índice de Desarrollo Humano, que valora aspectos educativos, económicos y la esperanza de vida, los situaría en este ranking: Mozambique (0,45), Namibia (0,61), Botsuana (0,69) y Sudáfrica (0,71) (Roser, 2014; The World Bank Data, 2023).

Sudáfrica es la nación con mayor desigualdad social de las cuatro (Coeficiente de Gini 0,63), habiendo cierta homogeneidad entre el resto, ya que presentan un coeficiente de Gini de entre 0,53 y 0,59 (Our World in Data, 2021).

El país más democrático de estos cuatro es Botsuana (Índice de Democracia 7,73), y el que menos, Mozambique (Índice de Democracia 3,51) (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021).

Relativo a las dimensiones culturales, no se poseen datos de todas las naciones, pero cabe destacar la alta distancia jerárquica en Mozambique (85), el individualismo sudafricano (65), así como su masculinidad (63) y la indulgencia de la cultura en Mozambique (80), así como su escasa orientación a largo plazo (11). Asimismo, la sociedad sudafricana muestra una tendencia hacia el tradicionalismo (Hofstede, 2018; World Values Survey 7, 2022).

Esta información se recoge en la Tabla 1.

Variable (año del último registro)	Namibia	Botsuana	Sudáfrica	Mozambique
<b>Demografía</b>				
Esperanza de vida al nacer, en años (2020)	63	66	65	61
Edad media de la población, en años (2021)	21,3	23,5	27,1	16,8
Porcentaje de la población mayor de 65 años (2021)	4	4	6	3
Densidad poblacional, en habitantes por km cuadrado (2020)	3	4	48	40
Tipo de pirámide poblacional (2022)	Expansiva	Expansiva	Constrictiva	Expansiva
Mortalidad de menores de 5 años, en fallecimientos por mil nacidos vivos (2021)	39	35	33	70
<b>Desarrollo económico</b>				
PIB per cápita, en dólares estadounidenses (2021)	4.865,60	6.805,20	7.105	491,8
Número de camas de hospital por cada mil habitantes	2,7 (2009)	1,8 (2010)	2,3 (2010)	0,7 (2011)
Número de médicos/as por cada mil habitantes	0,6 (2018)	0,4 (2018)	0,8 (2019)	0,1 (2020)
Índice de Desarrollo Humano (2021)	0,61	0,69	0,71	0,45
<b>Desigualdad social</b>				
Coefficiente de Gini	0,59 (2015)	0,53 (2015)	0,63 (2014)	0,54 (2014)
<b>Equidad política</b>				
Índice de Democracia (2021)	6,52	7,73	7,05	3,51
<b>Dimensiones de la cultura nacional de Hofstede</b>				
Distancia jerárquica	65	Sin datos	49	85
Individualismo	30	Sin datos	65	15
Masculinidad	40	Sin datos	63	38
Evitación de la incertidumbre	45	Sin datos	49	44
Orientación a largo plazo	35	Sin datos	34	11
Indulgencia	Sin datos	Sin datos	63	80
<b>Dimensiones culturales del mapa de Inglehart-Welzel</b>				
Tradicionalismo - Secularidad	Sin datos	Sin datos	-0,291	Sin datos
Supervivencia - Autoexpresión	Sin datos	Sin datos	0,15	Sin datos

Tabla 1. Contexto demográfico, económico, social, político y variables culturales de Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique.

---

La información demográfica, económica y social se obtiene de <https://ourworldindata.org/> (Our World in Data, 2021), el Índice de Democracia se obtiene de <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2020/> (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021), las dimensiones de la cultura nacional de Hofstede se obtiene de <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/> (Hofstede, 2018) y las dimensiones culturales del mapa de Inglehart-Welzel se obtiene de <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp> (World Values Survey 7, 2022).

La pandemia no se desarrolló de igual manera en estas cuatro naciones. Al principio, Sudáfrica presentó la mayor incidencia y mortalidad, con diferencia. También realizó comparativamente más test diagnósticos que sus países vecinos. Todos los países presentaron una estrictez de las regulaciones similares, siendo Namibia la nación más laxa de las cuatro. Se registra un Índice de Estrictez máximo de 87,96 en Sudáfrica, y mínimo de 2,78, en Sudáfrica y Namibia, rondando la media de 46,61 (Mozambique) a 56,60 (Namibia). Cabe destacar las pocas pruebas diagnósticas que realizó Mozambique, en comparación con el resto de las naciones. En el segundo semestre del 2020, Botsuana realizó más test diagnósticos que Sudáfrica, a pesar de lo cual este último país seguía presentando la mayor incidencia y mortalidad de la región. Comenzó la vacunación en el primer semestre del 2021, cuya adherencia la encabeza Botsuana (3,81 personas completamente vacunadas por cada 100 habitantes, al final del primer semestre del 2021), seguida por Sudáfrica (2,09), Namibia (0,97) y Mozambique (0,47). Botsuana seguía siendo el país que más test realizaba, siendo más del doble que su país vecino, Sudáfrica, explicando así que se posicionase el primero en la incidencia del COVID-19, adelantando a Sudáfrica. No obstante, ésta seguía liderando la mortalidad por el COVID-19, aunque la distancia entre ésta y la mortalidad en Namibia comenzaba a disminuir. La situación se mantuvo así durante un año. En el primer semestre del 2022, Mozambique presentaba más población completamente vacunada que Sudáfrica, y Namibia era el país con menos población vacunada. Las medidas de estrictez se habían empezado a relajar. Para finales del 2022, Botsuana presenta la mayor incidencia de las cuatro naciones, habiendo sido el país que más test diagnósticos ha realizado; Sudáfrica muestra la mayor mortalidad; Mozambique muestra las cifras más bajas de

incidencia, mortalidad y pruebas diagnósticas realizadas, tardó más en relajar sus regulaciones y potenció su vacunación, alcanzando las cifras de Botsuana. La Tabla 2 resume estos datos.

Epidemiología del COVID-19	Namibia	Botsuana	Sudáfrica	Mozambique
<b>Primer semestre 2020</b>				
Casos totales por millón de habitantes	78,69	66,53	2.408,66	26,78
Muertes totales por millón de habitantes	0,39	0,38	82,66	0,15
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes				
Media de estrictez de las medidas	56,60	51,40	55,67	46,61
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	73,15 - 2,78; 21,48	86,11 - 5,56; 29,22	87,96 - 2,78; 36,72	80,56 - 8,33; 25,45
Tests totales por cada mil habitantes	3,6	16,33	27,45	0,92
<b>Segundo semestre 2020</b>				
Casos totales por millón de habitantes	9.322,86	5.564,76	17.350,04	560,67
Muertes totales por millón de habitantes	81,03	16,34	468,04	5,01
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes				
Media de estrictez de las medidas	49,08	55,64	59,97	67,34
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	67,59 - 28,7; 11,46	64,35 - 47,22; 5,39	84,26 - 39,81; 14,56	80,56 - 50; 10,93
Tests totales por cada mil habitantes	82,67	210,23	111,28	8,48
<b>Primer semestre 2021</b>				
Casos totales por millón de habitantes	35.530,64	27.161,54	32.632,15	2.299,94
Muertes totales por millón de habitantes	606,15	440,25	1.006,18	26,45
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	0,97	3,81	2,09	0,47
Media de estrictez de las medidas	46,84	60,07	51,73	53,91
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	78,7 - 35,19; 8,85	62,04 - 53,7; 3,34	72,22 - 45,37; 8,6	63,89 - 50; 3,69
Tests totales por cada mil habitantes	210,469	510,68	221,13	16,64
<b>Segundo semestre 2021</b>				
Casos totales por millón de habitantes	57.981,15	84.421,17	57.543,97	5.587,56
Muertes totales por millón de habitantes	1.419,93	932,21	1.520,37	60,54
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	11,05	39,31	26,32	17,97
Media de estrictez de las medidas	43,98	41,32	53,68	48,83
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	87,04 - 25; 18,94	73,15 - 13,89; 24,99	72,22 - 44,44; 8,24	56,48 - 37,04; 4,1
Tests totales por cada mil habitantes	344,67	783,06	357,47	33,04
<b>Primer semestre 2022</b>				
Casos totales por millón de habitantes	64.728,65	122.924,00	66.681,98	6.909,99
Muertes totales por millón de habitantes	1.583,16	1.046,26	1.699,56	67,09
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	15,99	50,7	31,82	35,75
Media de estrictez de las medidas	26,03	14,87	37,78	35,82
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	28,7 - 23,15; 2,78	21,3 - 13,89; 2,29	44,44 - 11,11; 7,18	46,3 - 28,7; 5,89
Tests totales por cada mil habitantes	414,85	882,84	431,67	41,83
<b>Segundo semestre 2022</b>				
Casos totales por millón de habitantes	66.361,67	124.712,39	67.595,88	7.007,65
Muertes totales por millón de habitantes	1.590,17	1.059,19	1.712,49	67,67
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	20,76	54,29	35,13	55,97
Media de estrictez de las medidas	7,49	1,06	11,11	20,97
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	23,15 - 5,56; 4,65	13,89 - 0; 2,09	11,11 - 11,11; 0	28,7 - 12,04; 5,77
Tests totales por cada mil habitantes				

Tabla 2. Evolución epidemiológica de la pandemia del COVID-19 en Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique.

---

Se obtienen los datos en <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Our World in Data, 2021) y se muestran las medias de los datos registrados, agrupados por semestres. Se considera primer semestre el período entre el 1 de enero y el 30 de junio, ambos inclusive, y segundo semestre el período entre el 1 de julio y el 31 de diciembre, ambos inclusive, del año a estudio.

### ***La adhesión a la vacunación contra el COVID-19.***

Como se ha mencionado anteriormente, la adhesión a las campañas de vacunación contra el SARS-CoV-2 ha diferido entre las naciones (Azanaw et al., 2023; Dzinamarira et al., 2021; Ogunleye et al., 2022), así como el acceso a las vacunas, a pesar de los esfuerzos de numerosas organizaciones internacionales (Burki, 2021; The Lancet Infectious Diseases, 2022). Hasta el 8 de agosto de 2022, el 19,4% de la población namibia había completado el protocolo de vacunación COVID-19. El 32,4% de los habitantes de Sudáfrica había completado el protocolo de vacunación para esa fecha, siendo la nación que menor adhesión a la vacunación mostró, en concordancia con la literatura (Cooper et al., 2021); seguidos por la población de Mozambique, que registró un porcentaje del 39,9% de protocolos de vacunación completados. El país que presentó una mayor adherencia a las campañas de vacunación fue Botsuana, ya que, para entonces, el 53,1% de su población había completado el protocolo de vacunación (Mathieu, Ritchie, Rodés-Guirao, Appel, Giattino, et al., 2020). Esta alta adhesión de la población botenca está recogida en la literatura (Tlale et al., 2022).

No debe obviarse que los primeros casos de COVID-19 por la variante Omicron del SARS-CoV-2 (nombrada variante B.1.1.529), fueron hallados en Sudáfrica (Madhi et al., 2022). Esta variante se caracterizó por una potente transmisibilidad, así como una mayor resistencia a la vacunación previa. A pesar de esta resistencia, las dosis de refuerzo de la vacuna mostraron ser efectivas contra esta variante (Andrews et al., 2021). Algunos académicos asocian este fenómeno con la alta prevalencia de desconfianza de cara a la vacunación (del Rio et al., 2022).

Estos datos respaldan las conclusiones de un proyecto de investigación realizado en 15 países africanos en el que se abordó la disposición general a vacunarse, aunque se describieron diferencias entre la población rural y la urbana. Las

poblaciones rurales eran más proclives a vacunarse que las urbanas (Africa CDC, 2020; Ekwebelem et al., 2021). Otro equipo de investigación realizó una revisión bibliográfica, tras la cual describe que la tasa de aceptación de la vacunación contra el COVID-19 difería entre un 6,9 y un 97,9%, a lo largo de dieciséis países. Expusieron, también, que las principales razones para desconfiar de las vacunas fueron la preocupación por la propia seguridad y efectos secundarios, la falta de confianza en la industria farmacéutica y la información errónea o contradictoria de los medios de comunicación (Ackah et al., 2022). Un proyecto realizado en una muestra de personas sudafricanas, con el objetivo de explorar la resistencia a la vacunación, describió estas otras razones por las que el 32% de las y los participantes eran reticentes: la preocupación por los efectos secundarios, la falta de acceso a la plataforma de registro de vacunas en línea, la desconfianza en el gobierno, la creencia en teorías conspiratorias, no tener ingresos mensuales y depender de otra persona para tomar la decisión de vacunarse (Katoto et al., 2022).

En Mozambique, el equipo de Dula et al., (2021) describieron una menor predisposición de la población general a vacunarse contra el COVID-19, comparado con las y los trabajadores sanitarios, y expusieron que los dos principales motivos de esta menor adherencia eran la preocupación por los efectos secundarios y la percepción de la poca eficacia de la vacunación. A estos hallazgos, se le añade la aportación de Hu et al., (2022), quien muestra en su investigación el papel de la confianza institucional en la adhesión a las campañas de vacunación de la población mozambiqueña. Esta confianza institucional es uno de los cuatro factores que el equipo de Saruchera (2022) analiza para identificar qué determina la adherencia a la vacunación en el sur de África, de cara a sugerir aplicaciones prácticas que la fomenten. Las otras tres variables son la religiosidad, la actitud de las y los profesionales sanitarios y la “mitología” detrás de las vacunas, entendida como la desinformación.

En Namibia, una proporción alta de la población mostró poca inclinación a recibir la vacuna contra el COVID-19. Se estima que la desinformación sobre COVID-19 fue generalizada, ya que se difundieron desde curas falsas hasta conspiraciones antivacunas. En respuesta, el gobierno introdujo una normativa que tipificaba como delito la desinformación sobre COVID-19, bajo sanción económica (Keulder y

Koomson, 2022). Un estudio realizado en la población namibia propuso el acceso a redes sociales como posible potenciador de la reticencia a la vacunación (Mwinga, 2022).

A finales del 2022, Sudáfrica contaba con seis vacunas contra el COVID-19 aprobadas, dos de ellas basadas en un vector viral no replicante (*Jcovden*, de Johnson&Johnson y *Covishield*, de Oxford/AstraZeneca, desarrollada en el Serum Institute en India), dos basadas en virus inactivados (*Covilo*, de Sinopharm, y *Coronavac*, de Sinovac), una basada en el uso de RNA mensajero (*Comirnaty*, de Pfizer) y una que contiene subunidades proteicas del virus (*Covovax*, del Serum Institute en India) y Mozambique había aprobado dos vacunas, una de ellas contiene virus inactivados (*Covilo*, de Sinopharm), y la otra se basa en el uso de un vector viral no replicante (*Vaxzevria*, de Oxford/AstraZeneca). Otras cinco vacunas estaban en uso en Namibia: las ya mencionadas *Comirnaty*, *Jcovden*, *Covishield* y *Covilo*, así como la vacuna *Sputnik*, desarrollada por Gamaleya, que emplea un vector viral no recombinante. Por último, para esa misma data, Botsuana contaba con ocho vacunas en funcionamiento: *Comirnaty*, *Jcovden*, *Vaxzevria*, *Covishield*, *Coronavac*, así como *Spikevax*, de Moderna, basada en el uso de RNA mensajero; *Covaxin*, de Bahrat Biotech, que emplea virus inactivados, y *Corbevax*, de Biological E. Limited, que se vale de subunidades proteicas del virus (VIPER Group COVID19 Vaccine Tracker Team, 2022).

### ***Impacto económico.***

La pandemia ha provocado pérdidas de empleo y dificultades económicas (Anyanwu y Salami, 2021; Congressional Research Service, 2021; Horowitz et al., 2021; Montenovio et al., 2020), además de complicar el acceso a la atención sanitaria (Czeisler et al., 2020) y potenciar la escasez de recursos básicos, como los alimentos (Dasgupta y Robinson, 2021).

Este estrago en el acceso a una alimentación adecuada ha demostrado ser especialmente agudo en las regiones rurales de Namibia, históricamente una de las naciones con mayor desigualdad. Este país se enfrenta al "triple reto" de los altos niveles de desigualdad, pobreza y desempleo, cuyas sus raíces se establecen en el legado del colonialismo y la economía dirigida por el apartheid, caracterizada por una

distribución desigual de las labores y salarios entre miembros de distintos grupos étnicos, fundamentalmente blancos y negros (Tabe-Ojong et al., 2022; Venditto et al., 2022). La economía de este país es altamente dependiente de la exportación de materias primas, fundamentalmente proveniente de la minería, así como del turismo. Ya en las primeras fases de la pandemia se estimaba un gran impacto económico sobre estas áreas (Bounouh, 2022). Debido a la pérdida de ingresos y de puestos de trabajo, se calcula que se retrocedió el consumo privado del país al nivel que tenía hace 4 ó 5 años (Julius et al., 2020).

La economía sudafricana, también heredada del apartheid, no está exenta de las consecuencias de la pandemia. En el contexto de un racismo institucional y estructural aun presente (Moll, 2021), se parte de una situación de pobreza, inseguridad de los ingresos, hacinamiento y saneamiento inadecuado, que probablemente han disminuido la eficiencia de las medidas contra el COVID-19 (Broadbent et al., 2020), entre otras causas, por una desconfianza sobre la información sanitaria, y favorecido su impacto económico, es decir, un aumento del desempleo, disminución de los ingresos, incremento de la pobreza en la población de esta nación, así como una caída del consumo, de los ingresos fiscales y, en consecuencia, una disminución de la producción;. Sudáfrica contaba con una alta deuda pública ya antes de que el COVID-19 detonase. La ratio de deuda/PIB se contabilizaba de hasta el 26% diez años antes de la pandemia. La crisis del COVID-19 ha aumentado esta ratio hasta el 63,5%, en 2020. Tanto Sudáfrica como Namibia establecieron ayudas económicas para la población (Arndt et al., 2020; Bounouh, 2022; Julius et al., 2020).

Botsuana es el tercer país con mayor producción de diamantes, a nivel mundial. Ésta supone su fuente principal de sustento económico. Asimismo, cuentan con la segunda mayor reserva de carbón de África. La agricultura representa un papel mínimo en el PIB del país, a pesar de lo cual, emplea a más del 20% de la población (Bounouh, 2022). El turismo en general, y el turismo orientado a la caza, en particular, juegan un papel importante en la economía de esta nación. Este sector ha sufrido un importante declive a raíz de las medidas para disminuir la propagación del virus relacionadas con el transporte internacional. Menos turistas que años previos han podido viajar a Botsuana, generando importantes pérdidas económicas en los

negocios de hostelería y alojamiento, conllevando una gran pérdida de empleos (Hambira et al., 2022).

Al contrario que el caso anterior, la agricultura en Mozambique es extensa y rica en productos. Este sector emplea al 70% de la población mozambiqueña, a pesar de lo cual, se describe un alto grado de inmovilidad de pobreza en la ciudadanía; es decir, la población en situación de vulnerabilidad rara vez supera el umbral de la seguridad (Salvucci y Tarp, 2021). Se estima que, en sus tierras, este país alberga recursos naturales muy poco explotados, probablemente a raíz de los desastres climáticos que azotan la región con cierta frecuencia. La crisis del COVID-19 ha frenado los buenos resultados económicos de Mozambique en años previos. El PIB de esta nación se contrajo un 0,5% en 2020, el primer descenso en 28 años, tras un crecimiento del 2,2% en 2019. La tasa de empleo también descendió. La ralentización de los sectores de la construcción, el turismo y el transporte, así como el descenso de la demanda de exportación de materias primas, han sido los principales factores de esta desaceleración (Betho et al., 2022; Bounouh, 2022). La población de esta nación ha reportado haber padecido hambre durante la pandemia, así como una violenta represión por parte del Estado contra su libertad de expresión (Kyed, 2020).

Los estudios realizados hasta la fecha concluyen que la pandemia ha podido echar por tierra los últimos 20 años de trabajo para reducir la pobreza en África (Venditto et al., 2022).

### ***La respuesta contra el COVID-19.***

El gobierno sudafricano decretó un confinamiento domiciliario en las primeras fases de la pandemia. De hecho, este gobierno confinó a la población antes que otros países, que en aquellas fases contaban con mayores casos y fallecimientos por COVID-19, como Italia o Estados Unidos. También implementó amplias estrategias de testeo. Algunos expertos afirman que el impacto económico que generó el confinamiento fue superior al esperado, y critican que dicho confinamiento no aplacó la incidencia y mortalidad por COVID-19 en Sudáfrica, sino que la pospuso, ya que cuando relajaron las medidas, la epidemiología de la infección escaló. El confinamiento no fue la única medida tomada en Sudáfrica, también se cancelaron eventos públicos, se potenció el distanciamiento social y se bloqueó el transporte

internacional, cancelando visados (de Villiers et al., 2020). La población asumió estas medidas relativamente bien al comienzo de la pandemia, mas el comportamiento preventivo fue evolucionando a lo largo del tiempo. El uso de las mascarillas se mantuvo relativamente estable, mientras que la asunción de medidas como el distanciamiento social, evitar grupos grandes y quedarse en el domicilio fue disminuyendo (Kollamparambil y Oyenubi, 2021; Stiegler y Bouchard, 2020).

En Mozambique, se potenció el uso de mascarillas, la higiene de manos, medidas de distanciamiento social y protección personal, especialmente en personas con sintomatología respiratoria, como tos. Se registra, en general, una buena adhesión de la población mozambiqueña a estas medidas preventivas (Júnior et al., 2021). Las políticas sobre el distanciamiento social duraron comparativamente más en Mozambique que en otras muchas naciones, a pesar de que no requiriese que la población permaneciese en sus domicilios. También se adoptó una política inicial que prohibía el uso de motocicletas, bicicletas y servicios de taxi y limitaba los autobuses y minibuses a un tercio de ocupación, pero, tras múltiples protestas, esta política se relajó en cuestión de una semana. (Lane et al., 2021).

En Namibia, cinco días después de los primeros casos confirmados, se declaró el estado de emergencia en el país, decretándose el cierre al transporte internacional. La población trabajadora, tanto en sectores públicos como privados, debía permanecer en sus casas. Se suspendieron las sesiones parlamentarias, se prohibieron los mercados y el ocio, así como las reuniones públicas y las concentraciones de más de diez personas. Este país arrastra la carga de la inequidad de forma histórica, y mantiene dinámicas de neo-racismo en la actualidad, evidente, por ejemplo, en la segregación espacial que caracteriza su capital, Windhoek (Kohima et al., 2023). Ante la amenaza de la pandemia, se implementaron medidas que, como efecto secundario, disminuyó esta desigualdad, como la reforma de sistemas de saneamiento y acceso a agua potable, las ayudas económicas a la población y un mejor acceso a alimentación (Marenga y Amupanda, 2021).

Botsuana implementó medidas de confinamiento domiciliarios intensas, así como Namibia. Las políticas de distanciamiento social en Botsuana resultaron ser más estrictas que en el resto de sus países vecinos. Tanto esta nación, como

Mozambique, implementaron medidas de distanciamiento social antes de registrar su primer caso de COVID-19. (Lane et al., 2021). Botsuana decretó el estado de alarma e impuso el confinamiento domiciliario siguiendo las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud, favoreciendo el uso de mascarillas y el lavado frecuente de manos mediante el desarrollo de extensas campañas de información. Aportó facilidades económicas para las compañías que se vieron afectadas y las personas con difícil acceso a alimentación, así como apoyo logístico para la población en situación de vulnerabilidad (Masiya et al., 2021; Seloilwe et al., 2023).

Este escenario ha impactado negativamente en el bienestar mental y emocional de la población, tanto por haber incrementado la preocupación por la propia salud o por la de los demás, como por los recursos emocionales que requiere hacer frente a los confinamientos (Dubey et al., 2020; Gittings et al., 2021; Lentooy y Maepa, 2021). Asimismo, está descrito el impacto negativo sobre la salud mental que implica la pérdida de empleo, en particular durante la pandemia. El estudio de Posel et al., (2021) exploró, a través de encuestas en Sudáfrica, que las y los participantes que mantuvieron sus empleos a lo largo de la pandemia mostraban significativamente menos prevalencia de depresión que sus compatriotas desempleados. En la misma línea, el trabajo de Mbunge, (2020) expuso que el confinamiento generó brotes de incertidumbre, pánico agudo, miedo, depresión, comportamientos obsesivos, conflictos sociales, estigmatización, ansiedad, un aumento de los casos de violencia de género y potenció la discriminación en la distribución de la ayuda alimentaria. No debe obviarse, tampoco, la epidemia de VIH que asola el país, la cual, añadida al apartheid, conforma un escenario de trauma transgeneracional, en el que se desarrolla la pandemia del COVID-19 (Naidu, 2020).

Un equipo de investigación estudió los efectos de vivir en un entorno urbano o rural sobre la forma de afrontar la crisis del COVID-19, y describió que la población anciana que vivía en zonas rurales había experimentado mejor el confinamiento, probablemente debido a un acceso más fácil a la naturaleza, un mayor apoyo social y la proximidad entre familiares (Pérès et al., 2021). Se hallaron resultados similares en un proyecto que informó de una mayor incidencia de problemas de salud mental relacionados con el brote de COVID-19 en las ciudades que en las zonas rurales (L. Liu et al., 2021). Sin embargo, estos hallazgos se contradicen con un estudio que

describió que los residentes de zonas rurales cercanas al metro experimentaron un mayor impacto del COVID-19 en comparación con las poblaciones urbanas (Monnat, 2021). Otros proyectos demostraron que los residentes de zonas rurales eran menos propensos a participar en conductas sanitarias preventivas relacionadas con el COVID-19 (Callaghan, Lueck, et al., 2021).

Algunos académicos cuestionan si las medidas impuestas por los gobiernos de países con ingresos bajos protegieron o perjudicaron a la población, en mayor medida, ya que, argumentan, fueron establecidas desde países con situaciones económicas estables, sin tener en cuenta las particularidades y necesidades de países más vulnerables, tanto a nivel económico como social (Jackson et al., 2022).

#### **2.4.2. Cuba**

La República de Cuba se asienta en una isla de 110.860km<sup>2</sup> de superficie, ubicada en el mar Caribe, cerca de las costas de México y Estados Unidos. Cuenta con una densidad de población de 109 habitantes por kilómetro cuadrado. La esperanza de vida al nacer en Cuba es de 78 años, con una edad media de la población de 41,2 años. El 16% de la población supera los 65 años de edad y presenta una pirámide poblacional constrictiva (PopulationPyramid, 2023; Ritchie y Roser, 2019; The World Bank Data, 2023). La mortalidad en menores de 5 años es de 5 fallecidos/as por cada mil nacidos/as vivos/as (The World Bank, 2021b).

Esta nación muestra un Producto Interior Bruto (PIB) per cápita de 9.499,6 dólares estadounidenses en su último registro, en el año 2020 (*Cuba | Data*, 2020). Cuenta con una gran inversión en materia de salud, ya que presenta 5,3 camas de hospital por cada mil habitantes, así como 8,4 médicos/as por cada mil habitantes. Su Índice de Desarrollo humano se sitúa en 0,76, su Índice de Democracia en 2,59. No se encuentran datos sobre su coeficiente de Gini, ni sus variables culturales (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021; Roser, 2014; The World Bank Data, 2023). Esta información se refleja en la Tabla 3.

<b>Demografía</b>	
<b>Esperanza de vida al nacer, en años (2020)</b>	78
<b>Edad media de la población, en años (2021)</b>	41,2
<b>Porcentaje de la población mayor de 65 años (2021)</b>	16
<b>Densidad poblacional, en habitantes por km cuadrado (2020)</b>	109
<b>Tipo de pirámide poblacional (2022)</b>	Constrictiva
<b>Mortalidad de menores de 5 años, en fallecimientos por mil nacidos vivos (2021)</b>	5
<b>Desarrollo económico</b>	
<b>PIB per cápita, en dólares estadounidenses (2021)</b>	9.499 ,6 (2020)
<b>Número de camas de hospital por cada mil habitantes</b>	5,3 (2017)
<b>Número de médicos/as por cada mil habitantes</b>	8,4 (2018)
<b>Índice de Desarrollo Humano (2021)</b>	0,76
<b>Desigualdad social</b>	
<b>Coefficiente de Gini</b>	Sin datos
<b>Equidad política</b>	
<b>Índice de Democracia (2021)</b>	2,59
<b>Dimensiones de la cultura nacional de Hofstede</b>	
<b>Distancia jerárquica</b>	Sin datos
<b>Individualismo</b>	Sin datos
<b>Masculinidad</b>	Sin datos
<b>Evitación de la incertidumbre</b>	Sin datos
<b>Orientación a largo plazo</b>	Sin datos
<b>Indulgencia</b>	Sin datos
<b>Dimensiones culturales del mapa de Inglehart-Welzel</b>	
<b>Tradicionalismo - Secularidad</b>	Sin datos
<b>Supervivencia - Autoexpresión</b>	Sin datos

Tabla 3. Contexto demográfico, económico, social, político y variables culturales de la República de Cuba.

---

La información demográfica, económica y social se obtiene de <https://ourworldindata.org/> (Our World in Data, 2021), el Índice de Democracia se obtiene de <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2020/> (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021), las dimensiones de la cultura nacional de Hofstede se obtiene de <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/> (Hofstede, 2018) y las dimensiones culturales del mapa de Inglehart-Welzel se obtiene de <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp> (World Values Survey 7, 2022).

En cuanto al desarrollo de la pandemia, en su primer semestre, Cuba presentó el mayor índice de Estrictez de las medidas posible (100). Multiplicó por 9 el número de pruebas diagnósticas realizadas en el segundo semestre del 2020. A finales de este año, Cuba había registrado 1.042,35 casos de COVID-19 por cada millón de habitantes, 12,932 fallecimientos por cada millón de habitantes y mostraba una estrictez de sus regulaciones alta (media de estrictez 69,62). Durante el 2021, la incidencia escaló, multiplicándose por 85, aunque solo se triplicasen las pruebas diagnósticas. A finales del 2021, Cuba había registrado 86.117,91 casos por millón y habitantes y 742,28 muertes por COVID-19 por millón de habitantes. Sus regulaciones comenzaban a relajarse, aunque seguía siendo el país más estricto de los analizados en esta investigación. Destaca la adherencia a la vacunación por parte de la población cubana. A finales del 2022, el 89,23% de la población de este país estaba vacunada contra el COVID-19, siendo la nación con mayor tasa de población completamente vacunada de las analizadas en esta tesis (Mathieu, Ritchie, Rodés-Guirao, Appel, Gavrilov, et al., 2020). Esta información se muestra en la Tabla 4.

<b>Primer semestre 2020</b>	
Casos totales por millón de habitantes	208,7
Muertes totales por millón de habitantes	7,67
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	
Media de estrictez de las medidas	60,47
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	100 - 11,11; 36,50
Tests totales por cada mil habitantes	15,37
<b>Segundo semestre 2020</b>	
Casos totales por millón de habitantes	1.042,35
Muertes totales por millón de habitantes	12,932
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	
Media de estrictez de las medidas	69,62
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	86,11 - 56,48; 36,50
Tests totales por cada mil habitantes	132,44
<b>Primer semestre 2021</b>	
Casos totales por millón de habitantes	16.769,50
Muertes totales por millón de habitantes	113,27
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	11,17
Media de estrictez de las medidas	77,79
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	81,48 - 62,04; 4,44
Tests totales por cada mil habitantes	457,46
<b>Segundo semestre 2021</b>	
Casos totales por millón de habitantes	86.117,91
Muertes totales por millón de habitantes	742,28
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	86,27
Media de estrictez de las medidas	58,44
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	71,76 - 21,3; 18,82
Tests totales por cada mil habitantes	463,75
<b>Primer semestre 2022</b>	
Casos totales por millón de habitantes	98.641,59
Muertes totales por millón de habitantes	760,69
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	88,96
Media de estrictez de las medidas	20,95
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	27,98 - 18,52; 2,72
Tests totales por cada mil habitantes	
<b>Segundo semestre 2022</b>	
Casos totales por millón de habitantes	99.175,20
Muertes totales por millón de habitantes	760,78
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	89,23
Media de estrictez de las medidas	12,65
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	18,52 - 11,11; 2,30
Tests totales por cada mil habitantes	

Tabla 4. Evolución epidemiológica de la pandemia del COVID-19 en la República de Cuba.

---

Se obtienen los datos en <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Our World in Data, 2021) y se muestran las medias de los datos registrados, agrupados por semestres. Se considera primer semestre el período entre el 1 de enero y el 30 de junio, ambos inclusive, y segundo semestre el período entre el 1 de julio y el 31 de diciembre, ambos inclusive, del año a estudio.

### ***Contexto histórico. De crisis en crisis.***

La historia sociopolítica de Cuba es única. Esta nación se rige bajo un régimen socialista, tras la victoria de Fidel Castro en la revolución que comenzó en 1953 y finalizó el 3 de octubre del 1965, con la consecuente constitución del Partido Comunista de Cuba (PCC), en el solemne evento protagonizado por Fidel Castro leyendo la carta de despedida de Guerrillero Heroico Ernesto (también conocido como “Che Guevara”), en la cual se ensalzan los valores socialistas, estableciendo como objetivo mejorar la calidad de vida de la población y sentar un antecedente de distribución igualitaria de los recursos. (Osorio Echeverry et al., 2022, p. 13).

Esta nación contaba con el apoyo económico del Campo Socialista de la Unión Soviética. La disolución del mismo, en 1991, supuso el inicio de un período de crisis económica en Cuba, afectando especialmente a los sectores primario y secundario. En el primer caso, el modelo de producción agropecuaria previamente establecido, desproporcionadamente orientada a la producción de azúcar y sumamente dependiente de la importación de alimentos (el 75-80% de los alimentos eran importados), resultó insostenible, dándose una paralización de la producción provocada por un desabastecimiento en combustibles, conllevando una situación de escasez de disponibilidad de alimento en la población. Se contabilizó una reducción del 30% de la media de ingesta calórica de las y los ciudadanos, entre los años 1990 y 1995 (Food Monitor Program, 2022; Nodarse, 2021; Uriarte-Gaston, 2004, p. 107). En cuanto al sector secundario, el patrón de industrialización asumido desde mediados de la década de los setenta se tornó inviable, en gran parte agravado por el desabastecimiento de combustibles, conduciendo a una progresiva desindustrialización. En este contexto, el sector terciario, mayoritariamente el turismo, se potenció exponencialmente, como forma de sustentar la economía nacional, pasando de representar el 57% del PIB en 1990, a más del 84% en 2019 (Nodarse, 2021). En la actualidad, la economía cubana es muy dependiente del sector

externo (turismo, comercio y deuda), especialmente afectado por la pandemia del COVID-19 (Mesa-Lago, 2020).

Esta época de crisis y de reajuste de la economía se conoce como el “Período especial”. La falta de disponibilidad de alimentos y de acceso a bienes esenciales tales como fármacos, ropa y productos domésticos marcaron profundamente la memoria histórica del país (Uriarte-Gaston, 2004). Se han recogido testimonios de este período que alumbran la escasez que se vivió, tales como el de personas que comían cáscaras de plátano, en ausencia de otro alimento que llevarse a la boca. Con el apoyo de otros países socialistas, tales como Vietnam, Venezuela y China, mejoró la situación, aunque no remitió de forma completa (Food Monitor Program, 2022).

### ***El embargo estadounidense.***

Las relaciones entre Cuba y Estados Unidos ya eran complejas anteriormente, pero a lo largo de los años noventa, Estados Unidos encrudeció el conocido *embargo*, lo cual complicó la ya difícil situación económica y social del pueblo cubano (Uriarte-Gaston, 2004). Estas restricciones tienen su origen en la reticencia estadounidense a la alianza entre el régimen cubano y la Unión Soviética, durante la segunda mitad del siglo XX. El presidente del gobierno de Estados Unidos, Dwight D. Eisenhower, estableció sanciones económicas a la importación de productos de Cuba, tales como el azúcar, que, por aquella época, representaba una fuente de ingresos importante para el país. Seguidamente, el presidente John F. Kennedy amplió estas medidas, restringiendo los viajes a la isla. El colapso de la Unión Soviética no conllevó consigo una despresurización de estas medidas contra la economía cubana. De hecho, en 1992, en pleno “Período especial”, Washington recrudeció el embargo en el Acto de Democracia Cubana, afianzado aún más en 1996, en la Ley para la Libertad y la Solidaridad Democrática Cubana, conocida como la Ley de Helms-Burton, la cual establece que las medidas contra la economía cubana no habrán de ser levantadas hasta que se celebren elecciones libres y justas en Cuba, se ejecute una transición a un gobierno democrático que excluya a los Castro y se asegure la integridad de los derechos humanos de la población, entre ellos la libertad de expresión y la excarcelación de presos políticos (Kaláshnikov, 2018; Lee, 2014). Estas medidas no parecen haber dado grandes resultados. De haber sido así, no se habrían mantenido

más de medio siglo (Kaláshnikov, 2018). A día de hoy, Cuba no parece ser un asunto prioritario en la agenda del presidente estadounidense J. Biden.

En la historia reciente de esta turbulenta relación entre Estados Unidos y Cuba, se expuso la intención por parte del expresidente B. Obama de aliviar las tensiones con la isla. Su sucesor, el presidente D. Trump, abandonó estas intenciones a su llegada al gobierno, posicionándose claramente en contra de la apertura a la economía cubana (López, 2017). El 16 de junio del 2017, Trump emitió un discurso en Miami, reafirmando los preceptos de la Ley Helms-Burton, tras el cual firmó la prohibición de viajes de turismo a Cuba, endureciendo las excepciones bajo las cuales se permite el tránsito entre países, y reforzó la prohibición legal a las compañías estadounidenses de llevar a cabo transacciones directas con entidades cubanas. Tres meses después, el gobierno de este presidente redujo el número de trabajadores y trabajadoras de la Embajada estadounidense en Cuba y canceló los servicios consulares para la población cubana. Estas decisiones fueron criticadas, tanto por el partido demócrata, como por el propio partido republicano del que Trump era líder, así como por los congresistas cubanos (Kaláshnikov, 2018). Aunque algunos autores (Kaláshnikov, 2018; López, 2017) describen que el impacto de estas medidas es mínimo, pues aportan poca o nula novedad real, otros afirman que la parálisis de la inversión extranjera, la reducción en el turismo, el endurecimiento de las multas a bancos internacionales que hacen transacciones con Cuba, el entorpecimiento del suministro de buques petroleros y la reducción de remesas externas (estimada en un descenso de 917 millones de euros) son consecuencias del embargo estadounidense, con un alto impacto en la génesis de la crisis económica actual (Mesa-Lago, 2020).

### ***Crisis económica actual.***

Este contexto político, junto con el impacto de la pandemia del COVID-19, facilita entender el origen de la crisis económica y social que atraviesa Cuba en la actualidad. La reacción del gobierno de Cuba, al parecer, ha agravado la situación, a pesar de que hubiera indicios de su inicio inminente.

A mediados del 2020, ya se vaticinaba la deriva de la coyuntura hacia un segundo *período especial*. Durante el primer trimestre del 2020, se registró un descenso del PIB de un 11% (Mesa-Lago, 2020). Algunos organismos internacionales,

entre ellos el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina Coordinadora Residente (OCR) en Cuba, redactaron, en mayo del 2020, un documento en el cual describían algunas posibles consecuencias de la pandemia, entre las cuales se encuentran el decrecimiento del PIB, por la caída del turismo, la contracción de la disponibilidad de divisas en Cuba, la reducción de los ingresos familiares, un incremento de la presión inflacionaria, una importante disminución de la disponibilidad de alimentos, dada la importante proporción de alimentos importados a la isla, y una afectación en la producción y disponibilidad de medicamentos. Ante esta perspectiva, propusieron varias líneas de actuación, tales como posicionar la seguridad alimentaria como prioridad, ampliando el sistema de racionamiento para distribuir productos de primera necesidad y fomentar la producción nacional de material sanitario, productos de aseo y alimentos, entre otras (Rodríguez et al., 2020).

A pesar de lo plasmado en el papel, la realidad de la población cubana dista de haber gozado de la protección que estas medidas iban a suponer. De hecho, el gobierno de Cuba realizó varias reformas económicas que conllevaron un aumento de la inflación, contribuyendo a inestabilizar la situación nacional (Oxford Analytica, 2021; Truebas Acosta, 2022). Esta inflación ha llegado a presentar una subida anual de hasta el 175% a día 12 de diciembre del 2022 (Hanke, 2022b).

En primer lugar, ejecutó el famoso *reordenamiento monetario*, por el cual una de las dos divisas nacionales hasta la fecha (peso cubano convertible, CUC, y peso cubano, CUP), fue eliminada (Izquierdo Toledo, 2022). La desaparición del CUC, el 1 de enero del 2021, trajo consigo un enorme aumento de las tasas inflacionarias, como ya venían siendo anticipadas, inabarcables a pesar de la discreta subida del salario (González Marrero, 2022; Guillen, 2022; Mesa-Lago, 2021). Considerando que este reordenamiento monetario venía vaticinándose desde antaño (Morales-Pita, 2008), la población cubana no puede sino cuestionar el particular y sensible momento en el cual se toma la determinación de ejecutarla. Ante la pregunta “¿por qué ahora?”, no se ha obtenido una respuesta clara. En septiembre del 2020, un artículo de la Agencia Reuters anunciaba la desaparición del CUC, datándola para el 1 de octubre. Ante esta

alarma, un aluvión de ciudadanos y ciudadanas cambiaron sus CUC por CUPs, generando escasez de CUPs, colapsando los bancos. Este anuncio fue desmentido, argumentando que cuando se realizase este cambio, se avisaría a la población. El 10 de diciembre del 2020, el gobierno de Cuba anunció el reordenamiento monetario. Expertos en la materia describen que el momento ideal para haber realizado este cambio hubiera sido entre 2012 y 2016, cuando Cuba contaba con una situación económica comparativamente menos comprometida, y critican la premura con la que se realizó, sin tener preparadas las condiciones previas necesarias para paliar sus efectos, en un contexto de alta inestabilidad (Mesa-Lago, 2021).

En segundo lugar, habiendo eliminado el CUC de la circulación y tras varios meses de escasa disponibilidad de alimentos en Cuba, el gobierno instauró tiendas abastecidas con víveres y útiles de aseo, a los que únicamente se podía acceder mediante moneda libremente convertible (MLC), es decir, generalmente euros o dólares, a los cuales la población apenas tenía acceso, ya que ésta cobra su salario en CUPs (Guillen, 2022; Izquierdo Toledo, 2022). El 7 de febrero del 2020, el viceprimer ministro y ministro de economía y planificación, Alejandro Gil Fernández, manifestaba que suponía una “medida que no afecta a nadie y beneficia a todo el pueblo, con independencia de que no todo el pueblo pueda acceder a la MLC y comprar en estas tiendas, pues estas divisas son captadas por el país y ello revierte en un beneficio para la población”. Tanto para acceder a las MLC, como para adquirir los productos comercializados en estas divisas, la población se ha visto en la necesidad de recurrir al mercado negro, *el invento*, o a recibirlas de parte de familiares en el extranjero, *tener fe*. Llamam *el invento* a “inventar” la forma de obtener solvencia económica. Recurrir al mercado negro resulta tan común en Cuba que es prácticamente la norma (Aldous, 2015). La apertura de las tiendas MLC acentúan la brecha económica entre la población cubana, diferenciando poderosamente aquellos que tienen acceso a estas tiendas y los que no (Guillen, 2022).

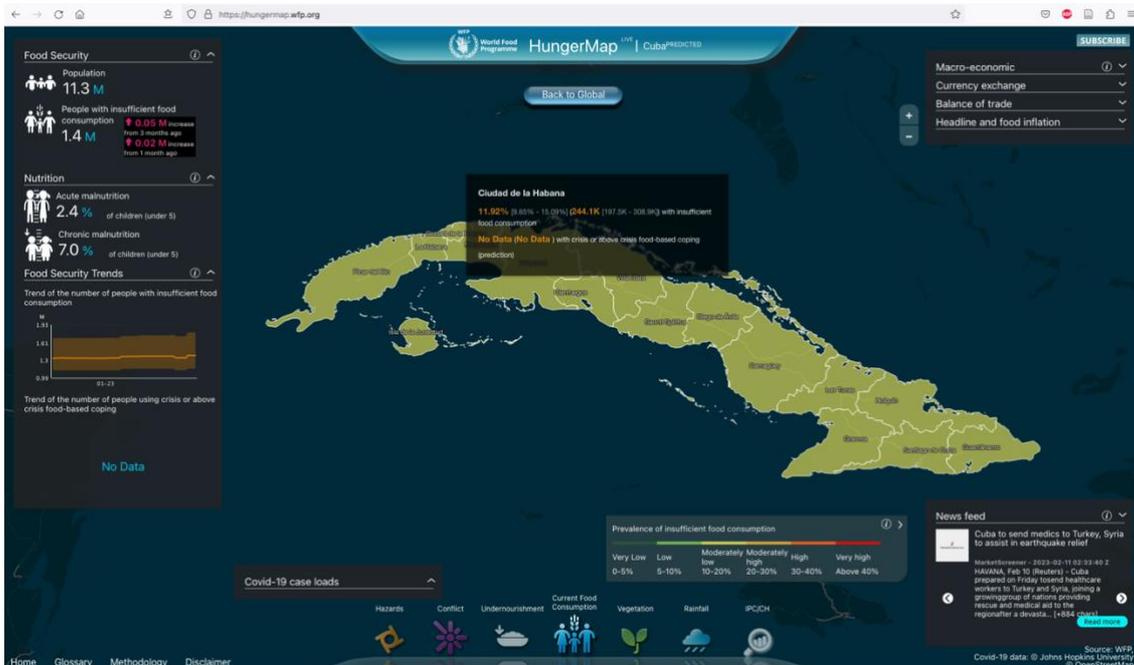
El turismo, gran fuente de ingresos nacional, se vio resentido, tanto por las restricciones de viajes internacionales por el COVID-19 (la caída de este ingreso se estima en 1.800 millones de euros (Mesa-Lago, 2020), como por el endurecimiento del embargo estadounidense tras el cambio de gobierno, así como las decisiones del

propio gobierno cubano (Becker, 2021; Food Monitor Program, 2022; Gamboa Díaz et al., 2022).

La crisis derivada de la pandemia, el colapso del turismo, el endurecimiento del embargo estadounidense, las políticas internas del gobierno cubano relativas a la reordenación monetaria y el establecimiento de las tiendas en MLC, la escasez de recursos básicos, como alimentos, medicamentos y productos de higiene; así como la perpetua censura de la población, han llevado a la población a la peor crisis económica y social del último siglo (Izquierdo Toledo, 2022), protagonizada por un aumento de la inflación muy superior al pronosticado por el gobierno cubano (Guillen, 2022). Esta situación ha impactado notablemente el bienestar de la población, causando un importante desabastecimiento de bienes esenciales y servicios e impidiendo que la ciudadanía disfrute de sus derechos económicos y sociales. Esta situación ha provocado un éxodo migratorio de proporciones históricas, del cual se han hecho eco medios internacionales (Euronews, 2022; France 24, 2022; Human Rights Watch, 2023). Tanto ha sido así, que el 11 de julio de 2021 la población se movilizó en manifestaciones masivas a lo largo del país (González Marrero, 2022). En contra de lo que posteriormente se mostró en los medios de comunicación nacionales, la inmensa mayoría de los manifestantes fueron pacíficos. Esta contienda fue importantemente reprimida por parte de las autoridades, quienes aumentaron el número de detenciones arbitrarias en ese mes, sustancialmente (Estupinan, 2022; López, 2017). Más de 1500 personas, la mayoría jóvenes, fueron detenidas, y al menos 670 permanecen aún en la cárcel, según la ONG Cubalex (Amerise, 2022). El 11J no fue un hecho aislado, venía precedido por las protestas del 27 de noviembre del 2020, en las cuales cientos de artistas se posicionaron frente al Ministerio de Cultura de Cuba, reclamando el derecho a la libertad de expresión (Estupinan, 2022).

## *El hambre en Cuba.*

A día de hoy, en abril del 2023, Cuba se muestra de color verde en el Mapa del Hambre (Mapa 1), desarrollado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), lo cual refleja que, en teoría, la insuficiencia alimentaria es baja, contabilizando un porcentaje de personas con un consumo insuficiente de alimentos del 10% al 20%. No obstante, esta información contradice la ofrecida por el Observatorio de Derechos Sociales, el cual, en julio del 2021, exponía que el 73% de la población cubana calificaba su alimentación como deficiente. Se describió que más de la mitad de las personas encuestadas realizaban dos o menos comidas al día. Esta incoherencia entre los datos recogidos por ambos organismos responde a un fallo metodológico del PMA, ya que emplean un análisis predictivo en lugar de observacional (Ángel, 2022). La Cumbre Mundial de la Alimentación, celebrada en 1996, en la ciudad de Roma, estableció el acceso a productos alimenticios nutritivos, a todos los niveles, que se puedan consumir de forma segura y en bastante cantidad, como requisitos para garantizar la seguridad alimentaria. Ésta, lamentablemente, no forma parte de la vida diaria de la población cubana (Izquierdo Toledo, 2022).



Mapa 1. Mapa del Hambre, desarrollado por el Programa Mundial de Alimentos.

### ***La información en Cuba: censura e internet.***

Parte de la narrativa comúnmente escuchada en Cuba a la hora de plasmar la realidad de su ciudadanía son el difícil acceso a medios de información libres y la censura, tanto gubernamental como personal (Sánchez Somonte, 2022). La falta de libertad de prensa en el marco del régimen cubano es constatable. En 2013, la Comisión Cubana de Derechos Humanos y Reconciliación nacional estimó que se dieron más de 4.000 detenciones arbitrarias en Cuba, relacionadas con la libertad de prensa, expresión y asociación). Este país ocupa el puesto 169 dentro de 180 en la Clasificación Mundial de la Libertad de Prensa de Reporteros Sin Fronteras (Aldous, 2015). Esta censura se origina desde el comienzo del régimen. Por aquel entonces, el sistema de información de Cuba, similar al del bloque soviético, se caracterizaba por: i) suponer el brazo armado de un sistema de poder monopolístico, ii) ser productor de “la verdad única”, es decir, la verdad de Partido y del Estado y iii) cualquier ciudadano o ciudadana es, a la vez, censor y censurado/a (Geoffray y Chaguaceda, 2014). El ejemplo más reciente de represión y censura son las revueltas del 11J, anteriormente explicadas.

Una característica que agrava esta problemática es el difícil acceso a internet. Esta herramienta llegó a la población cubana por primera vez en el año 2012, siendo accesible a través de la telefonía móvil a partir de diciembre del 2018, muy posterior que a países (Aldous, 2015; Sánchez Somonte, 2022). Se estima que Cuba tiene una de las tasas de penetración de internet más bajas del mundo, situada en el puesto 125 de 166 por la Unión Internacional de Telecomunicaciones. En el año 2011, sólo unos 2,6 millones de cubanos y cubanas (alrededor del 23% de la población) tenía acceso a internet. De hecho, a principios del 2015, el artista cubano Kcho comenzó a ofrecer servicio de Wi-Fi de acceso público y gratuito a cualquier persona que se encontrase cerca de su estudio, costeándolo personalmente (Aldous, 2015). Desde entonces, el acceso a internet en Cuba ha evolucionado lo suficiente como para suponer un desafío para el carácter centralizador del Estado y su control sobre la información y los medios de comunicación, complicando cada vez más la capacidad censora del régimen, a

pesar de la resistencia del mismo (Geoffray y Chaguaceda, 2014; Sánchez Somonte, 2022).

### ***El éxodo del 2022. Cuba se vacía.***

El 16 de marzo del 2022, la revista norteamericana *The National Review* publicó el índice de miseria del año anterior, redactado por Steve Hanke, en el cual se posicionan las naciones en orden ascendente, de las menos felices a las más. Cuba ocupa el primer puesto, siendo considerada, acorde a este índice, el país más miserable del mundo (Hanke, 2022a). No es de extrañar que en el año 2022 se haya registrado la mayor ola migratoria de la historia del país. Sin embargo, ésta no es la primera. En 1980 se produjo la migración del Mariel, en la cual unas 125.000 personas abandonaron Cuba, motivadas por la inestabilidad política, que culminó en el asalto a la embajada de Perú. En 1994, 35.000 cubanos y cubanas migraron en embarcaciones improvisadas y neumáticos, hacia las costas de Florida. Este movimiento se conoció como el *maleconazo* de la crisis de los balseiros. En ambas, la proporción de jóvenes que migran ha sido muy superior a la de sus compatriotas mayores (Augustin y Robles, 2022). En el año 2022, más de 220.000 ciudadanos y ciudadanas cubanos han cruzado las fronteras de Estados Unidos. En todo el año fiscal anterior, entre octubre del 2020 y octubre del 2021, esta cifra no llegó a 39.000 migrantes, y el año previo a éste, 14.000 (U.S. Customs and Border Protection, 2023). La magnitud de la ola migratoria actual se predecía desde principios de año. Entre noviembre del 2021 y febrero del 2022 se registraron 40.000 cubanos y cubanas que llegaron a la frontera sur de EEUU (Lima, 2022). Muchos migran por mar, otros aterrizan en un país libre de visado, en este caso, Nicaragua, y, a través de la costosa contratación de *coyotes* (los precios oscilan entre los 8.000 y los 15.000 dólares), recorren miles de kilómetros, atravesando Honduras, Guatemala y México, para llegar a la frontera sur de Estados Unidos y solicitar asilo político. Como en movimientos del pasado, en el actual también predomina la población migrante joven (Amerise, 2022). Nicaragua no es el único país en favorecer la migración cubana. El Gobierno español redactó una ley en octubre del 2022, reconociendo la nacionalidad española a los nietos y nietas de ciudadanas/os españoles, lo cual, en este marco social, es probable que potencie la migración de población de Cuba a España (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación de España., 2022).

Con el fin de comprender de manera holística la migración, no sólo se debe atender a las razones de la población emigrante para emprender el camino, sino también debe prestarse atención a los motivos de las personas que permanecen en el país, valorando si tienen o no capacidad y/o voluntad de migrar, de cara a vislumbrar las fuerzas estructurales o personales que restringen la movilidad (Azkoitia Balentzia, 2022; Schewel, 2020).

### ***El sistema sanitario cubano y su respuesta al COVID-19.***

El sistema sanitario de Cuba se basa en la cobertura de salud universal y gratuita para toda la población. Sigue el principio de equidad, asignando mayor cantidad de recursos a los estratos socioeconómicos más bajos, puesto que concentran mayores riesgos de salud (Mas Bermejo et al., 2020). Estos principios se reflejan en la Constitución de 1976 y en la Ley de Salud Pública del 1983 (Ministerio de Salud Pública MINSAP, 1983). También se establece que la cooperación global es un deber fundamental del sistema sanitario y sus profesionales. Este sistema sanitario ha mostrado un desarrollo tal, que ha permitido que los indicadores de salud de Cuba, siendo éste un país económicamente débil, se equiparen a los de países más desarrollados. No en vano, Cuba es el país con mayor número de profesionales médicos por cada mil habitantes (Keck y Reed, 2012; Wiley y Allen, 2012).

Algunos autores remarcan la resiliencia del sistema sanitario cubano, que, según ellos, a pesar de sufrir una carencia de recursos ha logrado controlar las cifras de incidencia y mortalidad por COVID-19, sin llegar al colapso, ofreciendo una atención universal, así como colaborar en otros países (se enviaron 57 brigadas de profesionales médicos para ofrecer apoyo contra el COVID-19 en 40 naciones), incrementar su disponibilidad de biotecnología, permitiendo llevar a cabo una labor diagnóstica bioquímica exhaustiva y desarrollar en tiempo récord sus propias vacunas (Díaz-Canel Bermúdez, 2022; López Hernández, 2021; Mas Bermejo et al., 2020; Yaffe, 2021). La primera vacuna contra el COVID-19 fabricada en Cuba, nominada Abdala, fue aprobada por las agencias reguladoras de esta nación en junio del 2021, mientras se proseguía con el desarrollo del resto de candidatas (*Soberana 1, Soberana 2, Soberana Plus y Mambisa*). Su eficacia fue calculada del 92%, tras tres dosis. Posteriormente, el resto de las candidatas fueron aprobadas, iniciando la campaña de

vacunación masiva el 29 de julio del 2021, con el objetivo de vacunar a toda la población (MINSAP, 2021; Taylor, 2021). Estas vacunas contienen subunidades proteicas del virus. La vacuna Soberana 2 cuenta con la peculiaridad de combinar dichas subunidades con un toxoide tetánico. Estas vacunas no precisan de una refrigeración extrema para su conservación, y su fabricación resulta asequible, ya que se realiza mediante la misma técnica por la cual Cuba produce anticuerpos monoclonales (Taylor, 2021). Las vacunas Soberana se producen en el Instituto Finlay, en colaboración con el Centro de Inmunología Molecular y el Centro Nacional de Biopreparados, mientras que las vacunas Abdala y Mambisa se producen en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB). Soberana refleja en su nombre la relevancia de su existencia, Abdala recibe su nomenclatura de un poema de José Martí, y Mambisa se nominó en honor a los soldados que lucharon contra el bando español en la segunda mitad del siglo XIX (Yaffe, 2021)

Nueve días después del decreto de la Organización Mundial de la Salud declarando la expansión del virus SARS-CoV-2 una situación de alarma mundial, elevándola al nivel de pandemia, el gobierno de Cuba comenzó su actuación para afrontar la emergencia sanitaria. Con el asesoramiento del Grupo Técnico Temporal de Trabajo para Enfrentar la COVID-19, compuesto por académicos y especialistas de universidades, centros de investigación y servicios asistenciales, se decretaron numerosas medidas. Se procedió a la toma de temperatura a viajeros internacionales y el cumplimiento de una cuarentena de catorce días en hoteles y edificios públicos por parte de las personas viajeras, el cierre de la entrada y salida del país, tanto por vía aérea como marítima. El transporte interprovincial también se vio afectado, deteniendo el servicio de autobuses y trenes. Se decretó la clausura de todas las escuelas y universidades, así como la paralización de acontecimientos deportivos, culturales y clubs; a pesar de que los restaurantes permanecieron abiertos, limitándose al servicio de comida a domicilio. Se impusieron el uso obligatorio de mascarillas y el toque de queda, así como sanciones económicas a las personas que no cumplieran con estas normativas. El rastreo de potenciales casos, a través de más de 28.000 estudiantes de medicina, encargados de recorrer los barrios llamando puerta por puerta para detectar enfermos, fue una de las particularidades de la respuesta de esta nación a la pandemia, que ha sido codificada como TETRIS (*testing, tracing and*

*isolating*) (Galbán-García y Más-Bermejo, 2021; Mesa-Lago, 2020; Pérez Riverol, 2022; Taylor, 2021).

En enero del 2021, Cuba contaba un total de 14.576 casos y 13 muertes por millón de habitantes. A dicha data, Jamaica presentaba 105 muertes por millón de personas y la República Dominicana 223 muertes por millón de personas. Estados Unidos, por su parte, había alcanzado las 1.151 muertes por millón de habitantes (Wylie, 2021). (El índice de letalidad (*CFR*, por sus siglas en inglés, *case fatality rate*) de la población cubana por COVID-19 era inferior a la media global, así como a la media de los países occidentales, calculados en el mismo rango de fechas (Bacallao-Gallestey, 2020). El Ministerio de Salud de Cuba ha mostrado cifras relativamente bajas respecto a otros países (Mesa-Lago, 2020; MINSAP, 2021), mas no son pocos los autores que afirman que estas cifras no constatan la realidad, sino que la infraestiman (Mesa-Lago, 2020).

La respuesta contra el COVID-19 por parte del sistema de salud cubano ha sido calificada, en varios artículos, como la más exitosa, llegando a ser recomendada como una referencia para otros sistemas (Galbán-García y Más-Bermejo, 2021; Gamboa Díaz et al., 2022; Garfield y Santana, 1997; Wylie, 2021). A pocos meses del debut de la pandemia, Cuba recibió la mayor puntuación en el Índice de Estrictez (*Stringency Index*), desarrollado por la Universidad de Oxford (Our World in Data, 2020).

Otros académicos, sin embargo, describen numerosas repercusiones adversas, tales como la reducción en personal y material en instalaciones sanitarias, la escasez de medicamentos o el deterioro de la higiene por falta de productos como jabón o detergente. La situación epidemiológica se vio agravada por las ingentes colas en las puertas de las bodegas, que realizaba la ciudadanía para adquirir alimentos, en las cuales no se podía respetar el metro y medio de distancia de seguridad, suponiendo así una fuente de contagio (Mesa-Lago, 2020).

### **2.4.3. Estados Unidos**

Estados Unidos de América es una nación compuesta por cincuenta estados distintos. Cuenta con una densidad de población de 36 habitantes por kilómetro cuadrado, el 17% de su población es mayor de 65 años y presentan 77 años de

esperanza de vida al nacer. El tipo de pirámide poblacional de este país es constrictiva y seis de cada mil infantes nacidos/as vivos/as fallecen antes de los 5 años (PopulationPyramid, 2023; The World Bank, 2021b; The World Bank Data, 2023).

Este país presenta un PIB per cápita de 70.248,60\$, 2,9 camas de hospital y 2,6 facultativos/as por cada mil habitantes. Muestra un Índice de Desarrollo Humano de 0,92, un coeficiente de Gini para la desigualdad social de 0,42 y un Índice de Democracia de 7,85 (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021; Our World in Data, 2021; The World Bank Data, 2023).

A nivel cultural, destaca su alto individualismo (91), masculinidad (62) e indulgencia (68), así como una baja orientación a largo plazo (26) (Hofstede, 2018). Es una nación cuya cultura se orienta poderosamente hacia los valores de autoexpresión (World Values Survey 7, 2022).

<b>Demografía</b>	
Esperanza de vida al nacer, en años (2020)	77
Edad media de la población, en años (2021)	37,7
Porcentaje de la población mayor de 65 años (2021)	17
Densidad poblacional, en habitantes por km cuadrado (2020)	36
Tipo de pirámide poblacional (2022)	Constrictiva
Mortalidad de menores de 5 años, en fallecimientos por mil nacidos vivos (2021)	6
<b>Desarrollo económico</b>	
PIB per cápita, en dólares estadounidenses (2021)	70.248,60
Número de camas de hospital por cada mil habitantes	2,9 (2017)
Número de médicos/as por cada mil habitantes	2,6 (2018)
Índice de Desarrollo Humano (2021)	0,92
<b>Desigualdad social</b>	
Coefficiente de Gini	0,42 (2019)
<b>Equidad política</b>	
Índice de Democracia (2021)	7,85
<b>Dimensiones de la cultura nacional de Hofstede</b>	
Distancia jerárquica	40
Individualismo	91
Masculinidad	62
Evitación de la incertidumbre	46
Orientación a largo plazo	26
Indulgencia	68
<b>Dimensiones culturales del mapa de Inglehart-Welzel</b>	
Tradicionalismo - Secularidad	0,127
Supervivencia - Autoexpresión	1,417

Tabla 5. Contexto demográfico, económico, social, político y variables culturales de los Estados Unidos de América.

---

La información demográfica, económica y social se obtiene de <https://ourworldindata.org/> (Our World in Data, 2021), el Índice de Democracia se obtiene de <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2020/> (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021), las dimensiones de la cultura nacional de Hofstede se obtiene de <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/> (Hofstede, 2018) y las dimensiones culturales del mapa de Inglehart-Welzel se obtiene de <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp> (World Values Survey 7, 2022).

El primer semestre de la pandemia, este país presentó la mayor incidencia de la muestra analizada en este proyecto, no así la mayor mortalidad. Suecia superaba en mortalidad a EEUU. Este país realizó un total de 110,88 test diagnósticos por cada mil habitantes, al inicio de la pandemia, y mostró una estrictez media de 54,57 sobre 100. En el segundo semestre del 2020, la incidencia de COVID-19 en este país aumentó poderosamente, situándose en 57.872,22 casos confirmados por cada millón de habitantes, con una mortalidad de 1.040,54 fallecimientos por COVID-19 por cada millón de habitantes. En ese momento, EEUU era el país con mayor incidencia y mortalidad de nuestra muestra, ligeramente menos estricto en sus medidas que Cuba, pero, aun así, notablemente más estricto que el resto. Durante el 2021, EEUU se mantuvo a la cabeza en cuanto incidencia y mortalidad, no así en capacidad diagnóstica, ya que Dinamarca había realizado más pruebas por cada mil habitantes. En este momento, la población estadounidense presenta una adherencia media a la vacunación, no tan alta como la cubana, ni tan baja como las africanas. A mediados del 2022, Dinamarca adelanta a EEUU en incidencia, probablemente por su alta inversión en pruebas diagnósticas; no así en mortalidad, ya que éste cuenta con el mayor número de fallecimientos por COVID-19 por cada millón de habitantes, de entre los países estudiados. A finales de 2022, el 69,13% de la población estadounidense estaba completamente vacunada contra el COVID-19 (Mathieu, Ritchie, Rodés-Guirao, Appel, Gavrillov, et al., 2020). Esta información se amplía en la Tabla 6.

<b>Primer semestre 2020</b>	
Casos totales por millón de habitantes	7.705,27
Muertes totales por millón de habitantes	379,11
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	
Media de estrictez de las medidas	54,57
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	72,69 - 5,56; 27,36
Tests totales por cada mil habitantes	110,88
<b>Segundo semestre 2020</b>	
Casos totales por millón de habitantes	57.872,22
Muertes totales por millón de habitantes	1.040,54
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	0,01
Media de estrictez de las medidas	69,12
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	75,46 - 66,2; 2,71
Tests totales por cada mil habitantes	765,27
<b>Primer semestre 2021</b>	
Casos totales por millón de habitantes	98.454,83
Muertes totales por millón de habitantes	1.776,34
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	49,32
Media de estrictez de las medidas	61,90
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	71,76 - 50,62; 6,71
Tests totales por cada mil habitantes	1.400,98
<b>Segundo semestre 2021</b>	
Casos totales por millón de habitantes	158.249,75
Muertes totales por millón de habitantes	2.421,16
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	63,34
Media de estrictez de las medidas	51,02
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	58,83 - 46,64; 3,05
Tests totales por cada mil habitantes	2.155,38
<b>Primer semestre 2022</b>	
Casos totales por millón de habitantes	255.136,08
Muertes totales por millón de habitantes	2.981,10
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	67,3
Media de estrictez de las medidas	35,83
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	47,66 - 26,47; 7,8
Tests totales por cada mil habitantes	2.707,80
<b>Segundo semestre 2022</b>	
Casos totales por millón de habitantes	293.865,44
Muertes totales por millón de habitantes	3.199,79
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	69,13
Media de estrictez de las medidas	27,56
Dispersión de la estrictez (max-mín; DE)	32,58 - 24,09; 3,07
Tests totales por cada mil habitantes	

Tabla 6. Evolución epidemiológica de la pandemia del COVID-19 en la República de los Estados Unidos de América.

---

Se obtienen los datos en <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Our World in Data, 2021) y se muestran las medias de los datos registrados, agrupados por semestres. Se considera primer semestre el período entre el 1 de enero y el 30 de junio, ambos inclusive, y segundo semestre el período entre el 1 de julio y el 31 de diciembre, ambos inclusive, del año a estudio.

### ***Polarización social y politización de la pandemia.***

Se entiende “polarización” como la orientación en dos direcciones opuestas (ASALE y RAE). En el contexto social, representa la tendencia a acumular la mayor parte de la opinión de la población sobre un particular tema en sus extremos, en lugar de en una escala de grises central.

En la sociedad estadounidense se ha vivido un fenómeno de polarización de la sociedad, esto es, una deriva de la ideología y conducta social hacia los extremos del espectro, lo cual impacta negativamente sobre la cohesión social. Este fenómeno se aprecia en diversos ámbitos, pero quizás el más característico en la población de Estados Unidos sea la polarización política (Druckman et al., 2021). Esta polarización de la población estadounidense ha visto una tendencia al alza durante los últimos años. Los medios de comunicación, determinantes en la difusión de la información en una pandemia, no están exentos de este incremento en la polarización en Estados Unidos (Hart et al., 2020).

Aunque el origen de la polarización es multifactorial, algunos académicos exponen que una situación de estrés económico genera mayor concienciación sobre las decisiones de los gobiernos (Jungkunz, 2021), otros sugieren que el entorno de la información que consume la población puede potenciarla (Pennycook et al., 2022), mientras que otros la achacan al auge de movimientos nacionalistas, racistas, y, en Estados Unidos en concreto, al gobierno de D. Trump, caracterizado por un mensajes que enfatizan el poder y la dominancia (“*America First*”), actitudes hostiles contra minorías y un deseo de control autoritario (Kitayama et al., 2022).

Las ciencias políticas han descrito cómo el partidismo, es decir, la tendencia de los partidarios a detestar, desconfiar y evitar interactuar con los del otro partido (Iyengar et al., 2012), determina la forma en que la población interpreta la esfera

política, influyendo en cómo evalúan las decisiones del gobierno. Se ha estudiado, también, que la polarización y el partidismo genera una politización de ámbitos en principio neutrales o apolíticos (Druckman et al., 2021), como una emergencia sanitaria, por ejemplo.

Numerosos estudios recogen la politización de la crisis del COVID-19 en Estados Unidos, haciéndose eco de sus consecuencias negativas sobre la evolución de la pandemia (Druckman et al., 2021; Hart et al., 2020; J. Jiang et al., 2020). Los líderes políticos y los medios de comunicación republicanos y demócratas han transmitido mensajes divergentes sobre la gravedad de la crisis (Allcott et al., 2020). Algunos académicos exponen que esta politización del COVID-19 ha impactado tanto o más sobre la evolución de la pandemia que las propias intervenciones no-farmacológicas diseñadas para contener el virus (Kubinec et al., 2021)

En líneas generales, los simpatizantes de la derecha política estadounidense, también llamados *conservadores* o *republicanos*, asociados con el color rojo, tienden a minusvalorar las medidas de prevención contra el COVID-19 y priorizar la seguridad económica sobre el bienestar sociosanitario, mientras que la izquierda política, llamados *liberales* o *demócratas*, asociados con el color azul, muestran mayor confianza en la ciencia basada en la evidencia, mayor preocupación hacia la crisis sanitaria del COVID-19, y, por lo tanto, mayor conformidad con las medidas preventivas (Hardy et al., 2021; Panda et al., 2020). La literatura recoge que la afiliación política es un potente predictor de las creencias y conductas de la población estadounidense hacia la crisis del COVID-1, a pesar de las múltiples recomendaciones de mantener la esfera política al margen de la crisis sanitaria y las llamadas a potenciar la actitud colectivista. (Abbas, 2022; Barrios y Hochberg, 2020; Block et al., 2022; Calvillo et al., 2020; Christensen, 2020; Hardy et al., 2021; S. Jiang et al., 2021; Kerr et al., 2021; Kubinec et al., 2021; J. M. Mehta et al., 2023; Pennycook et al., 2022).

La derecha política se asocia con una menor preocupación por la pandemia, menor percepción de riesgo (Barrios y Hochberg, 2020; Calvillo et al., 2020; Gratz et al., 2021), mayor desinformación (Pennycook et al., 2022), una mayor difusión del COVID-19 (Kubinec et al., 2021), probablemente relacionada con una baja adhesión

a las medidas preventivas (Moore et al., 2021), tales como el uso de la mascarilla, las recomendaciones de confinamiento domiciliario, el mantenimiento de la distancia social (Allcott et al., 2020; Barrios y Hochberg, 2020; Painter y Qiu, 2020) o la vacunación (Kerr et al., 2021; Pennycook et al., 2022), al contrario que la izquierda política, que se ha relacionado con una mayor asunción de las medidas preventivas y una percepción del riesgo superior (Benton et al., 2022; Block et al., 2022; Kerr et al., 2021). Mientras que el bando conservador confiaba más en Trump, la policía o líderes religiosos, los liberales depositaban su confianza en J. Biden, actual líder político en EE. UU. el gobierno, la comunidad científica, el Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés, *Center for Disease Control*), y las y los trabajadores sanitarios (Hardy et al., 2021; Kerr et al., 2021). Estas instituciones eran percibidas por parte del trumpismo como una fuerza opresiva que comprometía el derecho a la libertad, el control y la autodeterminación, lo cual, combinado con la derrota de Trump en las elecciones de 2020, propició el levantamiento en el Capitolio de Estados Unidos el 6 de enero del 2021 (Kitayama et al., 2022).

A menudo, se ha difundido la sensación de que el impacto de la enfermedad está exagerado con el fin de poder restringir o controlar a la población, fundamentalmente entre las filas conservadoras, las cuales están relacionadas con una menor precisión a la hora de discernir titulares reales y falsos, acorde a la evidencia científica, presentando, por lo tanto, una mayor predisposición a aceptar y difundir desinformación, asumir creencias pseudocientíficas y a derivar en teorías de la conspiración (Calvillo et al., 2020; Gratz et al., 2021; Green y Tyson, 2020; Hardy et al., 2021; J. Jiang et al., 2020; Uscinski et al., 2020). Las líneas republicanas mostraban a menudo mayor preocupación por el impacto económico de la pandemia, así como por percibir en riesgo su libertad personal, expresando que las medidas preventivas suponían un mayor perjuicio que la enfermedad en sí, mientras que la narrativa demócrata fijaba la salud pública como su prioridad (Hardy et al., 2021).

Estas diferencias se aprecian tanto a nivel poblacional como a nivel gubernamental, habiéndose descrito que la ideología política vigente en un estado determina la naturaleza de las medidas que se adoptaron en el mismo durante la pandemia, siendo más contundentes las medidas de estados demócratas, así como la conformidad de la población con las mismas (Grossman et al., 2020; Hardy et al.,

2021; Rodríguez et al., 2022). Asimismo, los medios de comunicación reflejan esta realidad. El estudio de Abbas (2022) analiza periódicos de distintas ideologías políticas al principio de la pandemia, describiendo que el noticiario conservador tendía a centrar la atención en la incapacidad de China para contener el virus, mientras que su contrario liberal exponía la lentitud del gobierno de Trump de cara a responder a la crisis, así como la poca consistencia de sus medidas.

Es interesante mencionar que, en esta nación, el uso de la mascarilla y la vacunación fueron altamente politizados. La ciudadanía que llevase mascarilla y que se vacunase, se asociaba a la izquierda, y aquellas personas que rechazasen el uso de la mascarilla o la vacunación, a la derecha (Bruine de Bruin et al., 2020; Haischer et al., 2020; Hardy et al., 2021). Esto supuso un motivo de estigmatización de ambas poblaciones, tanto conservadores en entornos liberales, como a la inversa. De hecho, se llegaron a organizar protestas públicas en contra de esta medida (Haischer et al., 2020).

También cabe exponer que la polarización ha impactado en la epidemiología del COVID-19. El estudio de Krieger et al., (2022) describe una relación directa entre la afiliación a la derecha política y una mayor tasa de mortalidad. El equipo de Levin (Levin et al., 2023) postula dos posibles explicaciones para la politización de la pandemia: i) que las personas de ambos partidos estén expuestas a diferentes fuentes de información y ii) que interpreten la misma información de diferentes maneras.

### ***El auge de la sinofobia.***

Las relaciones entre Estados Unidos y la República Popular China (RPC) ya eran muy tensas antes de la crisis del COVID-19. El auge de China en la escena internacional desde la crisis financiera de 2008 y, especialmente, desde la llegada al poder del presidente Xi Jinping en 2012 ha propiciado la decisión por parte del gobierno estadounidense de adoptar un enfoque más duro y competitivo hacia la RPC. En los últimos años, las tensiones entre ambas naciones han aumentado considerablemente, a raíz de la guerra comercial entre las dos potencias, las protestas prodemocráticas en Hong Kong y el aumento de las actividades navales estadounidenses y chinas en aguas en disputa frente a las costas chinas (T. J. Christensen, 2020).

En este contexto, el debut de la pandemia en territorio chino ha atraído una narrativa de culpa sobre esta nación y sus habitantes, así como detonado discursos y actitudes de aversión hacia China o, en mayor escala, hacia Asia; es decir, sinofobia, a pesar de las recomendaciones de promover el entendimiento mutuo entre estas dos naciones (Gao, 2022; Jaworsky y Qiaoan, 2021). En un estudio se describen inclinaciones a conductas discriminatorias contra población de ascendencia asiática en el 40% de la muestra, siendo especialmente prevalentes en los y las participantes que mostraban mayor miedo por contraer la enfermedad, sentimientos de inseguridad alrededor de personas asiáticas, poca confianza en la ciencia y alta confianza en Donald Trump (Dhanani y Franz, 2020).

Algunas de estas representaciones sinóforas son la aparición de la expresión "virus de China" en pintadas callejeras y en las redes sociales, la evitación de los restaurantes chinos, la negativa de algunos proveedores de alojamiento en familia de acoger a estudiantes chinos, como venían haciendo en el pasado. Un artículo del *Wall Street Journal* expresó que la pandemia ha sido causada por un "coronavirus comunista" (Henninger, 2020). En la misma línea, circuló cierta broma por Instagram en la que se decía que "el coronavirus no durará mucho porque está fabricado en China" (Beech, 2020).

La facción conservadora en general, y el expresidente D. Trump en particular, han sido especialmente responsables de racializar la pandemia, nominándola como "la gripe china", "el virus de Wuhan", "el virus chino" o "*the Kung flu*", entre otras. En Kansas, un funcionario llegó a declarar que su comunidad estaba a salvo, ya que no "tienen muchos chinos allí". El senador tejano John Cornyn culpabilizó explícitamente a China de la pandemia, adornándolo con comentarios sobre la comunidad china comiendo murciélagos, serpientes y perros (Dixon, 2020; Hardy et al., 2021; Reny y Barreto, 2022; Shepherd, 2020). La gestión de la pandemia por parte del gobierno de este presidente ha estado caracterizada por la desinformación y la culpabilización. Claros ejemplos de la primera son el discurso que emitió el 21 de marzo del 2020, en el cual promovió el uso del fármaco antipalúdico hidroxiquina para uso inmediato contra el COVID-19, a pesar de ausencia de evidencia científica (Ferner y Aronson, 2020), la reacción de Donald Trump ante la recomendación de los expertos de hacer uso de las mascarillas, en la cual éste

afirmaba que no tenía intención de llevar una, alguna declaración comprometida por parte de este político, en la cual se sugiere beber lejía como medida preventiva contra el COVID-19 o hacer un llamamiento público a sus seguidores, para que “liberen” a los estados de las recomendaciones de confinamiento domiciliario. En cuanto a la culpabilización, el expresidente estadounidense ha responsabilizado, en numerosas ocasiones, a Obama, a los demócratas, a China y a la Organización Mundial de la Salud, entre otros (Yamey y Gonsalves, 2020). De hecho, no son pocas las veces que D. Trump ha criticado en público las decisiones de Anthony Fauci, quien fue la cara de la respuesta del gobierno federal ante la crisis del COVID-19, y promovió las medidas preventivas contra la misma, asesorado por expertos científicos, a pesar de las múltiples dificultades, tales como la velocidad de evolución de la crisis y del conocimiento científico y la presión de “no someterse” a la postura de Trump, aun a riesgo de ser deslegitimado (F. Gu et al., 2021; Neblo y Wallace, 2021).

El impulso de culpabilizar al “otro”, a quien es “ajeno”, no es una novedad, particularmente en el marco de las enfermedades infecciosas. La sífilis fue llamada “la enfermedad francesa”, “el mal polaco”, “la enfermedad alemana”, “el mal napolitano”, “el morbo chino”, o “el mal portugués”, dependiendo del país, en los siglos XV a XVII (White, 2020). Un claro ejemplo de lo irracional de este fenómeno fue la pandemia de gripe de 1918, o, la mal llamada, “gripe española”. La crisis causada por el virus influenza H1N1 no tuvo su origen en España, a pesar de lo que una gran parte de la población tiende a opinar, gracias al apelativo. Éste debe su origen a que la prensa española reportó la pandemia con mayor rigor que el resto, ya que estaba libre de censura, gracias a la neutralidad de España en el conflicto de la Primera Guerra Mundial (Hoppe, 2018). A pesar de que sea explicable, la literatura recomienda con efusividad el abandono de estas narrativas culpabilizantes, tanto pasadas como presentes, dado su innecesariamente dañino efecto (Gao, 2022).

### ***La heterogénea conformidad con las medidas preventivas.***

Estados Unidos no fue ajena a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se recomendó el uso de mascarillas, la higiene frecuente de manos, mantenerse en el domicilio lo más posible, evitar lugares públicos y restringir el contacto social. La adherencia a estas medidas no fue homogénea en el

país. El trabajo de Haischer et al., (2020) describe que sólo el 41% de sus participantes llevaba la mascarilla puesta dentro de una tienda de ropa. Expone que ser una persona mayor y ser mujer son factores que se asociaron a mayor uso de las mascarillas, particularmente en áreas urbanas o suburbanas, las cuales mostraron una adherencia a esta medida hasta cuatro veces superior que las regiones rurales.

Esta menor preocupación por la pandemia y, en consecuencia, menor adherencia a medidas preventivas en entornos rurales ha sido descrita en más estudios (Chauhan et al., 2021; Monnat, 2021), a pesar de que estas regiones muestran una mayor vulnerabilidad a la pandemia, presentando altas tasas de incidencia y mortalidad, tanto por factores económicos, por presentar situaciones financieras más inestables o menores salarios; como geográficos, por vivir en regiones con menor acceso a atención sanitaria; o sociodemográficas, ya que cuentan con poblaciones más envejecidas (Cuadros et al., 2021; Karim y Chen, 2021; Monnat, 2021; Peters, 2020). Sin embargo, se ha descrito que la alta cohesión social que caracteriza a las sociedades rurales ha supuesto un factor protector de cara a la percepción de adversidad, interrupción de su vida diaria e impacto personal que ha supuesto la pandemia (D. Wang et al., 2021).

La confianza en el gobierno y en las instituciones de salud pública se identificaron como factores determinantes en la adhesión a las políticas y recomendaciones gubernamentales destinadas a frenar la propagación de una pandemia (Bavel et al., 2020).

La cultura juega un importante papel en la conducta de la población. Las sociedades colectivistas, en comparación con las individualistas, mostraron mayor uso de las mascarillas, tanto en Estados Unidos, como en una muestra a nivel global (Feng et al., 2023; J. G. Lu et al., 2021), lo cual favoreció una mayor propagación del coronavirus (S. Jiang et al., 2022). El trabajo de J. M. Mehta et al., (2023) apoya estos hallazgos, añadiendo, además, que el colectivismo favorece la confianza en el personal sanitario y, por ende, en la adherencia al resto de medidas preventivas. Estas asociaciones se mantuvieron estables, aun controlando los análisis por la afiliación política, indicando que el colectivismo es un potente predictor de las creencias y conductas de cara al COVID-19.

La exaltación del valor individual y de la libertad personal forma parte de la cultura estadounidense (Kitayama et al., 2022). Las instituciones y relaciones sociales están regidas por la norma del interés propio (Miller, 1999), que legitima la persecución de objetivos personales a expensas de los intereses incluso de otros cercanos (Kitayama y Park, 2014). Por lo tanto, cada persona está motivada para perseguir sus metas y deseos (Savani et al., 2008). Algunas de estas medidas, tales como el distanciamiento social, el confinamiento domiciliario, las restricciones en los viajes y transportes y el cierre de escuelas, comercios y espacios públicos han tenido un impacto importante en la economía de la nación, que afecta, a su vez, al estatus quo que garantiza la autonomía individual, tan altamente valorada por las facciones conservadoras estadounidenses (Kerr et al., 2021).

Irremediablemente, muchas de las medidas preventivas para contener la pandemia restringen la libertad individual en pos del bien colectivo, lo cual ha sido percibido por la población más patriótica como una amenaza a los fundamentos y valores de su nación (Fitzpatrick, 2021; Kitayama et al., 2022).

### ***La vacunación contra el COVID-19.***

Estados Unidos cuenta con seis vacunas contra el COVID-19 aprobadas: una basada en una subunidad proteica del virus (*Nuvavaxid*, de Novavax), cuatro que emplean RNAm (*Spikevax*, de Moderna; *Spikevax Bivalent Original/Omicron BA.4/BA.5*, de Moderna; *Comirnaty*, de Pfizer/BioNTech; y *Comirnaty Bivalent Original/Omicron BA.4/BA.5* de Pfizer/BioNTech), y una última basada en un vector viral no-replicante (*Jcovden*, de Janssen - Johnson & Johnson (VIPER Group COVID19 Vaccine Tracker Team, 2022)).

Frente a la recomendación de recibir la vacuna contra el COVID-19, se posicionan los movimientos antivacunas. Éstos no son un fenómeno nuevo. Ya a principios del siglo XIX, durante la época victoriana en Inglaterra, la población consideraba la vacunación obligatoria una grave violación de la libertad individual, y un ejercicio de “tiranía médica” (Porter y Porter, 1988). En Estados Unidos, estos movimientos se han mantenido potentes desde entonces (Wolfe y Sharp, 2002), con importantes movilizaciones tales como la que surgió en la epidemia de viruela que asoló Boston en 1901 (Albert et al., 2001; Kitayama et al., 2022).

La voluntad de recibir la vacuna contra el COVID-19, así como la propia tasa de vacunación, difieren en la población estadounidense tanto por grupo étnico, como por tipo de entorno, ideología política, nivel de confianza institucional, percepción de riesgo de contraer la enfermedad, especialmente en sus formas severas, percepción de la eficacia y riesgos de la vacuna y propensión a asumir teorías de la conspiración (Khubchandani et al., 2021; Kreps et al., 2020; Reiter et al., 2020; Ullah et al., 2021). El miedo a las agujas, la preocupación por los efectos secundarios de la vacunación, la exaltación del individualismo y la escasa consideración por la salud de los demás también han demostrado ser factores que disminuyen la propensión a recibir la vacuna (Ullah et al., 2021).

La población afroamericana estadounidense es menos propensa a vacunarse, debido a una combinación de dos factores: i) muestran mayor preocupación sobre la seguridad y/o eficacia de la vacuna y ii) presentan mayores dificultades para acceder a seguros sanitarios y, por lo tanto, al sistema de salud (Callaghan, Moghtaderi, et al., 2021). Estos hallazgos se respaldan en otros proyectos. La evidencia describe que la población afroamericana, otras minorías étnicas, las y los votantes de Donald Trump, las personas que no votaron en las elecciones del 2020 y la población de entornos rurales son más dadas a dudar de la vacunación (Croucher et al., 2022; Fisk, 2021; Freimuth et al., 2017; Jamison et al., 2019; Khubchandani et al., 2021; Kreps et al., 2020; Murthy et al., 2021; Quinn et al., 2017; Reiter et al., 2020; Y. Sun y Monnat, 2022). No es sorprendente encontrar que, en los estados sureños, tales como Louisiana y Mississippi, donde una importante proporción de la población es rural y votante de Trump, se hayan registrado tasas de vacunación bajas (Kitayama et al., 2022). También se expone que las mujeres son más tendentes a dudar de la vacunación que los varones, a pesar de que ambos géneros presentan tasas de vacunación contra el COVID-19 similares (Croucher et al., 2022). No obstante, en otros proyectos relacionados con la vacunación contra la influenza no se ha demostrado una relación entre el género y la intención de recibir la vacuna (Myers y Goodwin, 2011; Vaux et al., 2011).

En el trabajo realizado por Fisk (2021), el autor agrupa los obstáculos para la vacunación en dos grupos: barreras estructurales y barreras actitudinales. Las primeras se refieren a trabas sistémicas que dificultan el acceso a un servicio, como

pueden ser el costo económico, el tiempo, el transporte... Mientras que las segundas hacen referencia a las creencias personales que impactan en la decisión de buscar y/o aceptar un servicio. En el marco de la pandemia, el autor describe cuatro barreras actitudinales que han impactado en la vacunación contra el COVID-19 en Estados Unidos: i) la baja percepción de riesgo de contraer la enfermedad o desarrollar su forma severa, ii) la creencia de que la vacuna es dañina, iii) la ausencia de confianza en las vacunas, en los organismos reguladores internacionales o sanitarios o en el registro de los datos epidemiológicos, entre otros y iv) la desinformación.

La coherencia y veracidad en la información parecen tener especial relevancia a la hora de generar confianza o desconfianza en la vacunación. La velocidad con la que se aprueban las vacunas, la insuficiente comunicación sobre los procesos de desarrollo, ensayo y aprobación de las vacunas y la polarización de los organismos reguladores de la salud pública y la medicina han facilitado la desconfianza hacia la vacuna COVID-19 en la sociedad estadounidense (Latkin et al., 2021).

Los medios de comunicación, tanto tradicionales como Internet y las redes sociales, han desempeñado un papel fundamental a la hora de promover la desconfianza en la vacunación en Estados Unidos, circulando gran cantidad de información controvertida y, en ocasiones, poco contrastada sobre las vacunas y las medidas preventivas, sin ningún filtro. Se ha dado una pandemia de la desinformación, una “*infodemia*” (Larson et al., 2011; Pertwee et al., 2022; Ullah et al., 2021; Wolfe et al., 2002). No es de extrañar que esta turbulenta difusión de la información haya favorecido la conexión entre movimientos antivacunas y teorías de la conspiración, a menudo imbuidas en un marco de sinofobia. El estudio de Kreps et al., (2020), de hecho, describe que la propensión a vacunarse disminuía si la vacuna provenía de China.

### ***Teorías de la conspiración.***

Las creencias pseudocientíficas pueden definirse como cogniciones sobre fenómenos materiales que pretenden ser "ciencia" pero utilizan procesos probatorios no científicos (Losh y Nzekwe, 2011). La pandemia del COVID-19 ha supuesto un auge de las afirmaciones pseudocientíficas referentes a métodos de prevención o tratamiento de la enfermedad (Caulfield, 2020), mediante la divulgación de

información errónea, lo cual impacta negativamente la asunción de comportamientos preventivos eficaces (Bierwiazzonek et al., 2020; Desta y Mulugeta, 2020; Earnshaw y Katz, 2020).

Las teorías de la conspiración son intentos de explicar las causas de acontecimientos sociales y políticos significativos mediante complots secretos en los que participan dos o más agentes, con poder (Dentith y Orr, 2018; Moffitt et al., 2021).

En algunos colectivos, se duda de la existencia de COVID-19, llegando a afirmar que es un bulo (*el negacionismo*), o de su riesgo. Algunas personas se resisten a aceptar que una "enfermedad parecida a la gripe" pueda suponer un peligro vital. Los hay también que creen que el COVID-19 generó un beneficio económico para los trabajadores de la salud (Dawn.com, 2020). La asunción de estas narrativas también difiere entre grupos étnicos, siendo más prevalente en la población afroamericana (Fisk, 2021).

Una de las teorías no basadas en la evidencia científica más comunes expone que la pandemia ha sido planeada. El agente que planea y el objetivo, varían de teoría en teoría. El término *plandemia* se viralizó tras la difusión del video "Plandemic", en el cual se muestra que la pandemia es una conspiración de las empresas farmacéuticas para potenciar sus ventas. Otras corrientes afirman que la pandemia es un proyecto para inyectar microchips rastreables en la población, desarrollados por Bill Gates o por el gobierno chino. Algunas personas exponen que la pandemia es un castigo divino, que la tecnología 5G transmite el virus y debilita la inmunidad humana, que la vacuna altera el DNA humano o que el coronavirus es un arma biológica (Downing et al., 2020; Efendioğlu, 2020; Evanega et al., 2020; Goodman y Carmichael, 2020; Nie, 2020; Pertwee et al., 2022; Saleem, 2020; Shabsavari et al., 2020; Ullah et al., 2021). Una historia más perturbadora es la expuesta por el grupo Q-Anon, quienes conectan la conocida teoría del Pizzagate, sosteniendo que una red de pederastas y traficantes de seres humanos está detrás de la planificación de la pandemia (Argentino, 2020; Shabsavari et al., 2020; Spring y Wendling, 2020).

La fuente de donde se consume la información resulta determinante de cara a asumir la veracidad de la misma. Se estudió la relación entre las fuentes más

partidistas y las percepciones de vulnerabilidad, gravedad, conspiración y exageración mediática de COVID-19, describiéndose que cuantas más noticias obtenían los participantes de Fox News, menos vulnerables se sentían, y más de acuerdo estaban con que la pandemia es el resultado de una conspiración y que los medios de comunicación exageran la amenaza (Calvillo et al., 2020). En la misma línea, el estudio de Romer y Jamieson (2021) describe que el uso de medios de comunicación conservadores potenciaba la creencia en teorías de conspiración, concluyendo, en consonancia con el estudio de F. Gu et al., (2021) que las plataformas donde esta información circula deberían ser más estrictas a la hora de bloquear o contrarrestar información referente a la pandemia.

Las redes sociales han supuesto un entorno a través del cual se puede difundir grandes cantidades de información, sin apenas necesidad de filtrarla, ni contrastarla previamente. Son, por tanto, el canal que más ha facilitado la sobreinformación y la difusión de teorías de conspiración (Gratz et al., 2021; F. Gu et al., 2021; Guntuku et al., 2021; Moffitt et al., 2021b; Pertwee et al., 2022). Miles de millones de usuarios se han visto expuestos a teorías infundadas, estadísticas falsas y rumores, a pesar de los intentos de las plataformas contener esta desinformación (Conger, 2020; Nyilasi, 2021; Scott, 2020). En los foros, los defensores de estas teorías buscan la atención del lector, alineando conjuntos dispares de actores y objetivos, con el fin de desarrollar la narrativa que domine el ideario colectivo, otorgándoles el estatus de “haber descubierto lo que está pasando” (Shahsavari et al., 2020). No obstante, no sólo publican y difunden teorías de la conspiración personas físicas, sino que un alto porcentaje de la desinformación circulando en redes sociales, relacionadas con la pandemia, está publicada y/o amplificada por *bots*, es decir, programas que realizan tareas automatizadas (Moffitt et al., 2021b)”. Esta estrecha relación entre las teorías de conspiración y el entorno de internet ha servido como fuente de obtención de datos para varios estudios (F. Gu et al., 2021; Guntuku et al., 2021; Moffitt et al., 2021b; Romer y Jamieson, 2021).

No es de extrañar que el apoyo a estas teorías esté significativamente relacionado con una menor adhesión a las medidas preventivas contra la transmisión del COVID-19, tales como el mantenimiento de la distancia interpersonal, el uso de la mascarilla o la vacunación; así como con menores niveles de confianza en los expertos,

en la ciencia o en los gobiernos (F. Gu et al., 2021; Imhoff y Lamberty, 2020; Uscinski et al., 2020). De hecho, estas narrativas tienden a demonizar y deslegitimar las voces que no concuerdan con su mensaje, lo cual, en ocasiones, puede fomentar conductas violentas o movimientos antidemocráticos, tales como las protestas en el Capitolio de Estados Unidos (Sternisko et al., 2020).

Aunque cabría pensar que la asunción de estas teorías no varía demasiado entre naciones, el estudio de Stephens (2020) expone que estas corrientes acumulan adeptos en mayor proporción en Estados Unidos que en otras regiones, probablemente asociado a la exaltación de la libertad de expresión que caracteriza a este país.

El origen de estas teorías es multifactorial. La psicología, y la dimensión antropológica detrás de estas narrativas ha sido materia de estudio previamente (Davidson Sorkin, 2020; Goertzel, 1994; Kelly, 2020; Sternisko et al., 2020), pues pueden ser un reflejo de los miedos o preocupaciones que caracterizan a una sociedad, los cuales emergen en épocas de especial incertidumbre (Douglas et al., 2019; Oleksy et al., 2021; Pertwee et al., 2022; Sternisko et al., 2020). Estas teorías ofrecen explicaciones que pueden aportar cierta sensación de control sobre la propia existencia o de singularidad, al ser portadores de información que el resto desconoce (Sternisko et al., 2020), lo cual puede actuar como mecanismo de defensa psicológico ante el miedo generado por la incertidumbre (Moffitt et al., 2021b). Cuando la información sobre un suceso no está disponible, es contradictoria o incompleta, las teorías de conspiración emergen con particular ímpetu, pues aplacan la incertidumbre y sacian la curiosidad de las personas que las apoyan. Este tipo de narrativas tienden a atraer a personas que sienten que ellas mismas, o su grupo de pertenencia, están siendo amenazados (Douglas et al., 2017; Moffitt et al., 2021b).

### ***Impacto psicológico de la pandemia.***

A raíz de las recomendaciones de confinamiento domiciliario y distanciamiento social, el contacto interpersonal en la población estadounidense se redujo dramáticamente comparado con datos previos a la pandemia (Feehan y Mahmud, 2021). Este hecho ha generado un coherente aumento en la sensación de aislamiento, así como una disminución de las herramientas psicológicas para afrontar

el miedo o la incertidumbre, lo cual ha impactado negativamente en la salud mental de la población (Duan y Zhu, 2020; Gallagher et al., 2020; D. Wang, Hu, et al., 2020; Xiao, 2020; Zvolensky et al., 2020).

Entre las consecuencias negativas para la salud más frecuentemente estudiadas de la pandemia del COVID19 se encuentran el aumento de la ansiedad y la depresión (Krishnamoorthy et al., 2020; M. Luo et al., 2020).

El miedo es una reacción natural ante una crisis. En concreto, ante una emergencia sanitaria de impacto global, las formas más comúnmente descritas de miedo son temer por la propia salud, por la salud de seres queridos, por la posible pérdida de empleo y por la incertidumbre sobre la duración y posible severidad de la pandemia. Esta emoción parece haber determinado en cierta medida la noción de la gravedad de la crisis. Se ha descrito una correlación positiva entre la preocupación por la crisis sanitaria y la incidencia percibida de COVID-19, en la sociedad estadounidense (B. Bhattacharjee y Acharya, 2020; Butovskaya et al., 2021). Contra este miedo, la cohesión social parece tener un efecto “analgésico”, facilitando la sensación de esperanza en tiempos de crisis. Tanto es así, que, en las primeras olas de la pandemia, la evidencia científica recomendaba utilizar la tecnología y las redes sociales para mantener el mayor contacto posible con familiares y amistades (Bareket-Bojmel et al., 2021; B. Bhattacharjee y Acharya, 2020).

#### **2.4.4. Suecia y Dinamarca**

Suecia y Dinamarca son los países escandinavos conectados a través del puente de Øresund. Sus poblaciones son semejantes. Ambas naciones muestran una esperanza de vida al nacer de 82 años, con una edad media poblacional de 29,5 y 41,3 años respectivamente, un porcentaje de la población mayor de 65 años del 20% ambas, una mortalidad en infantes menores de 5 años de 3 y 4 fallecimientos por cada mil nacidos/as vivos/as, respectivamente, y ambas muestran pirámides poblacionales constrictivas. La densidad poblacional, en cambio, difieren entre estos países. Dinamarca es más pequeña en extensión que Suecia, y presenta una densidad poblacional de 146 habitantes por kilómetro cuadrado, mientras que Suecia cuenta con 25 habitantes por kilómetro cuadrado (PopulationPyramid, 2023; The World Bank, 2021b; The World Bank Data, 2023).

Suecia y Dinamarca también se asemejan en sus características económicas. Cuentan con un PIB per cápita de 61.028,70\$ y 68.007,80\$ respectivamente y un Índice de Desarrollo Humano de 0,95, ambas. El sistema sanitario danés presenta ligeramente más camas de hospital por cada mil habitantes (2,6) que el sueco, aunque éste cuenta con más facultativos/as por cada mil habitantes (4,4) que el sistema danés. Estas naciones muestran la menor desigualdad social de la muestra, con un coeficiente de Gini de 0,29 y 0,28 respectivamente. Los países nórdicos encabezan el ranking mundial de Índice de Democracia. Coherentemente, Suecia y Dinamarca son las naciones más democráticas de las estudiadas, con Índices de Democracia de 9,26 y 9,09, respectivamente (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021; Our World in Data, 2021; Roser, 2014; The World Bank Data, 2023).

En cuanto a sus dimensiones culturales, Suecia presenta una mayor distancia jerárquica (31) que Dinamarca (18), ambas muestran altos índices de individualismo (71 y 74) e indulgencia (78 y 70) y una baja evitación de la incertidumbre (29 y 23). La sociedad sueca está más orientada a largo plazo (53) que la danesa (35), y muestra una notable menor masculinidad (5 versus 16) (Hofstede, 2018). Ambas son sociedades seculares, en lugar de tradicionalistas, y basadas en valores de autoexpresión, en vez de centradas en la supervivencia. Suecia potencia ligeramente más la secularidad y la autoexpresión que Dinamarca (World Values Survey 7, 2022). Esta información se plasma en la Tabla 7.

Variable (año del último registro)	Suecia	Dinamarca
<b>Demografía</b>		
Esperanza de vida al nacer, en años (2020)	82	82
Edad media de la población, en años (2021)	39,5	41,3
Porcentaje de la población mayor de 65 años (2021)	20	20
Densidad poblacional, en habitantes por km cuadrado (2020)	25	146
Tipo de pirámide poblacional (2022)	Constrictiva	Constrictiva
Mortalidad de menores de 5 años, en fallecimientos por mil nacidos vivos (2021)	3	4
<b>Desarrollo económico</b>		
PIB per cápita, en dólares estadounidenses (2021)	61.028,70	68.007,80
Número de camas de hospital por cada mil habitantes	2,1 (2018)	2,6 (2019)
Número de médicos/as por cada mil habitantes	4,4 (2018)	4,2 (2018)
Índice de Desarrollo Humano (2021)	0,95	0,95
<b>Desigualdad social</b>		
Coefficiente de Gini	0,29 (2019)	0,28 (2019)
<b>Equidad política</b>		
Índice de Democracia (2021)	9,26	9,09
<b>Dimensiones de la cultura nacional de Hofstede</b>		
Distancia jerárquica	31	18
Individualismo	71	74
Masculinidad	5	16
Evitación de la incertidumbre	29	23
Orientación a largo plazo	53	35
Indulgencia	78	70
<b>Dimensiones culturales del mapa de Inglehart-Welzel</b>		
Tradicionalismo - Secularidad	1,145	1,091
Supervivencia - Autoexpresión	3,15	2,925

Tabla 7. Contexto demográfico, económico, social, político y variables culturales de Suecia y Dinamarca.

---

La información demográfica, económica y social se obtiene de <https://ourworldindata.org/> (Our World in Data, 2021), el Índice de Democracia se obtiene de <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2020/> (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021), las dimensiones de la cultura nacional de Hofstede se obtiene de <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/> (Hofstede, 2018) y las dimensiones culturales del mapa de Inglehart-Welzel se obtiene de <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp> (World Values Survey 7, 2022).

Desde el comienzo de la pandemia, Suecia fue internacionalmente famosa por la baja estrictez de sus regulaciones contra el COVID-19. En el primer semestre del 2020, cuando Cuba mostró una estrictez de hasta el 100%, Suecia presentó un índice de estrictez máximo de 64,81%. En ningún momento cerró centros escolares, ni lugares de ocio, aunque sí restringió su horario y aforo. No confinó a la población en sus domicilios, aunque recomendó precaución. Las regulaciones se expresaban en forma de recomendación, en lugar de obligación, confiando en el sentido de responsabilidad personal de la población. Durante el primer semestre de 2020, Suecia triplicaba en incidencia de COVID-19 a Dinamarca, a pesar de que ésta realizó casi 100 veces más pruebas diagnósticas que Suecia, en esos meses. La mortalidad en el país sueco quintuplicaba la mortalidad danesa. Estas diferencias se fueron acentuando durante el 2020 y 2021. La población danesa mostró una mayor adhesión a la vacunación que la sueca. A finales del 2021, el 77,22% de la población danesa estaba vacunada contra el COVID-19, mientras que el 68,78% de la población sueca había recibido la pauta completa de vacunación. En ese momento, Dinamarca había superado ligeramente a Suecia en incidencia, realizando 9 veces más pruebas diagnósticas, y con una mortalidad tres veces menor que su país vecino. Dinamarca ha sido, con mucho, el país que más pruebas diagnósticas por cada mil habitantes ha realizado, dentro de las naciones estudiadas en esta investigación. A pesar de que las medidas en Suecia tardaron más en imponerse, y fueron más laxas que en Dinamarca, se mantuvieron más en el tiempo. A finales del 2022, Dinamarca duplicaba la incidencia de COVID-19 de Suecia, mostrando la mitad de mortalidad y una mayor proporción de población completamente vacunada (Mathieu, Ritchie, Rodés-Guirao, Appel, Gavrilov, et al., 2020). Se muestran estos datos en la Tabla 8.

Epidemiología del COVID-19	Suecia	Dinamarca
<b>Primer semestre 2020</b>		
Casos totales por millón de habitantes	6.287,88	2.167,71
Muertes totales por millón de habitantes	515,58	103,87
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes		
Media de estrictez de las medidas	46,71	60,50
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	64,81 - 5,56; 24,15	72,22 - 11,11; 15,62
Tests totales por cada mil habitantes	2,25	181,85
<b>Segundo semestre 2020</b>		
Casos totales por millón de habitantes	41.425,80	27.409,54
Muertes totales por millón de habitantes	911,52	213,52
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes		
Media de estrictez de las medidas	59,15	51,12
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	69,44 - 55,56; 4,57	57,41 - 40,74; 4,57
Tests totales por cada mil habitantes	399,28	1800,44
<b>Primer semestre 2021</b>		
Casos totales por millón de habitantes	103.295,66	50.293,01
Muertes totales por millón de habitantes	1.386,82	430,77
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	28,86	34,47
Media de estrictez de las medidas	65,40	62,07
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	71,12 - 53,01; 5,77	70,37 - 47,03; 6,65
Tests totales por cada mil habitantes	1.012,64	6.041,57
<b>Segundo semestre 2021</b>		
Casos totales por millón de habitantes	124.623,80	133.231,47
Muertes totales por millón de habitantes	1.453,64	553,53
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	68,78	77,22
Media de estrictez de las medidas	27,33	30,51
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	50,23 - 15,61; 11,47	46,97 - 18,3; 8,77
Tests totales por cada mil habitantes	1.448,18	9.150,60
<b>Primer semestre 2022</b>		
Casos totales por millón de habitantes	238.818,81	538.840,61
Muertes totales por millón de habitantes	1.817,65	1.098,73
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	71,71	80,57
Media de estrictez de las medidas	18,54	15,58
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	42,46 - 11,11; 11,41	34,06 - 11,11; 8,00
Tests totales por cada mil habitantes	1.758,38	11.043,26
<b>Segundo semestre 2022</b>		
Casos totales por millón de habitantes	253.898,89	576.043,83
Muertes totales por millón de habitantes	2.112,64	1.322,96
Personas completamente vacunadas por cada cien habitantes	71,96	80,68
Media de estrictez de las medidas	11,11	11,11
Dispersión de la estrictez (max-min; DE)	11,11 - 11,11; 0	11,11 - 11,11; 0
Tests totales por cada mil habitantes		

Tabla 8. Evolución epidemiológica de la pandemia del COVID-19 en Suecia y Dinamarca.

---

Se obtienen los datos en <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Our World in Data, 2021) y se muestran las medias de los datos registrados, agrupados por semestres. Se considera primer semestre el período entre el 1 de enero y el 30 de junio, ambos inclusive, y segundo semestre el período entre el 1 de julio y el 31 de diciembre, ambos inclusive, del año a estudio.

### ***La región de Øresund. Implicaciones de la frontera sueco-danesa.***

El concepto de *frontera*, en sí, es un aspecto complejo que precisa de un enfoque multidimensional para su análisis, pues conlleva importantes implicaciones políticas, económicas, sociales y culturales. Las fronteras entre naciones pueden funcionar como elemento separador o cohesionador, ya que permiten, al mismo tiempo, que lo “deseado” transite, y lo “indeseado” no. El conflicto ocurre cuando las medidas que previenen que “lo indeseado” cruce la frontera chocan con la facilitación del tránsito de “lo deseado” (Anderson y O’Dowd, 1999; Cappellano et al., 2022; Nilsson, 2022). La dimensión cultural de las fronteras consiste en la lengua, la tradición y la identidad, la esfera política se establece mediante una separación de poderes, mientras que la capa jurídica define la jurisdicción como basada en la soberanía. La dimensión social se construye mediante la diferenciación y ampliación del sistema social (Matthiessen, 2004; Schack, 1999). Las fronteras llevan consigo un significado físico, geopolítico, simbólico, sociopsicológico y discursivo (Anderson y O’Dowd, 1999), pues determinan la territorialidad, entendida ésta como “la organización del espacio que afecta, influye y controla a la población y sus recursos, mediante el control del área geográfica”. Las fronteras simbolizan el espacio natural cultural en el cual se desarrolla la socialización de la población y se relaciona con el Estado soberano (Newman y Paasi, 1998).

Se definen las regiones transfronterizas como “la unidad territorial delimitada compuesta por los territorios de las autoridades que participan en una iniciativa de cooperación transfronteriza”. La literatura sobre cuestiones transfronterizas es amplia y creciente, especialmente en el contexto de la Unión Europea (Perkmann, 2003). Una de las razones principales que motiva la potenciación de regiones transfronterizas es la unión cultural de sus poblaciones (Anderson y O’Dowd, 1999). La Comisión Europea estableció como uno de sus objetivos evitar que las fronteras

sean barreras para la cooperación y la movilidad, con el fin de lograr un territorio más integrado y cohesionado (Davidson, 2021; Medeiros, 2019).

Dentro del continente europeo, los países nórdicos son internacionalmente reconocidos por sus altos niveles de confianza entre ellos como naciones, así como entre sus instituciones y poblaciones. Esta confianza se considera “el oro nórdico”, que ha guiado la cooperación y colaboración entre los países de esta región (Giacometti et al., 2021; Hansson y Stefansdottir, 2021; Ihlen et al., 2022; Svensson, 2022). Es precisamente esta confianza lo que permite que las fronteras entre los países nórdicos supongan un región cohesiva e integradora, cuyas características han de ser respetadas a la hora de legislar (Creutz et al., 2021)

Un ejemplo canónico de frontera integradora y cooperación transfronteriza es la región del Øresund (Cappellano et al., 2022; Matthiessen, 2004; Nilsson, 2022; Ryan y Wretstrand, 2020). Compuesta por 85 municipios del este de Dinamarca, de la provincia de Zealand y el sur de Suecia, en la provincia de Skåne, acoge unos 4,3 millones de habitantes, conectados por el puente de Øresund, de 18 kilómetros de longitud, a través del cual transitan los medios de transporte públicos de manera rutinaria. Los principales núcleos urbanos de estas regiones son Copenhague, en el lado danés, y Malmö, en el sueco. La representación política de esta región no ha sido estable. En 1993 se fundó el *Øresund Committee*, cuya disolución dio lugar a la fundación del *Greater Copenhagen and Skåne Committee*, en 2016, que es el organismo formal de esta región en la actualidad, a pesar de no tener un poder legislativo. De hecho, la gobernanza de la región del Øresund está dirigida por los organismos centrales de Suecia y Dinamarca. El principal objetivo de este comité es favorecer el desarrollo de la región de Øresund como centro internacional integrado, atrayendo inversiones y conocimientos extranjeros que potencien un crecimiento económico sostenible (Barres, 2021; Dilling et al., 2020; Hall, 2008). A pesar de que el nombre del comité formal representante de esta región sea *Greater Copenhagen and Skåne Committee*, cada vez se emplea más el concepto de “Región de Øresund”, por su carácter integrador (Matthiessen, 2004).

La frontera de Øresund supone la región transfronteriza más transitada de los países nórdicos, contando con más de 20.000 desplazamientos diarios (Giacometti et al., 2021).

La facilidad de tránsito por esta frontera ha sido afectada por cuestiones sociopolíticas en el pasado. En 2015, Suecia encrudeció la entrada a su país, a raíz del aumento de la migración proveniente de países mediterráneos, conocida como “*la crisis de los refugiados*”. También se endurecieron las condiciones de tránsito hacia Suecia en 2019, por un aumento de la criminalidad, que alarmó al gobierno sueco. No obstante, las restricciones fronterizas debidas a la crisis del coronavirus fueron el conjunto de medidas más estricto que se han impuesto sobre la región del Øresund desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Afectó en gran medida a particulares y familias restringidas del contacto social, implicando tiempos de desplazamientos aumentados y requerimientos de documentación para atravesar la frontera, lo cual generó una alta preocupación en la población local, sobre la posibilidad de volver a vivir con normalidad los desplazamientos entre Suecia y Dinamarca (Cappellano et al., 2022; Giacometti et al., 2021; Guiraudon, 2018; Klatt, 2020; Wassenberg, 2020).

A raíz de la crisis del coronavirus, la movilidad transfronteriza en la región de Øresund disminuyó un 68% (Wallin Aagesen et al., 2022).

Las restricciones en las fronteras afectaron en gran proporción a la población que se desplaza a diario por las fronteras, en particular, a trabajadores que habitan en un lado de la frontera y trabajan en el otro, ya que son las personas que cruzan la frontera con mayor frecuencia (Matthiessen, 2004; Medeiros, 2021). En contra de la filosofía nórdica, estas restricciones fueron decididas unilateralmente, sin ser consensuadas con el Consejo Nórdico de Ministros, ni con los comités transfronterizos. Los gobiernos centrales actuaron de forma rápida, acuciados por la amenaza del COVID-19 (Giacometti et al., 2021).

El *Great Copenhagen and Skåne Committee*, el centro de información *ÖresundDirekt* y las autoridades locales fueron esenciales durante la crisis del coronavirus, reportando los problemas y necesidades de la población natural de la

región transfronteriza. De hecho, la literatura argumenta a favor de una mayor capacidad de actuación, no sólo de reporte y representación política, de los organismos de la región del Øresund, en este caso, el *Great Copenhagen Committee*, dado el mejor conocimiento de las peculiaridades de esta región por su parte, en comparación con los gobiernos centrales (Gefke Grelck, 2020; Giacometti et al., 2021).

El caso de la frontera de Øresund ilustra cómo un alto nivel de apertura entre Suecia y Dinamarca no es garantía de impermeabilidad ante dificultades, tales como diferencias institucionales a la hora de gestionar una crisis (Cappellano et al., 2022). Es por ello, que se hace hincapié en los discursos políticos sobre la necesidad de seguir potenciando la colaboración y la facilidad de tránsito transfronterizo (Dilling et al., 2020; Löfving, 2022).

El impacto del coronavirus no ha sido exclusivo en la frontera sueco-danesa. En las ciudades hermanadas de Haparanda, Suecia y Tornio, Finlandia se aprecia una importante voluntad local de cooperación e identidad con la región transfronteriza, a través de la cual se asumía el desplazamiento como rutinario hasta que, a raíz de la pandemia, se restringieron los desplazamientos a través de la frontera. Se erigió una valla fronteriza y se desplegaron guardias fronterizos militares. El impacto visual y simbólico de esto generó una opinión negativa en la población sobre la gestión de los gobiernos centrales de las regiones transfronterizas, percibiendo estas medidas como una muestra de negligencia y desprecio por la colaboración entre naciones. En estas regiones, el cierre de la frontera supone un factor que potencia la incertidumbre, así como un sentimiento de decepción y/o enfado de la población hacia las autoridades nacionales (Giacometti y Wøien Meijer, 2021).

Tras los esfuerzos por integrar ambas naciones, las facilidades de tránsito, y, por lo tanto, la mayor interacción entre la población sueca y la danesa, se ha conseguido crear una identidad común, asociada a la región de Øresund (Yndigegn, 2011), aunque no todos los autores coincidiesen, en su día, con este hallazgo (Löfgren, 2008). La crisis ha tenido efectos contrapuestos en las regiones fronterizas: a veces ha socavado el sentimiento de pertenencia de los ciudadanos a una comunidad transfronteriza y otras veces lo ha reforzado. En la frontera sueco-danesa, la identidad

asociada a la región transfronteriza ha explicado reacciones similares a las descritas en las ciudades hermanadas de Haparanda y Tornio, con respecto a las restricciones por la crisis del coronavirus: incertidumbre, enfado y decepción, al ver su identidad transfronteriza amenazada. La literatura recomienda varias lecciones de cara a futuras crisis, para abordar esta cuestión, tales como considerar las regiones transfronterizas como una unidad, en lugar de una línea divisoria, fomentar que las organizaciones transfronterizas lideren las decisiones que afecten a estas áreas y evitar que la población de estas zonas pueda percibir al país vecino como “enemigo”, gracias a los cierres de la frontera (Peyrony, 2021).

### ***Las regulaciones de los gobiernos de Suecia y Dinamarca contra el COVID-19.***

En Suecia, el sistema de asistencia sanitaria y preparación para pandemias se rige por tres niveles. El gobierno central tiene la responsabilidad de "definir la política y la legislación a nivel nacional", mientras que las 21 regiones se encargan de la atención hospitalaria y sanitaria. Los 290 municipios del país son responsables de los servicios sociales, incluida la atención a ancianos y discapacitados. A diferencia de Dinamarca, en Suecia los ministros y políticos no tienen la capacidad de intervenir en el funcionamiento diario de los organismos estatales, lo que otorga a los expertos en salud pública un alto grado de autonomía profesional. En lo que respecta a la preparación para pandemias, las dos agencias más importantes de la política nacional de COVID-19 son la Agencia de Salud Pública de Suecia (*Folkhälsomyndigheten*) y la Junta Nacional de Salud y Bienestar (*Socialstyrelsen*). Estas agencias tienen un mandato limitado para hacer cumplir la política a nivel regional y municipal, a menos que cuenten con el apoyo del parlamento. Esto hace que el sistema sanitario sueco sea más descentralizado que el de Dinamarca (Kavaliunas et al., 2020; Kuhlmann et al., 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022).

Una de las diferencias fundamentales en los sistemas sueco y danés, es el grado de centralización. Mientras que Dinamarca muestra un sistema centralizado, la descentralización de la organización jurídica y política sueca es patente (Argento et al., 2020; Saunes et al., 2022). El modelo administrativo sueco se caracteriza por un grado extraordinariamente alto de autonomía local. Numerosas responsabilidades

funcionales recaen en los gobiernos regionales y locales, tales como los servicios sociales y sanitarios (Argento et al., 2020; Kuhlmann et al., 2021). La literatura muestra una relación entre entornos descentralizados y respuestas basadas en el cumplimiento voluntario de las medidas por parte de agentes locales y regionales, que, al estar supeditados a mayores esfuerzos de coordinación y negociación entre ellos, son susceptibles de generar una solución menos rápida y coherente (Kuhlmann et al., 2021).

Un argumento empleado con cierta frecuencia en la literatura, para justificar la laxitud de las regulaciones en Suecia, es exponer que la constitución de este país no permite imponer ciertas medidas, tales como la restricción de la libertad de movimiento, a no ser que se esté en una situación excepcional, como una guerra (Argento et al., 2020; Cameron, 2020; Cornell y Salminen, 2018; Kuhlmann et al., 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022). En este aspecto, los marcos jurídicos de otros países nórdicos están más preparados (Argento et al., 2020; Askim y Bergström, 2022). No obstante, un análisis más detallado de la constitución sueca expone que se permite limitar los acontecimientos públicos para prevenir epidemias, se otorga la potestad a la dirección médica regional de para aislar a pacientes, en caso de considerarlo necesario, y permite al gobierno, o al órgano administrativo que éste determine, *dictar normas adicionales necesarias para una protección eficaz*, es decir, que sí se podrían haber diseñado medidas más restrictivas, amparadas por la ley. Algunos autores han sugerido que la cultura política sueca ha facilitado que sus líderes políticos asuman que la Constitución restringe sus opciones más de lo que realmente lo hace (Askim y Bergström, 2022; Cameron, 2020).

La actitud del gobierno de Suecia de cara a la gestión de la pandemia ha sido notablemente más abierta que el resto de países nórdicos, así como europeos (Argento et al., 2020; Askim y Bergström, 2022; T. Christensen et al., 2022.; Kuhlmann et al., 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Przysada-Sukiennik, 2021; Saunes et al., 2022). Para combatir la crisis del COVID-19, el gobierno sueco ha recurrido a recomendaciones, en mayor medida que a regulaciones de carácter obligatorio, apoyándose en la noción de responsabilidad individual de su población (Argento et al., 2020; Askim y Bergström, 2022; C. Edwards, 2020; Saunes et al., 2022; Schnaider et al., 2021; Sjölander-Lindqvist et al., 2020). Su objetivo, en principio,

parecía no consistir tanto en evitar la transmisión y así conseguir una inmunidad de rebaño, salvaguardando a la población de riesgo, sobre la cual las recomendaciones eran especialmente asertivas. No obstante, el gobierno sueco expresó que sus decisiones estaban basadas en la sostenibilidad de las medidas, un impacto tan reducido como fuera posible sobre el bienestar social, psicológico y económico de la población, y potenciando una relación bidireccional de confianza entre la población y las autoridades (Argento et al., 2020; Askim y Bergström, 2022; Baral et al., 2021; Elander et al., 2022; Ellingsen y Roine, 2020; Franks y Nilsson, 2020; Henley, 2020; Josefsson, 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Lindström, 2020; Sjölander-Lindqvist et al., 2020; Tegnell, 2021). Se describe que Suecia ha mantenido un enfoque liberal, basado en una aparentemente contradictoria combinación de confianza en la evidencia científica y actitud *laissez-faire* (dejar hacer), que una gran parte de la población respeta, cumpliendo con las regulaciones.

El país no sufrió un confinamiento, en ningún momento. Sus ciudadanos y ciudadanas nunca vieron su libertad de movimiento restringida, ni fueron obligados a cerrar sus negocios. Los lugares de ocio, tales como restaurantes, cafeterías y bares permanecieron abiertos, aunque se limitó el horario y el aforo de los locales. Tampoco se clausuraron los comercios, ni se impuso el uso obligatorio de mascarillas. Se prohibieron las reuniones de más de 50 personas y las visitas a las residencias de mayores. Se hizo especial hincapié en advertir a las personas mayores de 70 años de edad de los riesgos de acudir a reuniones, instándoles a mantener la distancia interpersonal, evitar salir del domicilio y recibir visitas. Los centros de educación preescolar, primaria y secundaria permanecieron abiertos en todo momento, aunque sí se trasladó la educación superior (a partir de los 16 años) a las modalidades en remoto (Baral et al., 2021; Cameron, 2020; Hansson y Stefánsdóttir, 2021; Johansson y Selberg, 2020; Kuhlmann et al., 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Löfving, 2022; Sjölander-Lindqvist et al., 2020; Tegnell, 2021).

Se fomentó el teletrabajo, solicitando a los/as empleados/as que trabajasen desde sus domicilios, cuando fuera posible. Se recomendó que, si se presentaban síntomas, la población no acudiese al puesto de trabajo. Se habilitaron ayudas económicas tanto para los/as trabajadores/as que se quedaban en casa y las personas desempleadas, como para las empresas. Esta deriva hacia el teletrabajo favoreció la

digitalización de muchos puestos. De cara al futuro, se recomienda la facilitación de esta digitalización, sobre todo de cara a las personas con un menor manejo de las nuevas tecnologías (Baral et al., 2021; Cameron, 2020; Hansson y Stefánsdóttir, 2021; Löfving, 2022; Tegnell, 2021).

Esta actitud ha llamado la atención de otros países, y ha sido internacionalmente criticada, sobre todo ante el aumento de la mortalidad en comparación con el resto de países nórdicos, mayoritariamente en la población de tercera edad (Askim y Bergström, 2022; Cameron, 2020; Elander et al., 2022; Irwin, 2020; Kuhlmann et al., 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022). Por ejemplo, el estudio de Mishra et al., (2021) emplea un modelo Bayesiano semi-mecanicista contrafáctico para explorar si, de haber implementado medidas parecidas a las británicas o danesas, la mortalidad en Suecia hubiera variado durante la primera ola de la pandemia; concluyendo que sí. Acorde a sus estimaciones, la mortalidad en Suecia hubiera sido la mitad de la que se registró, de haber tomado medidas más estrictas. El análisis de Lindström (2020) expone la estrategia sueca como un ejemplo de excesiva confianza en la inmunidad de rebaño, en la responsabilidad individual y en la medicina basada en la evidencia, en su definición más estricta.

No obstante, también hay defensores del modelo de respuesta sueco, quienes argumentan que las decisiones gubernamentales deben estar basadas en la evidencia científica, y expresan que no hay evidencia consistente que apoye medidas como los confinamientos o el uso de las mascarillas (Sayers, 2020; Tegnell, 2021) o abogan por el bajo impacto que la pandemia ha tenido sobre la población sueca, gracias al interés del gobierno de “mantener el país funcionando con normalidad” (Baral et al., 2021; Elander et al., 2022). Ante estas afirmaciones, la respuesta común suele exponer que, la coherente ausencia del tipo de investigaciones con mayor validez científica, es decir, ensayos controlados aleatorizados (*randomized control trials*) en una epidemia de una enfermedad infecciosa de nueva aparición, no debería deslegitimar la información aportada por la evidencia de epidemias pasadas y controles observacionales actuales, tales como la información del Este de Asia durante las primeras semanas de la crisis del coronavirus, que el gobierno sueco desoyó (Lindström, 2020).

Se abre un conflicto, pues la ausencia de una evidencia científica consistente, contundente y sin fisuras, que oriente recomendaciones estrictas y sin margen a la interpretación, genera tensión y diversidad de opiniones y decisiones, a pesar de que la ciencia no sea un campo impermeable al postmodernismo, especialmente en la sociedad sueca, en el cual se rechaza una visión de una verdad o solución única y absoluta ante un problema (Lindström, 2020; Nilsen et al., 2020; Sjölander-Lindqvist et al., 2020).

El sistema sanitario de Dinamarca se organiza en tres niveles gubernamentales. Los 98 municipios de Dinamarca son responsables de los servicios sociales, incluida la atención a la tercera edad y personas con diversidad funcional, mientras que los servicios hospitalarios son gestionados por las cinco regiones. El sistema sanitario está descentralizado en lo que respecta a la prestación de servicios y la salud pública, pero la planificación y la regulación general de la asistencia sanitaria están centralizadas en el ámbito nacional. Esta centralización favorece una respuesta coordinada y rápida ante una crisis (Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Olagnier y Mogensen, 2020; Saunes et al., 2022; Schnaider et al., 2021; Strang, 2020).

El Ministerio de Sanidad es responsable de la respuesta ante una pandemia. En términos generales, la gobernanza ministerial permite que los ministros en Dinamarca tengan la capacidad de dirigir las operaciones cotidianas de los organismos estatales. La Autoridad Sanitaria Danesa (*DHA*) (*Sundhedsstyrelsen*) se encarga de la orientación y coordinación en emergencias sanitarias. La preparación ante una pandemia es, por tanto, un asunto centralizado en Dinamarca, en el que la administración central puede imponer sus políticas a los niveles inferiores de gobierno (Laage-Thomsen y Frandsen, 2022). Una característica del sistema danés es el amplio uso de asesoramiento experto por parte de los líderes políticos del país de cara a orientar el desarrollo de medidas políticas basado en la evidencia científica y el consenso (Saunes et al., 2022).

El 11 de marzo, ante la declaración oficial de la OMS del COVID-19 como pandemia, el Primer Ministro danés anunció la implementación un bloqueo nacional para "aplanar la curva" y proteger la capacidad hospitalaria. Se decretó el cierre de

guarderías, instituciones educativas, restaurantes, centros comerciales y otros lugares de reunión social. Se limitaron las reuniones públicas a un máximo de 10 personas y se pospusieron los tratamientos médicos no urgentes para ampliar la capacidad de los hospitales. También se instauró el uso obligatorio de mascarillas y se cerraron las fronteras. La estrategia resultó muy efectiva para reducir las tasas de infección y hospitalización. Ante la mejoría de los datos epidemiológicos, se suavizaron las medidas preventivas en el verano del 2020, lo cual implicó un repunte en la incidencia y mortalidad por COVID-19, llevando al país a un segundo período de estrictez de regulaciones, en otoño del 2020 (Hansson y Stefánsdóttir, 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Nielsen y Lindvall, 2021; Triantafillou, 2022). Estas regulaciones supusieron un impacto en la dimensión económica del país, especialmente en el ámbito laboral. Como compensación, el gobierno estableció paquetes de ayudas económicas (Munkholm, 2021). Se observan reacciones dispares ante estas medidas. Por una parte, se describen críticas de la población y expertos/as, considerándolas demasiado estrictas y exponiendo que el gobierno sobre-reaccionó a la amenaza del COVID-19. Por otra parte, se recoge evidencia de una fuerte adhesión y apoyo a estas medidas (Hansson y Stefánsdóttir, 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022).

Una de las decisiones más polémicas que tomó el gobierno danés fue la matanza de 17 millones de visones, criados en granjas, con el objetivo de emplear sus pieles en la industria textil, por la posible infección de estos animales y posterior transmisión al ser humano de una cepa del SARS-CoV-2 más resistente a la vacunación. Cabe mencionar que Dinamarca es el mayor exportador de piel de visón del mundo, administrando un tercio de la demanda global de este producto. Esta decisión generó importantes debates alrededor de la ética de las relaciones entre el ser humano y los animales, así como una alta carga económica, por la necesidad de compensar a los/as granjeros/as por la pérdida (Coman y Ancuta, 2021; Dyer, 2020; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Maron, 2021).

Los/as expertos/as de países que siguieron una estrategia centrada en la supresión del virus, como Dinamarca, percibieron la respuesta de su país ante el coronavirus de una forma más favorable que sus compañeros/as de países cuya estrategia se centró en la mitigación, como Suecia (Laage-Thomsen y Frandsen, 2022).

La evidencia científica no explica la diferencia de regulaciones entre estos países como resultado de una diversidad de preferencias de los/as expertos/as de cada país. Se postulan las diferentes organizaciones político-administrativas, la diversidad cultural, la diversidad entre enfoques libertarios versus paternalistas, o las sensaciones de responsabilidad personal o miedo derivadas de las diferentes formas de comunicar la crisis, como posibles explicaciones a este espectro de regulaciones (Boettke y Powell, 2021; T. Christensen et al., 2022; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Przysada-Sukiennik, 2021; Sjölander-Lindqvist et al., 2020). En Dinamarca, se dio un debate continuo entre epidemiólogos/as sobre la actuación más adecuada en cada momento de la pandemia, así como entre políticos/as y autoridades públicas. Las decisiones tomadas fueron fruto de un diálogo continuo (Triantafillou, 2022)

La literatura aboga por el desarrollo de un consenso en materia de regulaciones de cara a futuras crisis, remarcando la ineficacia de perseguir una estrategia basada en la inmunidad de rebaño a través de la inmunización natural de la población (H. Chen et al., 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Löfving, 2022; Sridhar y Gurdasani, 2021).

### ***La confianza institucional escandinava y su efecto protector ante la pandemia.***

La confianza, tanto en instituciones (vertical), como entre la ciudadanía (horizontal) forma parte del capital social del que cuenta una sociedad de cara a enfrentar una crisis. En este sentido, los países escandinavos despuntan positivamente, llegando a ser denominados “sociedades de alta confianza”. Estas naciones comparten también una larga tradición socialdemócrata (Ihlen et al., 2022).

Tanto la población sueca como danesa se caracterizan por niveles altos de confianza en sus instituciones (Olaghier y Mogensen, 2020; Power et al., 2023). Dentro de esta posición, el estudio realizado por Nielsen y Lindvall (2021) sugiere que, en el contexto de la crisis del COVID-19, la confianza en el gobierno y las autoridades sanitarias en Dinamarca fue mayor que en Suecia, donde, a pesar de que la pandemia no ha sido politizada y no haya evidencia de que haya minado la confianza institucional, en general, sí se recoge una menor confianza en el gobierno sueco de cara al cuidado de las personas de tercera edad (Askim y Bergström, 2022).

Esta alta confianza institucional, así como un potente sentido de la responsabilidad personal, pueden ser algunas de las explicaciones de la notable adherencia por parte de las poblaciones de Suecia y Dinamarca a las regulaciones de ambos gobiernos contra el COVID-19, bien a las implementadas en régimen obligatorio, bien a las expuestas como “recomendaciones” (Argento et al., 2020; Cameron, 2020; Jørgensen et al., 2021; Kuhlmann et al., 2021; Olgagnier y Mogensen, 2020; Power et al., 2023; Rumpler et al., 2020). Algunos académicos, de hecho, dudan de si estas recomendaciones tendrían tanta aceptación y adhesión por parte de la población en otros países (Anastasiadou et al., 2020).

Suecia y Dinamarca muestran el mismo patrón sociodemográfico en cuanto a la aceptación de la vacunación, siendo menor en individuos jóvenes, inmigrantes, personas con menor nivel educacional, ingresos más bajos, así como en aquellas personas que nunca han padecido COVID-19 (Gram et al., 2023). En estas dos naciones, por homogéneas que parezcan, podemos encontrar acontecimientos que pueden reflejar o conllevar una mayor indecisión de cara a la vacunación contra el COVID-19: la polémica de la narcolepsia y la vacunación contra el virus influenza H1N1 en Suecia y la aparición del grupo antiCOVID-19 *Men In Black*, en Dinamarca.

Por una parte, y aun habiendo abordado la importancia de la confianza en las instituciones de cara a la adhesión a las regulaciones contra el coronavirus, cabe destacar un acontecimiento relativamente reciente que ha podido minar la adhesión de la población sueca a la vacunación: la polémica relacionada con la vacunación contra el virus influenza H1N1 y el aumento de la incidencia de narcolepsia en la población pediátrica, ocurrida en 2009. A pesar de no estar del todo clarificada, la evidencia científica parece orientar a una interacción entre un haplotipo en particular, el HLA-DQB1\*0602 y el virus de la influenza H1N1, por lo que se describe un mayor riesgo de narcolepsia en la población con este haplotipo, tanto por la vacunación contra este virus, como por la propia infección. Asimismo, el haplotipo HLA-DQB1\*0603 parece tener un papel protector ante esta interacción (Barker y Snape, 2014; K. Edwards et al., 2019; Sarkanen et al., 2018; Szakács et al., 2013).

Por otra parte, a principios del 2021, tras la matanza de los visones y el establecimiento del segundo confinamiento en Dinamarca, surgió un grupo de

seguidores de teorías de la conspiración, llamado *Men In Black*. A pesar de no contar con tantos adeptos como los grupos de la conspiración en Estados Unidos, los miembros de este movimiento realizaron movilizaciones en tres importantes ciudades danesas (Copenhague, Aarhus y Aalborg), en las cuales reivindicaban su oposición a las medidas contra el coronavirus implementadas por la primera ministra danesa, Mette Frederiksen, exponían su negativa a recibir la vacuna contra el SARS-CoV-2, promulgaban narrativas de la conspiración y criticaban las actuaciones de los/as profesionales y las autoridades sanitarias. En las movilizaciones, todas las personas vestían ropa negra, máscaras y/o bandanas, siendo complicado identificar miembros clave de la organización. Los/as participantes portaban carteles con mensajes violentos y extremistas, como “Ella (Mette Frederiksen) debería ser *eutanizada*”. En una ocasión, quemaron una muñeca con una imagen de la primera ministra en la cara. Este grupo se organizó a través de Facebook, y nunca ha mostrado un líder claro. Los fundamentos de esta organización se recogen en su “Manifiesto”, según el cual el gobierno danés atacó los derechos y libertades de la ciudadanía, imponiendo medidas extraordinarias e inconstitucionales. “Mientras duermes, otros se levantan y luchan por ti” era uno de los lemas que se leía en su página de Facebook. Este grupo, así como sus movilizaciones, no consiguieron captar la atención de la población general, ni de los medios de comunicación, ni tampoco acaparar un número significativo de seguidores/as, por lo que su impacto quedó como testimonial (García Agustín y Nissen, 2023; Hierl, 2023; Marså et al., 2022). El estudio realizado por Sørensen y Christiansen (2023) describió que una baja confianza institucional suponía un factor predictor de apoyo a estas movilizaciones en contra de las medidas de confinamiento en Dinamarca. La reacción de la población general se orienta en dirección opuesta. Un ejemplo de ello es que, en este país, se describió un alto apoyo a medidas especialmente restrictivas de cara a la población sin vacunar, comparada con la población vacunada (Schuessler et al., 2022).

En cuanto a la opinión de la población escandinava sobre las medidas contra el coronavirus, no se aprecia un patrón homogéneo. Regulaciones antagónicas con respecto al cierre de centros educativos generaron la misma reacción de apoyo tanto en Noruega, como en Suecia. La población sueca se mostró de acuerdo con el mantenimiento de los colegios abiertos, mientras que la sociedad noruega apoyaba la

decisión de su gobierno de cerrarlos. No parece haber un consenso (Askim y Bergström, 2022). En Dinamarca, fue especialmente patente la relevancia de la confianza institucional y el legado social de cara a cumplir con normativas más estrictas que su país vecino, en un marco cultural caracterizado por el concepto danés de *hygge*, el cual hace referencia a “el sentimiento de acogedora satisfacción y bienestar a través del disfrute de las cosas sencillas de la vida”, que, a menudo, fueron restringidas a nivel individual para asegurar el bien común (Cambridge Dictionary, 2023; Olganier y Mogensen, 2020).

Varios estudios coinciden en las secuelas psicológicas a largo plazo que los confinamientos han tenido sobre la población, tales como un aumento en niveles de depresión, ansiedad y estrés, más prevalente en mujeres, personas solteras y aquellos/as en situación de desempleo (Ettman et al., 2020; Goularte et al., 2021; Kikuchi et al., 2020; Mari et al., 2020; Niedzwiedz et al., 2021; Peretti-Watel et al., 2020; Pieh et al., 2020; Pierce et al., 2020; J. Qiu et al., 2020; Rossi et al., 2020; Sønderskov et al., 2020; Ssewanyana et al., 2018; C. Wang et al., 2021; C. Wang, Pan, et al., 2020; Winkler et al., 2020). Tanto es así, que se habla de una “segunda pandemia”, relacionada con la morbilidad del impacto de la pandemia sobre la salud mental (Peretti-Watel et al., 2020). Se anima a la comunidad científica a describir la magnitud de este impacto y aportar herramientas para abordarlo (E. A. Holmes et al., 2020).

Al contrario de lo reportado en otros países, tanto en Suecia como en Dinamarca, el impacto de la pandemia en la salud mental, estudiado en las primeras fases de la crisis, parece reducido (Andersen et al., 2021; Baral et al., 2021; Petersen et al., 2021), aunque la evidencia científica hasta la fecha no es homogénea en este aspecto (Sønderskov et al., 2020). Por ejemplo, se ha descrito que la población de tercera edad, tanto sueca como danesa, ha sufrido un impacto psicológico mayor, en forma de ansiedad y sensación de soledad, más prevalente en mujeres que en varones (Dannesboe et al., 2023; Johansson-Pajala et al., 2022). Algunos/as académicos/as hipotetizan sobre el efecto de un alto grado de cohesión social sobre la gestión de las crisis, exponiendo que la sensación de adversidad compartida puede conectar individuos entre sí y esto, a su vez, puede suponer un factor protector contra un impacto psicológico negativo (Andersen et al., 2021).

Respecto a este impacto psicológico, se han estudiado y descrito varios ejemplos. Uno de ellos, observado en estudio danés, es el aumento de atención sobre la propiocepción del cuerpo y su contaminación en espacios públicos, derivando en una mayor precaución a la hora de tocar o interactuar con otros objetos o personas (Bille y Thelle, 2020; Dannesboe et al., 2023), exponiendo la proximidad como una cuestión incluso ética, sobre todo cuando se trata de la interacción entre seres humanos (Dannesboe et al., 2023; Strong et al., 2021). Otro ejemplo, estudiado en una muestra de población sueca, es la diversidad de narrativas sobre la experiencia de miedo. El miedo a una posible gran extensión de la pandemia en el tiempo, temer por una/o misma/o y/o por sus seres queridos, y el miedo al colapso social y/o sanitario, fueron las respuestas recogidas y analizadas en el trabajo realizado por Tishleman (Tishelman et al., 2021), quienes concluyeron que, a pesar de estos testimonios, el apoyo de la población sueca hacia las políticas instauradas por su gobierno durante la pandemia es notablemente alto, incluso a pesar de la reputación de estas medidas difundida en medios de comunicación internacionales (Irwin, 2020), reflejando, nuevamente, su potente confianza institucional. En esta línea, los hallazgos del trabajo de Schulz (Schulz et al., 2021) muestran que la severidad de la enfermedad de COVID-19 padecida por el/la participante, la percepción de vulnerabilidad ante la amenaza del coronavirus, la noción de la eficacia de las medidas preventivas y la aceptación de las recomendaciones del gobierno fueron factores que modelaron la magnitud de la preocupación por la pandemia de la población sueca que fue estudiada. En uno de estos artículos, se hace mención a una expresión atribuida a Montaigne en el siglo XVI y posteriormente empleada por el expresidente estadounidense Roosevelt en su ceremonia de inauguración presidencial en 1933, “a lo único que debemos temerle, es al miedo en sí” (Montaigne, 1958; Roosevelt, 2015; Tishelman et al., 2021).



## Capítulo III: Marco teórico

---

### 3.1. Epidemiología, antropología y cultura

“Epidemiología” proviene del griego *epi* (sobre) - *demos* (pueblo) – *logos* (conocimiento). Es el estudio de “lo que está por encima del pueblo”, en relación con la enfermedad. Se define convencionalmente como el estudio de la distribución y los determinantes de las enfermedades en las poblaciones humanas. Los y las profesionales de esta disciplina realizan descripciones de patrones y tendencias de salud y enfermedad. Estudian las poblaciones utilizando estadísticas y probabilidades (Trostle, 2005, p. 4).

En epidemiología, dos mediciones empleadas para cuantificar la distribución y gravedad de una enfermedad, aunque no las únicas, son la incidencia y la mortalidad de una enfermedad. La incidencia se refiere a la cantidad de nuevos casos de una enfermedad en una población durante un período de tiempo determinado. Se expresa como la cantidad de nuevos casos por cada millón de habitantes en una población. La mortalidad se refiere a la tasa de fallecimientos causados por una enfermedad en una población durante un período de tiempo determinado. Al igual que la incidencia, se expresa como la cantidad de fallecimientos por cada millón de habitantes en una población (National Center for Health Statistics (CDC), 2023; World Health Organization, 2022).

La antropología médica también busca patrones, pero, en este caso, estudiando las respuestas culturales a la enfermedad. Esta disciplina analiza las aflicciones a las que se enfrenta la humanidad y cómo los grupos humanos se organizan para tratar y explicar las causas del sufrimiento. Estudia la comprensión e interpretación de la curación, la enfermedad y la salud, así como los determinantes ambientales, biológicos, conductuales y culturales de la enfermedad, mediante diversos métodos, como el trabajo de campo a corto y largo plazo, las observaciones estructuradas, las entrevistas abiertas y una serie de técnicas de encuesta y entrevista en grupo (Trostle, 2005, p. 6). El profesor Giner Abati (F. Giner Abati, comunicación

oral, 2022) expresa que, para comprender la enfermedad de manera holística, desde la antropología médica, se debe entender el ambiente que la rodea, la sociedad y la cultura en la que se desarrolla y la biología que subyace a la patología. Estos tres componentes no deben comprenderse por separado, ya que están interrelacionados entre sí. Asimismo, no son inmutables en el tiempo, sino que varían a lo largo de una línea temporal, por lo que es preciso comprender el pasado para contextualizar el presente y entender la proyección a futuro.

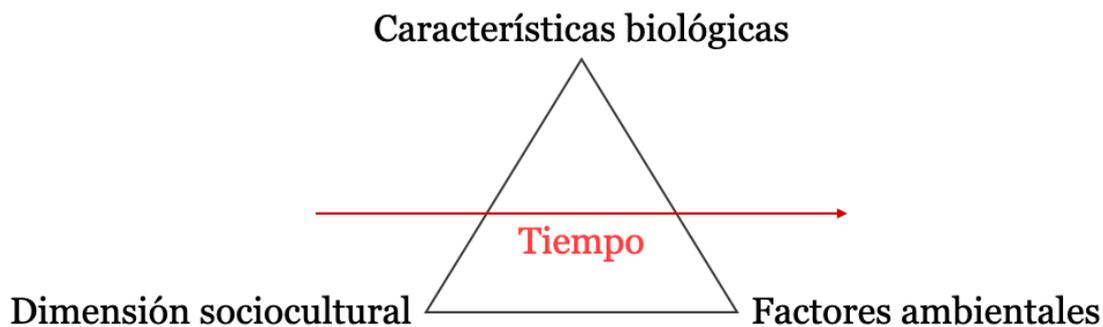


Figura 4. Triángulo de Giner Abati sobre el enfoque holístico de la antropología médica.

El concepto de cultura tiene una larga historia, y la propia palabra tiene una importante lista de definiciones. El antropólogo Clyde Kluckhohn ofrece varias definiciones que compiten entre sí, como "la forma de vida total de un pueblo", "el comportamiento aprendido", "un conjunto de técnicas para adaptarse tanto al entorno externo como a otras personas" y "una forma de pensar, sentir y creer" (Kluckhohn, 1949). Clifford Geertz ha definido la cultura como un conjunto de símbolos que se organizan en sistemas de significado (Geertz, 1973). Se puede entender la cultura como un conjunto de patrones de comportamiento que surgen en un grupo que se rige por las mismas reglas a lo largo del tiempo (Trostle, 2005, p. 5). A pesar de estas pinceladas, el concepto de cultura resulta aún complicado de definir con precisión. Se precisan diversas disciplinas intelectuales para integrar el conocimiento social y cultural en el marco del desarrollo de patologías y su efecto en las poblaciones.

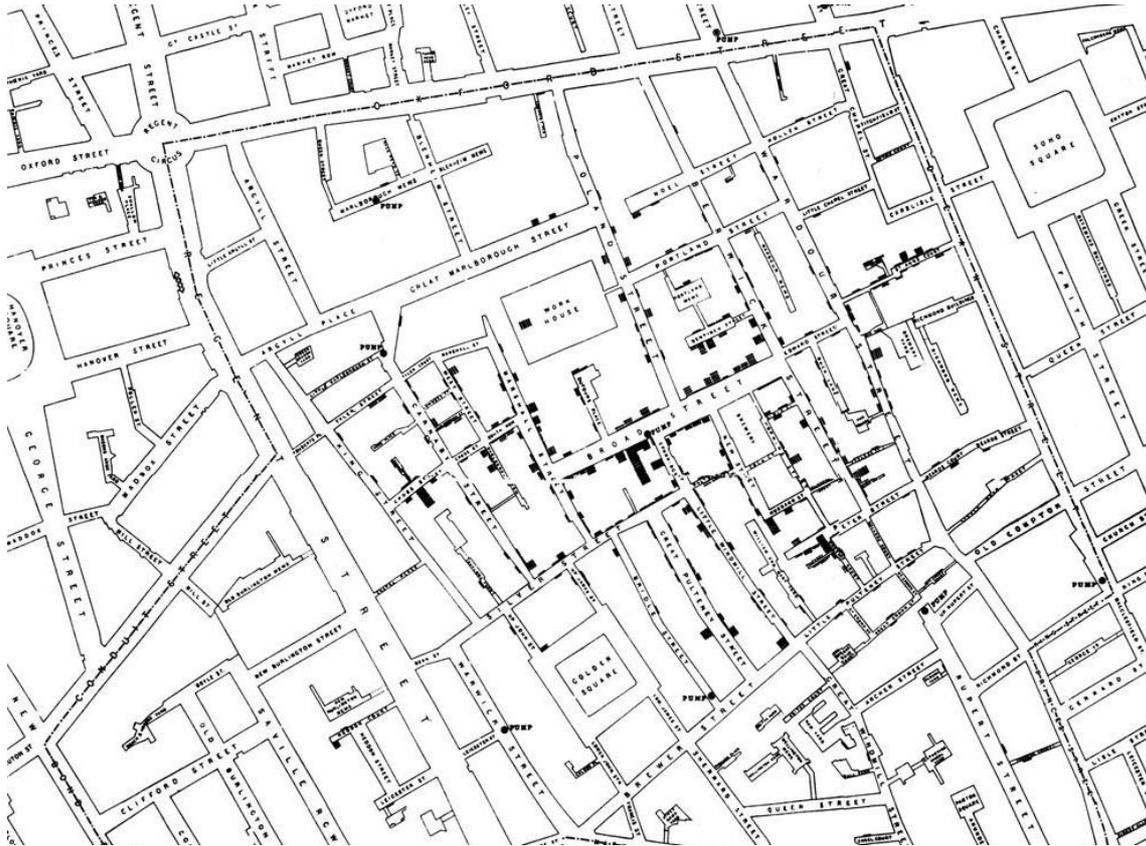
## **3.2 Epidemiología en ciencias sociales**

### **3.2.1 Cambio de paradigma en el siglo XIX**

Para entender los orígenes de la intersección entre antropología y epidemiología, se debe remontar a mediados del siglo XIX (Trostle, 1986).

Durante este siglo, la comunidad científica comenzó a estudiar el organismo como un compendio de estructuras, tales como el corazón o la piel, en lugar de humores, como la sangre y la bilis. Esto permitió el desarrollo de descripciones cuantitativas, precisas y consistentes de distintas enfermedades (Susser y Susser, 1996) Los médicos de la época comenzaban a mirar más allá de su práctica individual, buscando diagnósticos comunes a raíz de varios casos individuales (Ackerknecht, 1948; Foucault, 1973). Esto permitió identificar posibles causas subyacentes a las enfermedades que se atendían. Al mismo tiempo, se desarrollaron importantes avances tecnológicos, tales como la aparición del estetoscopio en 1819 en Francia, el microscopio en la década de 1830 en Inglaterra, o el oftalmoscopio y el laringoscopio en los años 1850 en Alemania, lo cual permitió el acceso a nuevas formas de conocimiento (Trostle, 2005, p. 23).

A mediados de este siglo se registra uno de los aportes de la epidemiología más relevantes: la identificación de la forma de transmisión del cólera por parte de John Snow en Londres, en 1855 (Snow y Richardson, 1936). Cuando un brote de esta patología asoló Londres, este investigador ilustró en un mapa las zonas más afectadas, coincidiendo éstas con la posición de pozos y canales de agua. Snow asoció ambas variables, treinta años antes del descubrimiento del agente etiológico del cólera, la bacteria *vibrio cholerae*, que, a día de hoy, se sabe que se transmite por el agua (Trostle, 2005, p. 23). Algunos autores consideran la labor de Snow como un trabajo de campo, a pesar de ser éste una herramienta fundamental de la antropología, desarrollado en su mayoría a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (National Geographic Society, 2014; Trostle, 2005, p. 24).



Mapa 2. Registro de casos de cólera en Londres. John Snow. 1854.

National Geographic Society (2014)

Algunos años antes, el médico alemán Rudolf Virchow ya había escrito sobre la relación entre el rol del paciente en la sociedad y posibles causas de enfermedad, siendo el primer investigador de este campo que puso el foco de atención en factores sociales. Este doctor culpaba al gobierno de Alta Silesia (región que se situaba en la actual Polonia, República Checa y Eslovaquia) por las importantes hambrunas y epidemias que asolaban su población en 1848, y prescribió “educación, libertad y prosperidad” como tratamiento a las mismas. Virchow era capaz de relacionar condiciones sociales con patologías gracias a su presencia física en el campo. Resulta uno de los primeros ejemplos de “trabajo de campo” realizado por un epidemiólogo, siendo una intersección entre ambas disciplinas que sentaría precedente (Trostle, 2005, p. 24). Este autor expuso que las enfermedades epidémicas son marcadores de cambios culturales.

*“La historia de las epidemias artificiales es la historia de las perturbaciones que ha experimentado la cultura de la humanidad. Sus cambios nos muestran con trazos poderosos los puntos de inflexión en los que la cultura se mueve en nuevas direcciones” -Rudolf Virchow. (Virchow, 1848).*

### **3.2.1 La epidemiología social en el siglo XX**

La consideración de variables sociológicas en el contexto de las ciencias de la salud no finalizó en el siglo XIX. Wade Hampton Frost (1880-1938) fue el profesor fundador de epidemiología en la primera escuela de salud pública de Estados Unidos, establecida en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore. Su labor se centró en las fuentes de las enfermedades infecciosas epidémicas transmitidas por el agua. Asimismo, durante las tres primeras décadas del siglo XX, Joseph Goldberger y Edgar Sydenstricker establecieron normas para la investigación epidemiológica que abarcaban los factores sociales (Goldberger et al., 1920; Susser y Stein, 2009, p. 227).

Mientras tanto, en la ciudad de Pholela, Sudáfrica, los doctores Sidney Kark y Emily Jaspan establecieron el primer centro de salud comprometido con la práctica de la "medicina social" (Susser, 1993a) (el Pholela Health Center, en 1940 y, posteriormente, el *Institute of Family and Community Health* (IFCH), en 1945 (Trostle, 2005, p. 26) donde trabajaban en equipo médicos clínicos, epidemiólogos y trabajadores sociales. Pholela es una pequeña ciudad situada en lo más profundo de la provincia rural de Natal, poblada predominantemente por zulúes tribales. El objetivo del proyecto era desarrollar una red de centros que ofrecieran servicios sociomédicos integrales y atendieran a comunidades en todo el país, enfocándose en aportar atención primaria de calidad y recabar información sobre el estado de salud de la población, empleando métodos epidemiológicos y variables sociales (Susser y Stein, 2009, p. 229; Trostle, 2005, p. 26).

El proceso de desarrollo del centro de salud en Pholela supuso la oportunidad de profundizar en la comprensión del individuo en su contexto familiar, de la familia en el contexto de su comunidad local y, en última instancia, de la forma de vida de la comunidad local en el marco de la estructura social sudafricana (Kark y Cassel, 1952). La interconexión entre las relaciones sociales y la salud formaba parte activa del día a día del funcionamiento del centro de salud (Trostle, 2005, p. 27). Las reuniones con

los jefes y ancianos de las tribus, grupos de mujeres, misioneros locales, profesores de colegio y padres y madres eran actividades fundamentales para integrar la dimensión social en la práctica sanitaria del centro. A través de las mismas, los investigadores recabaron información muy relevante. En un artículo publicado en 1949, Kark describió cómo la propagación de las infecciones de transmisión sexual se derivaba de los patrones de migración creados por las condiciones económicas estructurales (Kark, 1949). La economía basada en la moneda, ajena a las tradiciones tribales africanas, obligaba a los varones de la comunidad a buscar trabajo fundamentalmente en las minas de oro, aunque también en las empresas industriales de Johannesburgo, o como empleados domésticos de cocina y jardín en las casas de los caucásicos. Los mineros, al vivir en dormitorios de un solo sexo y ganar un sueldo, buscaban saciar sus impulsos accediendo a las trabajadoras sexuales de la región, que también habían emigrado a la ciudad en busca de trabajo y dinero. Realizaban turnos de trabajo de 9 meses, tras los cuales regresaban a sus hogares tres meses, momento en el cual las enfermedades de transmisión sexual llegaban a la comunidad rural (Susser y Stein, 2009, p. 230). En su libro *Una práctica de medicina social*, Kark y Steuart describen que la pobreza y la clase social son importantes determinantes de la salud, ya que el cambio social y cultural afecta a la transmisión de la enfermedad; lo cual debe tenerse en cuenta para el desarrollo de intervenciones, tanto grupales como individuales, que promuevan la salud y prevengan la enfermedad.

El trabajo en Pholela demostró, por primera vez, que la combinación de epidemiología y ciencias sociales es fundamental para orientar la práctica terapéutica, aconsejar medidas preventivas y evaluar la efectividad de las mismas. No obstante, la aportación más relevante de este proyecto radica, en palabras de su fundador, en la demostración de la importancia de la comprensión de la cultura (Kark y Steuart, 1962).

En la década de 1950, se desarrollaron nuevas iniciativas en la sociología médica con el auge del estudio de la influencia de condiciones sociales sobre los trastornos mentales. Los investigadores Faris y Dunham, establecidos en la ciudad de Chicago, fueron pioneros en este campo. Descubrieron que las tasas más altas de esquizofrenia se daban en las zonas de la ciudad donde se presentaban las circunstancias más desfavorecidas (Faris y Dunham, 1939). Sus hallazgos plantearon la cuestión de si la alta prevalencia de esta patología era un efecto causal de las

circunstancias de privación o un resultado de la deriva social descendente de los ya afectados. Siguiendo la misma línea, en 1958, en la Universidad de Yale, el sociólogo August Hollingshead y el psiquiatra Frederick Redlich publicaron su libro, *Social Class and Mental Illness (Hollingshead y Redlich, 1958)*. Se trata de un estudio sobre la distribución social de los trastornos mentales en la ciudad de New Haven, en el estado de Connecticut. También demostraron un gradiente de trastornos mentales, mostrando una menor prevalencia en la clase social más alta y un aumento de la misma con el descenso de la clase social, que coincidía con los hallazgos presentados por Faris y Dunham respecto a la esquizofrenia (Susser y Stein, 2009, p. 228). Estos autores siguieron la estela del sociólogo francés Emile Durkheim, quien, a través de su libro *El suicidio*, argumentaba que el suicidio se debe analizar como fenómeno social, en lugar de como una decisión individual o un acto de voluntad propia (Durkheim, 1897).

Durante los veinte años posteriores, emergieron estudios que relacionaban determinantes sociales con enfermedades cardiovasculares, como el trabajo presentado por Leonard Syme, en el cual ya se incluía el estrés como factor de riesgo cardiovascular (Syme, 1967). Posteriormente, Syme y su alumno Michael Marmot en un estudio sobre la incidencia de las enfermedades cardiovasculares en la población japonesa-americana, demostraron que, independientemente de los factores de riesgo conocidos, la morbilidad aumentaba con el grado de aculturación occidental (Marmot y Syme, 1976). El antropólogo Norman Scotch realizó una estancia de 18 meses en el *IFCH*, en Sudáfrica, donde estudió las causas de la hipertensión en la población Zulu, tras la cual escribió una de las primeras obras de la antropología médica (Scotch, 1960). Scotch llegó a dirigir la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Boston. Promovía la importancia de encontrar un método de estudio que combinase la influencia de la biología, el entorno, la sociedad y la cultura sobre la salud. Este antropólogo no solo estudió la hipertensión en la población Zulu, sino que también aplicó métodos epidemiológicos para comprender el *kuru* en Nueva Guinea o la prevalencia de patologías psiquiátricas en la población Eskimo, siempre prestando especial atención a los cambios sociales como potenciales agentes causales en las enfermedades (Trostle, 2005, p. 30). Scotch no fue el único promotor de estas disciplinas en la segunda mitad del siglo XX. Los médicos Mervyn Susser y Zena Stein, también influidos por su labor en el *Institute of Family and Community*, migraron a

Estados Unidos para desarrollar la epidemiología y la salud pública, a nivel académico, a través de numerosas obras (Susser, 1973, 1993b; Susser y Susser, 1996).

Al mismo tiempo, Syme y su alumna, Lisa Berkman, realizaron un estudio en el condado de Alameda, California, en el que valoraban el grado de integración social de las y los habitantes, teniendo en cuenta el estado civil, la pertenencia a grupos comunitarios y los contactos con la familia y amistades; y demostraron su relación con la mortalidad. Describieron que las personas con menores niveles de integración social presentaban una mortalidad entre dos y tres veces mayor (Berkman y Syme, 1978).

Mientras tanto, en el Reino Unido, tanto el Informe Black de 1980 como el Informe Acheson de 1998 señalaron la persistencia de gradientes socioeconómicos en la morbilidad y la mortalidad, a pesar del crecimiento económico constante (Acheson, 1998; D. Black, 1982). En este contexto, varios sociólogos llamaron la atención sobre la universalidad de este fenómeno a través del tiempo y de las sociedades (Link y Phelan, 1995). Además, describieron que, en todas las sociedades, cuanto menor es la desigualdad social, menores son las desigualdades en el estado de salud.

Desde 1990, varios textos han integrado las perspectivas epidemiológica y sociológica de la salud de la población. En el año 2000, Berkman y Kawachi publicaron el primer volumen específico sobre epidemiología social (Berkman et al., 2000). Desde entonces, la investigación ha abordado áreas temáticas que van más allá de las descripciones de la asociación general entre el aumento del estatus socioeconómico y la mejora de la salud, y que buscan una mejor comprensión tanto de las disparidades en la salud entre grupos étnicos, como del efecto de las características de la comunidad en la salud individual (Diez-Roux et al., 1997; J. S. House, 2002; Masi et al., 2007; Winkleby et al., 2006). Este enfoque colinda con la disciplina de la epidemiología cultural, ya que, en ocasiones, resulta complejo definir los límites entre ambas.

A raíz de esas investigaciones, el origen étnico ha atraído una gran atención como factor significativo en la distribución de la salud. Los datos epidemiológicos muestran que las tasas de morbilidad y mortalidad son más altas en la población afroamericana y otros grupos minoritarios. Este desequilibrio no se elimina tras

ajustar indicadores de la posición socioeconómica, como el empleo, los ingresos y la educación. Aunque estas desventajas étnicas son reconocidas, su explicación genera controversia. La investigadora Nancy Krieger expone la discriminación social o el racismo como principal factor causal (Krieger, 1999). Según esta autora, un diferencial socioeconómico sostenido en la salud no es simplemente un factor de confusión que requiere un ajuste analítico, sino el vehículo de los efectos malignos de la discriminación racial.

En conclusión, el siglo XX supuso un importante desarrollo en la epidemiología social. Quedó plasmado que las poblaciones, como entidades, parecen tener en sí mismas características que conforman los resultados sanitarios más allá de las características agregadas de los individuos que las componen (Rose, 2001). La epidemiología social, por lo tanto, estudia los efectos de los ingresos, la riqueza, el estrés laboral, la clase social, el apoyo social, la desigualdad y la ocupación sobre la salud, entendiendo las sociedades como grupos de personas que interactúan de forma específica, viven en lugares concretos y comparten un conjunto de valores comunes (Trostle, 2005, p. 5).

### **3.2.2 Epidemiología cultural**

A pesar de que muchos defienden el valor de la colaboración interdisciplinar, se trata de un tema controvertido tanto en epidemiología como en antropología. A principios del siglo XXI, todavía se puede encontrar autores que exponen que, en lugar de definir un campo multidisciplinar híbrido entre ambas disciplinas, "los epidemiólogos, sociólogos y psicólogos deberían ceñirse a su campo de investigación científica" (Zielhuis y Kiemeney, 2001). Otros autores, defienden que, a pesar de su cercanía en intereses, ambos campos de conocimiento son difícilmente compaginables en la práctica (DiGiacomo, 1999). Incluso los que fomentan la designación de una disciplina específica como la epidemiología cultural pueden plantearse la justificación de dicha designación. ¿No se refiere simplemente a los intereses cuantitativos de los antropólogos médicos o a los intereses cualitativos de los epidemiólogos? ¿Por qué es necesaria esta nueva denominación? (Weiss, 2001).

La justificación de la definición de una epidemiología cultural se basa en el hecho de que las prioridades tanto de la antropología como de la epidemiología ya constituyen agendas completas en disciplinas bien establecidas. Esto sugiere que

ambos campos pueden tener una motivación insuficiente para ampliar su ámbito de estudio (Weiss, 2001).

En 1958 se publicó el primer artículo en el cual se expone de forma explícita la interdisciplinariedad entre la antropología y la epidemiología. En dicha publicación, los autores manifiestan que una de las dificultades principales para este trabajo en común supone la ausencia de control por parte de los antropólogos para diseñar las preguntas a formular, siendo vistos, a menudo, como meros asesores, así como la tendencia por parte de los epidemiólogos de centrarse prácticamente en exclusiva en la causa de la enfermedad. Los autores proponen un “*enfoque neoecológico*” en el cual se enfatiza la necesidad de que la epidemiología considere enfoques multicausales y la importancia del entorno sobre la patología a estudio (Fleck Jr. y Ianni, 2009). En este mismo año, se definió la *ecología médica* como “el estudio de las poblaciones del ser humano con especial referencia al medio ambiente y a las poblaciones de todos los demás organismos en la medida en que afectan a su salud y a sus números” (Audy, 1958). En 1960, un artículo titulado *Ecología humana y Salud* expresaba la importancia del término “*entorno*”.

*“El entorno incluye, por supuesto, no sólo los aspectos materiales y espaciales del mundo del hombre, sino la red no material de relaciones sociales humanas llamada cultura, que influye profundamente en el estado del hombre.” – Rogers. (Rogers, 1960).*

Una importante contribución al desarrollo de la epidemiología cultural fue el aporte del antropólogo médico Robert A. Hahn, quien exponía que la antropología y la epidemiología comparten un terreno común considerable, aunque “algunos antropólogos descuidan el mundo objetivo o desearían que desapareciera”, y “la mayoría de los epidemiólogos prescindirían por completo de la subjetividad si pudieran” (p. 101), ajenos a la influencia de la cultura de su propia disciplina (Hahn, 1995, p. 101).

*“Los antropólogos han estado haciendo epidemiología sin saberlo, y los epidemiólogos han sido antropólogos sin saberlo. Aunque los antropólogos y los epidemiólogos han estado participando sin saberlo e inevitablemente en las disciplinas del otro, es posible que no lo hayan hecho de forma eficaz. Los profesionales de ambas disciplinas pueden beneficiarse de la exploración de las raíces comunes y de la síntesis explícita de los métodos.” (Hahn, 1995, pp. 127-128).*

Este autor caracterizó la tarea antropológica como el logro de "una comprensión del marco local", considerando a los antropólogos como traductores culturales (Hahn, 1995, p. 104). Sugirió que la atención a la experiencia y significado, así como la escucha y la comprensión de los conceptos del paciente sobre la función corporal, mental y espiritual pueden ser fundamentales para el enfoque terapéutico (Hahn, 1995, p. 275), dado que son las percepciones de los pacientes las que pueden determinar si hay enfermedad, en lugar de una evaluación biomédica. Asimismo, sostiene que el entorno social y cultural no sólo determina la naturaleza de la enfermedad, sino que también desempeña un papel fundamental en la curación, ya que, aunque los criterios profesionales de los trastornos pueden orientar la planificación del tratamiento, será en última instancia la conducta de los pacientes quien determine la evolución de la terapia y ésta se encuentra profundamente influenciada por el contexto sociocultural en el que se ha desarrollado (Hahn, 1995; Weiss, 2001).

El médico John Cassel, quien se unió al equipo de trabajo del centro de salud de Pholela en 1948, describió cómo el conocimiento de los patrones culturales y la situación social influía en la conducta de la población (Cassel, 1962). Este doctor escribió un capítulo dentro del libro *Salud, Cultura y Comunidad*, del autor Benjamin Paul, en el cual expuso la resistencia de la población Zulu ante los intentos terapéuticos de los trabajadores del centro de salud de Pholela, de cara a mejorar su nutrición o tratar la tuberculosis pulmonar. Cassel manifestaba que entender los patrones culturales de la región era la única vía de establecer cambios en los hábitos de esta población. Durante su estancia en el centro de salud de Pholela, se registraron importantes mejoras en cuanto a mortalidad infantil, incidencia de enfermedades

infecciosas y prevalencia de malnutrición (Paul, 1955). Probablemente, la obra más citada de este autor es su descripción de los efectos del entorno social sobre la resistencia del huésped ante una infección (Cassel, 1976). Este investigador fue pionero también en separar el entorno social del cultural. Inspirado por el trabajo del ya citado antropólogo Clifford Geertz, definió la cultura como “el tejido de significados según los cuales las personas interpretan su experiencia y guían sus actos”, mientras que definía la estructura social como “la forma en que se ordena la vida del grupo, las relaciones sociales persistentes y regulares de las personas” (Cassel et al., 1960; Geertz, 1973). Estos trabajos muestran la sofisticación de la epidemiología social y cultural a lo largo de este siglo.

Considerando cómo la antropología explica la cultura, el autor Dan Sperber argumentó que el estudio cultural puede considerarse como el estudio de la distribución de las representaciones y creencias en las poblaciones humanas (Sperber, 1990, 1994) así como de las modificaciones del entorno que están causalmente implicadas en estas distribuciones (Sperber, 1985, pp. 86-87). Sugirió que la epidemiología de las enfermedades sirve de paradigma para examinar estas representaciones y las creencias, que incluyen conceptos populares, creencias religiosas, narraciones orales, etc. (Weiss, 2001).

### ***Paradigmas antropológicos influyentes en la epidemiología cultural***

La epidemiología cultural adopta tres paradigmas antropológicos fundamentales: *emic - etic, disease - illness - sickness* y el modelo explicativo.

A mediados del siglo XX, Kenneth Pike sugirió el término *emic* para referirse a la perspectiva de los *insiders*, es decir, los individuos o la población que es objeto de estudio; y el término *etic* para referirse a la perspectiva de los *outsiders*, refiriéndose a las personas que observan desde una perspectiva externa (Pike, 1967).

Los y las profesionales de la antropología médica han descrito tres paradigmas de la patología diferentes: enfermedad (*disease*), dolencia (*illness*) y malestar (*sickness*). La enfermedad o *disease* hace referencia a la alteración fisiopatológica que dificulta la funcionalidad del aparato o sistema. Es la vía más “objetiva” de medir la patología en la medicina occidental. La dolencia o *illness* describe la experiencia

subjetiva de síntomas que suele conllevar un cambio conductual en la persona, con el fin de aliviar el sufrimiento (Wiley y Allen, 2012, p. 13). El antropólogo Arthur Kleinman lo asocia a la narrativa que exponen los y las pacientes en la consulta médica. Afirma que las dolencias frecuentes en una población generan un terreno común entre los pacientes y los profesionales sanitarios en el cual se desarrolla la comunicación médico-paciente. Siendo esto así, es imprescindible que el personal sanitario conozca la experiencia colectiva de la dolencia (Kleinman, 1988; Wiley y Allen, 2012, p. 14). Por último, el malestar o *sickness* hace referencia al rol de enfermo dentro de la sociedad, acorde al sociólogo médico Talcott Parsons. En este rol se incluyen componentes como la permisibilidad de ausentarse del puesto de trabajo, la exención de obligaciones que los demás individuos, en principio sanos, poseen o la legitimidad de recibir más cuidados que el resto de la sociedad (Parsons, 1979; Wiley y Allen, 2012, p. 17).

El antropólogo Ronald Littlewood hace hincapié en la experiencia de la enfermedad como marco interpretativo alternativo (Weiss, 2001).

*"Si la antropología médica tiene su propio impulso, es el de fomentar la comprensión de las propias experiencias de enfermedad de los pacientes, la forma en que ven su enfermedad y su salud, y el contexto en el que se originan y continúan dichas creencias" (Littlewood, 1991).*

En 1980, el médico y antropólogo Arthur Kleinman expuso su modelo explicativo, cuya prioridad se centraba en entender la experiencia de la enfermedad, las explicaciones causales, la búsqueda de ayuda y el enfoque del tratamiento por parte de los pacientes y las poblaciones en las que éstos se habían desarrollado. Los antropólogos médicos han interpretado el modelo explicativo de tres maneras distintas. En primer lugar, como sugirió inicialmente Kleinman, expone la lingüística que vincula la experiencia y los conceptos de los pacientes, los sanadores y la población en relación a la causa percibida, el inicio, los mecanismos, el curso y el tratamiento de la enfermedad (Kleinman, 1980, p. 107). En segundo lugar, el término se utiliza para referirse más exclusivamente a las explicaciones, es decir, a las causas

percibidas de la enfermedad. Y, en tercer lugar, también hace referencia a la "distancia cognitiva" entre los pacientes y los sanadores (Weiss, 2001).

En conclusión, la combinación de estos tres paradigmas antropológicos ha supuesto el sustrato en el cual se ha podido desarrollar la epidemiología cultural (Weiss, 2001).

### ***Ejemplos***

La epilepsia es una de las patologías con mayor variedad de interpretaciones culturales (O. W. Holmes, 1860; Temkin, 1945; Trostle, 2005, p. 9). Desde espíritus, demonios o deidades hasta etiologías naturales o la propia voluntad humana, la causa y el significado cultural de esta condición han sido históricamente objeto de estudio entre los epidemiólogos. A día de hoy, se reconoce que la epilepsia es una alteración cerebral caracterizada por descargas eléctricas anormales entre grupos de neuronas, que generan distinta sintomatología dependiendo de su localización, pudiendo manifestar convulsiones tónico-clónicas, crisis de ausencia, crisis espásticas o, incluso, gelásticas, entre otras. Las más conocidas son las convulsiones tónico-clónicas, a menudo tratadas con medicación anticonvulsivante, por parte de los neurólogos. No obstante, se desconoce la causa subyacente a estas descargas eléctricas. Los significados culturales y las estrategias de gestión de esta condición influyen en el número y la gravedad de los casos que llegan a los registros de los epidemiólogos y, por lo tanto, influyen a la hora contabilizar y describir la patología (Trostle, 2005, p. 9).

En 1985, el epidemiólogo Trostle desarrolló un proyecto de investigación en la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota, cuyo objetivo radicaba en comprender las diferencias entre las perspectivas de los médicos y los pacientes en cuanto a la epilepsia, su impacto y su tratamiento, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas. Recogió diversos testimonios, como el de una mujer de mediana edad, casada, oficinista de profesión, que comenzó a tener convulsiones en el instituto, y, tras tomar medicación anticonvulsivante, cedieron. Diez años después de abandonar dicha medicación, recurrieron. Esther expresaba su desconcierto ante la inexplicabilidad de los episodios. George, un joven de 19 años, usuario de drogas por vía parenteral, asociaba sus convulsiones a alguna "insuficiencia en su sistema". El

trabajador social que le orientaba describía que sus episodios eran ataques de ansiedad, en lugar de crisis epilépticas. No obstante, la vivencia de esta condición varía enormemente en distintas regiones del mundo (Trostle, 2005, p. 12).

En Kenya, en la región del valle del Rift, se asocian las convulsiones con condiciones como malaria, “mala sangre” o traumas emocionales. En esta región del mundo, se ha registrado, incluso, la creencia de que la epilepsia es contagiosa, pudiendo ser transmitida a través del contacto físico con una persona convulsionando. En consecuencia, cuando un paciente sufre una convulsión cerca de un fuego, a menudo sufre importantes quemaduras, ya que no se le aparta del mismo para no tocarle, por miedo a ser contagiado. Esto genera cicatrices, que a menudo forman queloides, convirtiéndose en marcas visibles de su condición, fomentando la estigmatización de estos pacientes. Asimismo, se ha descrito la creencia de que la epilepsia es un castigo por parte de una fuerza supernatural. Mary, una madre de un niño de 10 años, que sufre convulsiones, en una ciudad en Kenya, explica que el origen de la patología radica en un episodio de malaria y neumonía que padeció el infante. Tras llevar al niño ante tres *mganga* (curandero) diferentes, las convulsiones persistían. El primer curandero recomendó que se atara al niño un pollo y una cabeza de cabra; el segundo, exigía un pollo y un pájaro *chaluu* como moneda de cambio por sanar al pequeño, mientras que el tercero manifestaba que la forma de erradicar las convulsiones era atar las patas de un pollo al infante y mantenerlas durante tres días. Ninguna de estas prácticas eliminó las convulsiones.

En Ecuador, Isabel, una mujer de mediana edad explicaba el origen de sus propias convulsiones como una consecuencia de su tendencia al nerviosismo. El médico que la atendía le recomendaba no ponerse nerviosa y caminar o asistir a fiestas como forma de aliviar la ansiedad. Durante un episodio de “ataque de nervios”, acudió al hospital, donde le dieron unas pastillas de *malva rosa*, una planta con efecto calmante, como tratamiento. Isabel no asocia su condición con un origen supernatural, ni como castigo divino, ya que, según ella, si lo fuera, no hubiera podido tratarlo con *malva rosa*. Achaca sus episodios a “preocuparse por las mismas cosas una y otra vez”.

En definitiva, los pacientes que sufren epilepsia en Minnesota tienden a explicar su condición utilizando cierto lenguaje biomédico, en Ecuador se asocia a un

malestar emocional caracterizado por nerviosismo, ira, miedo o frustración; mientras que en Kenia supone una causa de estigmatización y una manifestación de una infección de malaria, en el pasado (Trostle, 2005, p. 13).

### **3.3 Cuantificar la cultura.**

Los seres humanos modificamos nuestro contexto constantemente. Diseñamos sistemas de transporte sumamente rápidos, talamos bosques, desarrollamos nuevas tecnologías... Asimismo, en ocasiones formamos parte de entornos conflictivos, en guerra, caracterizados por la violencia o la represión política, lo cual favorece el desarrollo y transmisión de nuevas enfermedades, así como nuevos patrones epidemiológicos. Para entender en profundidad este tipo de realidades y su efecto en la salud de las poblaciones, es preciso combinar epidemiología, a través de variables geográficas y sistemas estadísticos, con antropología y ciencias sociales, mediante el trabajo de campo y la representación de redes sociales que reflejen las interacciones humanas (Agar, 1994; Trostle, 2005, p. 39).

La epidemiología sociocultural, en el marco de la antropología médica, se vale de metodologías cualitativas y cuantitativas para describir la enfermedad en su contexto cultural (Dunn y Janes, 1986). Esta disciplina supone un punto de encuentro entre antropólogos abiertos a representaciones estadísticas y epidemiólogos dispuestos a trabajar de forma cualitativa (Béhague et al., 2002; N. Black, 1994; Breilh, 1994; de Almeida Filho y Lemus, 1992; Donovan et al., 2002; Trostle, 2005, p. 40). En este marco, y entendiendo que cuantificar la realidad social y cultural es inabarcable, se emplean distintas herramientas para aproximar dichas variables a una metodología mixta, cualitativa y estadística.

#### **3.3.1 Las seis dimensiones de la cultura nacional de Hofstede**

*“La cultura nacional no se puede cambiar, pero se debe entender y respetar.” - Geert Hofstede.*

El profesor Geert Hofstede definió la cultura como la “programación colectiva de la mente que diferencia los miembros de un grupo o colectivo de los demás” (Hofstede, 1980). Propuso seis dimensiones de la cultura nacional, cada una de las

cuales representa las preferencias independientes por una situación en lugar de otra, que distingue los países entre ellos. Es importante remarcar que se trata de un índice que diferencia preferencias de las naciones, no así de los individuos que las forman. (Geert Hofstede, 2018).

### ***Distancia jerárquica***

La distancia jerárquica (*PDI, por sus siglas en inglés, Power Distance Index*) expresa el grado en que los miembros menos poderosos de una sociedad esperan y aceptan que el poder se distribuya de forma desigual. Las sociedades que presentan una alta distancia jerárquica aceptan una jerarquía en la cual cada uno tiene su lugar y no necesitan más explicación ni justificación. Por el contrario, en las sociedades con una baja distancia jerárquica se expresa un esfuerzo por igualar la distribución de poder y requieren una explicación para la distribución desigual del poder.

### ***Individualismo Vs. Colectivismo***

Las sociedades individualistas se caracterizan por una preferencia hacia un marco social poco unido en el que se espera que los individuos se ocupen únicamente de sí mismos y sus familiares directos. En cambio, en las sociedades colectivistas se opta por un marco social muy unido en el que cabe esperar que los parientes o miembros de un determinado grupo se ocupen de otros individuos a cambio de lealtad.

Las sociedades se posicionan en un lado u otro del espectro Individualismo Vs. Colectivismo en base a si sus integrantes tienen una imagen de su sociedad en términos de "yo" o de "nosotros/as".

### ***Masculinidad Vs. Femenidad***

Por una parte, una sociedad con una potente masculinidad expresa una inclinación hacia la cultura del logro, heroísmo, asertividad y las recompensas materiales. Se muestra una sociedad más competitiva. Por otra parte, la feminidad en una sociedad representa una preferencia por la cooperación, la modestia, el cuidado y la calidad de vida. Estas sociedades se orientan más hacia el consenso.

### ***Índice de evitación de la incertidumbre***

El índice de evitación de la incertidumbre (*UAI, por sus siglas en inglés, Uncertainty Avoidance Index*) expresa el grado en que los integrantes de una sociedad se sienten incómodos ante la incertidumbre o ambigüedad. Las naciones con un índice de evitación de la incertidumbre alto presentan códigos rígidos de creencias y comportamientos, así como una intolerancia hacia conductas e ideas poco ortodoxas. Por el contrario, las sociedades con un índice de evitación de la incertidumbre bajo muestran una actitud más relajada y valoran más la práctica que los principios o valores.

### ***Orientación a largo plazo***

Este índice aumenta cuanto mayor consideración tenga una sociedad hacia su futuro. Siendo esto así, las sociedades con una alta orientación a largo plazo fomentan el ahorro y el esfuerzo por una educación moderna que prepare a sus integrantes para tiempos futuros, mientras que una sociedad con una puntuación menor en el índice de orientación a largo plazo valora más las tradiciones y normas consagradas, enfocando los cambios con recelo.

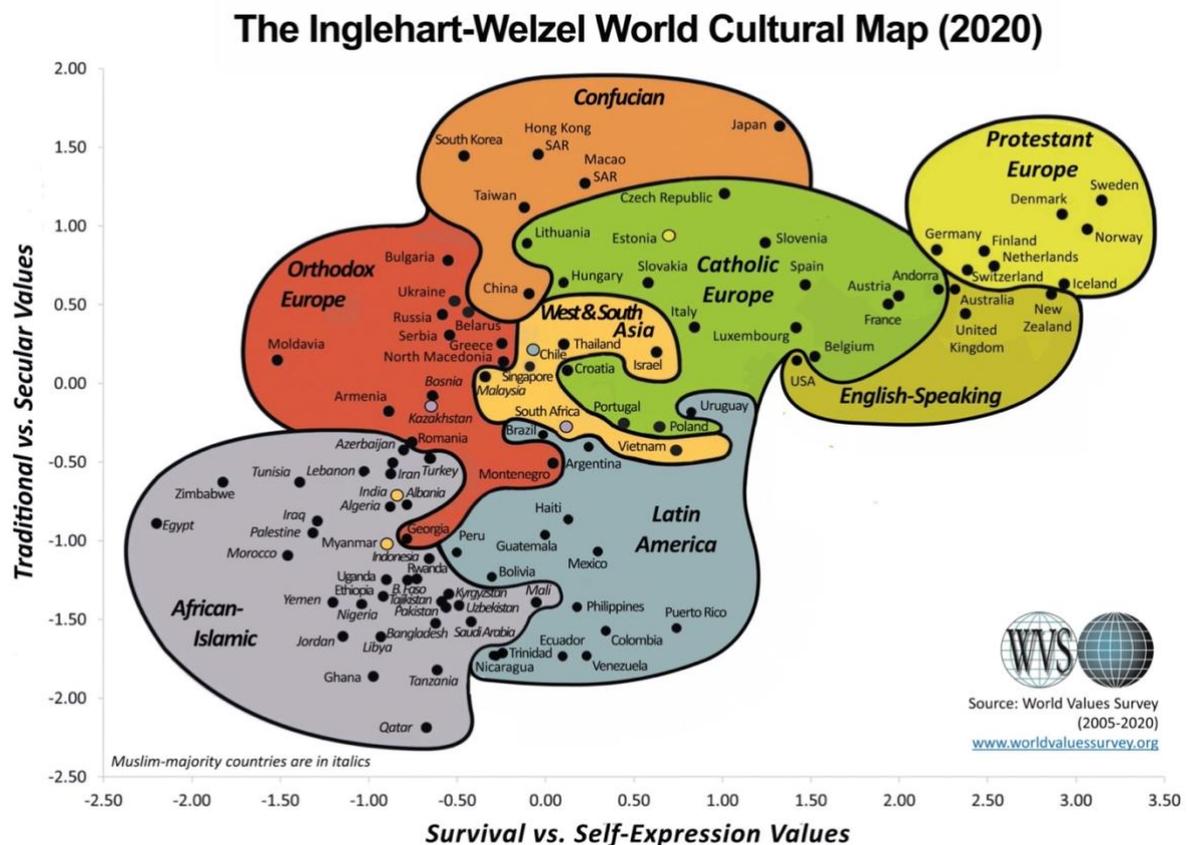
### ***Indulgencia Vs. Contención***

Las sociedades altamente indulgentes permiten la gratificación libre de los impulsos humanos básicos, relacionados de forma natural con el disfrute de la vida y la diversión. En cambio, las sociedades con un bajo índice de indulgencia se muestran restrictivas, suprimen la satisfacción inmediata de las necesidades y se regula mediante normas sociales muy estrictas.

### **3.3.2 El mapa cultural mundial de Inglehart-Welzel**

La Encuesta Mundial de Valores (WVS, por sus siglas en inglés, World Values Survey) es un programa de investigación internacional dedicado al estudio de los valores sociales, económicos, políticos, religiosos y culturales de las personas en el mundo. Fue iniciado por el profesor Ronald Inglehart en 1981, en la Universidad de Michigan, Estados Unidos (World Values Survey 7, 2020). A través de encuestas actualizadas cada cinco años, el equipo de WVS posiciona las naciones en un mapa en cuyo *eje x* se expresa el grado de autoexpresión en una sociedad y en el *eje y* se muestra

la relevancia de valores tradicionales vs seculares-rationales de la nación. Con estos datos, la WVS refleja en sus estudios cómo los sistemas de creencias de las naciones influyen en su desarrollo económico, creación de instituciones democráticas, potenciación de la igualdad de género, y mantenimiento de un gobierno efectivo (World Values Survey 7, 2021a).



Mapa 3. El mapa cultural de Inglehart-Welzel. 2020.

(World Values Survey 7, 2021b)

### **Valores tradicionales Vs. Valores seculares-rationales**

Esta dimensión refleja el contraste entre las sociedades en las que la religión se considera fundamental y aquellas en las que no, así como la relevancia que se le otorga a temas como la patria y la familia.

Las sociedades tradicionales muestran altos niveles de orgullo nacional, profundo respeto a la autoridad, adoptan actitudes proteccionistas hacia el comercio exterior, consideran innecesarios los acuerdos internacionales a la hora de tratar problemas medioambientales y enfatizan el conformismo social en lugar del esfuerzo individualista. En el ámbito familiar, manifiestan un alto grado de respeto hacia el concepto clásico de familia, e incluso pueden considerarla crucial para la supervivencia. Se posicionan en contra del divorcio, y adoptan posiciones pro-vida en cuestiones como el aborto, la eutanasia y el suicidio.

Por el contrario, las sociedades con valores seculares-rationales muestran actitudes más relajadas en cuanto a la religión, la autoridad y los valores tradicionales. El divorcio, la eutanasia y el aborto se suelen percibir como realidades aceptables en estas naciones (Inglehart y Welzel, 2005).

Esta dimensión se representa en el *eje de ordenadas* o *eje y* del mapa cultural de Inglehart-Welzel. Una mayor puntuación en este eje, es decir, un posicionamiento superior, implica una dominancia de valores seculares-rationales en esa sociedad; mientras que un posicionamiento en los cuadrantes inferiores, y por tanto, una puntuación menor en este eje, refleja una preponderancia de valores tradicionales en esa nación.

### ***Supervivencia Vs. Autoexpresión***

Las sociedades postindustriales se caracterizan por un nivel alto de autoexpresión, pues manifiestan tolerancia, confianza, énfasis del bienestar subjetivo, activismo cívico. Muestran una preferencia por valores que ensalcen la autonomía de sus individuos, reflejando una ética emancipativa y humanista. La diversidad étnica y cultural se celebra, pues resulta estimulante y apoyan la igualdad de género, puesto que los cambios en los roles de género y normas sexuales no son interpretados como una amenaza en estas naciones.

En cambio, las naciones más preocupadas por la supervivencia están marcadas por la inseguridad existencial, económica y física. Muestran rígidas limitaciones intelectuales y sociales de la autonomía de sus individuos en pos de una seguridad, así como un potente énfasis por los roles tradicionales de género y una perspectiva política basada en la autoridad. Estas sociedades pueden percibir como una amenaza

a las personas extranjeras, la diversidad étnica o sexual y el cambio cultural. Las naciones con una importante preocupación por la supervivencia muestran niveles bajos de bienestar subjetivo, confianza interpersonal, informan de una salud relativamente pobre de sus habitantes, expresan rechazo hacia la igualdad de género y pueden ser intolerantes hacia grupos externos (Inglehart y Welzel, 2005)

Esta dimensión se representa en el *eje de abscisas* o *eje x* del mapa cultural de Inglehart-Welzel. Una mayor puntuación en este eje, es decir, un posicionamiento más hacia la derecha, implica una dominancia de la capacidad de autoexpresión de esa sociedad; mientras que las sociedades con un posicionamiento en los cuadrantes izquierdos, y por tanto, una puntuación menor en este eje, muestran una mayor preocupación por su supervivencia. Los valores de supervivencia son característicos de las sociedades orientales, mientras que la dominancia de valores de autoexpresión es más frecuente en las sociedades occidentales.

A título orientativo, un aumento en la calidad de vida de una nación y el cambio de una sociedad industrializada a una sociedad post-industrializada enfocada en el conocimiento, implican un traslado del cuadrante inferior-izquierdo hacia el cuadrante superior-derecho de esa nación en el mapa de Inglehart-Welzel, aumentando su puntuación en ambos ejes (World Values Survey 7, 2021b).

### ***Economía, religión y política***

En primer lugar, se describe una relación entre el estatus económico de los países y su posición en el mapa. Las naciones posicionadas en el cuadrante inferior izquierdo muestran un desarrollo económico menor que los países del cuadrante superior derecho, basándose en su PIB per cápita, entre otros parámetros. Las sociedades con menor desarrollo económico están relacionadas con una transición de la fuerza de trabajo del sector agrario al industrial, mientras que la economía de los países con mayor desarrollo está fuertemente vinculada con el sector de los servicios. La dimensión de los valores tradicionales frente a los seculares-rationales y la dimensión de los valores de supervivencia frente a los de autoexpresión reflejan la industrialización y el auge de la sociedad postindustrial, respectivamente. El sistema económico de la nación también influye en su posicionamiento en el mapa. Las sociedades históricamente comunistas tienden a presentar una mayor preocupación

por la supervivencia que por la autoexpresión (hemisferio izquierdo del mapa) y, al haber vivido el auge del comunismo del siglo XX, presentan una tendencia hacia valores racionales-seculares, formando parte del cuadrante superior izquierdo del mapa.

En segundo lugar, el mapa agrupa las naciones en grupos o clústers, acorde a dos características históricas: tradición religiosa e historia colonial. En cuanto a la religión, las sociedades protestantes tienden a puntuar más en el eje de supervivencia/autoexpresión, fomentando valores de autoexpresión notablemente más que el resto. Asimismo, las sociedades islámicas expresan un poderoso respeto hacia los valores tradicionales. Referente a la historia colonial, Latinoamérica y las Filipinas comparten el antecedente de la colonización hispana, mostrando reminiscencias del dominio de la religión católica. De igual manera, las sociedades angloparlantes comparten características culturales. Asimismo, los movimientos migratorios han supuesto una importante vía de expansión cultural: las poblaciones de Uruguay, Argentina y Chile son, en una proporción importante, descendientes de emigrantes españoles e italianos; lo cual parece explicar la relación cultural entre estas naciones.

La disposición de las naciones hacia los valores racionales-seculares se explica por la influencia de la tradición cultural en gran medida, mientras que la orientación hacia valores de autoexpresión se ve más influenciada por las fuerzas de modernización que por la tradición de la sociedad.

Por último, a nivel político, se muestran diferencias entre los clústers en sus aspiraciones a regímenes democráticos, siendo menor en los países cuya preocupación por la supervivencia es alta y empoderamiento de la ciudadanía a través del acceso a la educación y a instituciones democráticas, mostrándose notablemente mayor en las naciones con una mayor autoexpresión (World Values Survey 7, 2021b).

# Capítulo IV. Metodología de la investigación

---

## 4.1. Análisis global cuantitativo

En primer lugar, se buscó comprender qué variables independientes (demográficas, sociales, económicas, políticas...) determinaron la incidencia y la mortalidad por COVID-19 durante el primer año de la pandemia, en tantos países del mundo como fuese posible. Para ello, se empleó el método de análisis estadístico de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) (Perone, 2021).

La ecuación MCO seguida tanto para el total de casos como para el total de muertes por millón de habitantes fue

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_i x_{i1} + \varepsilon_i$$

Donde  $i$  representa cada país,  $x$  cada variable independiente,  $\beta_0$  el intercepto,  $\beta_i$  el coeficiente de regresión de cada variable independiente y  $\varepsilon_i$  el error aleatorio.

Se analizó la homocedasticidad observando la ausencia de patrón en los gráficos de dispersión. Las pruebas de normalidad de los residuos no se consideraron necesarias, siguiendo el estudio de Ghasemi y Zahediasl (2012), en el que afirman que los estudios con muestras grandes ( $n > 40$ ) podrían no sufrir problemas importantes al violar los supuestos de normalidad. Para evaluar los problemas de multicolinealidad, se evaluaron factores de inflación de la varianza (VIF)  $< 10$ . Se aceptaron pruebas de Durbin-Watson entre 1,5 y 2,5 como evidencia de independencia de los residuales (Pardo y Ruiz Díaz, 2011).

Una vez comprendidas qué variables independientes resultaron significativamente determinantes en el desarrollo de la pandemia, se agruparon las naciones en clústers, atendiendo a sus similitudes en dichas variables, para ilustrar qué regiones del mundo mostraban características de mayor riesgo de una evolución adversa de la crisis del COVID-19. Esta agrupación se realizó mediante el método de

agrupación jerárquica aglomerante de la varianza mínima de Ward, bajo la estandarización de las variables mediante puntuaciones Z, ya que las variables no estaban en la misma escala. Este método fue elegido con el fin de garantizar las similitudes intragrupo (Ward, 1963). Se utilizó el método del codo para determinar un número adecuado de conglomerados (Marutho et al., 2018). Todos los análisis se obtuvieron utilizando SPSS Statistics v26.0.0.2 para MacOS.

En segundo lugar, se pretendió entender qué variables económicas, políticas, culturales y epidemiológicas habían determinado cómo de estrictos habían sido los gobiernos de distintas naciones, a la hora de establecer medidas preventivas contra el COVID-19. Se siguió el mismo análisis por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) que en el estudio anterior.

#### **4.1.1. Incidencia y mortalidad por COVID-19**

Se recaban datos desde el 11 de marzo de 2020 hasta el 11 de marzo de 2021, de la página web *Our World In Data* de 206 países (Ritchie et al., 2020). Se excluyeron del análisis las regiones que notificaron menos de 200 veces nuevos casos y defunciones, ya que la notificación de datos no se consideró rigurosa. Se recabó información sobre la demografía de las naciones, su desarrollo económico y social, y los recuentos epidemiológicos del COVID-19, con el fin de vislumbrar las relaciones entre estas variables, así como ilustrar qué naciones sufrieron mayor adversidad, a nivel macrosocial, agrupándolas en base a sus similitudes en las variables estudiadas que resultasen determinantes.

En cuanto a la información demográfica, se buscó describir las poblaciones envejecidas combinando la edad media, el porcentaje de población mayor de 65 años y tener una pirámide de población constrictiva o expansiva (Saroja, 2018). La pirámide de población se registró a partir del sitio web del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas (United Nations). El desarrollo económico se midió mediante el Producto Interior Bruto (PIB) per cápita de cada nación y el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que combina el PIB per cápita de los países, la esperanza de vida y la media de años de escolarización. La desigualdad social se abordó a través del coeficiente de Gini, que mide en qué medida la distribución de los ingresos entre individuos u hogares se desvía de la igualdad perfecta y la mortalidad de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, a menudo utilizada

para identificar a las poblaciones vulnerables (The World Bank Data, 2023). La densidad de población también se registró a partir de la misma fuente.

Las variables dependientes analizadas fueron la incidencia acumulada (casos totales) y la mortalidad (muertes totales) del COVID-19 por millón de habitantes. El total de casos y muertes se tuvo en cuenta en relación con la población de los países, en lugar de utilizar la tasa de letalidad (TF) para facilitar las comparaciones entre países (Undela y Gudi, 2020).

#### **4.1.2 Estrictez de las medidas preventivas**

En cuanto a la epidemiología de COVID-19, se recogieron los datos del 11 de marzo de 2020 al 11 de diciembre de 2021 de la página web Our World in Data (Ritchie et al., 2020) de 102 países. Se analizaron el total de casos y muertes por COVID-19 por millón de habitantes y el número de personas totalmente vacunadas por cada cien habitantes de cada país.

De cara a valorar el desarrollo económico y político de los países, se registraron su Producto Nacional Bruto (PIB) per cápita, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que combina el PIB per cápita, el Índice de Esperanza de Vida y el Índice de Educación (The World Bank Data, 2023), el número de camas de hospital por cada mil habitantes y el Índice de Democracia 2020, elaborado por The Economist Intelligence Unit (The Economist Intelligence Unit, 2021). Las tres primeras variables se obtuvieron en el sitio web Our World in Data (Ritchie et al., 2020). En cuanto a las variables culturales, se incluyeron en el análisis tanto las 6 Dimensiones de Cultura Nacional de Hofstede (Hofstede, 2018) como el Mapa Cultural de Inglehart-Welzel 2020, desarrollado por el equipo de World Values Survey (World Values Survey 7, 2022). Por lo tanto, analizamos la Distancia de Poder (DP) de las naciones, el Individualismo (IND), la Masculinidad (MAS), la Evitación de la Incertidumbre (UA, por sus siglas en inglés, *Uncertainty Avoidance*), la Orientación a Largo Plazo (LTO por sus siglas en inglés, *Long Term Orientation*) y la Indulgencia Vs. Restricción (IVR), descritos en la obra de Hofstede y los valores Tradicionales o Seculares-Racionales de los países, así como sus valores de Supervivencia frente a los de Autoexpresión, que se encuentran en el Mapa Cultural de Inglehart-Welzel.

## **4.2 Estudio sociocultural**

### **4.2.1 Materiales**

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en persona. Ninguna de las entrevistas se planificó de antemano. No se entrevistó a ninguna persona menor de 18 años. Las personas participantes se encontraron aproximándonos a personas en la vía pública, sin atender a un patrón definido. Se respetó y aseguró la voluntariedad de la participación por parte de la persona entrevistada en todo momento. Las entrevistas se grabaron en audio, previo consentimiento verbal explícito del/la participante, para su transcripción, mediante el software de transcripción desarrollado por K. Söderström (Söderström, Kristofer Rolf, 2023) y su posterior análisis. A lo largo del proceso de análisis e investigación, se mantuvo la confidencialidad de las identidades de las y los participantes.

Ante la complejidad e inexactitud de definir cuestiones como el género, el grupo étnico y el tipo de entorno (rural o urbano), y siguiendo el ejemplo y la recomendación de otros autores, se solicita al/la participante que auto-refiera estas variables (Butler, 1990; Foeman et al., 2015; Haven et al., 2013; Kolko, 2015; Wieder, 2020).

Las entrevistas semiestructuradas son un método de recolección de datos en el que se cuenta con una lista de preguntas y temas para abordar, pero permite cierta flexibilidad para formular preguntas de seguimiento y explorar temas específicos en mayor profundidad (Bryman, 2016).

Se decidió realizar entrevistas en persona, ya que éstas permiten obtener información no-verbal del/la participante, tanto de su comunicación como de su entorno (Fontana y Frey, 1994). Asimismo, esta metodología, en contraposición a los cuestionarios cerrados, facilita realizar contra-preguntas a las respuestas de los/as participantes, si se quiere profundizar en algún tema de particular interés. Sin embargo, a diferencia de los cuestionarios, la repetición de las entrevistas en un momento posterior no resulta viable, en este estudio, por dos motivos: i) la dependencia de la localización de la entrevista y ii) la imposibilidad de volver a contactar con las personas entrevistadas, ya que no se solicita su información de contacto. La información obtenida a través de esta metodología no está libre del efecto

del/la observador/a sobre las respuestas (Lowe y Zemliansky, 2011; Podesva et al., 2014).

Se diseñaron las preguntas contando con un bloque de cuestiones comunes a explorar, como la experiencia de adversidad y miedo, la epidemiología percibida y el acceso al sistema sanitario; y otro bloque de preguntas con el fin de explorar realidades específicas de cada país, como son la situación sociopolítica en Cuba, la polarización social y las teorías de la conspiración en Estados Unidos y las regulaciones contra el COVID-19 en Suecia y Dinamarca. Las preguntas realizadas en cada país se exponen en los siguientes subapartados. Uno de los objetivos del diseño de estas entrevistas radica en poder ser realizadas en distintos países y de manera espontánea, por lo que, con el fin de obtener información analizable cuantitativamente, así como cualitativamente, y facilitar que la entrevista no generase fatiga en la persona participante, se combinaron preguntas cerradas cuya respuesta es en formato Sí/No, con preguntas abiertas en las que el/la entrevistado/a pudiera profundizar.

Se emplea un enfoque mixto, combinando análisis cuantitativos y cualitativos, con varios fines: i) mejorar la validez y la fiabilidad al permitir la comparación y el contraste de los hallazgos obtenidos a través de ambos métodos, para poder confirmar y validar los resultados (Creswell y Plano Clark, 2018); ii) proporcionar una visión más completa, compaginando diferentes perspectivas y dimensiones de los fenómenos sociales estudiados (Teddie y Tashakkori, 2010) y iii) contrarrestar el efecto de las limitaciones de cada método, ya que los métodos cuantitativos son útiles para medir y analizar patrones numéricos, mientras que los métodos cualitativos pueden ayudar a comprender el significado y la experiencia subjetiva (Bryman, 2016).

### ***El sur de África***

Las entrevistas fueron realizadas en áreas urbanas y rurales de Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique, en el mes de julio del 2022.

Se preguntó por la edad, el género, el origen étnico, el estado de vacunación, la pertenencia a una tribu o comunidad determinada y si la persona vivía en una zona rural o urbana. Además de la información sociodemográfica, las preguntas formuladas fueron: (I) *¿Cómo se ha vivido aquí la COVID-19?* (II) *¿A cuántas*

*personas conoce personalmente que hayan tenido COVID-19? (III) ¿A cuántas personas conoce personalmente que hayan muerto a causa de COVID-19? (IV) Durante la pandemia, ¿ha sentido miedo alguna vez? (V) Si enferma, ¿cree que tiene fácil acceso a la asistencia sanitaria?*

### **Cuba**

Las entrevistas fueron realizadas en la ciudad de La Habana, en la primera semana de noviembre del 2022.

Previa a la exploración del tema, se solicitaron los siguientes datos de la persona participante: edad, género y estado de vacunación contra el COVID-19. Aparte de la información sociodemográfica, las preguntas que compusieron la entrevista fueron: (I) *¿Cómo se ha vivido el COVID-19/la pandemia aquí?*, (II) *¿Ha tenido usted COVID-19? En tal caso, ¿cuál fue su severidad: leve, moderado o severo?*, (III) *¿Conoce a mucha gente de forma personal que ha padecido COVID-19?*, (IV) *¿Conoce a mucha gente de forma personal que ha fallecido por la COVID-19?*, (V) *Durante la pandemia, ¿ha tenido usted miedo? En tal caso, ¿de qué?*, (VI) *¿Qué diría usted que ha sido lo peor de la pandemia?*, (VII) *¿Qué medidas tomó aquí el gobierno ante la pandemia? ¿Qué opina de dichas medidas?*, (VIII) *¿Cómo describiría la situación del país antes y después de la pandemia?*, (IX) *¿Tiene intención de emigrar?*, (X) *¿Conoce a mucha gente, personalmente, que quiera migrar?*, (XI) *¿Conoce a mucha gente, personalmente, que haya emigrado?*, (XII) *¿Considera que tiene un buen acceso a atención sanitaria?*

### **Estados Unidos**

Se realizaron entrevistas en áreas urbanas, suburbanas y rurales de cinco estados de la costa este: Delaware, Distrito de Columbia, Maryland, Nueva Jersey y Pennsylvania.

Se registraron los siguientes datos: edad, género, grupo étnico, tipo de entorno donde reside (rural, suburbano o urbano), si ha recibido o no la vacunación contra el COVID-19 y si quería recibirla o no. Las preguntas que compusieron la entrevista fueron: (I) *¿Cómo se ha vivido el COVID-19/la pandemia aquí?*, (II) *¿Ha tenido usted COVID-19? En tal caso, ¿cuál fue su severidad: leve, moderado o severo?*, (III)

*¿Conoce a mucha gente de forma personal que ha padecido COVID-19?, (IV) ¿Conoce a mucha gente de forma personal que ha fallecido por la COVID-19?, (V) Durante la pandemia, ¿ha tenido usted miedo? En tal caso, ¿de qué?, (VI) ¿Considera que tiene un acceso fácil y asequible a atención sanitaria?, (VII) ¿Qué medidas tomó aquí el gobierno ante la pandemia?, (VIII) ¿Qué opina de dichas medidas?, (IX) De haber estado en el gobierno, ¿hubiera hecho o decidido algo diferente?, (X) ¿Qué opina de las comúnmente conocidas “Teorías de la conspiración”? (XI) ¿Qué las origina? (XII) ¿Diría que mucha gente aquí las apoya?, (XIII) ¿Considera que el COVID-19/la pandemia ha tenido un impacto en el carácter o bienestar psicológico de la población?, (XIV) ¿Considera que vive en una sociedad polarizada? En tal caso, ¿considera que el COVID-19/la pandemia ha tenido un impacto en esa polarización?, (XV) ¿Qué diría usted que ha sido lo peor de la pandemia?*

### **Suecia y Dinamarca**

Se realizaron entrevistas en el área urbana principal y una región rural de cada lado de la frontera de Øresund. Las urbes fueron Malmö (Skåne, Suecia) y Copenhague (Sealand, Dinamarca) y las regiones rurales fueron Vellinge (Skåne, Suecia) y Dragør (Sealand, Dinamarca).

Se registraron los siguientes datos: edad, género, grupo étnico, tipo de entorno donde reside (rural o urbano), si ha recibido o no la vacunación contra el COVID-19 y si quería recibirla o no. Las preguntas que compusieron la entrevista fueron: (I) *¿Cómo se ha vivido el COVID-19/la pandemia aquí?, (II) ¿Ha tenido usted COVID-19? En tal caso, ¿cuál fue su severidad: leve, moderado o severo?, (III) ¿Conoce a mucha gente de forma personal que ha padecido COVID-19?, (IV) ¿Conoce a mucha gente de forma personal que ha fallecido por la COVID-19?, (V) Durante la pandemia, ¿ha tenido usted miedo? En tal caso, ¿de qué?, (VI) ¿Considera que tiene un acceso fácil y asequible a atención sanitaria?, (VII) ¿Qué medidas tomó aquí el gobierno ante la pandemia?, (VIII) ¿Qué opina de dichas medidas?, (IX) ¿Qué medidas tomó el gobierno en el otro lado de la frontera y qué opina sobre las mismas?, (X) ¿Qué opina de las comúnmente conocidas “Teorías de la conspiración”? (XI) ¿Diría que mucha gente aquí las apoya?, (XII) ¿Considera que el COVID-19/la pandemia ha tenido un impacto en el carácter o bienestar*

*psicológico de la población?, (XII) ¿Qué diría usted que ha sido lo peor de la pandemia?*

Se exploró la opinión sobre las medidas que cada gobierno había implantado, por parte de las poblaciones de ambos países, a nivel cualitativo. No obstante, a título cuantitativo, se recoge la percepción de la estrictez de las regulaciones del país en el que la persona entrevistada vivió la pandemia.

#### **4.2.2 Análisis mixto**

Se emplea una metodología mixta, combinando análisis cualitativos y cuantitativos. Para estos últimos, se utiliza el software SPSS Statistics v.26 para MacOs BigSur 11.7.

En primer lugar, se analizaron las entrevistas a título cualitativo siguiendo una versión modificada del método fenomenológico de Coalizzi, compuesta por los siguientes pasos: (1) familiarización, (2) identificación de enunciados significativos, (3) formulación de significados, (4) agrupación de temas y subtemas, (5) elaboración de una descripción exhaustiva y (6) producción de la estructura fundamental (Morrow et al., 2015). Los fragmentos de información relevantes se conservaron de manera literal, tal y como los expresó el/la participante.

En segundo lugar, se consignan las distintas variables, categorizándolas, de cara a orientar el análisis estadístico.

Por último, se estudian tanto el valor y significancia de la Chi-cuadrado o del Test exacto de Fisher, cuando se describen un 20% o más de los valores esperados menores que cinco; como las correlaciones entre variables ordinales, bien sea con el coeficiente de correlación de Pearson, como prueba paramétrica, o el coeficiente Rho de Spearman, como prueba no-paramétrica (Rebekić et al., 2015). Las primeras pruebas se emplean para explorar si las variables son independientes (hipótesis nula,  $H_0$ ), o están relacionadas entre sí (hipótesis alternativa,  $H_1$ ) (Sánchez-Carrión, 1999). Se observan los residuos ajustados estandarizados, considerando un intervalo de confianza (IC) del 95% cuando su valor absoluto es igual o superior a 1,96 y un IC del 99% cuando su valor absoluto es igual o superior a 2,58 (Diaz de Rada, 2009; Haberman, 1973). Para analizar la magnitud del efecto, se observó el valor de la Phi, V de Cramer y el Coeficiente de contingencia al comparar dos variables nominales, y

el valor de la D de Somers al comparar una variable ordinal y otra nominal, considerando valores entre 0,1 y 0,3 como efecto pequeño, valores entre 0,3 y 0,5 como efecto moderado, y valores superiores a 0,5 como efecto alto (Díaz de Rada, 2009).

### ***El sur de África***

Se definieron las siguientes variables dicotómicas nominales: *Género (Hombre/Mujer)*, *Estado de vacunación (Recibida/No recibida)*, *Tipo de entorno (Rural/Urbano)*, *Experiencia de la pandemia (Adversidad/No adversidad)*, *Haber padecido COVID-19 (Sí/No)*, *Haber experimentado miedo durante la pandemia (Sí/No)* y *Acceso a la asistencia sanitaria (Fácil/No fácil)*. Se incluyó en el análisis el grupo étnico. Se consideraron dos variables ordinales: *Incidencia percibida a su alrededor* y *Mortalidad percibida a su alrededor*, ambas codificadas como *Alta*, *Baja* o *Nula*.

### ***Cuba***

Se consignaron las siguientes variables cualitativas dicotómicas: *Género (Hombre/Mujer)*, *Estado de vacunación (Recibida/No recibida)*, *Experiencia de la pandemia (Adversidad/No adversidad)*, *Haber padecido COVID-19 (Sí/No)*, y su severidad (*Leve/Moderado/Grave*), *Haber experimentado miedo durante la pandemia (Sí/No)*, *Voluntad de emigrar (Sí/No)*, *Conocimiento personal de un alto número de personas que hayan emigrado (Sí/No)*, *Conocimiento personal de un alto número de personas que quiera emigrar (Sí/No)* y *Accesibilidad del sistema sanitario (Fácil/Difícil)*. En cuanto a la epidemiología percibida por el/la participante, con el fin de explorar si conocen a muchas personas a su alrededor que hayan padecido y/o fallecido por COVID-19, se consignan las variables ordinales de *Incidencia percibida (Alta/Baja/Nula)* y *Mortalidad percibida (Alta/Baja/Nula)*. Asimismo, se describe la variable ordinal *Percepción de la estrictez de las medidas implementadas por el gobierno (Demasiado laxas/Apropiadas/Demasiado estrictas)*, para recoger la opinión sobre estas medidas por parte de la persona encuestada. Para analizar si los datos recogidos muestran alguna relación con la edad del/la encuestado/a, se codifica la edad del/la participante en tres grupos, siendo *joven (18 – 40 años)*, *adulto/a (40 – 65 años)* y *tercera edad (> 65 años)*.

A continuación, se analizan las posibles correlaciones entre las variables ordinales mediante el coeficiente Rho de Spearman, ya que es una prueba no-paramétrica y se ajusta mejor a variables ordinales que su alternativa, el coeficiente de correlación de Pearson; así como las relaciones de independencia o dependencia entre variables nominales, mediante el test de Chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher, en los casos en los que más del 20% del recuento esperado fuera inferior a cinco. Se estudia la significancia estadística (valor  $p < 0,05$ ) y la magnitud de las relaciones entre variables (Phi, V de Cramer, Coeficiente de contingencia y D de Somer).

### ***Estados Unidos***

Se consignaron las siguientes variables cualitativas dicotómicas o policotómicas: *Género (Hombre/Mujer/No-binario)*, *Experiencia de la pandemia (Adversidad/No adversidad)*, *Estado de vacunación contra el COVID-19 (Recibida/No recibida)*, *Voluntad de recibir la vacuna (A favor/Indiferente/En contra)*, *Grupo étnico (Afroamericano/Asiático/Hispano/Caucásico)*, *Estado (Delaware/Distrito de Columbia/Maryland/Nueva Jersey/Pennsylvania)*, *Tipo de entorno (Rural/Suburbano/Urbano)*, *Grupo de edad (18-30/31-50/51-70/>71)*.

De cara a analizar la experiencia de la epidemiología del coronavirus, se consignan las variables *Haber padecido COVID-19 (Sí/No)*, y su severidad (*Leve/Moderado/Grave*), *Incidencia percibida (Alta/Baja/Nula)* y *Mortalidad percibida (Alta/Baja/Nula)*, *Accesibilidad al sistema sanitario (Sí/No asequible/No)*

Relativo al entorno social e impacto psicológico, se analizan las variables *Haber experimentado miedo durante la pandemia (Sí/No)*, *Considera que el COVID-19 ha tenido un impacto psicológico (Sí/No)*, *Opinión sobre la polarización de la sociedad estadounidense (Sí/No)*, *Impacto del COVID-19 sobre la polarización (Sí/No)*,

Con el fin de explorar la opinión de la persona encuestada acerca de las decisiones gubernamentales, se registra *Percepción de la estrictez de las medidas implementadas por el gobierno (Demasiado laxas/Apropiadas/Demasiado estrictas)* y *Hubieran implementado diferentes medidas (Sí/No)*.

En cuanto al apoyo de las teorías de la conspiración, se consigna *Posición de la persona encuestada (A favor/No las conocen/En contra)*, *Prevalencia en el entorno (Alta/Baja/Desconocen)*.

El resto de la información se organiza y analiza a nivel cualitativo.

### ***Suecia y Dinamarca***

Se consignaron las siguientes variables cualitativas dicotómicas o policotómicas: *Género (Hombre/Mujer)*, *Experiencia de la pandemia (Adversidad/No adversidad)*, *Estado de vacunación contra el COVID-19 (Recibida/No recibida)*, *Voluntad de recibir la vacuna (A favor/En contra)*, *Tipo de entorno (Rural /Urbano)*, *Grupo de edad (18-30/31-50/51-70/>71)*, *País (Suecia/Dinamarca)*. No se estudió el grupo étnico, pues todas las personas participantes fueron caucásicas.

De cara a analizar la experiencia de la epidemiología del coronavirus, se consignan las variables *Haber padecido COVID-19 (Sí/No)*, y su severidad (*Leve/Moderado/Grave*), *Incidencia percibida (Alta/Baja/Nula)* y *Mortalidad percibida (Alta/Baja/Nula)*, *Accesibilidad fácil al sistema sanitario (Sí/No)*, *Impresión de la población sueca sobre las regulaciones del gobierno sueco y de la población danesa sobre la regulación del gobierno en Dinamarca (Demasiado laxas/Apropiadas/Demasiado estrictas)* y *opinión sobre la adhesión a las regulaciones de la población del país de origen de la persona entrevistada (Alta/Baja)*,

Relativo al entorno social e impacto psicológico, se analizan las variables *Haber experimentado miedo durante la pandemia (Sí/No)*, *Considera que el COVID-19 ha tenido un impacto psicológico (Sí/No)*

En cuanto al apoyo de las teorías de la conspiración, se consigna *Posición de la persona encuestada (A favor/En contra)* y *Prevalencia en el entorno (Alta/Baja)*.

El resto de la información se organiza y analiza a nivel cualitativo.



## Capítulo V. Resultados

---

### 5.1. Los números, a escala mundial

#### 5.1.1 Incidencia y mortalidad por COVID-19

Se observaron 204 regiones. 32 (15,68%) de ellas fueron excluidas del análisis, por tener menos de 200 informes sobre nuevos casos diarios (21) o fallecimientos (13). 7 de estos países eran de Europa (Islas Feroe, Gibraltar, Guernesey, Isla de Man, Jersey, Seychelles y Vaticano), 2 de África (Eritrea y Santa Helena), 8 de Asia (Bután, Camboya, Hong Kong, Laos, Macao, Mongolia, Chipre del Norte y Timor), 11 de Norteamérica (Anguila, Bermudas, Islas Caimán, Dominica, Groenlandia, Granada, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas e Islas Turcas y Caimán), 1 de América del Sur (Islas Malvinas) y 5 de Oceanía (Islas Marshall, Micronesia, Samoa, Islas Salomón y Vanuatu). De los 172 países incluidos en el estudio, 53 (30,81%) eran africanos, 40 (23,26%) asiáticos, 45 (26,16%) europeos, 17 (9,88%) de Norteamérica, 13 (7,56%) de Sudamérica y 4 (2,32%) de Oceanía. La Tabla 9 muestra un resumen descriptivo de las variables a estudio.

	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
<b>Casos de COVID-19 totales por millón de habitantes</b>	172	26253,313	8,521	144049,699	30032,266
<b>Muertes totales por COVID-19 por millón de habitantes</b>	172	482,071	0,252	2268,843	574,363
<b>Densidad de población (habitantes por kilómetro cuadrado)</b>	172	321,208	3,078	19347,5	1595,784
<b>Media de edad (años)</b>	167	30,455	15,1	48,2	9,304
<b>Población mayor de 65 años (%)</b>	169	8,78	1,144	27,049	6,364
<b>PIB per cápita (USD)</b>	170	20033,149	320,038	181402,83	23492,971
<b>Mortalidad en menores de 5 años (por cada mil nacidos vivos)</b>	167	27,974	1,7	117,2	29,73
<b>Índice de Desarrollo Humano</b>	167	0,726	0,394	0,957	0,155
<b>Coefficiente de Gini</b>	150	38,159	24,6	63	8,301
<b>Índice de estrictez</b>	162	56,196	6,48	87,96	17,971
<b>Pirámide poblacional constrictiva</b>					
	Sí	113			
	No	48			
<b>Pirámide poblacional expansiva</b>					
	Sí	88			
	No	73			

Tabla 9. Resumen descriptivo de las variables de todos los países estudiados.

Las fuentes de la información reflejada en esta tabla se redacta en el [apartado 4.1.1.](#)

### ***Variables determinantes de la incidencia de COVID-19 y su impacto.***

Los 12 modelos de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) fueron estadísticamente significativos (los valores p de todos los estadísticos F fueron inferiores a 0,001). Los valores  $R^2$  ajustados mostraron que nuestros modelos explicaban entre el 39,2% y el 50,9% de la variable dependiente, en este caso, el total de casos de COVID-19 por millón de habitantes. Los resultados de estos modelos MCO se encuentran en las Tabla 10 y 11.

Los modelos que explicaron la mayor parte de la variación fueron los números 1, 4 y 7, que incluían como variables independientes la población mayor de 65 años, el PIB per cápita, el número de médicos por cada mil habitantes y el coeficiente de Gini. Se muestra que los países con una población envejecida se asocian significativa y positivamente con un mayor número de casos de COVID-19 por millón de habitantes, ya que tanto la media de edad como el porcentaje de población mayor de 65 años resultaron estadísticamente significativos en nuestros modelos (media del coeficiente de regresión = 0,501 y 0,325 respectivamente). Sin embargo, el tipo de pirámide de población no resultó significativo en nuestros modelos.

La estabilidad económica, medida a través del PIB per cápita, también se asoció positiva y estadísticamente con un mayor número de casos de COVID-19 por millón de habitantes (media de los coeficientes de regresión = 0,209). En consonancia con estos resultados, mostramos que los países con un IDH más elevado registran más casos de COVID-19 por millón de habitantes (media de los coeficientes de regresión = 0,394).

En cuanto al sistema sanitario, el número de camas de hospital por cada mil habitantes no resultó estadísticamente significativo en nuestros modelos, a diferencia del número de médicos por cada mil habitantes (media de los coeficientes de regresión = 0,327).

Teniendo en cuenta la desigualdad social, la mortalidad de menores de 5 años sólo se asoció significativa y negativamente con la variable dependiente en uno de los cinco modelos en los que se consideró ( $\beta = -0,217$ ). El coeficiente de Gini no se asoció significativamente a la variable dependiente, como tampoco la densidad de población.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
<b>Constante</b>	- 15801,534 [10942,936]	- 25056,625 [18686,685]	- 39916,317** [14794,401]	- 43514,735 [24026,176]	- 59143,125*** [15920,024]	659,183 [3214,873]
<b>Densidad poblacional</b>	0,027 [7,676]	-0,094 [2,674]			-0,072 [2,554]	
<b>Media de edad</b>		0,393* [490,862]	0,695*** [403,899]		0,281 [504,581]	
<b>Población mayor de 65 años</b>	0,299** [478,728]			0,197 [489,447]		0,425*** [412,578]
<b>Pirámide poblacional expansiva</b>		0,139 [7089,012]	0,059 [7362,685]		0,042 [6579,073]	
<b>Pirámide poblacional constrictiva</b>			0,069 [5480,128]			
<b>PIB per cápita</b>	0,170* [0,142]	0,21* [0,120]				0,305*** [0,101]
<b>Camas de hospital por cada mil habitantes</b>			-0,077 [1124,838]			-0,018 [1058,625]
<b>Médicos/as por cada mil habitantes</b>	0,371** [1720,660]	0,207 [1797,428]		0,295** [1908,919]		
<b>Mortalidad en menores de 5 años</b>		-0,089 [101,049]		0,021 [124,407]		
<b>Índice de Desarrollo Humano</b>				0,329* [30172,111]	0,439** [24945,065]	
<b>Coefficiente de Gini</b>	0,092 [235,414]			0,058 [232,137]		
<b>Estadístico F</b>	31,045***	20,552***	23,195***	30,968***	30,078***	32,531***
<b>Factor de inflación de la varianza</b>	1,039 - 3,454	1,112 - 7,107	2,040 - 4,559	1,361 - 8,010	1,020 - 7,596	1,277 - 2,126
<b>Durbin - Watson</b>	2,156	2,026	2,076	2,078	2,024	2,018
<b>Observaciones</b>	146	157	158	146	160	163
<b>R-cuadrado ajustada</b>	0,509	0,429	0,392	0,508	0,422	0,369

Tabla 10. Modelos MCO (1-6) de variables demográficas y socioeconómicas que afectan al total de casos por COVID-19 por millón de habitantes.

Se muestran los coeficientes de regresión de cada variable. Errores estándar entre paréntesis. Nivel de significación: \* valor  $p < 0,05$ ; \*\* valor  $p < 0,01$ ; \*\*\* valor  $p < 0,001$ .

	Modelo 7	Modelo 8	Modelo 9	Modelo 10	Modelo 11	Modelo 12
Constante	-16313,810 [10899,380]	- 21987,219** [8098,586]	11740,118* [5444,995]	-43026,703* [17741,527]	- 3561,048 [12488,889]	- 27744.440 [18837,178]
Densidad poblacional			-0,098 [2,629]	0,019 [7,910]		
Media de edad		0,414** [388,717]				0,502** [439,828]
Población mayor de 65 años	0,290* [491,325]		0,326*** [361,749]		0,286** [466,828]	
Pirámide poblacional expansiva				-0,041 [6509,533]		
Pirámide poblacional constrictiva	0,020 [4961,570]		0,087 [4528,711]		0,031 [5007,706]	
PIB per cápita	0,189* [0,145]	0,135 [0,110]	0,199* [0,111]			0,181* [0,150]
Camas de hospital por cada mil habitantes		-0,066 [1117,817]		-0,060 [1067,374]		-0,027 [1092,363]
Médicos/as por cada mil habitantes	0,352** [1802,838]	0,231* [1769,707]		0,358** [2020,119]	0,354** [1908,596]	
Mortalidad en menores de 5 años			-0,217* [79,495]		-0,1532 [85,739]	-0,115 [100,483]
Índice de Desarrollo Humano				0,414*** [20916,340]		
Coefficiente de Gini	0,097 [241,226]			0,040 [252,928]	0,070 [244,207]	0,051 [243,414]
Estadístico F	29,903***	30,434***	25,578***	23,246***	28,417***	26,716***
Factor de inflación de la varianza	1,383 - 3,528	1,706 - 4,561	1,099 - 2,041	1,040 - 3,697	1,379 - 3,391	1,396 - 5,850
Durbin - Watson	2,021	2,038	2,112	2,028	2,086	2,137
Observaciones	142	160	159	141	143	146
R-cuadrado ajustada	0,506	0,425	0,438	0,488	0,491	0,47

Tabla 11. Modelos MCO (7-12) de variables demográficas y socioeconómicas que afectan al total de casos por COVID-19 por millón de habitantes.

Se muestran los coeficientes de regresión de cada variable. Errores estándar entre paréntesis. Nivel de significación: \* valor  $p < 0,05$ ; \*\* valor  $p < 0,01$ ; \*\*\* valor  $p < 0,001$ .

### ***Variables determinantes de la mortalidad por COVID-19 y su impacto.***

Los 12 modelos OLS fueron estadísticamente significativos (los valores  $p$  de todos los estadísticos F fueron inferiores a 0,001). Los valores  $R^2$  ajustados mostraron que nuestros modelos explicaban entre el 35,2% y el 46,2% del total de muertes por

COVID-19 por millón de habitantes. Los modelos que más variación explicaron fueron los números 1 y 7, que estudiaron como variables independientes la población mayor de 65 años, el número de médicos por cada mil habitantes y el coeficiente de Gini. Los resultados de estos modelos MCO se encuentran en las Tabla 12 y 13.

La densidad de población se encontró significativa y negativamente asociada a la mortalidad por COVID-19 en tres de los cinco modelos considerados (media del coeficiente de regresión = 0,148).

Los modelos muestran que los países con poblaciones de mayor edad sufren una mayor mortalidad por COVID-19, ya que tanto la media de edad como el porcentaje de población mayor de 65 años resultaron estadística y positivamente significativos en nuestros modelos (siendo la media del coeficiente de regresión 0,835 y 0,553 respectivamente).

En cuanto a la desigualdad social, el coeficiente de Gini se asoció significativa y positivamente a un mayor número de muertes totales por COVID-19 por millón de habitantes (media del coeficiente de regresión = 0,158). Cuando no se tuvo en cuenta el coeficiente de Gini, se observó que tener una pirámide de población de tipo expansivo estaba positiva y significativamente asociado a una mayor mortalidad por COVID-19 (media de los coeficientes de regresión = 0,308). Las pirámides de población constrictivas no resultaron estadísticamente significativas en nuestros modelos, ni tampoco el número de camas de hospital y de médicos por cada mil habitantes.

El PIB per cápita se encontró estadística y negativamente asociado a la variable dependiente en uno de los siete modelos considerados ( $\beta=-0,161$ ). El IDH fue estadísticamente y positivamente determinante de la mortalidad COVID-19 en el único modelo en el que no se consideraron la edad y el PIB ( $\beta=0,457$ ).

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
<b>Constante</b>	-476,204** [232,189]	-1318,980** [373,675]	-1391,588*** [290,652]	-774,697 [512,051]	-1487,487*** [313,510]	- 0,909 [64,864]
<b>Densidad poblacional</b>	-0,67 [0,163]	-0,156* [0,053]			-0,159* [0,050]	
<b>Media de edad</b>		0,885*** [9,816]	0,918*** [7,935]		0,783*** [9,937]	
<b>Población mayor de 65 años</b>	0,614*** [10,158]			0,453*** [10,431]		0,624*** [8,324]
<b>Pirámide poblacional expansiva</b>		0,294* [141,758]	0,323* [144,648]		0,307** [129,561]	
<b>Pirámide poblacional constrictiva</b>			0,033 [107,663]			
<b>PIB per cápita</b>	-0,012 [0,003]	-0,018 [0,002]				0,054 [0,002]
<b>Camas de hospital por cada mil habitantes</b>			-0,056 [22,099]			-0,073 [21,359]
<b>Médicos/as por cada mil habitantes</b>	0,176 [36,509]	0,022 [35,943]		0,101 [40,683]		
<b>Mortalidad en menores de 5 años</b>		-0,005 [2,021]		-0,065 [2,651]		
<b>Índice de Desarrollo Humano</b>				0,181 [643,035]	0,138 [491,239]	
<b>Coefficiente de Gini</b>	0,149* [4,995]			0,148* [4,947]		
<b>Estadístico F</b>	25,757***	19,595***	27,204***	25,181***	30,568***	30,381***
<b>Factor de inflación de la varianza</b>	1,039 - 3,454	1,112 - 7,107	2,040 - 4,559	1,361 - 8,010	1,020 - 7,596	1,277 - 2,126
<b>Durbin - Watson</b>	2,091	1,984	1,936	2,036	1,955	1,946
<b>Observaciones</b>	146	157	158	146	160	163
<b>r-cuadrado ajustada</b>	0,461	0,417	0,4	0,455	0,427	0,352

Tabla 12. Modelos MCO (1-6) de variables demográficas y socioeconómicas que afectan al total de muertes por COVID-19 por millón de habitantes.

Se muestran los coeficientes de regresión de cada variable. Errores estándar entre paréntesis. Nivel de significación: \* valor  $p < 0,05$ ; \*\* valor  $p < 0,01$ ; \*\*\* valor  $p < 0,001$ .

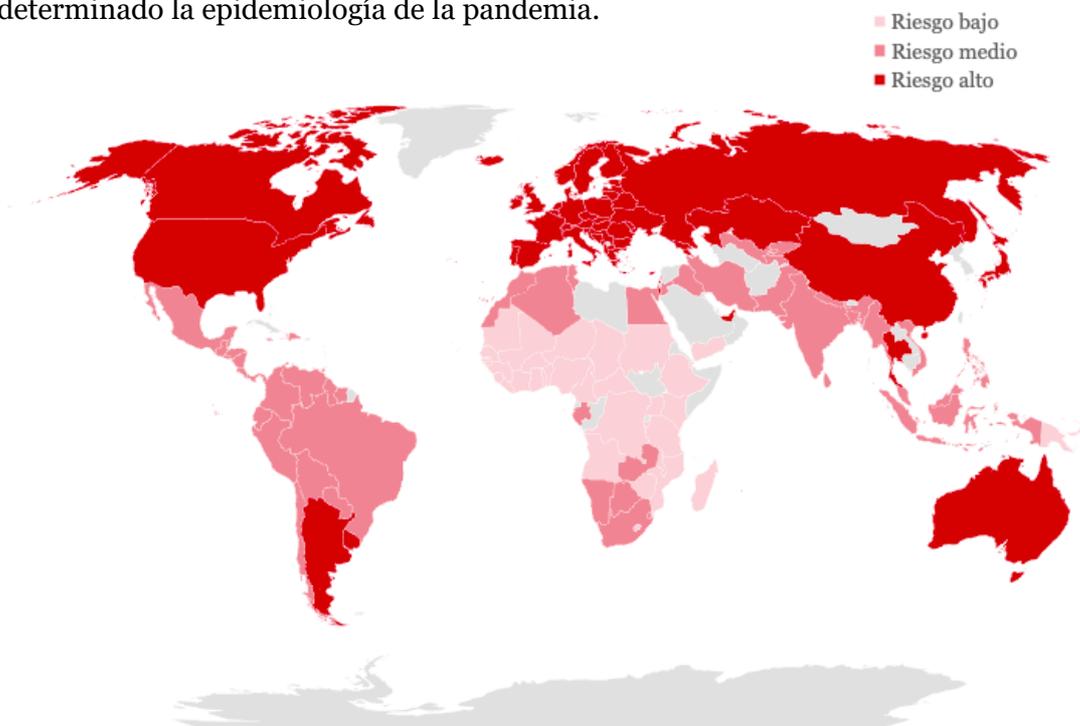
	Modelo 7	Modelo 8	Modelo 9	Modelo 10	Modelo 11	Modelo 12
Constante	-594,305** [228,260]	-814,001*** [166,602]	163,653 [107,603]	-1004,783* [385,741]	-377,227 [258,418]	-1339,250** [387,561]
Densidad poblacional			-0,130* [0,052]	-0,078 [0,172]		
Media de edad		0,766*** [7,997]				0,825*** [9,049]
Población mayor de 65 años	0,599*** [10,290]		0,526*** [7,149]		0,501*** [9,660]	
Pirámide poblacional expansiva				-0,066 [141,532]		
Pirámide poblacional constrictiva	0,063 [103,908]		0,060 [89,495]		0,078 [103,619]	
PIB per cápita	0,016 [0,003]	-0,161* [0,002]	-0,033 [0,002]			-0,034 [0,003]
Camas de hospital por cada mil habitantes		-0,094 [22,995]		-0,006 [23,207]		-0,085 [22,475]
Médicos/as por cada mil habitantes	0,139 [37,756]	0,030 [36,406]		0,204 [43,922]	0,110 [39,492]	
Mortalidad en menores de 5 años			-0,180* [1,571]		-0,151 [1,774]	-0,009 [2,067]
Índice de Desarrollo Humano				0,457*** [454,769]		
Coefficiente de Gini	0,180* [5,052]			0,088 [5,499]	0,16* [5,053]	0,152* [5,008]
Estadístico F	25,223***	26,521***	25,718***	16,476***	25,030***	25,048***
Factor de inflación de la varianza	1,383 - 3,528	1,706 - 4,561	1,099 - 2,041	1,040 - 3,697	1,379 - 3,391	1,396 - 5,850
Durbin - Watson	2,083	1,993	2,051	1,907	2,039	2,086
Observaciones	142	160	159	141	143	146
r-cuadrado ajustada	0,462	0,391	0,439	0,399	0,458	0,453

Tabla 13. Modelos MCO (7-12) de variables demográficas y socioeconómicas que afectan al total de muertes por COVID-19 por millón de habitantes.

Se muestran los coeficientes de regresión de cada variable. Errores estándar entre paréntesis. Nivel de significación: \* valor  $p < 0,05$ ; \*\* valor  $p < 0,01$ ; \*\*\* valor  $p < 0,001$ .

### ***Mapa de riesgo de adversidad en la pandemia.***

El Mapa 4 muestra la distribución de los países estudiados, agrupados en clústers, atendiendo a las similitudes de las naciones en las variables que han determinado la epidemiología de la pandemia.



Mapa 4. Regiones agrupadas en base al riesgo de alta incidencia y mortalidad por COVID-19.

En la Figura 5 representamos la relación entre el total dentro de la suma de cuadrados y el número de conglomerados. Observando la pendiente, mediante el método del codo, decidimos elegir tres como número adecuado de conglomerados.

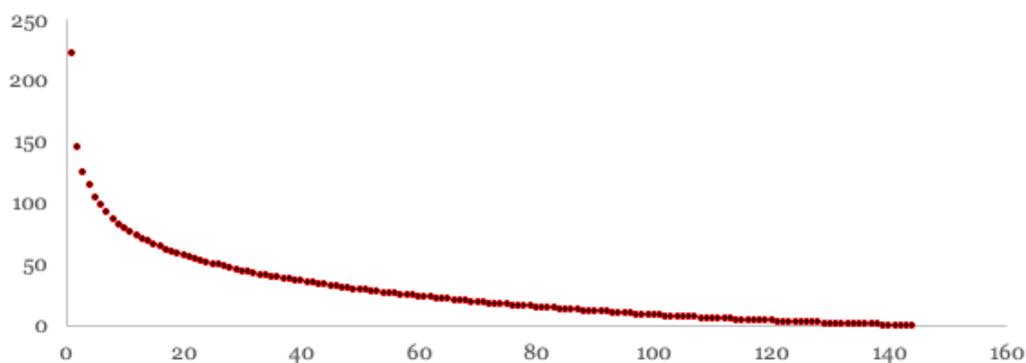


Figura 5. Método del codo.

---

Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la variación explicada (eje y) y el número de conglomerados (eje x). Atendiendo a la variación de la pendiente, se decide asumir 3 como el número apropiado de clústers.

Una vez establecido el número de clústers, se divide el dendrograma -ver Figura 6Figura Figura 7- a una altura de 7,5 en su eje horizontal. 37 países fueron incluidos en el clúster número 1 (Bajo riesgo), la mayoría de ellos africanos, representando a los países más similares entre ellos que comparten características demográficas y socioeconómicas asociadas con una baja incidencia acumulada y mortalidad debida a COVID-19. 41 países pertenecen al clúster número 2 (Riesgo medio) y 57 países estaban incluidos en el clúster 3 (Riesgo alto), entre los que se encuentran todos los países europeos y la mayoría de los norteamericanos. La

Tabla 14 muestra la distribución de las regiones en cada clúster.

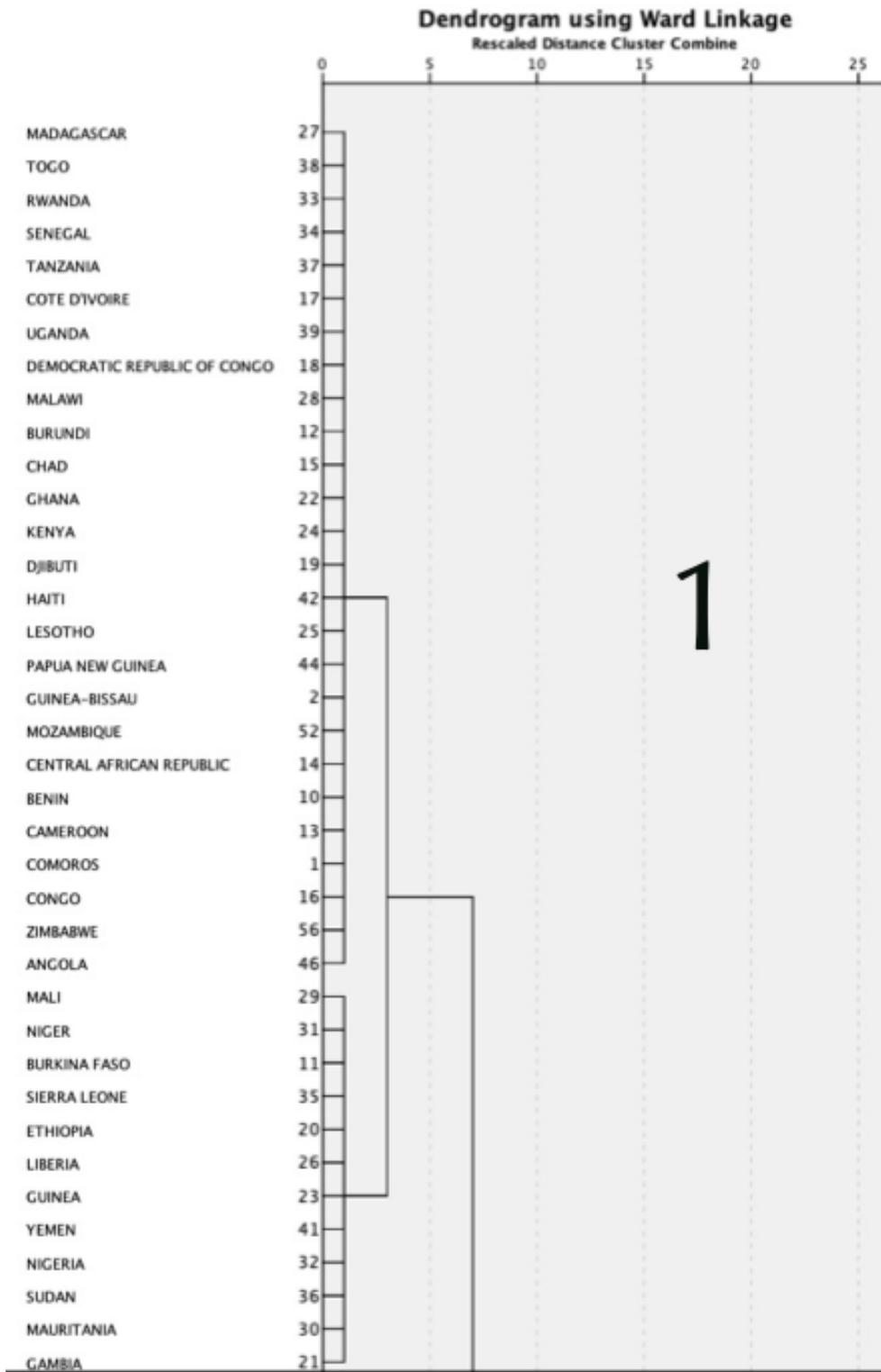


Figura 6. Dendrograma mediante el método de agrupación jerárquica de Ward. Clúster 1.

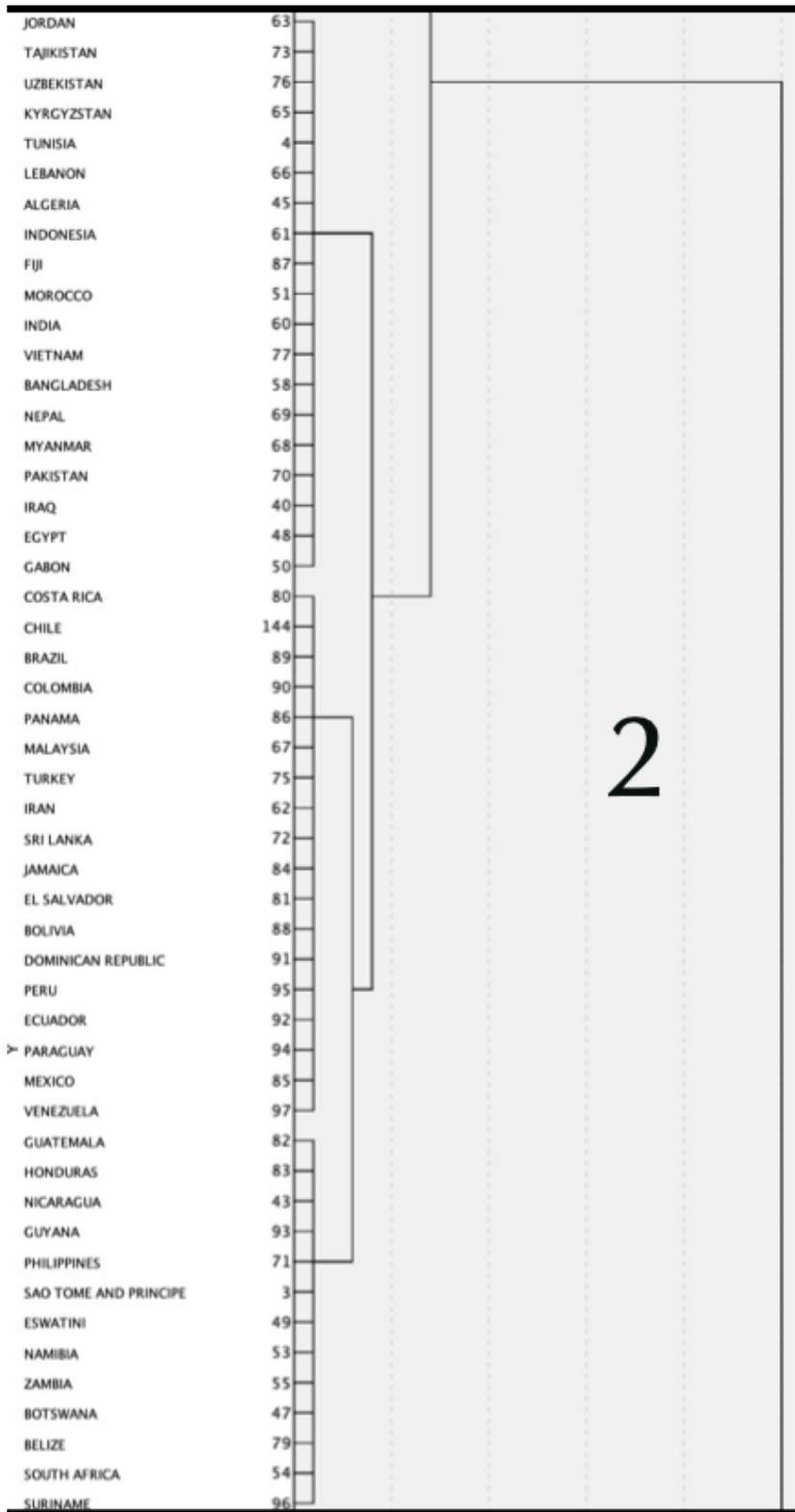


Figura 7. Dendrograma mediante el método de agrupación jerárquica de Ward. Clúster 2.

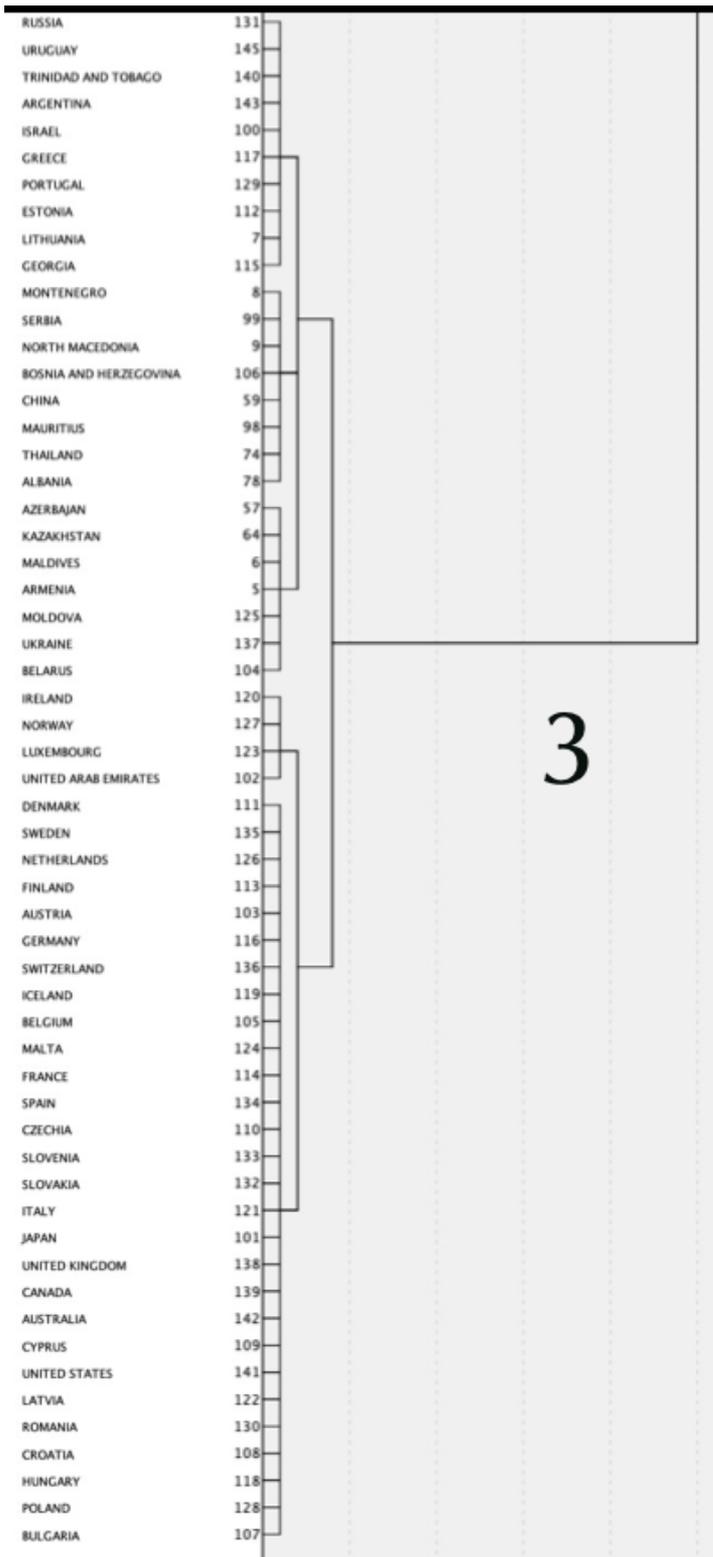


Figura 7. Dendrograma mediante el método de agrupación jerárquica de Ward. Clúster 3.

Clúster	Región	Frecuencia	Porcentaje
<b>Valores perdidos</b>	África	6	20,7
	Asia	12	41,4
	Europa	5	17,2
	Norteamérica	4	13,8
	Oceania	2	6,9
	Total	29	100
<b>1. Riesgo bajo</b>	África	33	89,2
	Asia	2	5,4
	Norteamérica	1	2,7
	Oceania	1	2,7
	Total	37	100
<b>2. Riesgo medio</b>	África	12	24,5
	Asia	17	34,7
	Norteamérica	9	18,4
	Sudamérica	11	22,4
	Total	49	100
<b>3. Riesgo alto</b>	África	1	1,8
	Asia	9	15,8
	Europa	41	71,9
	Norteamérica	3	5,3
	Oceania	1	1,8
	Total	55	3,5
	<b>Total (N)</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Tabla 14. Tabla de frecuencias de la distribución de las regiones en cada clúster de riesgo COVID-19.

En las Tabla 15 y 16 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas de cada grupo. Los países del primer clúster (Bajo riesgo) habían registrado una media de 329.520,772 casos totales de COVID-19 por millón de habitantes menos que los países del tercer clúster, así como una media de 5754,026

muertes totales por COVID-19 por millón de habitantes menos. Los países del tercer clúster (Riesgo alto) presentan poblaciones con una media de 20,89 años más que los países del primer clúster, un 12,69% más de población mayor de 65 años, una media de PIB 29179,97 USD superior, una media de 3,41 médicos más por cada mil habitantes, una media de 9,31 puntos menos en su coeficiente de Gini y una media de 0,35 puntos más en su Índice de Desarrollo Humano.

Clúster	Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>Valores perdidos</b>	Casos totales por millón de habitantes	29	41,063	144049,699	27784,204	36725,909
	Muertes totales por millón de habitantes	29	0,42	2268,843	346,529	535,156
	Densidad de población	29	3,623	19347,5	1201,331	3786,807
	Media de edad	24	16,8	43,4	30,454	8,388
	Población mayor de 65 años (%)	26	1,307	18,838	6,385	5,211
	PIB per cápita	27	320,038	181402,83	36311,386	41003,351
	Médicos/as por cada mil habitantes	22	0	8,4	2,545	2,227
	Índice de Desarrollo Humano	24	0,433	0,938	0,761	0,141
	Coeficiente de Gini	7	29	44,1	38,6	5,337
	N válido	29				
<b>1. Riesgo bajo</b>	Casos totales por millón de habitantes	37	8,521	6309,704	1529,065	1475,335
	Muertes totales por millón de habitantes	37	0,252	167,894	31,906	38,825
	Densidad de población	37	4,289	437,352	107,221	119,021
	Media de edad	37	15,1	34,1	19,476	3,246
	Población mayor de 65 años (%)	37	2,168	10,069	3,249	1,288
	PIB per cápita	37	661,24	11669,077	2584,155	2046,229
	Médicos/as por cada mil habitantes	37	0	1	0,165	0,178
	Índice de Desarrollo Humano	37	0,394	0,782	0,515	0,072
	Coeficiente de Gini	37	25,9	56,2	41,5	6,566
	N válido	37				

Tabla 15. Estadísticas descriptivas de cada variable de interés, separadas por conglomerados.

Clúster	Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>2. Riesgo medio</b>	Casos totales por millón de habitantes	49	26,023	80369,327	18437,085	17405,163
	Muertes totales por millón de habitantes	49	0,36	1498,083	422,487	434,798
	Densidad de población	49	3,078	1265,036	134,919	205,968
	Media de edad	49	17,7	35,4	27,212	4,086
	Población mayor de 65 años (%)	49	2,48	11,087	5,898	1,938
	PIB per cápita	49	1729,927	26808,164	10593,038	6086,221
	Médicos/as por cada mil habitantes	49	0,1	2,9	1,269	0,729
	Índice de Desarrollo Humano	49	0,485	0,851	0,704	0,073
	Coefficiente de Gini	49	27,6	63	42,514	8,998
	N válido	49				
<b>3. Riesgo alto</b>	Casos totales por millón de habitantes	55	70,328	130606,532	48242,726	29460,903
	Muertes totales por millón de habitantes	55	1,218	2112,619	894,465	617,677
	Densidad de población	55	3,202	1454,433	172,473	276,222
	Media de edad	55	30,6	48,2	40,37	4,209
	Población mayor de 65 años (%)	55	1,144	27,049	15,941	4,769
	PIB per cápita	55	5189,972	94277,965	31764,127	17424,312
	Médicos/as por cada mil habitantes	55	0,8	7,1	35,2	1,144
	Índice de Desarrollo Humano	55	0,74	0,957	0,867	0,064
	Coefficiente de Gini	55	24,6	42,9	32,191	4,787
	N válido	55				

Tabla 16. Estadísticas descriptivas de cada variable de interés, separadas por conglomerados.

### 5.1.2 ¿Qué determinó cómo de estrictos fueron los gobiernos durante la pandemia?

Se incluyeron en el análisis un total de 102 países: 15 de ellos pertenecen a África, 33 a Asia, 37 a Europa, 6 a Norteamérica, 2 a Oceanía y 9 a Sudamérica. La información detallada sobre las variables analizadas de estos países figura en la Tabla 17. Se estudiaron los países cuya información completa de todas las variables pudo obtenerse.

En concreto, los países que conforman la muestra fueron: Albania, Alemania, Algeria, Andorra, Arabia Saudí, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Azerbaijón, Bangladesh, Bielorrusia, Bélgica, Bolivia, Bosnia, Brazil, Bulgaria, Burkina Faso, Chile, China, Colombia, Corea del Sur, Croacia, Dinamarca, Ecuador, Egipto, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Etiopia,

Filipinas, Finlandia, Francia, Georgia, Ghana, Grecia, Guatemala, Haití, Hong Kon, Hungría, Islandia, India, Indonesia, Irán, Iraq, Israel, Italia, Japón, Jordania, Kazajstán, Kirguistán, Líbano, Libia, Lituania, Luxemburgo, Macao, Macedonia del Norte, Malasia, Mali, Marruecos, México, Moldavia, Montenegro, Myanmar, Nueva Zelanda, Nicaragua, Nigeria, Noruega, Países Bajos, Pakistán, Palestina, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino Unido, República Checa, Rumania, Rusia, Ruanda, Serbia, Singapur, Sudáfrica, Suecia, Suiza, Taiwán, Tayikistán, Tanzania, Trinidad y Tobago, Túnez, Turquía, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Venezuela, Vietnam, Yemen y Zimbabue.

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Casos de COVID-19 totales por millón de habitantes</b>	102	73503,384	69,02	254175,22	65396,413
<b>Muertes totales por COVID-19 por millón de habitantes</b>	101	1283,858	3,21	6047,26	1224,195
<b>Población completamente vacunada por cada cien habitantes</b>	102	46,588	0,58	88,77	24,976
<b>Índice de Estrictez</b>	99	58,125	10,82	82,1	12,782
<b>PIB per cápita (USD)</b>	100	23837,29	1479,15	116935,6	22173,912
<b>Índice de Desarrollo Humano</b>	95	3,478	0,1	13,05	2,617
<b>Camas de hospital por cada mil habitantes</b>	100	0,781	0,43	0,96	0,131
<b>Índice de Democracia</b>	100	5,871	1,94	9,81	2,18
<b>Tradicionalismo - Secularidad</b>	102	-0,282	-2	1,63	0,949
<b>Supervivencia - Autoexpresión</b>	102	0,139	-2,2	3,15	1,211
<b>Distancia Jerárquica</b>	88	65,818	11	100	21,556
<b>Individualismo</b>	88	38,693	6	91	21,988
<b>Masculinidad</b>	88	49,011	5	100	17,992
<b>Evitación de la incertidumbre</b>	88	69,761	8	100	20,73
<b>Orientación a Largo Plazo</b>	83	47,951	4	100	24,094
<b>Indulgencia</b>	83	42,747	0	100	21,806

Tabla 17. Resumen descriptivo de las variables de todos los países estudiados.

Las fuentes de la información reflejada en esta tabla se redacta en el [apartado 4.1.2](#).

Dieciséis de los 24 modelos resultaron estadísticamente significativos, y explicaban entre el 7,6% y el 24,5% de la estrictez de las medidas, según sus niveles de r-cuadrado ajustados.

Las personas totalmente vacunadas por cada cien habitantes se asociaron significativa y positivamente con el rigor de las medidas adoptadas por los gobiernos (media del coeficiente de regresión = 0,383).

La relación directa entre el Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Estrictez resultó estadísticamente significativa en cinco de los ocho modelos en los que se analizó (media del coeficiente de regresión = 0,476). Encontramos una relación negativa y estadísticamente significativa entre el número de camas hospitalarias por cada mil habitantes y el Índice de Estrictez en tres de los siete modelos en los que se observó (media del coeficiente de regresión = -0,380).

En cuanto al entorno político, describimos una asociación negativa y significativa entre el Índice de Democracia de la EIU y el Índice de Estrictez, en seis de los ocho modelos en los que se incluyó (media del coeficiente de regresión = -0,355).

Referente a la cultura, encontramos una relación directa y estadísticamente significativa entre el tradicionalismo y el rigor en seis de los ocho modelos en los que se observó (media del coeficiente de regresión = -0,517). En cuanto a los valores de autoexpresión, existe una relación inversa y significativa entre ellos y el Índice de Estrictez en tres de los ocho modelos (media del coeficiente de regresión = -0,436). La Distancia de Poder mostró una relación estadísticamente significativa en uno de los ocho modelos ( $\beta=0,144$ ), así como la Orientación a Largo Plazo ( $\beta=-0,319$ ). La Masculinidad mostró una asociación positiva y significativa con el Índice de Estrictez en seis de los nueve modelos en los que se analizó (media del coeficiente de regresión = 0,25). Se describió una relación positiva y significativa entre la Indulgencia y lo estrictas que han sido las medidas en tres de los ocho modelos (media del coeficiente de regresión = 0,3). Ni el Individualismo, ni la Evitación de la Incertidumbre han resultado estar estadísticamente relacionados con el Índice de Estrictez en ninguno de nuestros modelos.

Las variables epidemiológicas del COVID-19 no se encontraron asociadas con el rigor de las medidas de los gobiernos.

Esta información se muestra en las Tabla 18 Tabla 19 Tabla 20 Tabla 21.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
<b>Constante</b>	61,732*** [9,536]	48,459*** [5,499]	51,022*** [10,139]	57,539*** [5,928]	50,748*** [7,451]	76,531*** [12,419]
<b>Casos totales de COVID-19 por millón de habitantes</b>		0,06 [0,000]				0,020 [0,000]
<b>Muertes totales de COVID-19 por millón de habitantes</b>			0,095 [0,001]		0,086 [0,001]	
<b>Población completamente vacunada por cada cien habitantes</b>		0,393* [0,060]				0,488* [0,087]
<b>PIB per cápita</b>	0,006 [0,000]				0,015 [0,000]	
<b>Índice de Desarrollo Humano</b>			0,083 [13,956]			-0,232 [19,619]
<b>Camas de hospital por cada mil habitantes</b>		-0,018 [0,600]		-0,171 [0,731]		
<b>Índice de Democracia</b>	-0,071 [0,936]					-0,366* [0,750]
<b>Tradicionalismo - Secularidad</b>		-0,554* [2,283]		-0,055 [2,754]		
<b>Supervivencia - Autoexpresión</b>	-1,067 [1,770]				-0,386 [1,763]	
<b>Distancia Jerárquica</b>	0,31 [0,084]				0,033 [0,088]	
<b>Individualismo</b>		-0,031 [0,068]		-0,083 [0,078]		
<b>Masculinidad</b>			0,289 [0,067]	0,284* [0,073]		
<b>Evitación de la incertidumbre</b>	-0,018 [0,062]					0,025 [0,059]
<b>Orientación a Largo Plazo</b>			-0,319* [0,068]	-0,098 [0,081]		
<b>Indulgencia</b>			-0,057 [0,069]		0,314* [0,067]	
<b>Estadístico F</b>	0,964	4,347*	2,645*	3,118*	2,206	2,367*
<b>Factor de inflación de la varianza</b>	1,4,12 - 3,315	1,314 - 3,503	1,040 - 1,726	1,258 - 4,054	1,002 - 3,280	1,113 - 3,832
<b>Durbin - Watson</b>	1,819	1,799	1,784	1,896	1,647	1,837
<b>Observaciones</b>	84	82	78	77	79	84
<b>R-cuadrado ajustada</b>	-0,002	0,171	0,096	0,122	0,131	0,076

Tabla 18. Modelos MCO (1-6) de variables epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas y culturales que han influido sobre la estrictez de las regulaciones de los gobiernos contra el COVID-19 (variable dependiente).

Se muestran los coeficientes de regresión de cada variable. Errores estándar entre paréntesis. Nivel de significación: \* valor  $p < 0,05$ ; \*\* valor  $p < 0,01$ ; \*\*\* valor  $p < 0,001$ . Las fuentes de donde se obtienen las variables se expresa en el [apartado 4.1.2](#).

	Modelo 7	Modelo 8	Modelo 9	Modelo 10	Modelo 11	Modelo 12
Constante	14,512 [14,084]	57,086 [3,743]	63,315*** [6,633]	35,492*** [8,155]	59,449*** [6,364]	45,219*** [10,050]
Casos totales de COVID-19 por millón de habitantes			0,077 [0,000]	0,017 [0,000]		
Muertes totales de COVID-19 por millón de habitantes	0,053 [0,001]					0,172 [0,001]
Población completamente vacunada por cada cien habitantes		0,488** [0,072]		0,326* [0,064]		
PIB per cápita		-0,183 [0,000]			0,013 [0,000]	
Índice de Desarrollo Humano	0,432** [15,206]					0,408* [16,574]
Camas de hospital por cada mil habitantes		-0,208 [0,626]				-0,427** [0,510]
Índice de Democracia			-0,316* [0,796]			-0,351* [0,760]
Tradicionalismo - Secularidad	-0,550** [1,798]				-0,258 [2,121]	
Supervivencia - Autoexpresión		-0,373* [1,302]		-0,446* [1,677]		
Distancia Jerárquica	0,123 [0,061]			0,106 [0,086]		
Individualismo			0,015 [0,077]			-0,132 [0,071]
Masculinidad	0,197 [0,061]			0,212* [0,066]		
Evitación de la incertidumbre			0,027 [0,067]		0,032 [0,062]	
Orientación a Largo Plazo		-0,128 [0,071]			-0,088 [0,069]	
Indulgencia			0,228 [0,065]	0,265* [0,067]		
<b>Estadístico F</b>	<b>4,693**</b>	<b>4,655**</b>	1,607	<b>3,360**</b>	2,048	<b>3,810**</b>
<b>Factor de inflación de la varianza</b>	1,055 - 2,600	1,956 - 2,390	1,225 - 1,784	1,054 - 3,098	1,109 - 2,433	1,097 - 2,661
<b>Durbin - Watson</b>	1,781	1,746	1,674	1,359	1,844	1,791
<b>Observaciones</b>	84	77	80	80	79	82
<b>R-cuadrado ajustada</b>	0,182	0,194	0,037	0,152	0,051	0,148

Tabla 19. Modelos MCO (7-12) de variables epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas y culturales que han influido sobre la estrictez de las regulaciones de los gobiernos contra el COVID-19 (variable dependiente).

Se muestran los coeficientes de regresión de cada variable. Errores estándar entre paréntesis. Nivel de significación: \* valor  $p < 0,05$ ; \*\* valor  $p < 0,01$ ; \*\*\* valor  $p < 0,001$ . Las fuentes de donde se obtienen las variables se expresa en el [apartado 4.1.2](#).

	Modelo 13	Modelo 14	Modelo 15	Modelo 16	Modelo 17	Modelo 18
Constante	36,858*** [7,880]	17,104 [13,342]	65,655*** [6,497]	49,243*** [7,370]	22,830 [15,839]	60,766*** [5,507]
Casos totales de COVID-19 por millón de habitantes			-0,075 [0,000]		-0,025 [0,000]	
Muertes totales de COVID-19 por millón de habitantes			0,265 [0,001]			0,077 [0,001]
Población completamente vacunada por cada cien habitantes	0,601*** [0,067]					0,322* [0,069]
PIB per cápita	-0,260 [0,000]					-0,231 [0,000]
Índice de Desarrollo Humano		0,513** [17,130]			0,552** [18,963]	
Camas de hospital por cada mil habitantes		-0,403* [0,667]		-0,165 [0,507]		
Índice de Democracia			-0,349** [0,707]		-0,228 [0,775]	
Tradicionalismo - Secularidad	-0,523*** [1,525]				-0,557* [2,646]	
Supervivencia - Autoexpresión		-0,488** [1,298]		-0,298 [1,685]		
Distancia Jerárquica	0,237 [0,071]			0,035 [0,085]		
Individualismo	0,151 [0,074]					-0,220 [0,065]
Masculinidad		0,286** [0,061]		0,222* [0,066]		
Evitación de la incertidumbre			-0,058 [0,069]			-0,064 [0,066]
Orientación a Largo Plazo		-0,108 [0,068]			-0,069 [0,070]	
Indulgencia			0,219 [0,064]	0,247 [0,078]		
Estadístico F	5,737***	5,920***	2,232	3,725**	3,718**	1,604
Factor de inflación de la varianza	1,805 - 2,338	1,037 - 2,644	1,253 - 2,114	1,075 - 3,153	1,376 - 4,216	1,338 - 1,952
Durbin - Watson	1,786	1,659	1,666	1,761	1,954	1,826
Observaciones	84	77	80	77	79	84
R-cuadrado ajustada	0,222	0,245	0,072	0,152	0,148	0,035

Tabla 20. Modelos MCO (13-18) de variables epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas y culturales que han influido sobre la estrictez de las regulaciones de los gobiernos contra el COVID-19 (variable dependiente).

Se muestran los coeficientes de regresión de cada variable. Errores estándar entre paréntesis. Nivel de significación: \* valor  $p < 0,05$ ; \*\* valor  $p < 0,01$ ; \*\*\* valor  $p < 0,001$ . Las fuentes de donde se obtienen las variables se expresa en el [apartado 4.1.2](#).

	Modelo 19	Modelo 20	Modelo 21	Modelo 22	Modelo 23	Modelo 24
Constante	67,418*** [3,724]	15,629 [14,062]	57,661*** [6,817]	56,453*** [11,947]	43,633*** [9,811]	53,569*** [4,027]
Casos totales de COVID-19 por millón de habitantes	0,061 [0,000]					-0,041 [0,000]
Muertes totales de COVID-19 por millón de habitantes		0,054 [0,001]				0,168 [0,001]
Población completamente vacunada por cada cien habitantes	0,398** [0,062]			0,534** [0,081]		
PIB per cápita			0,056 [0,000]	-0,298* [0,000]		
Índice de Desarrollo Humano		0,475* [18,213]		-0,012 [18,732]		
Camas de hospital por cada mil habitantes	-0,311** [0,453]					-0,209 [0,603]
Índice de Democracia	-0,377* [0,771]			-0,369** [0,693]		
Tradicionalismo - Secularidad		-0,640** [2,222]	-0,280* [1,570]			-0,156 [1,909]
Supervivencia - Autoexpresión			-0,097 [1,543]		-0,448 [1,813]	
Distancia Jerárquica			0,009 [0,079]		0,144* [0,095]	
Individualismo	-0,071 [0,067]				0,222 [0,087]	
Masculinidad		0,209 [0,063]		0,255* [0,060]		0,240* [0,066]
Evitación de la incertidumbre			0,008 [0,060]		-0,020 [0,063]	
Orientación a Largo Plazo						
Indulgencia		-0,058 [0,059]			0,321* [0,070]	
Estadístico F	3,926**	4,205**	1,854	4,677**	2,172	3,653**
Factor de inflación de la varianza	1,137 - 2,019	1,049 - 3,374	1,136 - 2,656	1,029 - 3,943	1,116 - 3,301	1,125 - 2,362
Durbin - Watson	1,801	1,843	1,836	1,91	1,467	1,784
Observaciones	82	79	84	84	80	82
R-cuadrado ajustada	0,153	0,17	0,049	0,181	0,069	0,141

Tabla 21. Modelos MCO (19-24) de variables epidemiológicas, demográficas, económicas, políticas y culturales que han influido sobre la estrictez de las regulaciones de los gobiernos contra el COVID-19 (variable dependiente).

Se muestran los coeficientes de regresión de cada variable. Errores estándar entre paréntesis. Nivel de significación: \* valor  $p < 0,05$ ; \*\* valor  $p < 0,01$ ; \*\*\* valor  $p < 0,001$ . Las fuentes de donde se obtienen las variables se expresa en el [apartado 4.1.2](#).

## **5.2 La pandemia en distintas regiones del mundo.**

### **5.2.1 El sur de África**

Se realizaron 52 entrevistas. La duración media de las entrevistas fue de 4:53 minutos (DE 2:14, intervalo 2:00 – 13:21). 20 (38,5%) de los participantes eran namibios, 13 (25%) de Botsuana, 12 (23%) de Sudáfrica y 7 (13,5%) de Mozambique. Entrevistamos a personas pertenecientes a las siguientes comunidades o tribus rurales: San (6), Himba (4), Kabango (3), Swazi (2), Zulu (2), Bamboo (2), Topnaar (2), Zemba (1), Gambwe (1) y Tswana (1). Veintidós (42,3%) de los participantes vivían en una zona rural, mientras que los otros 30 (57,7%) vivían en un entorno urbano. Participaron en la investigación 16 (30,8%) mujeres y 36 (69,2%) hombres, con edades comprendidas entre los 20 y los 71 años (media 34,4; DE 10,68). En cuanto a la etnia autodeclarada, entrevistamos a 1 (1,9%) persona asiática, 45 (86,5%) personas negras, una (1,9%) persona autodeclarada “*brown*” (marrón) y 5 (9,6%) personas caucásicas. De los 52 participantes, 37 (71,2%) estaban totalmente vacunados/as contra COVID-19, 13 (25%) no estaban vacunados/as y se desconocía el estado de vacunación de 2 (3,8%) personas. En la Tabla 22 se ofrece más información sobre la población estudiada.

	Frecuencia (n)	Proporción (%)
<b>Género</b>		
Hombre	36	69,2
Mujer	16	30,8
Total	52	100
<b>Edad</b>		
20-29	18	35,3
30-39	22	43,2
40-49	5	9,8
50-59	5	9,8
60-69	0	0
70-79	1	1,9
Total	51	100
<b>Grupo étnico</b>		
Negro	45	86,5
Caucásico	5	9,7
Asiático	1	1,9
"Marrón"	1	1,9
Total	52	100
<b>Comunidad o tribu</b>		
San	6	12
Himba	4	7,8
Kabango	3	5,9
Swazi	2	3,9
Zulu	2	3,9
Bamboo	2	3,9
Topnaar	2	3,9
Zemba	1	1,9
Gambwe	1	1,9
Tsawana	1	1,9
No reportada	27	52,9
Total	51	100

	Frecuencia (n)	Proporción (%)
<b>País</b>		
Namibia	20	38,5
Botsuana	13	25
Sudáfrica	12	23
Mozambique	7	13,5
Total	52	100
<b>Entorno</b>		
Rural	22	42,3
Urbano	30	57,7
Total	52	100
<b>Estado de vacunación contra el COVID-19</b>		
Recibida	37	71,2
No recibida	13	25
Desconocido	2	3,8
Total	52	100

Tabla 22. Información de las personas participantes en las 52 entrevistas en el sur de África.

### ***¿Qué factores determinaron la experiencia de la pandemia en la población del sur de África?***

El número de participantes de zonas rurales que respondieron no haber percibido una situación adversa durante la pandemia, en comparación con las zonas urbanas, fue mayor de lo esperado (valor p de Chi-cuadrado < 0,001). El tipo de entorno ha tenido un efecto elevado sobre las respuestas relativas al sufrimiento percibido (V de Cramer > 0,5; valor p < 0,001). Además, en las zonas rurales hubo un número mayor de lo esperado de personas que respondieron no haber presenciado

ningún caso (valor p de Chi-cuadrado < 0,001) ni ninguna muerte (valor p de Chi-cuadrado < 0,001) por COVID-19. En las zonas urbanas, el número de participantes que mostraron una baja incidencia percibida a su alrededor superó la cantidad esperada, si las variables fueran independientes (valor p de Chi-cuadrado < 0,001), aunque más personas urbanas de lo esperado contestaron que habían percibido una alta mortalidad en su entorno (valor p de Chi-cuadrado < 0,001). El efecto del tipo de entorno sobre la incidencia percibida fue moderado ( $0,3 > D$  de Somers  $> 0,5$ , valor de  $p < 0,001$ ), pero la magnitud de su efecto sobre la mortalidad percibida fue alta ( $D$  de Somers  $> 0,5$ , valor de  $p < 0,001$ ).

En cuanto al acceso a la atención sanitaria, en las zonas rurales se observó un mayor número de personas que manifestaron no tener fácil acceso a tratamiento médico (valor de p de Chi cuadrado < 0,05), si no se hubieran asociado estas variables previamente señaladas. El tipo de entorno mostró un efecto moderado sobre la percepción del acceso a la asistencia sanitaria ( $V$  de Cramer  $> 0,5$ , valor de  $p < 0,05$ ). Estos resultados se muestran en las Tabla 23, Tabla 24, Tabla 25 y Tabla 26.

		Experiencia de la pandemia		
		No adversidad	Adversidad	Total
<b>Rural</b>	Recuento	15	7	22
	Recuento esperado	7,2	14,8	22
	Residuo ajustado	4,7	-4,7	
<b>Urbano</b>	Recuento	2	28	30
	Recuento esperado	9,8	20,2	30
	Residuo ajustado	-4,7	4,7	
<b>Total</b>	Recuento	17	35	52
	Recuento esperado	17	35	52
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		21,827***		
<b>Phi</b>		0,648*** (IC 95% 0,428 - 0,830; EE 0,102)		
<b>V de Cramer</b>		0,648*** (IC 95% 0,428 - 0,830; EE 0,102)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,544*** (IC 95% 0,405 - 0,646; EE 0,062)		

Tabla 23. Tabla cruzada entre el tipo de entorno, rural o urbano, y la experiencia de la pandemia, en cuanto a haber vivido adversidad o no.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Acceso a atención sanitaria		
		Fácil	Complejo	Total
<b>Rural</b>	Recuento	8	9	17
	Recuento esperado	11,1	5,9	17
	Residuo ajustado	-2	2	
<b>Urbano</b>	Recuento	20	6	26
	Recuento esperado	16,9	9,1	26
	Residuo ajustado	2	-2	
<b>Total</b>	Recuento	28	15	43
	Recuento esperado	28	15	43
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		4,036*		
<b>Phi</b>		0,306* (IC 95% -0,022 - 0,581; EE 0,152)		
<b>V de Cramer</b>		0,306* (IC 95% -0,022 - 0,581; EE 0,152)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,293* (IC 95% 0,037 - 0,502; EE 0,123)		

Tabla 24. Tabla cruzada entre el tipo de entorno, rural o urbano, y la percepción del acceso a atención sanitaria.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Incidencia percibida			
		Alta	Baja	Nula	Total
<b>Rural</b>	Recuento	3	2	11	22
	Recuento esperado	5,1	7,6	5,5	22
	Residuo ajustado	-1,4	-3,3	3,6	
<b>Urbano</b>	Recuento	9	16	2	30
	Recuento esperado	6,9	10,4	7,5	30
	Residuo ajustado	1,4	3,3	-3,6	
<b>Total</b>	Recuento	12	18	13	52
	Recuento esperado	12	18	13	52
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		20,371***			
<b>D de Somer</b>		0,473*** (IC 95% -0,677 - -0,222; EE 0,116)			

Tabla 25. Tabla cruzada entre el tipo de entorno, rural o urbano, y la incidencia percibida en el entorno del/la participante.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Mortalidad percibida			
		Alta	Baja	Nula	Total
<b>Rural</b>	Recuento	4	1	16	22
	Recuento esperado	9,3	2,5	8,5	22
	Residuo ajustado	-3	-1,4	4,3	
<b>Urbano</b>	Recuento	18	5	4	30
	Recuento esperado	12,7	3,5	11,5	30
	Residuo ajustado	3	1,4	-4,3	
<b>Total</b>	Recuento	22	6	20	52
	Recuento esperado	22	6	20	52
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		18,995***			
<b>D de Somer</b>		-0,516*** (IC 95% -0,710 - -0,304; EE 0,108)			

Tabla 26. Tabla cruzada entre el tipo de entorno, rural o urbano, y la mortalidad percibida en el entorno del/la participante.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Por último, se encontró un número de personas no vacunadas en Namibia significativamente mayor de lo esperado (valor p de Chi-cuadrado < 0,001). La magnitud del efecto del país sobre la vacunación fue moderada ( $0,3 > V$  de Cramer > 0,5, valor de p < 0,05). La Tabla 27 recoge estos resultados.

		Botsuana	Mozambique	Namibia	Sudáfrica	Total
<b>Estado de vacunación desconocido</b>	Recuento	1	0	0	1	2
	Recuento esperado	0,5	0,3	0,8	0,5	2
	Residuo ajustado	0,8	-0,6	-1,1	0,9	
<b>No vacunados/as</b>	Recuento	0	0	11	2	13
	Recuento esperado	3,3	1,8	5	3	13
	Residuo ajustado	-2,4	-1,6	3,9	-0,8	
<b>Vacunados/as con pauta completa</b>	Recuento	12	7	9	9	37
	Recuento esperado	9,3	5	14,2	8,5	37
	Residuo ajustado	1,9	1,8	-3,3	0,3	
<b>Total</b>	Recuento	13	7	20	12	52
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		18,284***				
<b>Phi</b>		0,593* (IC 95% 0,443 – 0,823; EE 0,096)				
<b>V de Cramer</b>		0,419* (IC 95% 0,335 – 0,672; EE 0,081)				
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,510* (IC 95% 0,405 – 0,636; EE 0,058)				

Tabla 27. Tabla cruzada entre el estado de vacunación y la nacionalidad de las personas encuestadas.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

El resto de las posibles asociaciones entre variables no resultaron estadísticamente significativas.

### ***Temas, subtemas y testimonios de la pandemia en Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique.***

Se identificaron seis temas y diez subtemas, a lo largo de las entrevistas, mostrados en la Tabla 28.

<b>Tema 1</b>	<b>Economía</b>	<b>22</b>
Subtema 1.1	Pérdida de empleo e ingresos insuficientes	14
Subtema 1.2	Aumento de los precios y escasez de recursos.	2
Subtema 1.3	Cambios en las dinámicas de negocios.	2
<b>Tema 2</b>	<b>Vacunación</b>	<b>23</b>
Subtema 2.1	Buena adherencia	11
Subtema 2.2	Desconfianza	6
Subtema 2.3	Efectos secundarios	4
Subtema 2.4	Percepción de desinformación	4
<b>Tema 3</b>	<b>Medidas preventivas contra el COVID-19</b>	<b>16</b>
Subtema 3.1	Importancia del cumplimiento de las medidas	11
Subtema 3.2	Medicina tradicional	2
Subtema 3.3	Confinamiento y adversidad	5
<b>Tema 4</b>	<b>Epidemiología percibida</b>	<b>48</b>
Subtema	Ha padecido COVID-19	11
	Leve	7
	Moderado	3
	Severo	1
	No ha padecido COVID-19	37
Subtema	Incidencia percibida	39
	Alta	18
	Baja	8
	Nula	13
Subtema	Mortalidad percibida	30
	Alta	6
	Baja	4
	Nula	20
<b>Tema 5</b>	<b>Miedo</b>	<b>47</b>
	Ha experimentado miedo	31
	Por la propia salud	15
	Miedo colectivo	3
	Por la economía	1
	No ha experimentado miedo	16
<b>Tema 6</b>	<b>Acceso a la atención sanitaria y opciones terapéuticas</b>	<b>43</b>
	Fácil	28
	Complicado	15

Tabla 28. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 52 entrevistas en Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

## **Tema 1: Economía**

A la pregunta “¿Cómo se ha vivido aquí el COVID-19?”, hasta 22 personas mencionaron alguna adversidad económica. De ellas, 18 estaban asentadas en un entorno urbano. En total, 5 de ellos eran namibios, 3 de Botsuana, 11 sudafricanos y 3 de Mozambique.

### **Subtema 1.1: Pérdida de empleo e ingresos insuficientes.**

11 personas mencionaron que sus seres queridos o ellos mismos habían perdido su trabajo debido a la pandemia, dos personas expusieron que se sentían afortunados por no haber perdido su fuente de ingresos y 14 participantes hablaron en algún momento de haber luchado con unos ingresos insuficientes. Un participante opinó que las pequeñas empresas habían sido las más afectadas.

### **Subtema 1.2: Aumento de los precios y escasez de recursos.**

El participante número 28 (P28) mencionó que los precios habían subido desde que comenzó la crisis. P44 contó que habían tenido que luchar contra la escasez de productos básicos, como alimentos, tanto por el factor económico como por las medidas de bloqueo. P44 dijo:

*“Solían venir con un camión a llenarnos de agua, pero no todos los días. Había un límite para lo que podíamos comprar en la tienda. Las cosas escaseaban y había demanda. No había azúcar ni sal”.*

### **Subtema 1.3: Cambios en la dinámica de los negocios.**

Uno de los encuestados, que trabajaba como camarero, explicó que no podían dejar entrar a nadie en el establecimiento, por lo que tuvieron que optar por la comida para llevar. Además, sólo a un pequeño porcentaje de los trabajadores se les permitía trabajar al mismo tiempo. Otro participante, que trabajaba como recepcionista en un hotel, mencionó que permanecieron abiertos durante la pandemia porque trabajaban como alojamiento para las personas que debían pasar la cuarentena. Esta persona

expresó que mantener a los pacientes en la casa de huéspedes era aterrador para su equipo y compartió que lo pasaron mal cuando algunos de ellos murieron.

## **Tema 2: Vacunación**

23 participantes compartieron sus opiniones sobre la vacunación durante la entrevista.

### **Subtema 2.1: Buena adherencia.**

Once de estos encuestados -cinco en Botsuana y seis en Namibia- creían que era importante vacunarse y afirmaron que en sus comunidades había un buen cumplimiento general de los protocolos de vacunación. Todos ellos vivían en zonas rurales.

### **Subtema 2.2. Desconfianza.**

Hasta seis personas, todas ellas namibias, expresaron que no confiaban en absoluto en las vacunas. P2 dijo: *“Es una ciencia demoníaca, algo de los iluminati”*. P13 creía que las vacunas estaban causando la muerte de personas. P26 expresó *“Tal vez ellos [los blancos] han puesto algo en la vacuna para controlarnos”*. Cuatro de estos seis encuestados vivían en zonas urbanas. P45 dijo:

*“¿Por qué tengo que vacunarme si no tengo COVID-19? No me fío. ¿Por qué tengo que comer si no tengo hambre? Es una enfermedad normal, no creo que necesite una vacuna”*.

### **Subtema 2.3 Efectos secundarios.**

Cuatro personas – dos sudafricanos y dos namibios – expresaron su temor ante los síntomas que se pueden sufrir tras recibir la dosis de vacuna. P45 dijo *“Hay gente que se inyecta y sufre enfermedades y síntomas”*. P19 expresó *“Hay gente que se pone enferma después de la inyección”*. Los entrevistadores evaluaron que se referían a los síntomas durante las 24 horas siguientes a la inyección. Un participante

sufría de asma y explicó que tenía miedo de los efectos secundarios de la vacuna en su enfermedad, siendo esa la causa de que no se vacunara.

#### Subtema 2.4: Desinformación.

Cuatro participantes mencionaron que no se sentían lo suficientemente informados como para confiar en las vacunas. P36 expresó “*No me vacuno porque nunca me han dicho la verdad sobre la vacuna. Nadie me ha dicho lo que hace*”. Dos de ellos, ambos namibios, hicieron preguntas concretas al entrevistador sobre cómo funciona una vacuna y consultaron si el entrevistador consideraba que debían vacunarse. Ambos se mostraron proclives a vacunarse tras la respuesta del entrevistador. Otro participante namibio preguntó: “*Hay gente que está enfermando de COVID-19 a pesar de estar vacunando, ¿cómo es posible? No lo entiendo*”.

### **Tema 3: Medidas preventivas**

Hasta 16 participantes hablaron sobre el impacto de las medidas preventivas adoptadas contra el COVID-19 durante la entrevista.

#### Subtema 3.1: Importancia de cumplir las medidas preventivas.

La mayoría de las personas (11) mencionaron la importancia de adherirse a las recomendaciones que las autoridades habían dado para prevenir la propagación de la enfermedad, como lavarse las manos, usar mascarillas, distanciarse socialmente y vacunarse. Algunos afirmaron que seguir estas estrategias les ayudó a sobrellevar el miedo que sentían.

#### Subtema 3.2: Medicina tradicional.

Dos participantes contaron que recurrían a rituales tradicionales en sus comunidades para evitar ser infectados por el virus. Uno de ellos explicó que su ritual consistía en quemar algunas hojas cuidadosamente seleccionadas, de árboles que consideraban fuertes, e inhalar todo el humo que salía de ese fuego. Este ritual también se utilizaba para evitar contraer la gripe.

### Subtema 3.3: Confinamiento y adversidad.

Cinco personas contaron que habían pasado por un confinamiento. Uno de ellos expresó su malestar al respecto, diciendo que *“lo peor de todo era quedarse en casa. Antes éramos libres”*.

### **Tema 4: Epidemiología percibida**

Trece personas respondieron que no habían visto casos de COVID-19 a su alrededor, once de ellas en el medio rural. Cuatro de ellas expresaron que los casos y muertes sólo se encontraban en las ciudades, no en sus comunidades. De los doce participantes que percibían una alta incidencia a su alrededor, sólo tres se encontraban en zonas rurales. Tres participantes de Mozambique comentaron que esperaban que la crisis fuera mayor de lo que finalmente fue. Esta anticipación fue causada por el flujo de noticias procedentes de la dura situación que se vivía en Europa en ese momento.

### **Tema 5: Miedo**

31 personas expresaron que habían sentido miedo debido a la crisis del COVID-19. La mayoría de ellos (11) temían por su propia salud y por la posibilidad de morir a causa de esta enfermedad (4), expresado a través de afirmaciones como *“un minuto puedes estar de pie, al siguiente puedes haber desaparecido. Teníamos que prepararnos para cualquier cosa”*. Otros mencionaron haberse preocupado por el estado de salud de los demás o por la crisis económica que ha generado la pandemia, expresando que *“no se puede vivir sin comer y sin trabajar”*. Tres personas compartieron que sintieron un miedo colectivo, a través de expresiones como *“Todo el mundo tenía miedo”*.

De la población que no expresó miedo, un participante (P23) compartió que había estado trabajando en su comunidad ayudando a otros a hacer frente al miedo y la ansiedad que la pandemia había generado. P23 mencionó que, en su opinión, el pánico ha tenido un mayor impacto en la vida de las personas que la propia enfermedad. Otro participante expresó que en Sudáfrica están acostumbrados a luchar contra distintos tipos de crisis, como el déficit energético, las sequías y los asesinatos debidos al racismo, por lo que P27 expresó que hacer frente a la crisis del

COVID-19 había sido una prueba más de la capacidad de recuperación de la población sudafricana.

### **Tema 6: Acceso a la atención sanitaria y opciones terapéuticas**

28 personas respondieron que tenían fácil acceso a la atención sanitaria, 20 de ellas asentadas en zonas urbanas, mientras que 15 participantes, la mayoría residentes en zonas rurales, describieron lo contrario. Cinco de las personas que respondieron que percibían un acceso fácil al tratamiento explicaron que se debía a que pagaban un seguro privado, ya que no se fiarían de un hospital público. Tres de estos cinco participantes eran de Sudáfrica.

Según los otros 15 encuestados que tuvieron problemas para acceder a tratamiento médico, las principales dificultades que encontraron fueron (1) tener que recorrer largas distancias, (2) que la atención sanitaria fuera cara o inasequible y (3) el colapso de su sistema debido a la pandemia. Un participante explicó que, debido a este colapso, *“teníamos que pedir permiso a los profesores para ir al hospital”*. Para hacer frente a la enfermedad cuando el acceso a la atención sanitaria no es una opción, dos participantes admitieron haberse tratado a sí mismos. Uno de ellos explicó que *“siguió remedios tradicionales y tomó líquidos calientes para matar el virus y, así, sobrevivió”*.

#### **5.2.2 La República de Cuba**

Se realizaron 31 entrevistas en la ciudad de La Habana, durante la primera semana de noviembre del 2022. La duración media de las entrevistas es de 10:47 minutos (ED 05:14 minutos; rango 02:15 – 26:15 minutos). 17 varones y 14 mujeres participaron en el estudio. La media de edad de las personas participantes es de 37,1 años (ED 14,83 años; rango 19 – 73 años). Dividiendo la población estudiada en tres grupos de edad, se entrevistaron a 20 personas de entre 18 y 40 años, a 10 personas de entre 40 y 65 años, y a una persona mayor de 65 años. 30 de los 31 participantes (96,77%) estaban vacunados/as contra el COVID-19. Esta información se recoge en la Tabla 29.

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Proporción (%)</b>
<b>Género</b>		
<b>Hombre</b>	17	54,8
<b>Mujer</b>	14	45,2
<b>Edad</b>		
<b>18 - 40</b>	20	64,5
<b>40 - 65</b>	10	32,3
<b>&gt; 65</b>	1	3,2
<b>Vacunación contra COVID-19</b>		
<b>Recibida</b>	30	96,8
<b>No recibida</b>	1	3,2

Tabla 29. Información de las personas participantes en las 31 entrevistas realizadas en La Habana, Cuba.

En las Tabla 33 y 34, se agrupan cualitativa y cuantitativamente las respuestas por temas y subtemas y se plasma el número de participantes que respondió cada uno de ellos. Los subtemas hallados podían surgir en las entrevistas de forma espontánea o inducidos por una pregunta de la investigadora. La descripción detallada de los mismos se realiza [posteriormente](#).

### ***¿Qué factores determinaron la experiencia de la pandemia en la población de la República de Cuba?***

Al estudiar las correlaciones entre las variables ordinales, se describe una correlación directa entre la incidencia percibida y la mortalidad percibida, altamente significativa (Rho de Spearman 0,513; IC 95% 0,317 – 0,671;  $p < 0,01$ ); así como una correlación indirecta estadísticamente significativa entre la percepción de la estrictez de las medidas tomadas por el gobierno cubano y el grupo de edad de las personas encuestadas (Rho de Spearman -0,420; IC 95% -0,743 – 0,014;  $p < 0,05$ ).

Analizando la posible dependencia de las variables nominales entre sí, o relativas a las ordinales, se describe que haber percibido adversidad o no, y haber padecido o no COVID-19 no son variables independientes entre sí (valor p del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ), sino que su efecto sobre la otra es directo, significativo y moderado en magnitud ( $0,3 > V$  de Cramer  $> 0,5$ ;  $p < 0,05$ ). Más personas de las esperadas que han tenido COVID-19 respondieron que habían percibido un entorno de adversidad durante la pandemia, y más personas que no han padecido COVID-19 de las esperadas no mostraron haber notado un entorno adverso durante este período de tiempo.

		Infección por COVID-19		
		Ha padecido COVID-19	No ha padecido COVID-19	Total
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	9	13	22
	Recuento esperado	6,4	25,6	22
	Residuo ajustado	2,3	-2,3	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	0	9	9
	Recuento esperado	2,6	6,4	9
	Residuo ajustado	-2,3	2,3	
<b>Total</b>	Recuento	9	22	31
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>		5,188*		
<b>Phi</b>		0,409* (IC 95% 0,221 - 0,612; EE 0,103)		
<b>V de Cramer</b>		0,409* (IC 95% 0,221 - 0,612; EE 0,103)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,379* (IC 95% 0,216 - 0,522; EE 0,080)		

Tabla 30. Tabla cruzada entre la experiencia de adversidad o no durante la pandemia y la incidencia percibida en el entorno del/la participante.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Asimismo, se muestra la dependencia entre la experiencia durante la pandemia, en cuanto a sentir o no un entorno de adversidad, y la magnitud de la incidencia que han percibido las personas encuestadas a su alrededor (valor p del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ), siendo este efecto significativo, directo y de magnitud moderada ( $0,3 > D$  de Somer  $> 0,5$ ;  $p < 0,05$ ). Más participantes que percibieron adversidad de los esperados respondieron que percibían un alto número de casos a su

alrededor. La persona que respondió no conocer a nadie que hubiera padecido COVID-19, refirió percibir adversidad en el entorno durante la pandemia.

		Incidencia de COVID-19 percibida en el entorno cercano			
		Nula	Baja	Alta	Total
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	1	2	19	22
	Recuento esperado	0,7	5	16,3	22
	Residuo ajustado	0,7	-2,8	2,4	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	0	5	4	9
	Recuento esperado	0,3	2	6,7	9
	Residuo ajustado	-0,7	2,8	-2,4	
<b>Total</b>	Recuento	1	7	23	31
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>		8,029*			
<b>D de Somer</b>		0,401* (IC 95% 0,007 - 0,759; EE 0,186)			

Tabla 31. Tabla cruzada entre la percepción de incidencia de COVID-19 en el entorno del/la participante y su experiencia de adversidad durante la pandemia.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Por último, se muestra que tampoco resultan independientes entre sí haber padecido o no la infección y la percepción sobre la estrictez de las medidas tomadas por el gobierno contra el COVID-19 (valor p del test exacto de Fisher < 0,05); sino que ejercen entre sí un efecto directo, significativo y moderado en magnitud ( $0,3 > V$  de Cramer > 0,5;  $p < 0,05$ ). La persona que contestó que le parecían demasiado laxas las medidas, no padeció COVID-19 en ningún momento de la crisis. Más personas que padecieron la patología de las esperadas respondieron que consideraban apropiadas estas medidas. De las 11 personas que las estimaban demasiado estrictas, 10 no habían padecido COVID-19; suponiendo éste un recuento mayor del esperado. Esta asociación se muestra en la Tabla 32.

		Percepción de estrictez de las medidas del gobierno cubano			
		Demasiado laxas	Apropiadas	Demasiado estrictas	Total
<b>Ha padecido COVID-19</b>	Recuento	0	7	1	8
	Recuento esperado	0,3	4,2	3,5	8
	Residuo ajustado	-0,7	2,4	-2,2	
<b>No ha padecido COVID-19</b>	Recuento	1	6	10	17
	Recuento esperado	0,7	8,8	7,5	17
<b>Total</b>	Recuento	1	13	11	25
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>		5,975*			
<b>Phi</b>		0,489* (IC 95% -0,724 - 0,750; EE 0,495)			
<b>V de Cramer</b>		0,489* (IC 95% 0,164 - 0,781; EE 0,154)			
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,439* (IC 95% 0,162 - 0,615; EE 0,114)			

Tabla 32. Tabla cruzada entre la percepción de la estrictez de las medidas del gobierno de Cuba contra el COVID-19 y haber padecido o no COVID-19.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Por lo tanto, en los tres casos, se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  de la independencia de las variables. El resto de las posibles relaciones entre las variables formuladas no mostraron significación estadística.

### ***Temas, subtemas y testimonios de la pandemia en Cuba.***

A lo largo de las entrevistas, se identifican 11 temas y 13 subtemas correspondientes, reflejados en la Tabla 34.

<b>Tema 1</b>	<b>Experiencia de la pandemia</b>	<b>31</b>
	Adversidad	22
	No adversidad	9
<b>Tema 2</b>	<b>Crisis económica</b>	<b>28</b>
Subtema 2.1	Escasez de recursos	25
	Alimentos	16
	Medicamentos	18
	Productos de higiene	2
Subtema 2.2	Colas en las tiendas	5
Subtema 2.3	Salario insuficiente	6
Subtema 2.4	Vivienda	1
Subtema 2.5	Embargo estadounidense	3
Subtema 2.6	El mercado negro. "El invento"	4
Subtema 2.7	Empeoramiento de la situación previa	28
	Comparación con el período especial	3
	Reordenamiento monetario	10
	Apertura de las tiendas MLC	6
	Inflación	18
	Fluctuación del valor de la moneda	1
<b>Tema 3</b>	<b>Vacunación</b>	<b>7</b>
<b>Tema 4</b>	<b>Acceso a la información</b>	<b>9</b>
Subtema 4.1	Sobreinformación	4
Subtema 4.2	Desinformación	4
Subtema 4.3	Censura	5
<b>Tema 5</b>	<b>Epidemiología percibida</b>	<b>31</b>
	Ha tenido COVID-19	9
	Leve	7
	Moderado	1
	Severo	1
	No ha tenido COVID-19	22
	Incidencia percibida	31
	Alta	23
	Baja	7
	Nula	1
	Mortalidad percibida	31
	Alta	10
	Baja	4
	Nula	17
<b>Tema 6</b>	<b>Experiencia de miedo</b>	<b>30</b>
	Ha tenido miedo	18
	Por su propia salud	10
	Por la salud de sus seres queridos	18
	Miedo colectivo	5
	Por la situación económica	2
	No ha tenido miedo	13
	Por el cumplimiento de las medidas preventivas	2
	Sin respuesta	1
<b>Tema 7</b>	<b>Peor aspecto de la pandemia</b>	<b>29</b>
Subtema	Los fallecimientos	15
Subtema	El distanciamiento social	2
Subtema	El miedo	2
Subtema	La escasez de recursos	7
Subtema	El empeoramiento de la economía	6
Subtema	El cambio en el carácter de la gente	3
Subtema	Las decisiones tomadas por el gobierno	2
Subtema	El impacto sobre la salud mental	1

Tabla 33. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 31 entrevistas en Cuba, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

<b>Tema 8</b>		<b>Medidas del gobierno</b>	<b>30</b>
Subtema 8.1	Medidas preventivas contra el COVID-19		30
		Toque de queda	21
		Uso de mascarillas	16
		Sanciones	16
		Lavado de manos	4
		Restricción del transporte internacional	1
		Cierre de espacios públicos	3
		Aislamiento	2
		Distancia social	1
		Rastreo de casos por estudiantes de medicina	2
		Vacunación a toda la población	1
Subtema 8.2	Percepción de estrictez		25
		Demasiado estrictas	11
		Apropiadas	13
		Demasiado laxas	1
Subtema 8.3	Medidas económicas		5
		Ausencia de inversión en el mantenimiento de infraestructuras	2
		Reordenamiento monetario, desaparición del CUC	1
		Apertura de tiendas MLC	2
<b>Tema 9</b>		<b>Impacto del COVID-19</b>	<b>31</b>
	Empeoramiento de la economía		28
	Cambio en el carácter de la gente		2
	Misma situación que antes, sin cambios.		1
	Auge de la emigración		1
<b>Tema 10</b>		<b>Migración</b>	<b>25</b>
	Voluntad de migrar		25
		Sí	18
		No	7
		Sin respuesta	1
	Conoce mucha gente que ha emigrado		25
		Sí	25
		No	0
	Conoce mucha gente que quiere emigrar		25
		Sí	25
		No	0
	<i>"Todo el mundo aquí quiere emigrar"</i>		10
<b>Tema 11</b>		<b>Acceso al sistema sanitario</b>	<b>27</b>
	Fácilmente accesible		26
		Escasez de recursos sanitarios	21
	Acceso difícil		1
	Necesidad de contar con vías alternativas		11
		"El regalito"	2
		Contactos personales en el sistema sanitario	4
		Mercado negro	3
		Tener fe (familia en el extranjero)	2
	Colapso del sistema por la pandemia		2

Tabla 34. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 31 entrevistas en Cuba, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

### **Tema 1: Experiencia de la pandemia**

Veintidós personas respondieron que sufrieron adversidades durante la pandemia, comparadas con las nueve personas que informaron no haber sentido dicha adversidad. Un participante comentó que *“se había sentido trabajo*

[adversidad] dependiendo de la clase”. La clase alta lo ha pasado bien [la pandemia], la clase baja lo ha pasado mal.”. A la hora de desarrollar el discurso, tanto las y los participantes que referían haber *pasado trabajo* (siendo ésta una expresión coloquial que hace referencia a pasarlo mal), como aquellas que lo negaban, centraban el discurso más en la situación social, utilizando frecuentemente expresiones como “nosotros...”, “el cubano...”, “el pueblo de Cuba...”, en lugar de focalizar el sujeto en “yo”.

## **Tema 2: Crisis económica**

De las 31 personas que participaron en las entrevistas, 28 mencionaron la crisis económica. La mayor parte de ellos (25), comentó la escasez de recursos en algún momento de la conversación. Todas las personas que hablaron de la crisis económica coincidían en que la situación había empeorado notablemente en los últimos años. Una doctora expresó:

*Se sabía que había personas enfermas, pero lo que a nosotros nos preocupaba era la economía. No fue tanto la enfermedad, sino la situación social.*

### **Subtema 2.1: Escasez de recursos.**

Las personas entrevistadas informaban de haber sufrido escasez de alimentos, medicamentos y productos de higiene. Una joven universitaria comentó “*se pasó mucho trabajo con la comida*”, coincidiendo con el testimonio de un vendedor de mediana edad, quien expresó que “*se vivieron momentos difíciles para buscar los alimentos.*”. “*Antes ibas a una tienda y había de todo, ahora vas y están vacías*”, comentaba una participante. Una mujer expresó:

*Ustedes [las y los españoles] tienen un dicho, “no hay ni hostias”. Literalmente, aquí no hay ni hostias. Las hermanas Carmelitas en Santiago de Cuba no tienen ni harina para hacer las hostias.*

*Sin medicinas, sin comida, ¿cómo quieren que sobrevivamos a una pandemia?*

Un joven, trabajador en un puesto de venta en un mercado turístico, narraba que su madre había sido diagnosticada de cáncer durante la pandemia, para lo cual precisaba medicación analgésica, concretamente, tramadol. Comentaba que nunca había sido capaz de comprarlo en la farmacia, puesto que no lo había. Se había visto obligado a comprarlo en el mercado negro, por un precio muy superior. Otra ciudadana expresó que su padre, anciano, padecía trastorno bipolar, y llevaba un mes sin tomar clonazepam, puesto que no lo encuentra en la farmacia, a pesar de ir todos los martes, día en el que abastecen la farmacia, a las cinco de la mañana, para hacer cola, con la esperanza de que esa semana haya llegado clonazepam. Otra cubana explicó que su marido padece hipotiroidismo y lleva tres meses sin tomar el Eutirox, por la misma razón. Estos dos últimos fármacos forman parte de tratamientos que se deben tomar a diario.

*Los productos de higiene también escasearon. Un participante reflexionaba sobre cómo esta escasez había supuesto un hándicap en una crisis ocasionada por una enfermedad infecciosa.*

### Subtema 2.2: Colas en las tiendas.

Una mujer de 64 años relató:

*Tenías que levantarte a las cinco de la mañana para hacer cola en las tiendas. A veces te tocaba entrar a las cuatro de la tarde.*

Otra participante relató que días antes estuvo cinco horas en una cola, para poder comprar cinco *panecitos*. Explicó que eso le genera mucho estrés,

disminuyendo su productividad en el ámbito laboral, y compartía la poca esperanza que tenía de que la situación fuese a mejorar.

### Subtema 2.3: Salario insuficiente.

Tras el importante aumento de la inflación que se ha dado durante la pandemia en Cuba, se subieron los salarios, pero varios participantes coinciden en que la subida salarial no contrarresta la subida de los precios.

*¿Cómo una cebolla va a costar 500 pesos, una libra de tomate, 500 pesos... con un salario mínimo de 1.200 pesos al mes? La gente sobrevive, pero no sé cómo.*

*Ahora salgo de trabajar y salgo a buscar la comida, a quien la tiene [al mercado negro]. Un paquete de pollo pueden ser 1.500 pesos. 1.500 pesos es el salario de la gente. Un cartón de huevos vale 1.500 pesos. Tienes que estar inventando para poder sobrevivir. Un par de zapatillas aquí vale 5.000 pesos, un teléfono, 30.000. Te ponen los precios a como están en dólares y el salario no alcanza.*

*Por más que trabaje, no me da para nada. Aunque ganase 5.000 pesos, se te van en nada. Una botella de aceite vale 700 pesos.*

*Yo no tengo un salario digno como profesor. Cobro 4700 pesos cubanos, pero cualquier comida a la semana me cuesta bastante más de 1000 pesos. No da.*

*Sobre todo, nos afecta a los trabajadores. Cuando falla la economía, falla todo: la alimentación, la motivación. Aquí nada es fácil.*

#### Subtema 2.4: Vivienda.

Una mujer entrevistada describió que varias generaciones suelen cohabitar en la misma vivienda, puesto que la situación financiera de las familias no suele permitir que se separen en distintos núcleos, lo cual, por una parte, condiciona la cercanía de las relaciones sociales en Cuba, pero por otra, dificulta el distanciamiento social en la pandemia.

#### Subtema 2.5: El embargo estadounidense.

De las tres personas que mencionaron el *bloqueo* estadounidense, todas coincidían en que había contribuido a empeorar la situación económica del país, especialmente considerando que éste no es un país altamente productor, por lo que depende en gran medida de productos importados, matizaba un participante; y una persona expresó que, a pesar del bloqueo, Cuba había sido capaz de desarrollar sus propias vacunas. Otra, comentó que el bloqueo impide que las personas jóvenes puedan prosperar en Cuba, razón por la cual él considera que emigra la población joven.

#### Subtema 2.6: El mercado negro “El invento”.

Se emplea la expresión “*el invento*” para referirse a la creatividad que se necesita para buscar recursos, bien sea en un marco legal, o no. Cuatro personas hicieron mención a la necesidad de *inventar*, muchas veces accediendo al mercado negro, para poder subsistir. Este mercado paralelo a la ley no está exento de la inflación, también se recogen testimonios que exponen el impacto del aumento de los precios en el mercado negro.

*“Para buscar dinero, muy difícil, el gobierno no daba dinero. Tenías que hacer cosas ilegales para vender. El invento. Todo el mundo vive aquí del invento.”*

*“Aparecen más cosas de lo normal en el mercado negro y se han encarecido. Muchas personas viven mejor del mercado negro que de su salario oficial.”*

*“Con mi salario no me da para comprar la comida del mes. Lo que me falta, [lo obtengo] del invento.”*

*Subtema 2.7: El empeoramiento de la situación previa.*

Tres personas mencionaron la crisis del Período especial de los años 90, ya que la situación actual los retrotraía a él. Una persona comentó que nunca llegaron a recuperarse de esa crisis, sino que arrastraban sus consecuencias cuando el COVID-19 debutó, lo cual la empeoró. Los tres participantes coincidían en que durante el período especial se vivía mejor que en el momento actual. Diez personas mencionaron el impacto negativo del reordenamiento monetario; es decir, la desaparición de la divisa CUC, había tenido sobre la economía cubana.

Varias personas entrevistadas hablaron sobre la apertura de las tiendas MLC. La pregunta más frecuente que formulaba la población, en tono retórico, era *“si el pueblo cubano cobra en pesos, y el turismo estaba cerrado ¿de dónde esperaba el gobierno que sacásemos las MLC, para poder comprar comida?”*.

*Después de tres meses de pandemia, pasando hambre, el gobierno abre 70 tiendas MLC, llenas de comida, a unos precios altísimos. Tres meses diciéndonos que no hay comida y ahora abres tiendas en una moneda que nadie cobra aquí. Solo se cobra en pesos cubanos (CUP). ¿De dónde me saco esa moneda? Cada decisión que toma este gobierno diferencia más las clases sociales.*

*Tenías que conseguir euros, pero si no tienes a nadie fuera, si no tienes fe [familia en el extranjero], ¿qué haces? El gobierno paga en pesos cubanos, pero la comida, el aseo... estaban en las tiendas MLC. ¿Qué haces? El invento. Cambiar divisas en la calle.*

*Se ha registrado una subida de la inflación histórica, durante estos últimos dos años, en Cuba. Más de la mitad de las personas que fueron entrevistadas mencionaron esta subida de los precios y su gran impacto en sus vidas diarias.*

*No es sólo la falta de comida. Es la falta de comida y que está muy cara. O no tienes alimento o, cuando hay, no tienes dinero para pagarlo.*

*Antes podías comprar pan por sobrepeso [comprar más pan del que está escrito en la cartilla de racionamiento], ahora no se puede.*

*Antes 1 dólar estadounidense (USD) era 19 CUC. El otro día, vimos el cambio de 1 USD por 200 CUC. Es una barbaridad. Hoy está a 170. La moneda fluctúa mucho. Yo he visto mucho cambio antes y después de la COVID-19.*

No todas las personas entrevistadas achacaron el empeoramiento de la economía al gobierno cubano. Una mujer comentó que “*la situación está un poco difícil, pero no es culpa del gobierno, hay otros países del mundo que también están afectados. Hay hostilidad contra el gobierno, pero es un problema internacional.*”

### **Tema 3: Vacunación.**

Varios informantes sintieron alivio al saber que Cuba estaba consiguiendo desarrollar sus propias vacunas contra el COVID-1, y más aún cuando éstas fueron aprobadas y administradas a toda la población. “*Cuando salió la vacuna, iluminó un poco la esperanza.*” Recordaba una entrevistada. “*Si Cuba no llega a inventar la vacuna, hubiera sido mucho peor.*” Coincidió otro informante, con su compatriota, quien expresaba que “*antes de la vacunación todo estaba colapsado, pero después mucho mejor, se pudieron salvar muchas vidas gracias a la vacuna.*” Un entrevistado expresaba que “*ya se estaban dando cuenta de que la vacuna cubana sí funciona*”. Otra persona expresó que “*al principio, el cubano era como irresponsable, nadie creía que la COVID-19 estaría en Cuba, pero luego se vio que sí, se hicieron las*

*vacunas y todos nos vacunamos.” La única persona entrevistada que no había recibido la vacuna comentó que no había querido vacunarse, porque, aunque en Cuba fuera prácticamente obligatoria la vacunación, él/ella tenía su propia opinión sobre la vacuna, sus efectos y las secuelas. No se fiaba de los efectos secundarios. “Aquí, cuando te inyectaban la Soberana, te acercabas metal y se te quedaba pegado en el brazo. Muchas personas enfermaron con la vacuna”, comentaba.*

#### **Tema 4: Acceso a la información**

*“Antes, solo la gente del gobierno tenía internet. Luego empezó la telefonía móvil y el cubano empezó a mirar cómo es el mundo fuera. Antes estábamos aquí en una burbuja.”*

Contaba un ciudadano.

##### **Subtema 4.1: Sobreinformación.**

Cuatro personas comentaron en distintas ocasiones que la sobreinformación los llevó al miedo.

*“El cubano se pasaba el día entero viendo noticias y se estresó demasiado. Nos teníamos miedo los unos a los otros.”*

*“Escuchábamos noticias de países desarrollados, con tecnología, y aun así la gente se moría. Los medios de difusión inspiraban terror.”*

*“Todos los días, en la tele, daban el parte [epidemiológico], cogías miedo de contagiarte, de contagiar a alguien de tu familia...”*

##### **Subtema 4.2: Desinformación.**

La divulgación de información poco contrastada fue un aspecto comentado por cuatro participantes diferentes. Una de ellas expresó:

Una de las cosas buenas es que como no hay buen acceso a internet, no ha habido grupos antivacunas, no hay negacionismo. Aquí todo el mundo se ha vacunado.

Otro entrevistado comentó que, en cierta ocasión, leyeron en internet que la ingesta de cítricos se asociaba a menor riesgo de contraer la infección, y relataba cómo apreció que la gente a su alrededor hacía todo lo posible por buscar cítricos. En una entrevista, el participante expresó que *“unos decían de tomar antibióticos, otros de hacer gárgaras con limonada caliente... hacías cualquier cosa que te dijeran.”*

#### Subtema 4.3: Censura.

Cinco personas mencionaron durante sus respuestas mecanismos de censura de la información, tanto personal como gubernamental. Algunos testimonios fueron:

*“A mí no me da miedo decir la verdad, porque es algo que hay que expresar, porque nos están llevando al extremo y cualquier día te puede dar un sogazo [expresión usada para referirse a ahorcarse, suicidio].”* Expresaba una mujer de mediana edad.

*“En la tele tenemos tres canales, que ponen lo que ellos [el gobierno] quieren. No puedes decir nada, porque te llevan preso.”*

*“Aquí no hay manera de protestar.”*

*“Cuando pasamos por aquí, ignoramos que está todo [las infraestructuras] a punto de derrumbarse, pero yo ya no me callo. Aunque estemos observados todo el tiempo, ya no me callo.”*

*“Aquí las cifras de COVID-19 nunca fueron reales, si ni siquiera había [medios] para hacer muestras. El COVID-19 aquí es un mecanismo, una manera de resolver muchas cosas. Es una herramienta, desde el principio. Y me da igual decirlo, a mí que me lleven pres@ si quieren”.*

Una mujer explicaba que ella tenía acceso a la televisión estadounidense y a la cubana. Comentaba que la información que se emitía en ambas televisiones era radicalmente diferente. *“Veo las noticias en EEUU de la gente que se muere aquí porque no tienen oxígeno ni medicamentos, pero eso aquí no te lo dicen. No dicen nada.”* En los canales cubanos se informó sobre las protestas del 11J, exponiéndolas como un altercado de suma violencia, justificando así la represión de los manifestantes; mientras que, en los canales estadounidenses, se informaba del carácter pacífico de estas movilizaciones.

### **Tema 5: Epidemiología percibida**

22 de las 31 personas entrevistadas no han padecido COVID-19, y 7 de las 9 personas que sí lo padecieron, presentaron síntomas leves. 23 personas respondieron conocer a mucha gente a su alrededor que había tenido COVID-19 en algún momento, aunque la mayor parte de las personas entrevistadas (17) comentaron no conocer personalmente a nadie que había fallecido por esta enfermedad. *“Era complicado saber cuántas personas tenían COVID-19. Hubo muchas personas que se sintieron mal y nunca supieron si fue COVID-19 o no.”* Explicaba una joven.

Un informante expresó que la COVID-19 en Cuba había tenido momentos puntuales en los que *“se les fue de las manos”*, viviendo un momento “crítico” durante unos 2 o 3 meses, pero que, mayoritariamente, había sido controlada de forma efectiva. Otra participante comentó que había habido muchas menos muertes por COVID-19 que en otros países.

### **Tema 6: Miedo**

17 de las 31 personas entrevistadas respondieron haber sentido miedo durante la pandemia, tanto por su propia salud (10), como por la salud de sus seres queridos (18). En cinco ocasiones, las y los participantes comentaron haber percibido que *“todo*

*el mundo tenía miedo*” a su alrededor, es decir, una experiencia de miedo colectivo. En otras dos entrevistas, se informó de que el motivo del miedo era la situación económica. De las 13 personas que contestaron no haber sufrido miedo durante la pandemia, dos matizaron que habían estado tranquil@s en todo momento porque confiaban en las medidas preventivas, que seguían de forma meticulosa. Uno de los participantes que no experimentó temor comentó: *“yo iba a mis cosas, me informaba lo necesario, evitaba la sobreinformación.”*

### **Tema 7: El peor aspecto de la pandemia**

15 de las 29 personas que respondieron a la pregunta *“¿qué ha sido lo peor de la pandemia?”* contestaron que, lo que más les pesaba, eran los fallecimientos que ha acarreado el COVID-19. Las siguientes respuestas, en orden de frecuencia, fueron relacionadas con la escasez de recursos (7) y el empeoramiento de la economía (6). Otras respuestas, menos frecuentes, fueron: el miedo, el cambio en el carácter de las personas, las decisiones tomadas por el gobierno cubano, el distanciamiento social y el impacto de la crisis en la salud mental.

+ *¿Qué ha sido lo peor de la pandemia?*

- *El hambre.*

Fue parte de la entrevista realizada a un médico de mediana edad.

Una persona explicó que antes, El Malecón era un sitio de congregación social, donde la ciudadanía acudía tras la jornada de trabajo, para *compartir* [interaccionar, dedicar tiempo en compañía, reforzar relaciones de amistad, generalmente bebiendo algo en grupo]. Expresaba que, en el pasado, El Malecón estaba abarrotado de gente, *“a todo el mundo le gustaba salir”*, y lo señalaba diciendo *“mira ahora, está vacío. Ya nadie sale.”* Achacaba ese distanciamiento social a las medidas impuestas durante la pandemia y a la masiva ola de emigración, protagonizada por gente joven. *“La separación entre las personas fue dura, no nos podíamos ver. Socialmente no ha sido fácil”* explicaba una estudiante.

## **Tema 8: Las medidas del gobierno cubano**

### **Subtema 8.1: Medidas preventivas contra el COVID-19.**

21 de las 30 personas que comentaron las medidas preventivas contra el COVID-19 impuestas en Cuba, mencionaron el toque de queda, 16 hablaron sobre el uso obligatorio de mascarillas y las multas asociadas al uso inadecuado de las mismas, o a la transgresión de cualquiera de las demás medidas. “Si te veían con el nasobuco [la mascarilla] por debajo de la nariz, te ponían multa”. En varias entrevistas se comentaron también el fomento del lavado frecuente de manos, la restricción del transporte internacional, el cierre de espacios públicos, las medidas de aislamiento, el distanciamiento social, el rastreo de casos puerta por puerta por parte de los estudiantes de medicina, y la campaña de vacunación a toda la población.

“Cerraron todo para que no se propagara el COVID-19, pero con la escasez, era difícil mantener a las personas en casa.”

### **Subtema 8.2: Percepción de la estrictez de las medidas.**

*“Era algo desesperado, estricto, pero necesario.”*

La persona que habló sobre el cierre del transporte internacional expresó que tuvo un alto impacto en la importación de alimentos y en el turismo, fuente fundamental de financiación del país.

*“Si no moríamos de COVID-19, moríamos de hambre. Creo que no supieron [el gobierno] manejar la situación. Deberían haber sido capaces de cerrar y protegernos sin causar un estrago económico tan grande.”*

En una entrevista, el participante cuestionaba con qué dinero iba a ser capaz el ciudadano de pagar las multas, si no tenían solvencia económica ni para comer.

La persona que respondió que consideraba las medidas del gobierno demasiado laxas expuso que consideraba que se había realizado una apertura del país al turismo demasiado temprana, registrándose un aumento de la incidencia tras abrir los aeropuertos de nuevo.

Una de las personas que consideraron demasiado estrictas estas indicaciones comentó que *“la gente no hacía caso, salía, aunque no se pudiese. Era como estar preso.”*

### Subtema 8.3: Medidas económicas.

Una médica informó de que *“cuando cambiaron la moneda, dejó de haber comida en las tiendas, empezaron las colas y agravaba la situación epidemiológica”*, coincidiendo con otro participante que expresó *“hicieron un cambio de moneda y de ahí viene todo”*.

Hubo muchas cosas que no entendimos. Un país donaba algo y el gobierno, en lugar de dárnoslo, nos lo vendía.

*“No era el momento para hacer el cambio que se hizo, eliminando el CUP y poniendo las tiendas MLC.”* Explicaba una joven, a quien las medidas del gobierno le parecieron injustas. El carácter inoportuno del reordenamiento monetario y la difícil explicación de la instauración de las tiendas MLC, en plena pandemia, fueron mensajes que se repitieron en más de la mitad de las entrevistas (16).

Otro aspecto de la actitud del gobierno cubano criticado por dos personas entrevistadas fue la ausencia de inversión de capital en el mantenimiento de las infraestructuras. *“Gastan recursos en cosas innecesarias, como en construir más hoteles, en lugar de invertir en escuelas y medicinas.”* Un hombre enumeraba *“mira, un parque de niños, cerrado. La piscina no coge agua desde hace años. El hotel, a punto de derruirse.”*

*“Hay mucha gente [en las esferas de poder] haciendo demasiado dinero. El gobierno se está haciendo rico a costa de nosotros. Aquí se están haciendo ricos y nosotros nos morimos de hambre.”*

## **Tema 9: Impacto del COVID-19**

Un participante expresó que la pandemia había supuesto el colapso total en cuanto a productos y había afectado a todos los países, en especial, a los países en vías de desarrollo, y manifestó que *Cuba no está exento de eso*. El grave empeoramiento de la economía por la pandemia fue expresado por 28 de las 31 personas encuestadas.

*Estamos en candela, el COVID-19 ha afectado muchísimo, y el gobierno, más.*

*Nos ha afectado más la situación económica que la enfermedad. En otros países, hubo COVID-19 pero las personas comían. Antes del COVID-19 ya había problemas. El COVID-19 los agravó, pero no es la fuente principal [se refiere al gobierno de Cuba].*

Tres personas identificaron un cambio en el carácter de la gente. Una mujer comentó que *“el mundo está estresado con los salarios y la comida, y hace que las personas actúen de forma inesperada y agitada”*. Otro informante expresó que el COVID-19 *“sacó lo malo de las personas, se vivió mucho desamor. El COVID-19 ha transformado la mente del cubano, ahora se ha vuelto egoísta e individualista, de pura escasez que ha habido.”* Por último, un joven varón explicó que percibía un cambio de mentalidad en la población cubana, actualmente más agresiva y beligerante que antaño, derivado de la desesperación por la falta de comida, que propició el clima de caos que resultó en el estallido del 11J.

Una única persona comentó que no veía cambios a su alrededor comparando antes y después de la crisis del COVID-19. *“Yo lo veo todo igual, la gente sale, hace su vida, ya está, normal. Ya está todo bien. El que diga lo contrario, miente.”* Otro informante asoció el auge de la migración con la pandemia.

## **Tema 10: Migración**

De las 25 personas a las que se les preguntó si querían emigrar, 18 respondieron que sí. Las razones principales que esgrimían eran económicas. Dos de las personas que contestaron que no querían emigrar, matizaron que era por estar estudiando en la universidad, y que, una vez acabasen sus estudios, su intención era vivir en otro país. Otro de los participantes, de 57 años, consideraba que era demasiado mayor para empezar una vida en otro lugar. Otros dos ciudadanos manifestaban que no querían emigrar porque, al recibir dinero por parte de familiares que viven en el extranjero, tenían su economía lo suficientemente asegurada como para no sentir la necesidad de marcharse a otro país.

Al preguntarles si conocían a mucha gente que se había ido, o que se quisiera ir, el 100% de las personas entrevistadas contestó que sí, a ambas cuestiones. Diez participantes matizaron que *“todo el mundo aquí quiere emigrar”*. Había consenso referente a la sorprendente cantidad de personas que se han ido, en su mayoría, jóvenes.

*“Cuba se está vaciando.”*

Tres personas mencionaron que el país se está *“quedando vacío”*, una de las cuales añadió que quien se queda, es porque no tiene posibilidad de irse.

*“Han migrado miles, aquí hay más migración que cuando el Mariel. La cantidad de gente que se va en lanchas, que han vendido sus casas y se van por Nicaragua, es increíble.”*

Un estudiante mostraba una fotografía de un grupo de unos 20 amigos y amigas y comentaba que, de todos ellos, sólo quedaban en Cuba dos, un chico y él

mismo. Exponía que, el resto, se habían ido en cuestión de un mes. De hecho, la inmediatez del cambio era un factor que sorprendía a muchos participantes.

*“Cada vez que pregunto por una amistad mía, me dicen que se fue, que viraron, que fueron a ver volcanes.”*

*“Yo soy la última joven que queda en la iglesia, todo el mundo se está yendo.”*

*“Mis amistades son ancianos porque todos los jóvenes amigos míos se han ido.”* Expone un varón de 23 años.

Algunas personas informaban sobre las posibles rutas, tanto por mar como a través de Nicaragua, para llegar a Estados Unidos. Explicaban que emigrar era difícil, costoso y peligroso. Una informante comentó que la semana anterior a la entrevista, una niña de dos años había fallecido en una de las embarcaciones que trataba de llegar a las costas estadounidenses. Varias personas compartían testimonios tales como:

*“Yo tenía una vecina, que era como mi mamá, y con 82 años se fue a cruzar el Río Bravo, qué valiente. Es muy peligroso”*

Una ciudadana explicaba que *“a los médicos los tienen regulados, son personal imprescindible, y no les dejan salir, los encierran. Si los pillan en el aeropuerto, pierden el pasaporte y el pasaje.”* Otro cubano comentó que *“tú vas a migrar y llevas todo tu equipaje. Ellos [la gente que ha migrado] no pueden hacer eso. Tienen que migrar como si fueran turistas, que no se note que te vas, o te llevan preso.”*

## **Tema 11: Acceso al sistema sanitario**

26 de las 27 personas que informaron sobre el acceso al sistema sanitario lo consideraron fácilmente accesible. No obstante, 21 de las mismas matizaron que el problema no radicaba en poder acceder a la atención sanitaria o no, sino en la escasez de recursos, tanto de medicamentos como de material médico, sin los cuales la atención sanitaria se ve sumamente limitada.

*“Tienes los instrumentos que había hace 20 años. Tú puedes recetar, pero luego el paciente no puede coger los medicamentos, porque no los hay.” Explicaba una doctora.*

*“¿De qué vale que ir al hospital sea gratis, si no hay medicinas?”*

*“No hacemos nada con que sea gratis el acceso y que cuando vayas al hospital no haya nada, ni instrumentos, ni fármacos.”*

*“La palabra “gratis” es mentira, aquí todo tiene su precio. En el hospital te atienden, y no pagas, eso es cierto, pero el costo es que no hay medicamentos. El que no tiene un amigo [sanitario trabajando en el hospital], no tiene opciones. Tienes que tener amigos médicos o fe.”*

*“El personal médico es buenísimo. Es fácil ir [al hospital], pero no tienen cómo atenderte.”*

*“El médico trabaja con lo que hay. Algunos han tenido que recurrir a la medicina tradicional, porque no hay recursos.”*

Tres participantes comentaron que necesitaban acceder al mercado negro para poder adquirir los medicamentos que les prescribía el doctor o doctora, y siempre a un precio considerablemente alto, mientras que otros dos participantes expresaron que había que “*tener fe [familia en el extranjero], que les envíen los fármacos*”.

*“Mi marido es médico, yo no tengo problema. La dificultad son los medicamentos, que hay escasez.”*

Once personas mencionaron alguna forma alternativa de asegurarse una buena atención sanitaria. Dos de ellas comentaron que las listas de espera para ser atendidas por especialistas o para que se les interviniese quirúrgicamente eran largas, y con el fin de poder acceder al tratamiento de forma eficiente, se le entregaba “*el regalito*” al médico, y otras cuatro personas veían imprescindible tener algún contacto personal dentro del hospital, para este mismo fin. Dos personas mencionaron haber atestiguado una situación de colapso del sistema sanitario, a raíz de la pandemia.

### **5.2.3 Estados Unidos de América**

Se entrevistaron a 77 personas en los estados de Delaware (14), Distrito de Columbia (8), Maryland (15), Nueva Jersey (12) y Pennsylvania (28). 28 de las personas entrevistadas habitaban en regiones rurales, otros 23 en suburbanas y 26 en urbes. El análisis estadístico de la muestra reflejó que se entrevistaron a más personas en regiones urbanas en los estados de Distrito de Columbia y Nueva Jersey, más participantes precedentes de zonas suburbanas en Delaware y más población rural en Pennsylvania, que lo estadísticamente esperado. 40 varones, 36 mujeres y una persona no-binaria participaron en el estudio. La media de edad de las personas participantes es de 44,16 años (DE 19,61; rango 18 – 89 años). El 66,2% de las personas entrevistadas son caucásicas (n 51), seguidas en representación de las 16 personas afroamericanas, 7 hispanas y 3 asiáticas que participaron. De nuevo, los análisis estadísticos reflejan que la muestra estudiada presenta una mayor proporción de afroamericanos/as en regiones urbanas y suburbanas, y un mayor porcentaje de personas caucásicas en zonas rurales, de lo que cabría esperar por azar. Se detalla esta información en las Tabla 35, Tabla 36 y Tabla 37. Había recibido la vacunación el

75,3% de la muestra (n 58). Expresaron su voluntad de recibir la vacuna 39 participantes, mientras que otros 33 manifestaron no querer ser vacunados contra el COVID-19. Más información sobre la muestra puede hallarse en la Tabla 35.

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Proporción (%)</b>
<b>Género</b>		
<b>Hombre</b>	40	51,9
<b>Mujer</b>	36	46,8
<b>No-binario</b>	1	1,3
<b>Edad</b>		
<b>18-30</b>	26	33,8
<b>31-50</b>	24	31,2
<b>51-70</b>	19	24,7
<b>&gt;71</b>	8	10,4
<b>Grupo étnico</b>		
<b>Afroamericano</b>	16	20,8
<b>Asiático</b>	3	3,9
<b>Caucásico</b>	51	66,2
<b>Hispano</b>	7	9,1
<b>Vacunación contra COVID-19</b>		
<b>Recibida</b>	58	75,3
<b>No recibida</b>	18	23,4
<b>Desconocido</b>	1	1,3
<b>Voluntad de recibir la vacuna contra COVID-19</b>		
<b>A favor</b>	39	50,6
<b>En contra</b>	33	42,9
<b>Indiferente</b>	2	2,6
<b>Desconocido</b>	3	3,9
<b>Estado</b>		
<b>Delaware</b>	14	18,2
<b>Distrito de Columbia</b>	8	10,4
<b>Maryland</b>	15	19,5
<b>Nueva Jersey</b>	12	15,6
<b>Pennsylvania</b>	28	36,4
<b>Tipo de entorno</b>		
<b>Urbano</b>	26	33,8
<b>Suburbano</b>	23	29,9
<b>Rural</b>	28	36,4

Tabla 35. Información de las personas participantes en las 77 entrevistas realizadas en la costa este de Estados Unidos.

Tipo de entorno		Estado					Total
		Delaware	Distrito de Columbia	Maryland	Nueva Jersey	Pennsylvania	
<b>Rural</b>	Recuento	2	0	8	2	16	28
	Recuento esperado	5,1	2,9	5,5	4,4	10,2	
	Residuo ajustado	-1,9	-2,3	1,5	-1,5	2,9	
<b>Suburbano</b>	Recuento	12	0	1	3	7	23
	Recuento esperado	4,2	2,4	4,5	3,6	8,4	
	Residuo ajustado	5	-1,9	-2,2	-0,4	-0,7	
<b>Urban</b>	Recuento	0	8	6	7	5	26
	Recuento esperado	4,7	2,7	5,1	4,1	9,5	
	Residuo ajustado	-3	4,2	0,6	2	-2,2	
<b>Total</b>	Recuento	14	8	15	12	28	77
<b>Test exacto de Fisher</b>		50,143***					
<b>Phi</b>		0,807*** (IC 95% 1,000 - 0,675; EE 0,085)					
<b>V de Cramer</b>		0,571*** (IC95% 0,707 - 0,477; EE 0,060)					
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,628*** (IC95% 0,707 - 0,560; EE 0,038)					

Tabla 36. Tabla cruzada entre el tipo de entorno del/la participante y el estado en el que residía durante la pandemia.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Tipo de entorno		Grupo étnico				Total
		Afroamericano	Asiático	Caucásico	Hispano	
<b>Urbano</b>	Recuento	10	1	10	2	23
	Recuento esperado	5	1	15,3	1,7	
	Residuo ajustado	3,1	0	-2,9	0,3	
<b>Suburbano</b>	Recuento	5	1	13	1	20
	Recuento esperado	4,3	0,9	13,3	1,4	
	Residuo ajustado	0,4	0,2	-0,2	-0,5	
<b>Rural</b>	Recuento	0	1	23	2	26
	Recuento esperado	5,7	1,1	17,3	1,9	
	Residuo ajustado	-3,4	-0,2	3	0,1	
<b>Total</b>	Recuento	15	3	46	5	69
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		14,714*				
<b>Phi</b>		0,462* (IC 95% 0,695 - 0,386; EE 0,077)				
<b>V de Cramer</b>		0,327* (IC 95% 0,491 - 0,273; EE 0,055)				
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,419* (IC 95% 0,570 - 0,360; EE 0,053)				

Tabla 37. Tabla cruzada entre el tipo de entorno del/la participante y su grupo étnico.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

La duración media de las entrevistas es de 10:03 minutos (ED 05:59 minutos, rango 01:25 – 33:18 minutos).

En las Tabla 51. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 77 entrevistas en la costa este de Estados Unidos, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

, se agrupan cualitativa y cuantitativamente las respuestas por temas y subtemas y se plasma el número de participantes que respondió cada uno de ellos.

### ***¿Qué factores determinaron la experiencia de la pandemia en la costa este de Estados Unidos?***

En primer lugar, al estudiar las relaciones entre las variables ordinales, se describe una correlación directa entre la incidencia percibida y la mortalidad percibida, estadísticamente significativa (Rho de Spearman 0,282; IC 95% 0,104 – 0,399; EE 0,075;  $p < 0,05$ ) y otra correlación directa estadísticamente significativa entre la incidencia percibida y la opinión sobre la estrictez de las medidas del gobierno estadounidense (Rho de Spearman 0,451; IC 95% 0,190 – 0,699; EE 0,134; valor  $p < 0,05$ ). Asimismo, se registra una asociación inversa entre la voluntad de recibir la vacuna y, por una parte, la percepción de la estrictez de las medidas (Rho de Spearman -0,495; IC 95% -0,816 - -0,131; EE 0,178; valor  $p < 0,05$ ); y, por otra parte, el apoyo a las teorías de la conspiración (Rho de Spearman -0,388; IC 95% -0,578 - -0,181; EE 0,104, valor  $p > 0,01$ ).

En segundo lugar, se expone la dependencia de la percepción de adversidad para con las siguientes variables: haber padecido COVID-19, percepción de incidencia y mortalidad, tipo de entorno, experiencia de miedo y estado. Se describen más personas de lo esperado que han tenido COVID-19 y responden haber sentido adversidad durante la pandemia. De igual manera, más personas que han padecido la enfermedad refieren conocer muchas personas a su alrededor que también han tenido COVID-19, es decir, una alta incidencia en su entorno. Las personas que han sufrido adversidad también han percibido una alta incidencia, así como una alta mortalidad a su alrededor. La Figura 8 representa estas relaciones. Las y los participantes que reportan adversidad, exponen haber sentido miedo durante la pandemia en una proporción mayor de la esperada. También se registra un mayor número de participantes de zonas urbanas y suburbanas que respondieron haber vivido tiempos adversos, que en zonas rurales. Los valores  $p$  de las Chi cuadrado de todas estas

relaciones fueron menores a 0,05, indicando su significación estadística. La magnitud de estas relaciones es pequeña (V de Cramer o D de Somer < 0,3). En última instancia, se registra mayor experiencia de adversidad en los estados de Delaware, Distrito de Columbia y Nueva Jersey, que lo esperado, comparando con Maryland y Pennsylvania; si bien esta relación está influida por las características de la muestra, ya que estos dos últimos estados acumulan más participantes de regiones rurales que los primeros tres. Las Tabla 38, Tabla 39, Tabla 40, Tabla 41, Tabla 42, Tabla 43 y Tabla 44, muestran información más detallada de estos análisis.

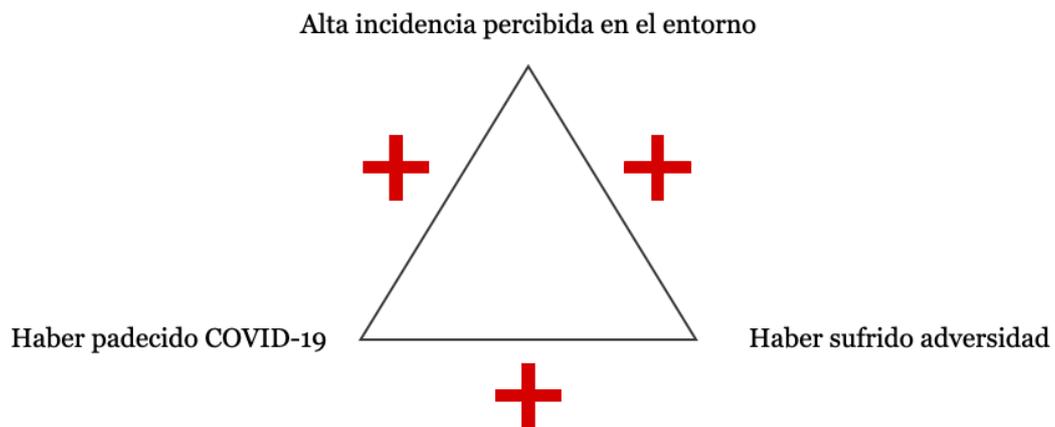


Figura 8. Representación de la relación entre la percepción de incidencia en el entorno del/la participante, haber padecido COVID-19 y su experiencia de adversidad durante la pandemia, en la población entrevistada en Estados Unidos.

---

		Incidencia de COVID-19 percibida en el entorno cercano		
		Alta	Baja	Total
<b>Ha tenido COVID-19</b>	Recuento	38	4	42
	Recuento esperado	33,8	8,2	
	Residuo ajustado	2,4	-2,4	
<b>No ha tenido COVID-19</b>	Recuento	24	11	35
	Recuento esperado	28,2	6,8	
	Residuo ajustado	-2,4	2,4	
<b>Total</b>	Recuento	62	15	77
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		5,840*		
<b>Phi</b>		-0,275* (IC95% -0,054 - -0,466; EE 0,105)		
<b>V de Cramer</b>		0,275* (IC95% 0,466 - -0,062; EE 0,103)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,266* (IC95% 0,423 - 0,062; EE 0,093)		

Tabla 38. Tabla cruzada entre haber padecido COVID-19 en algún momento por parte del/la participante y su percepción de la incidencia en su entorno.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Infección por COVID-19		
		Ha padecido COVID-19	No ha padecido COVID-19	Total
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	29	16	45
	Recuento esperado	24,5	20,5	
	Residuo ajustado	2,1	-2,1	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	13	19	32
	Recuento esperado	17,5	14,5	
	Residuo ajustado	-2,1	2,1	
<b>Total</b>	Recuento	42	35	77
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		4,280*		
<b>Phi</b>		0,236* (IC 95% 0,017 - 0,451; EE 0,110)		
<b>V de Cramer</b>		0,236* (IC 95% 0,029 - 0,451; EE 0,108)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,229* (IC 95% 0,029 - 0,411; EE 0,098)		

Tabla 39. Tabla cruzada entre la percepción de adversidad y haber padecido o no COVID-19.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Incidencia de COVID-19 percibida en el entorno cercano		
		Alta	Baja	Total
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	40	5	45
	Recuento esperado	36,2	8,8	
	Residuo ajustado	2,2	-2,2	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	22	10	32
	Recuento esperado	25,8	6,2	
	Residuo ajustado	-2,2	2,2	
<b>Total</b>	Recuento	62	15	77
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		4,835*		
<b>D de Somer</b>		-0,245* (IC 95% -0,448 - -0,031; EE 0,117)		

Tabla 40. Tabla cruzada entre la percepción de la incidencia en el entorno del/la participante y haber vivido adversidad o no.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Mortalidad por COVID-19 percibida en el entorno cercano			
		Alta	Baja	Nula	Total
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	12	10	23	45
	Recuento esperado	7	11,1	26,9	
	Residuo ajustado	3,2	-0,6	-1,8	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	0	9	23	32
	Recuento esperado	5	7,9	19,1	
	Residuo ajustado	-3,2	0,6	1,8	
<b>Total</b>	Recuento	12	19	46	77
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		10,147*			
<b>D de Somer</b>		0,263* (IC 95% 0,048 - 0,432; EE 0,098)			

Tabla 41. Tabla cruzada entre la mortalidad percibida en el entorno del/la participante y haber vivido adversidad o no.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Tipo de entorno			
		Rural	Suburbano	Urban	Total
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	11	16	18	45
	Recuento esperado	16,4	13,4	15,2	
	Residuo ajustado	-2,6	1,3	1,4	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	17	7	8	32
	Recuento esperado	11,6	9,6	10,8	
	Residuo ajustado	2,6	-1,3	-1,4	
<b>Total</b>	Recuento	28	23	26	77
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		6,648*			
<b>Phi</b>		0,294* (IC 95% 0,110 - 0,525; EE 0,107)			
<b>V de Cramer</b>		0,294* (IC 95% 0,110 - 0,525; EE 0,107)			
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,282* (IC 95% 0,110 - 0,465; EE 0,092)			

Tabla 42. Tabla cruzada entre haber vivido adversidad o no durante la pandemia y el tipo de entorno.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Estado					Total
		Delaware	Districto de Columbia	Maryland	Nueva Jersey	Pennsylvania	
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	9	6	6	11	13	45
	Recuento esperado	8,2	4,7	8,8	7	16,4	
	Residuo ajustado	0,5	1	-1,6	2,5	-1,6	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	5	2	9	1	15	32
	Recuento esperado	5,8	3,3	6,2	5	11,6	
	Residuo ajustado	-0,5	-1	1,6	-2,5	1,6	
<b>Total</b>	Recuento	14	8	15	12	28	77
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		10,318*					
<b>Phi</b>		0,366* (IC 95% 0,528 - 0,239; EE 0,084)					
<b>V de Cramer</b>		0,366* (IC 95% 0,528 - 0,239; EE 0,084)					
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,344* (IC 95% 0,503 - 0,233; EE 0,066)					

Tabla 43. Tabla cruzada entre haber vivido o no adversidad durante la pandemia y el estado en el que residía el/la participante.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Experiencia de miedo		
		Ha tenido miedo	No ha tenido miedo	Total
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	29	16	45
	Recuento esperado	24,5	20,5	
	Residuo ajustado	2,1	-2,1	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	13	19	32
	Recuento esperado	17,5	14,5	
	Residuo ajustado	-2,1	2,1	
<b>Total</b>	Recuento	42	35	77
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		4,280*		
<b>Phi</b>		0,236* (IC 95% 0,460 - 0,014; EE 0,113)		
<b>V de Cramer</b>		0,236* (IC 95% 0,460 - 0,024; EE 0,111)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,229* (IC 95% 0,418 - 0,024; EE 0,100)		

Tabla 44. Tabla cruzada entre haber vivido adversidad o no durante la pandemia y haber experimentado o no miedo.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

En tercer lugar, se describe que hay más población sin vacunar que apoya las teorías de la conspiración, de lo que cabría esperar, si estas variables fueran independientes. El efecto de una sobre otra es pequeño. De igual manera, se muestra una relación directa entre querer recibir la vacuna y recibirla, aunque, en esta ocasión, la magnitud de la dependencia entre estas variables es alta. Se representa estas relaciones en la Figura 9. Ningún participante que expusiera querer vacunarse no había recibido la inmunización. La correlación indirecta previamente descrita entre el apoyo a las teorías de la conspiración y la voluntad de vacunarse completa la relación entre estas variables (Rho de Spearman  $-0,388^{**}$  (IC 95%  $-0,578$  -  $-0,181$ ; EE  $0,104$ ). Las Tabla 45 y Tabla 46 muestran información más detallada de estos análisis.

		Opinión sobre las teorías de conspiración			
		A favor	No conoce	En contra	Total
<b>Vacunación recibida</b>	Recuento	10	0	46	56
	Recuento esperado	12	0,8	43,2	
	Residuo ajustado	-1,5	-2	2	
<b>Vacunación no recibida</b>	Recuento	5	1	8	14
	Recuento esperado	3	0,2	10,8	
	Residuo ajustado	1,5	2	-2	
<b>Total</b>	Recuento	15	1	54	70
<b>Test exacto de Fisher</b>		5,790*			
<b>D de Somer</b>		-0,224* (IC95% 0,046 - -0,492; EE 0,136)			

Tabla 45. Tabla cruzada entre haber recibido la vacunación contra el COVID-19 o no, y la opinión sobre las teorías de conspiración del/la participante.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Voluntad de vacunarse contra el COVID-19			
		A favor	Indiferente	En contra	Total
<b>Vacunación recibida</b>	Recuento	39	2	15	56
	Recuento esperado	29,5	1,5	25	
	Residuo ajustado	5,1	0,8	-5,4	
<b>Vacunación no recibida</b>	Recuento	0	0	18	18
	Recuento esperado	9,5	0,5	8	
	Residuo ajustado	-5,1	-0,8	5,4	
<b>Total</b>	Recuento	39	2	33	74
<b>Test exacto de Fisher</b>		29,552***			
<b>D de Somer</b>		0,546*** (IC 95% 0,702 - 0,380; EE 0,083)			

Tabla 46. Tabla cruzada entre la voluntad de recibir la vacunación contra el COVID-19 del/la participante y haber recibido o no la vacunación.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

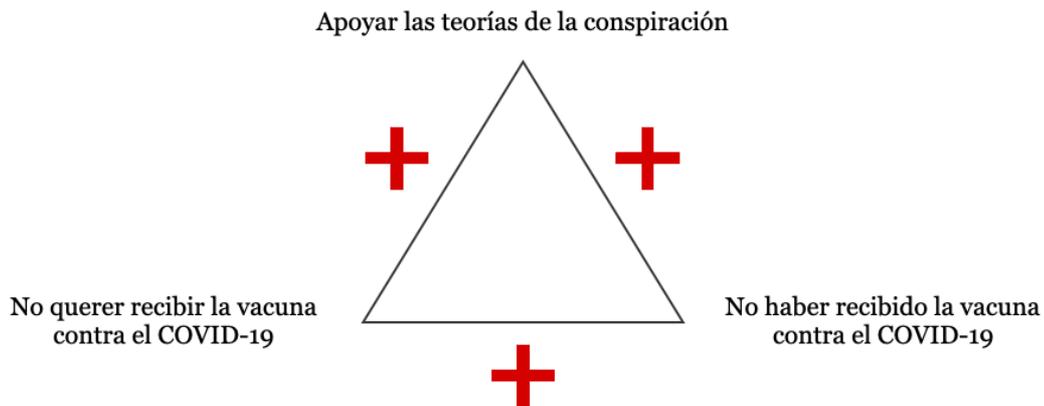


Figura 9. Representación de la relación entre el apoyo a las teorías de la conspiración, la voluntad de vacunarse contra el COVID-19 y haber recibido o no la vacuna, en la población estadounidense entrevistada.

---

A continuación, se observa que más participantes caucásicos de lo esperado por azar respondieron que consideran que viven en una sociedad polarizada (valor  $p$  del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ). El grupo étnico tiene un impacto moderado sobre la opinión acerca de la polarización social. Esta opinión también está influida por la experiencia de miedo, ya que un mayor número de personas entrevistadas que reportaron haber sentido miedo durante la pandemia que lo esperado por azar respondieron observar que viven en una sociedad polarizada (valor  $p$  de la Chi cuadrado  $< 0,05$ ). La magnitud de esta relación es pequeña. Las Tabla 47 y Tabla 48 muestran información más detallada de estos resultados.

Opinión sobre la polarización social estadounidense		Grupo étnico				
		Afroamericano	Asiático	Caucásico	Hispano	Total
<b>Sí</b>	Recuento	10	1	41	3	55
	Recuento esperado	12	2,4	36,7	4	
	Residuo ajustado	-1,4	-2	2,8	-1,1	
<b>No</b>	Recuento	5	2	5	2	14
	Recuento esperado	3	0,6	9,3	1	
	Residuo ajustado	1,4	2	-2,8	1,1	
<b>Total</b>	Recuento	15	3	46	5	69
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		9,293*				
<b>Phi</b>		0,367* (IC 95% 0,641 - 0,192; EE 0,116)				
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,367* (IC 95% 0,641 - 0,192; EE 0,116)				
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,345* (IC 95% 0,540 - 0,189; EE 0,091)				

Tabla 47. Tabla cruzada entre la opinión sobre la polarización de la sociedad estadounidense del/la participante y su grupo étnico.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Opinión sobre la polarización social estadounidense		
		Sí	No	Total
<b>Ha tenido miedo</b>	Recuento	33	4	37
	Recuento esperado	29,5	7,5	
	Residuo ajustado	2,1	-2,1	
<b>No ha tenido miedo</b>	Recuento	22	10	32
	Recuento esperado	25,5	6,5	
	Residuo ajustado	-2,1	2,1	
<b>Total</b>	Recuento	55	14	69
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		4,432*		
<b>Phi</b>		0,253* (IC95% 0,466 - 0,014; EE 0,115)		
<b>V de Cramer</b>		0,253* (IC95% 0,466 - 0,030; EE 0,110)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,246* (IC95% 0,422 - 0,030; EE 0,100)		

Tabla 48. Tabla cruzada entre la opinión sobre la polarización de la sociedad estadounidense y haber experimentado miedo o no durante la pandemia.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Por último, la disconformidad con las decisiones del gobierno y el tipo de entorno también resultaron estar relacionadas en los análisis. Se hallaron más personas procedentes de regiones urbanas y suburbanas que informaron de que habrían tomado decisiones diferentes en caso de haber estado en el gobierno de lo que cabría esperar si estas variables fueran independientes. Tanto las personas que contestaron percibir las medidas demasiado estrictas, como aquellas que respondieron percibirlas demasiado relajadas, contestaron en mayor proporción que, si hubiera estado en su mano, habrían implementado medidas diferentes. Estas variables presentan un efecto alto entre ellas. Las Tabla 49 y Tabla 50 recogen información más detallada de estos análisis.

Hubieran implementado diferentes regulaciones		Tipo de entorno			
		Rural	Suburbano	Urbano	Total
<b>Sí</b>	Recuento	11	13	17	41
	Recuento esperado	17,2	11,2	12,6	
	Residuo ajustado	-3,4	1,1	2,6	
<b>No sabe</b>	Recuento	1	0	0	1
	Recuento esperado	0,4	0,3	0,3	
	Residuo ajustado	1,2	-0,6	-0,7	
<b>No</b>	Recuento	14	4	2	20
	Recuento esperado	8,4	5,5	6,1	
	Residuo ajustado	3,1	-0,9	-2,4	
<b>Total</b>	Recuento	26	17	19	62
<b>Test exacto de Fisher</b>		12,199*			
<b>Phi</b>		0,447* (IC95% 0,654 - 0,251; EE 0,105)			
<b>V de Cramer</b>		0,316* (IC95% 0,586 - 0,195; EE 0,097)			
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,408* (IC95% 0,547 - 0,244; EE 0,079)			

Tabla 49. Tabla cruzada entre el tipo de entorno del/la participante y su postura sobre, en caso de haber estado en el gobierno, si hubieran o no implementado diferentes regulaciones.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Hubieran implementado diferentes regulaciones		Percepción de estrictez de las medidas			
		Demasiado estrictas	Apropiadas	Demasiado laxas	Total
<b>Sí</b>	Recuento	13	0	9	22
	Recuento esperado	11,8	2,5	7,6	
	Residuo ajustado	1,3	-4,3	1,6	
<b>No</b>	Recuento	1	3	0	4
	Recuento esperado	2,2	0,5	1,4	
	Residuo ajustado	-1,3	4,3	-1,6	
<b>Total</b>	Recuento	14	3	9	26
<b>Test exacto de Fisher</b>		11,672**			
<b>D de Somer</b>		0,403* (IC95% 0,724 - -0,110; EE 0,208)			

Tabla 50. Tabla cruzada sobre la percepción sobre la estrictez de las medidas del gobierno estadounidense contra el COVID-19 del/la participante y su postura sobre si, en caso de haber estado en el gobierno, hubieran o no implementado diferentes regulaciones.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Ni el género, ni la edad demostraron determinar ninguna otra variable de la muestra. Tampoco lo hizo la percepción, o no, de acceso fácil y asequible a atención sanitaria.

### ***Temas, subtemas y testimonios de la pandemia en Estados Unidos.***

Se identifican 10 temas y 11 subtemas a lo largo de las entrevistas, expuestos en las Tabla 51. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 77 entrevistas en la costa este de Estados Unidos, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

<b>Tema 1</b>	<b>Experiencia de la pandemia</b>	<b>77</b>
	Adversidad	45
	No adversidad	32
<b>Tema 2</b>	<b>Vacunación contra COVID-19</b>	<b>76</b>
	Han recibido la vacuna	58
Subtema 2.1	No han recibido la vacuna	18
	Generalización a raíz de experiencias personales	6
	Seguidor/a de teorías de conspiración	5
	Miedo de efectos a largo plazo	4
	Poco tiempo de desarrollo	4
	Derecho a decisión propia	4
	Desconfianza	3
	No creen en las vacunas	3
	Indiferencia	2
	Miedo a las agujas	2
	Voluntad de vacunarse contra el COVID-19	74
	Sí	39
	Indiferente	2
	No	33
<b>Tema 3</b>	<b>Epidemiología percibida</b>	<b>77</b>
	Ha tenido COVID-19	42
	Leve	29
	Moderado	9
	Severo	3
	No ha tenido COVID-19	35
	Incidencia percibida	77
	Alta	62
	Baja	15
	Mortalidad percibida	77
	Alta	12
	Baja	19
	Nula	46
<b>Tema 4</b>	<b>Acceso al sistema sanitario</b>	<b>70</b>
Subtema 4.1	Con seguro sanitario	63
	Lo consideran no asequible	7
	Sin seguro	7
Subtema 4.2	Medicina tradicional	4
<b>Tema 5</b>	<b>Experiencia de miedo</b>	<b>77</b>
	Ha tenido miedo	42
	Por su propia salud	20
	Incertidumbre	18
	Por la salud de otras personas	11
	No ha tenido miedo	35
	Apoyo a través de la religión	8
	Por el cumplimiento de las medidas preventivas	3
	Miedo colectivo	13
<b>Tema 6</b>	<b>Impacto del COVID-19 en la psicología de la población</b>	<b>67</b>
	Sí	56
	Impacto emocional	26
	Cambio en las relaciones sociales	18
	Impacto en la salud mental	8
	Cambio en las prioridades	7
	Cambio en la ideología política	4
	No sabe	2
	No	9
<b>Tema 7</b>	<b>Opinión sobre la polarización de la sociedad estadounidense</b>	<b>69</b>
Subtema 7.1	Sí	55
	Empeorada por la pandemia	47
	No empeorada por la pandemia	8
	No	14
Subtema 7.2	Politización	38
	Explícita	24
	Implícita	27

Tabla 51. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 77 entrevistas en la costa este de Estados Unidos, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

<b>Tema 8</b>		<b>Medidas del gobierno</b>	
Subtema 8.1	Medidas preventivas contra el COVID-19		36
	Impacto económico		19
	Recomendaciones de confinamiento domiciliario		11
	Cierre de espacios públicos		9
	Impacto en la educación		5
	Restricciones sociales		4
	Uso de mascarillas		4
	Desinfección de alimentos		4
	Higiene de manos		2
Subtema 8.2	Percepción de estrictez		27
	Demasiado estrictas		15
	Apropiadas		3
	Demasiado laxas		9
Subtema 8.3	Hubieran implementado diferentes medidas		41
	Información más fiable y actualizada		10
	Medidas menos estrictas		9
	Respetar la libertad de decisión		9
	Medidas más estrictas		8
	Promoción del colectivismo		4
	Aumentar las ayudas económicas		2
Subtema 8.4	No hubieran implementado diferentes medidas		20
	"Hicieron lo que pudieron"		3
	Apoyo al gobierno de Trump		2
<b>Tema 9</b>		<b>Teorías de la conspiración</b>	
		<b>71</b>	
Subtema 9.1	A favor		15
	Relacionadas con China		9
	<i>Plandemia</i>		5
	Control de la sobrepoblación		4
	Relacionadas con el gobierno estadounidense		3
	Chip en la vacuna		2
	Arma biológica		2
	Experimento social		2
	No las conocen		2
	En contra		54
	Prevalencia en EEUU		63
	Alta		51
	Baja		9
	Desconocido		3
Subtema 9.2	Origen		47
	Redes sociales, internet		18
	Relacionadas con la ideología política		17
	Desinformación		11
	Falta de contraste de información		10
	Necesidad de apoyo psicológico		10
	Sesgo de confirmación		8
	Prevalentes en zonas aisladas		4
	Polarización		3
<b>Tema 10</b>		<b>Peor aspecto de la pandemia</b>	
		<b>65</b>	
	Los fallecimientos		22
	El impacto en la economía		11
	El aislamiento social		8
	Asumir las restricciones		7
	La polarización		5
	El impacto en la educación		4
	El miedo		3
	El aumento en la criminalidad		2
	El impacto en la salud mental		2
	El individualismo		2
	La desconfianza en la ciencia		2

Tabla 52. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 77 entrevistas en la costa este de Estados Unidos, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

## **Tema 1: Experiencia de la pandemia**

De las 77 personas entrevistadas, 45 (58,44%) reportaron haber vivido tiempos adversos durante la pandemia.

Al hablar sobre la adversidad, 19 personas centraron su discurso en el impacto económico que la pandemia estaba teniendo, sobre todo enfocándose en los efectos sobre los negocios, las pérdidas de empleo y la pérdida de poder adquisitivo por recibir salarios insuficientes. Una persona que trabaja en hostelería comentó que, antes de la pandemia, el local completaba su aforo tanto entre semana, como en fin de semana, pero que después de la crisis, apenas alcanzaban la mitad de los ingresos mensuales que solían tener en el pasado. Un participante proveniente de una región rural expresó que tuvieron problemas con la cadena de suministro, pero que ellos, al ser una economía basada en la agricultura, pudieron seguir trabajando, y por lo tanto, no vieron severamente afectada su economía habitual. Tres personas expresaron haber sentido alivio cuando el gobierno emitió los “*stimulus check*”, unas ayudas económicas para la población en situación de desempleo afectada por la pandemia.

Once personas mencionaron las medidas preventivas del gobierno, estudiadas en mayor profundidad en el [Subtema 8.1](#).

En cinco ocasiones se expuso que la adversidad percibida estaba relacionada con la preocupación por el efecto de la pandemia sobre la educación.

El impacto emocional del aislamiento fue un aspecto destacado por tres participantes.

Tres personas mostraron preocupación por percibir un aumento del individualismo generalizado durante la pandemia, y otras dos manifestaron notar un aumento en la división de la sociedad. Una de ellas, en concreto, atestiguó una importante división entre estudiantes de instituto, en dos grupos: a favor y en contra de las medidas preventivas y la vacunación; y expresó una gran preocupación por esta división. Otra persona entrevistada criticaba que había percibido a su alrededor, en una región rural, una actitud altamente individualista, ya que la población no se preocupó por la pandemia, ni se respetaron las medidas de prevención, hasta que alguien del entorno familiar se contagiaba. Sólo en ese caso, la persona en cuestión prestaba atención a las medidas preventivas. Un ejemplo de esta actitud es el testimonio de otro/a participante, dueño/a de una tienda, expresó que mientras

él/ella y su familia estuvieran bien, el resto no le importaba; y otro/a participante expresó que, como podía trabajar desde casa, le parecía como si la pandemia estuviera ocurriendo en otro lugar. En contra de este individualismo, una persona entrevistada comentó que le parecía que todo el mundo en su entorno (suburbano) aceptó y siguió las recomendaciones.

En una ocasión, al explorar la adversidad que había vivido, la persona entrevistada expuso su preocupación por haber sentido que su capacidad de decisión personal había sido mermada, y mostró indignación, ya que la considera parte de los valores fundamentales de su nación, expresando un potente sentimiento patriótico.

*Para la gente como yo, que conocíamos el COVID-19 pero aun así elegíamos tomar nuestro propio riesgo, se estaba volviendo un poco... Ya no tenías libertad. Era como estar en la cárcel. Y el hecho de que hubiera respuestas perjudiciales para las empresas que elegían tomar sus propias decisiones me pareció terrible. Siendo alguien que nació y creció en Estados Unidos, creo que va en contra de mucho de lo que decimos que son los fundamentos de Estados Unidos. Yo soy libre de hacer lo que quiera.*

Una persona comentó que la pandemia le resultó “*francamente aburrida*”. Expuso su resignación por no poder acudir a los locales de ocio nocturno, afirmando, en tono sarcástico, que “*al parecer, el COVID-19 salía a partir de las 10pm*”.

Otro/a participante, quien expresó que no había percibido adversidad durante la pandemia, achacó la posible percepción de adversidad a la debilidad mental o emocional de la población, comentando que “*quien lo pasó mal fue porque se permitió a sí mismo/a pasarlo mal.*”

Dentro las personas que informaron no haber vivido adversidad, cinco comentaron haberse beneficiado de la pandemia. Una de ellas manifestó que había visto un aumento en las ventas en su negocio, ya que las restricciones de viajes internacionales habían atraído el turismo local.

*Durante casi un año, ni siquiera había tráfico. Todo era mucho más barato.*

Una persona que trabaja en la docencia expresó:

*A mí personalmente me parece que esto [la pandemia] me vino bien. Me gusta enseñar online, y me gusta estar en casa. Y después de hacerlo [teletrabajar] durante un par de meses, me di cuenta de que estaba mucho más centrado/a.*

Un/a ciudadano/a de una región urbana comentó:

*La ciudad, se volvió increíblemente silenciosa. Soy introvertido/a. Me gustaba esa tranquilidad. La naturaleza tomó protagonismo.*

Otro/a habitante de una urbe expresó, en la misma línea:

*Yo diría que mi pareja y yo somos bastante introvertidos. Así que fue divertido. De alguna manera, echo de menos la pandemia. La tranquilidad, el silencio...*

En contra de esta apreciación por la tranquilidad en el entorno urbano, un/a participante expresaba con pesar que *“la pandemia fue una de las peores cosas que se ha vivido aquí (ciudad), las calles estaban vacías”*.

Otro participante que comentó haberse beneficiado de la pandemia, expuso:

*Corría todas las mañanas en el parque. Mi experiencia fue positiva porque no tenía que trabajar. Me pagaban por ello, así que en realidad no fue negativo.*

## **Tema 2: Vacunación contra el COVID-19**

Todos los y las participantes que expresaron voluntad de vacunarse habían recibido la inmunización. De las 58 personas que estaban vacunadas contra el coronavirus, 15 lo hicieron en contra de su voluntad, bien por conservar sus empleos, impulsados por la preocupación de un/a familiar o para poder viajar, y dos expresaron indiferencia. Dos participantes expresaron haberse vacunado a pesar de tener miedo a las agujas, razón por la cual, en principio, no querían recibir la inmunización.

Tres personas comentaron que consideraba importante vacunarse, como acto de responsabilidad personal, para proteger a los demás, especialmente, a la población de alto riesgo.

Una persona manifestó que se había sentido juzgado/a por decidir no vacunarse, que sus familiares le recriminaron que “estaba matando a gente”, pero que, con el tiempo, se descubrió que las vacunas no impiden contraer la enfermedad, así que no funcionan, por lo que considera que tenía razón al no vacunarse, ya que no hubiera cambiado nada.

### **Subtema 2.1: Motivos para rechazar la vacunación**

De las 18 personas que no se vacunaron, dos expresaron no haberla recibido por “pereza” o “por no considerarla importante”. Seis mostraron una actitud adversa a la vacunación a raíz de extraer conclusiones generales de experiencias particulares.

Se entrevistó a una persona que reportó haber recibido formación en microbiología. Este/a participante mencionó que nunca había visto un virus respiratorio generando los síntomas que causa el SARS-CoV-2. Esta persona expresó:

*Intentan convencernos de que la vacuna es como cualquier otra vacuna. Esto es más que una vacuna. Esto no es como cualquier otra vacuna. Es una cierta proteína. Es un organismo vivo atenuado, inactivado o es un trozo de proteína. Esta es la primera vez que va al núcleo de las células. Entra en el núcleo y rastrea la maquinaria de la célula. [...]*

*Conozco a algunas personas que nunca han tenido una enfermedad grave en su vida. Y de repente, después de la vacuna, tienen la sangre espesa y están en el hospital con anticoagulantes.*

Varias de estas personas comentaron que conocían gente que había tenido la enfermedad después de haber recibido la vacunación. Otros testimonios en la misma línea fueron:

*Conozco a una mujer que se vacunó... Y un amigo mío muy cercano, que se vacunó también... ninguno de ellos está ya con nosotros. Ambos murieron a los tres meses de la vacunación.*

*Mi amigo se vacunó un par de meses después de tener COVID-19. Luego tuvo síntomas mucho peores, porque lo reintrodujo en su sistema y su cuerpo no se había curado completamente. Y mi compañero ha tenido un vecino que murió dos días después de vacunarse. Sí, así que tengo suficientes historias para no confiar en ello.*

*Conozco a un par de personas que se vacunaron y aun así cogieron COVID y se pusieron muy mal. Yo terminé cogiendo COVID y ni siquiera me puse tan mal como ellos.*

Una persona que trabaja en una ambulancia expresó:

*Ha habido gente con efectos neurológicos después de la inyección aquí en nuestra compañía. Un compañero desarrolló parálisis de Bell, que es una enfermedad debilitante. Te paraliza medio cuerpo. Alrededor de una semana, ni siquiera una semana después de la inyección. Todo el lado derecho de su cuerpo se paralizó. Y esto ha sido hace casi un año. Todavía está mal. Su cara se cae, su ojo... Todo en el lado izquierdo de su cuerpo. No sólo causa efectos neurológicos. Ha habido múltiples personas con efectos en el corazón y con coágulos en la sangre. Creo que la vacuna es dañina.*

Tres participantes, dos de ellos/as pertenecientes a la comunidad Amish, comentaron que no creían en las vacunas, sino que confiaban en la capacidad del propio organismo de generar inmunidad de forma natural. Además, uno/a de estos/as participantes expresó que considera que las empresas farmacéuticas “inyectan algo” en la vacuna, que genera efectos secundarios, para los cuales, posteriormente, venden sus productos. En esta línea, una persona comentó que le resultaba muy complicado no tener una mala impresión de la industria farmacéutica, sabiendo “*lo que hizo Pfizer en África*”. Otro/a participante, en este caso afroamericano/a, mencionó la misma desconfianza hacia la industria farmacéutica y el gobierno estadounidense, por haber experimentado en el pasado empleando población afroamericana como sujetos, sin su consentimiento. Comentó que “*América es tan culpable o más de los crímenes que reporta en otros países*”.

Cinco personas expresaron apoyar teorías de la conspiración, que son estudiadas en mayor profundidad en el [Subtema 9.1](#), razón por la cual no se vacunaron.

*Creo que el gobierno tiene una agenda para matarnos a todos. Y creo que la vacuna está diseñada para ayudar con el control de la población.*

*Es un arma biológica. ¿El chip de la vacuna? El gobierno está detrás de eso.*

Otra persona comentó que la gente no sabe que se emplean “células de fetos abortados” en el desarrollo de las vacunas contra el COVID-19 y que él/ella no se quería vacunar porque estaba en contra del aborto. Mencionaba que él/ella había investigado mucho sobre esto, y que le preocupaba que la gente no le prestara atención. “*They don’t do their research*”. Comentó que, para poder realizar actividades de su vida diaria, precisó una objeción de conciencia a la vacunación, por motivos religiosos. El argumento de que “el resto no se informa”, se ha repetido tanto en discursos pro-vacunación, como anti-vacunación.

Una de las personas, en este caso seguidor/a de las teorías de conspiración, expresó que las personas que se vacunan lo hacen “engañadas”, y que no contrastan la información que reciben de las autoridades. Expuso lo siguiente:

*No creo en la vacuna. Para empezar, no es una vacuna. No hay virus vivos en la inyección. Eso es un hecho. Así que, aunque la gente lo llame una vacuna, no es una vacuna. Tengo mi propia experiencia personal. He investigado mucho y eso no es una vacuna. No tiene virus vivos. Es un mRNA. Se adhiere a las células de tu cuerpo. Se usa para eso.*

Cuatro personas manifestaron miedo por los posibles efectos a largo plazo y otras cuatro compartieron la creencia de que el tiempo de desarrollo de la vacuna había sido demasiado escaso.

*No quiero que experimenten en mí.*

*Acabo de leer que van a ofrecer vacunas para bebés de hasta seis meses. Y creo que eso es un pecado. No tienen ni idea de lo que esta vacuna hace a estos niños a largo plazo.*

Otros/as tres participantes hicieron alusión al derecho de decisión propia sobre su cuerpo. La percepción de que el gobierno no debería “obligar” a la población a vacunarse fue repetida en varias ocasiones al hablar sobre las medidas implementadas en el país, explicadas en más detalle en el [Tema 8](#).

*No considero que debería nadie obligarme a recibir la vacuna.*

*No deberían obligar a los/as niños/as a vacunarse, en los colegios. ¿Qué les están diciendo para convencerles? ¿Que están evitando que sus abuelos/as mueran, o algo así?*

Tres participantes expresaron abiertamente no confiar en la vacunación, sin aportar más detalles.

Una persona comentó que percibía mucha libertad por parte de *los/as antivax* para expresar su opinión, sin ser sometidos/as a ninguna crítica o juicio.

### **Tema 3: Epidemiología percibida**

42 (54,54%) personas de las 77 entrevistadas ha padecido COVID-19 en algún momento, 29 de ellas en su forma leve, 9 manifestaron síntomas moderados y 3 reportaron haber atravesado síntomas severos, aunque ninguna de ellas precisó ser hospitalizada.

El 80,52% de la muestra (n 62) respondió conocer a mucha gente a su alrededor que ha tenido COVID-19, mientras que 15 personas expresaron conocer personalmente a pocas personas que han padecido la enfermedad.

En cuanto a la mortalidad percibida, 46 (59,74%) de las 77 personas entrevistadas manifestaron no conocer personalmente a nadie que hubiera fallecido por el COVID-19, 19 personas expresaron que pocas personas a su alrededor habían perecido por esta infección; y 12 participantes reportaron conocer personalmente a un gran número de personas que fallecieron a causa del COVID-19.

#### **Tema 4: Acceso al sistema sanitario**

##### **Subtema 4.1: El seguro sanitario**

63 personas de las 77 entrevistadas confirmaron que tenían un acceso fácil a atención sanitaria, aunque 7 de ellas expresaron que no lo consideraban asequible. Un/a participante comentó que pagaba \$200 a la semana por su seguro sanitario, otra persona reportó pagar \$500 al mes, y afirmó:

*Sacrificas lo que sea para poder tener un seguro sanitario para tu familia*

Un/a participante, joven, informó de que, en Estados Unidos, cuando se cumplen 26 años, se deja de estar cubierto por el seguro de salud de su padre o madre. Esta persona dejó de tener seguro sanitario cuando cumplió esta edad.

Se entrevistó a una persona que trabajó en la primera línea contra el COVID-19 cuando debutó, sin seguro sanitario. Expresó que se sentía afortunado/a por no haber contraído la enfermedad, en aquel entonces, porque, de haber precisado hospitalización, habría tenido que costársela de forma privada.

Los/as dos participantes Amish informaron de que, en caso de caer enfermos/as, no acudirían al hospital, pues creen en la medicina tradicional y en la propia capacidad del organismo para sanarse.

Otras siete personas no tenían seguro sanitario en el momento de la entrevista. Una de ellas comentó que había trabajado muchos años a tiempo parcial, en la educación, y que a veces había sido candidata (*eligible*) para tener seguro sanitario, pero otras veces no. Cuando el COVID-19 debutó, no tenía seguro sanitario. Otra persona no-asegurada expresó que a él/ella en particular no le preocupaba, porque hacía ejercicio físico a menudo y se cuidaba, pero consideraba que el acceso a atención sanitaria debería ser universal.

#### Subtema 4.1: La medicina tradicional

Cuatro participantes mencionaron remedios tradicionales. Una persona explicó que no le había pasado nada durante la pandemia porque hacía sopas de cebolla y ajo, y té con limón, jengibre y pimienta negra. Expresó que, si caía enfermo/a, empleaba ese remedio, sin comer ningún alimento sólido, y la enfermedad remitía.

### **Tema 5: Miedo**

42 participantes reportaron haber experimentado miedo durante la pandemia, 20 de ellos por su propia salud, 18 por la incertidumbre ante lo desconocido y 11 por la salud de otras personas; mientras que 25 participantes informaron no haber tenido miedo en ningún momento. Ocho de ellos/as matizaron que se apoyaban psicológicamente en la religión para evitar tener miedo, y otros/as tres comentaron que cumplir las medidas preventivas les tranquilizaba.

Una persona explicó que las redes sociales le habían ayudado a no sentirse desconectado/a de la sociedad, y le supusieron una fuente de apoyo para lidiar el miedo y la ansiedad por la incertidumbre.

*Me apoyé en las redes sociales. Hablé con mucha gente en las redes sociales, en Facebook, Instagram, Twitter... y me ayudó mucho, porque me hizo sentir que todavía formaba parte de todo.*

En el contexto de una alta preocupación por la salud de las personas de alto riesgo, las redes sociales y los avances tecnológicos también fueron empleados por una comunidad de menonitas, para dar misa online.

Una persona expresó que había sentido un aumento de ansiedad al estar expuesta a la sobreinformación en los medios, por lo que decidió mantenerse al margen de las fuentes de información.

Otro/a participante, seguidor/a de las teorías de conspiración, expresó:

*Mi principal temor eran las personas implicadas en la vacunación y la información médica que se estaba divulgando. Porque me parecen individuos desviados.*

Trece personas mencionaron haber notado que “todo el mundo” tenía miedo, a su alrededor; es decir, una experiencia de miedo colectivo. En tres ocasiones, las personas entrevistadas mencionaron que, a raíz de la pandemia, habían percibido que, si alguien tosía o estornudaba en público, se le miraba con desconfianza. Explorando las experiencias de miedo colectivo, en repetidas ocasiones se comentó que la gente compraba en grandes cantidades en el supermercado, movidos por el pánico (*panic buying*) y desinfectaban la compra una vez llegados al domicilio. Se recogieron cuatro testimonios de participantes que realizaban esta práctica, así como de personas que la consideraban excesiva.

### **Tema 6: El impacto de la pandemia en la psicología de la población**

De las 67 personas que expresaron su opinión acerca del posible impacto de la crisis del COVID-19 sobre la psicología de la población, 56 consideran que, sí, la pandemia ha impactado en el carácter de la gente; mientras que nueve personas expresaron que veían la psicología de la población en su entorno igual antes y después de la crisis, y otras dos contestaron que no sabían. La polarización de la sociedad fue

una respuesta recibida en varias ocasiones ante la pregunta sobre el impacto de la pandemia, pero se analiza en el [Subtema 7.1](#).

Una persona expresó:

*La forma en la que el gobierno lo manejó, haciendo que la gente se quedara en casa, tuvo más impacto en la gente que el propio virus.*

Los principales efectos de la pandemia sobre el carácter de la gente reportados fueron el impacto emocional (n 26), alteraciones en las dinámicas relacionales o sociales (n 18), un empeoramiento de la salud mental (n 8) y cambios en las prioridades personales (n 7), así como en la ideología política (n 4). Un/a participante informó que había notado un aumento en el abuso de drogas o sustancias ilegales en su entorno. Comentaba que había sido la forma de la gente a su alrededor de lidiar con el estrés de la pandemia.

*El miedo cambia a la gente.*

En cuanto al impacto emocional, las personas entrevistadas reportaron repetidamente notar a la gente más enfadada, irritable, frustrada o con mayor miedo, en general. Una persona expresó que había percibido una “gran falta de conexión entre las personas”, con lo que coincidía otro/a participante, que reportaba sentir a la gente, en general, mucho más distante.

*El COVID-19 creó una cultura del miedo.*

Referente a las relaciones sociales, se reportaron testimonios optimistas y pesimistas. Por una parte, tres personas comentaron que percibían en la gente a su alrededor mayor inclinación a abrirse, a hablar con extraños, a salir de la zona de confort, motivada, probablemente, por una mayor apreciación hacia las relaciones sociales tras las órdenes de distanciamiento social. Se reportó en varias ocasiones que la gente apreciaba más pasar tiempo con sus seres queridos. Por otra parte, seis participantes expresaron una visión antagónica, afirmando que notaban que la gente tiene más miedo de relacionarse con otras personas, o incluso desconfianza, reportando sentir un aumento de la introversión general y mayor resistencia a salir de los hogares y socializar como antes de la pandemia. Tres personas comentaron que notaban la sociedad a su alrededor más individualista, asociando ese individualismo con la resistencia por parte de ciertas personas a cumplir las medidas preventivas, como el uso de mascarillas o el mantenimiento de la distancia social, ya que expresan, que, al no cumplir estas medidas, ponen en peligro al resto de la población, con tal de mantener sus preferencias. Otro/a participante manifestó que había percibido tanto un aumento del colectivismo en la gente que había trabajado unida contra el coronavirus, como un aumento del individualismo en las personas que priorizaron sus preferencias personales sobre el bien común.

Una persona expresó su preocupación hacia la población infantil y adolescente, que había sufrido la prohibición de acudir al centro escolar, impactando sobre la capacidad de socializar en etapas tan tempranas como decisivas.

Un/a participante expresó que él/ella creció en una granja, donde sus vecinos y vecinas eran siempre bienvenidos, y afirmaba que la desconfianza entre las personas le resultaba chocante.

*Todos somos vecinos. No importa. Si vienes a cenar, ponemos un plato más en la mesa. Y nunca ha importa de dónde seas o lo que hagas. Mientras no nos robes o nos hagas daño, eres bienvenido/a. Nunca nos ha separado nada, hasta la pandemia. Ahora la gente mira con desconfianza al de al lado.*

La ansiedad y la depresión fueron los cuadros de salud mental más mentados en las entrevistas. Las y los participantes reportaban un aumento de estas patologías a su alrededor. En dos ocasiones se mencionó también una mayor tasa de suicidios y en una, un aumento de la fricción o tensión dentro de los núcleos familiares, favoreciendo la violencia intrafamiliar.

En cuanto a los cambios en las prioridades personales, las siete personas que mencionaron este aspecto reflexionaron sobre cómo la pandemia había favorecido que la gente priorice tiempo en familia o perseguir sus hobbies por encima de los deberes u obligaciones.

En cuanto a la dimensión sociopolítica, una persona expresó que había percibido mucho racismo y crueldad hacia la población asiática, y otro/a participante coincidía, informando también de un aumento de la desconfianza de cara al gobierno.

## **Tema 7: Polarización de la sociedad estadounidense y politización de la pandemia**

### **Subtema 7.1: Polarización y pandemia**

55 de las 69 personas que expresaron su opinión acerca de la polarización de la sociedad estadounidense consideran que, efectivamente, es una sociedad en la que la población se posiciona en los extremos, en lugar de en una escala de grises. De estas 55 personas, 47 consideran que la pandemia agravó la polarización, mientras que otras 8 personas expresaron que la veían igual antes y después de la crisis del coronavirus.

*Escucho conversaciones sobre temas controvertidos y nadie habla de una manera que indique que tienen una disposición a escuchar.*

Coincidiendo con este mensaje, otra persona manifestó:

*Realmente pienso que la gente es muy rígida en sus opiniones.*

Explorando el concepto de polarización, reflexionando sobre la tendencia de la población a posicionarse en los extremos, un/a participante expresó:

*En los últimos 10 años, he sido testigo de cómo se ha convertido en un mundo en blanco y negro. La gente está dispuesta a atacar a los demás sin comprobar los hechos.*

En cuanto al papel de la pandemia en esta polarización, se recogieron testimonios tales como:

*El COVID-19 volvió a la gente en contra de la gente.*

*No entiendo por qué nos peleamos. Si quieres vacunarte, vacúnate. Si no, no.*

Hubo dos personas que expusieron que no tenían claro si la pandemia agravó la polarización, o, por el contrario, el hecho de que la sociedad estadounidense fuera una sociedad altamente polarizada implicó que la crisis del coronavirus tuviera un desarrollo más turbulento y un impacto mayor que lo esperado, en una sociedad menos tendente a los extremos.

*Cómo ha sido aquí el COVID-19 sólo es otro síntoma de la polarización.*

*Si no hubiéramos tenido esta sociedad polarizada, no habríamos tenido toda la desinformación y todas las trifulcas sobre lo que deberíamos hacer...*

La persona que expresó esta última reflexión comentó que ojalá la esfera política dejase de intentar acaparar poder para sí mismos y se preocupasen por la gente. Comentó que se necesitaban dirigentes con un enfoque más colectivista, pero no albergaba la esperanza de que ese cambio fuera a ocurrir pronto.

Una persona compartió que:

*Tras el COVID-19, hay menos contención de cara a expresar pensamientos y sentimientos “en crudo”, sin haber reflexionado mucho sobre ellos.*

Un ejemplo de la polarización generada por el COVID-19, recogido durante las entrevistas, es el uso de las mascarillas. Tal y como ha sido mencionado [anteriormente](#), tres participantes criticaron que la no-adherencia al uso de las mascarillas suponía poner en peligro al resto de la comunidad, siendo éste un ejercicio de individualismo. Una de las personas entrevistada, que afirmó que él/ella nunca se había puesto una mascarilla, informó de que sintió estigma por parte de la población hacía sí, por no llevar la mascarilla puesta. Exponía que él/ella estaba en su derecho de elegir libremente sobre su cuerpo, y nadie era quien para obligarle a llevar la mascarilla. Otro/a participante comentó, en la misma línea, que percibía que la gente hablaba de los/as no-vacunados/as (*the unvaccinated*) como si fueran “una casta de gente que debería ser odiada por estar asumiendo riesgos sobre la salud de los/as demás”. Otro ejemplo de la polarización agravada por la pandemia es la vacunación,

analizada en el [Tema 2](#). No solo se han recogido testimonios de personas vacunadas y no vacunadas, sino que se han recogido críticas de ambos grupos, recíprocamente.

Un/a participante comentó:

*Las personas vacunadas y los/as no-vacunados (the unvaccinated) parece que no pueden ser amigos. El COVID-19 es como un gran muro entre todos nosotros.*

Y otra persona expresó:

*Hay un gran contraste entre los vacunados y los no vacunados y hay pros y contras para cada grupo, pero se ha convertido en una mentalidad de nosotros contra ellos, desafortunadamente.*

Enmarcando esta polarización, una persona comentó:

*Creo que hay mucha polarización entre dos grupos masivos. Tenemos una imaginación muy diferente sobre la **libertad**.*

Otro/a participante expresó:

*Es como vivir en una película de ciencia ficción, ¿no crees?*

Una persona argumentó a favor de una menor polarización y un aumento del colectivismo, expresando que el coronavirus unió a la gente y ejemplificándolo

mediante la “hora de los aplausos” (*the clapping hour*), en la que la gente salía a los balcones a aplaudir a los/as trabajadores/as sanitarios/as. En esta línea, otro/a participante comentó que consideraba que, aunque hay gente en los extremos, la mayor parte de la sociedad tiende a posicionarse en una escala de grises.

### Subtema 7.2: Politización explícita o implícita

*La salud no debería ser una cuestión política.*

Un/a participante expresó que el hecho de que la polarización de la sociedad había sido agravada por la pandemia podía apreciarse en las elecciones del 2020.

Durante las entrevistas, se recogieron testimonios que afirmaban explícitamente que la pandemia se politizó, lo cual denominamos “politización explícita”, así como ejemplos de esta politización dentro del propio discurso del/la participante, cuando se emitían comentarios políticos de forma espontánea, al ser preguntados por el coronavirus, lo cual denominamos “politización implícita”.

Un total de 24 personas confirmaron explícitamente que consideraban que la pandemia había sido politizada, mientras que 27 personas emitieron algún comentario político en sus discursos (politización implícita).

Algunos ejemplos de politización explícita fueron:

*Pero veo que la gente de las zonas más rurales es mucho más escéptica respecto a las políticas aplicadas por el gobierno. Yo diría que aquí [región rural] a la mayoría de la gente no le importaba nada. Mucha gente diría que todo se está exagerando, que no hay cifras exactas y que todo es para promover una agenda política. Esta versión la he oído muchas veces: que todo esto es una agenda política. Mucha gente utiliza la palabra plandemia. [...] Son escépticos ante la autoridad, escépticos ante el gobierno. Y no les gusta que les impongan parámetros desde fuera.*

*Tomaron las decisiones que tomaron con fines políticos. Un asunto de salud pública nunca debería haberse convertido en una cuestión política.*

Se pudo registrar una politización implícita en los discursos de varias personas, en comentarios tales como:

*Según ciertas ideologías [la derecha conservadora], [el coronavirus] no era real. Eso es lo que más me preocupaba porque sentía que si todos estuviéramos en sincronía y al unísono, hubiéramos contenido más rápido el COVID-19...*

*La polarización comenzó con Trump, pero el COVID-19 la empeoró.*

Esta opinión fue expresada por más de una persona. En concreto, cinco participantes diferentes expresaron de forma espontánea esta relación entre D. Trump y la polarización de la sociedad estadounidense.

Se recogieron algunos ejemplos de ambos tipos de politización en la misma oración, provenientes de personas con distintas ideologías políticas, de hecho.

*La politización de la pandemia fue causada por el presidente más disruptivo de la historia de este país [D. Trump]. Un señor fascinante (tono sarcástico).*

*En Estados Unidos, la pandemia no fue ni siquiera una cuestión humana o de salud pública. Fue simplemente una cuestión política, sobre todo para la derecha (the right wing).*

*Joe Biden ha empeorado la polarización, diciendo que, si no estás vacunado/a, las personas que mueren son tu responsabilidad. Creo que se ha vuelto “nosotros contra ellos”. Te ponen la línea aquí y si estás en este lado, eres genial, pero si estás en el otro lado, no te queremos.*

Catorce personas emitieron comentarios contra China, su gobierno y/o su población, a lo largo de las entrevistas.

## **Tema 8: Las regulaciones del gobierno de Estados Unidos contra el COVID-19**

### **Subtema 8.1: Medidas preventivas**

36 personas explicaron distintas medidas que había implementado el gobierno estadounidense en la crisis del coronavirus, tales como las recomendaciones de confinamiento domiciliario (*stay-at-home recommendations*) (n 11), el cierre de espacios públicos (n 9), el cierre de centros educativos (n 5), las limitaciones de actividades sociales (n 4), el uso de las mascarillas (n 4), la recomendación de desinfección de alimentos (n 4) y el lavado frecuente de manos (n 2). 19 personas comentaron el impacto que habían tenido estas medidas sobre la economía, centrandolo en los negocios personales, mayoritariamente.

### **Subtema 8.2: Percepción de estrictez**

15 de las 27 personas que compartieron su opinión sobre la estrictez de las medidas expresaron que fueron demasiado estrictas, en contra de las 9 personas que afirmaron que fueron demasiado laxas. Tres participantes comentaron estar de acuerdo con las medidas que se tomaron.

*Yo no estaba muy contento/a con la forma en que Trump lo manejó [la pandemia]. No se tomó en serio. Y creo que, si se lo hubiera tomado en serio desde el principio, la situación habría mejorado mucho antes.*

### Subtema 8.3: Disconformidad

41 participantes expresaron que, en caso de haber participado de la toma de decisiones durante la pandemia, ellos/as hubieran implementado diferentes regulaciones.

Diez de estas personas abogaron por una mejor gestión de la información emitida, explicando que hubieran difundido información más fiable, basada en la evidencia científica, actualizada y/o transparente. Una persona expresó que hubiera promovido la vacunación desde el principio, confiando en los expertos, en lugar de emitir información contradictoria. En esta línea, se recogieron varios testimonios:

*Al principio recomendaron [el gobierno] no emplear mascarillas. No seguían las recomendaciones científicas. Y luego, gracias a eso, las mascarillas se convirtieron en una cuestión política.*

*Al principio de la pandemia, todos los días había alguna recomendación descabellada relacionada con el COVID, incluyendo lo que debíamos beber o no [referencia a las declaraciones de D.Trump sobre beber lejía para combatir el coronavirus].*

*Por una parte, tenías al experto, Dr. Fauci, aportando recomendaciones y, por otra, tenías a Trump diciendo “el científico no tiene ni idea”. No tuvieron el cuidado que debían haber tenido con la información que se difundía. Yo hubiera puesto más atención en no difundir desinformación, como lo de beber lejía, sino recomendaciones basadas en la evidencia científica.*

Nueve participantes informaron de la necesidad de respetar la libertad de decisión propia, no forzando a la población a recibir la vacunación o a cerrar sus negocios.

*Yo no hubiera forzado a la gente a vacunarse para poder hacer su vida normal.*

*Esta nación siempre ha sido un país libre. Siempre se ha fomentado que tomes tus propias decisiones. Nadie tiene que decirme qué tengo que hacer. No se podía salir de casa, había que llevar la mascarilla, la obligación de vacunarse... Tienes que hacer esto, lo otro... Así no es como funciona Estados Unidos.*

Otros/as nueve participantes expusieron que hubieran sido necesarias medidas menos estrictas, no imponiendo confinamientos domiciliarios, cierres de negocios, el uso de mascarillas o medidas de distanciamiento social.

*Tomaron a personas sanas y las hicieron quedarse en casa. En mi opinión, debilitaron sus sistemas inmunológicos.*

*Las mascarillas, lo único que consiguieron fue que la gente se pusiera más enferma, no dejando que crearan inmunidad de forma natural. Incluso ahora mismo, simplemente respirando, estamos creando inmunidad natural.*

*Las mascarillas, la distancia social, el cierre de negocios... no creo que contribuyese a mejorar la situación en ningún aspecto. Generó separación entre las personas, que es lo que ellos [el gobierno] querían. Querían hacer que nos temamos entre nosotros, que tengamos miedo de conectar entre nosotros.*

Al contrario que éstos, ocho personas contestaron que hubieran implementado medidas más estrictas. Dos de ellas comentaron que hubieran cerrado los comercios antes de lo que se hizo. Otros comentarios en esta línea fueron:

*Deberían haberlo cerrado todo, como hicieron en China.*

*Deberíamos enviar equipos a todas las ciudades y pueblos, vacunando a todas las personas, tanto si quieren, como si no. Pero esto no funcionaría en Estados Unidos.*

Cuatro participantes expusieron la necesidad de haber promovido el colectivismo de una manera más activa, así como evitar la polarización social y la politización de una emergencia sanitaria.

*No debería importar quién se lleve el mérito, sino que la preocupación principal debería haber sido que la población estadounidense esté segura.*

Un/a participante comentó que hubiera procurado responder de una manera más coordinada y rápida. Coincidiendo con esto, tres personas expresaron que se hubieran apresurado más para responder contra el coronavirus, dado que en China y Europa debutó antes que en Estados Unidos, y, consideran que se podría haber prestado atención con anterioridad, de cara a poder anticiparse a la crisis.

Dos personas mencionaron que hubieran mantenido las ayudas económicas más tiempo.

Una persona expresó que “*si hubieran querido erradicar el COVID-19, habrían tenido que promover una alimentación sana y basada en productos basados en plantas*”.

#### Subtema 8.4: Conformidad

Veinte participantes informaron de que, de haber estado en el gobierno, ellos/as no hubieran tomado decisiones distintas de las que se implementaron.

Tres personas respondieron que, teniendo la información que se tenía en aquel entonces, consideraban que el gobierno *hizo lo que pudo*, y otras dos personas manifestaron apoyar la gestión de Donald Trump.

Un/a participante, perteneciente a la comunidad de los menonitas, informó de que, durante un período de tiempo, la iglesia estuvo cerrada y decidieron realizar misas por internet, con el fin de proteger a toda la comunidad, ya que percibían la gravedad de la situación.

#### **Tema 9: Teorías de la conspiración**

De las y los 71 participantes que expresaron su opinión sobre las teorías de la conspiración, 15 las apoyaban, 54 se oponían a ellas y 2 mostraron no conocerlas. 63

personas emitieron su opinión acerca de la cantidad de seguidores/as de estas teorías en Estados Unidos, de las cuales 51 refirieron percibir una alta prevalencia de personas que asumen estas narrativas, mientras que 9 contestaron que esta población suponía una minoría.

Tanto entre las y los seguidores de teorías de la conspiración, como entre las y los detractores de las mismas, se ha repetido en varias ocasiones el argumento que expresa que el “otro bando” no investiga, no lee o no contrasta la información que recibe, sino que la asumen sin más explicación.

Un/a seguidor/a de teorías de la conspiración expresó:

*Parte del experimento social es que la gente no sabe qué creer. Todos sabemos leer, pero a algunos les da pereza investigar. Les han enseñado a seguir al rebaño, como ovejas. Pero yo no soy así. Yo, por desgracia, tuve una educación que me enseñó a pensar fuera de lo establecido [“to think outside the box”].*

Mientras que una persona contraria a estas teorías expresaba:

*La gente trata de justificar las teorías de la conspiración a su manera, en lugar de observar los hechos.*

#### Subtema 9.1: Principales narrativas

Registramos nueve testimonios que responsabilizaban a China de la pandemia, exponiendo que había sido un plan intencionado por parte del gobierno de esta nación. En esta misma línea, otras cinco personas emplearon el término “plandemia”.

*China quiere controlar Estados Unidos a través de TikTok [una red social].*

*Se sabe, a ciencia cierta, que el virus se filtró desde un laboratorio en China, y hay un interés particular detrás de todo eso. El gobierno chino quiere tomar Estados Unidos, y la gente no hace nada para evitarlo. Siguen la corriente como ovejas. Vemos gente todavía caminando con mascarillas. ¿Qué saben ellos? Las mascarillas no hacen nada. Es una forma de controlarnos.*

*Creo que vino de un laboratorio en China. Fue una guerra biológica.*

*Creo que fue un virus hecho por el ser humano. Si quieres controlar a la gente, utiliza el miedo, funciona muy bien. No deberían haber dejado entrar a gente de China en este país.*

*El origen del COVID-19 es bastante obvio. Es China. Trabajaron en el coronavirus en un laboratorio y lo sacaron de ahí. El gobierno tuvo mucho que ver con que la propagación fuera tan rápida, porque tenían el código genético descifrado. Algunos científicos en China también tenían el código genético descifrado, pero el gobierno no permitió que se publicara, para no admitir que estaban involucrados en ello.*

Cuatro participantes manifestaron considerar que la pandemia fue un medio para controlar la sobrepoblación.

*El gobierno mundial lo liberó a la atmósfera. Está diseñado para matarnos a todos y controlar la población.*

Tres personas expresaron que el gobierno estadounidense estaba detrás de la crisis del coronavirus. Otras dos afirmaron estar convencidos/as de que la vacuna contra el COVID-19 contenía un chip.

*Creo que China sacó el virus y nuestro gobierno [el estadounidense] tenía un plan. Nuestro gobierno trabajó con China para sacarlo. Todo tuvo que ver con la política ese año, con las elecciones. Los demócratas pusieron el virus ahí, ya era conocida su relación mano a mano con China, desde antes. El gobierno también está detrás de forzar a la gente a vacunarse.*

Por último, otras dos personas comentaron que la pandemia había sido un experimento social a gran escala.

*Creo que la pandemia fue un experimento social en el que no quise participar. Pero supongo que tomé parte en el experimento igualmente. Las cosas que he leído... Hay un gobierno global más oscuro que está involucrado en la pandemia. Creo que fue planeado.*

*El virus fue muy bien planeado. Es esencialmente un experimento social gigante. Para ver cómo reaccionaría la gente en una época de miedo y esas cosas. Cada vez es más obvio que los que hablan en contra de esa narrativa están siendo silenciados y la gente se pregunta por qué.*

*Aquí está pasando algo. Y creo que más y más gente está viendo que a medida que la narrativa de los medios de comunicación está siendo desafiada por personas en las plataformas sociales, más gente está siendo silenciada, porque hay una narrativa de la que los medios de comunicación nos quieren convencer.*

### *Subtema 9.2: Origen de las teorías de la conspiración*

*Los seguidores de las conspiraciones tienen un miedo irracional a perder su sentido de la libertad.*

47 personas expresaron algún tipo de hipótesis sobre los posibles fundamentos de estas narrativas. Las redes sociales e internet fueron la explicación que 18 personas le dieron al hecho de que emerjan estas teorías.

*Si quieres que la gente crea en algo, ponlo en vídeo y súbelo a las redes sociales.*

*Internet, Twitter, Reddit, Instagram, Facebook... Elige el que quieras, están en todas partes.*

*En esta época tecnológica, con internet y las redes sociales, es muy fácil maquillar la realidad para que parezca que diga lo que quieres que diga. Ha llegado a un punto que es hasta peligroso.*

17 personas las achacaron a la ideología política, concretamente, a la derecha conservadora.

*Hay muchos rojos conservadores por esta zona, que creen en ese tipo de conspiraciones.*

Diez personas explican estas teorías mediante la desinformación o una falta de contraste de la información que reciben los/as seguidores/as de estas teorías.

*La gente en las redes sociales se cree lo que aparece en uno o dos posts, sin investigar más en profundidad, ni entender los detalles.*

*Escuchan una parte pequeña de la información, la absorben y sacan conclusiones más allá de lo lógico.*

*Creo que, en Estados Unidos, con la libertad de expresión que tenemos, mucha gente se posiciona en los extremos o se al lado radical, sobre el tema de que el gobierno controle sus cuerpos. Vi mucha desinformación. Escuché a mucha gente con esas narrativas, especialmente en el sur. Sí, especialmente en el sur no estaban de acuerdo con cualquier cosa que el CDC [Centro de Control de Enfermedades] recomendaba.*

Otras diez personas mencionaron que la gente que sigue estas teorías lo hace como herramienta de apoyo psicológico.

*Creo que mucha gente trata de encontrar maneras de sentirse mejor por haber perdido unas elecciones o porque las cosas no van como ellos quieren, y creo que Donald Trump ha facilitado mucho eso. Creo que Donald Trump es una gran parte de la causa de que haya tantas teorías de conspiración aquí.*

*La gente necesita algo a lo que agarrarse, algo para sentirse validados/as.*

*La gente no contrasta la información antes de creérsela y transmitirla. No están preparados para la verdad.*

*Necesitan una distracción, algo en lo que pensar.*

*La gente necesita algo en lo que creer, algo que les aporte una perspectiva de que hay algo ulterior en la vida, más allá de lo cotidiano de las cosas. Creen que les da como un estatus de privilegio, una sensación de “oh, sé algo que tú no sabes, mi tercer ojo está abierto...” o algo así.*

*Los conspiranólicos son neuróticos. Se sienten marginados/as y necesitan algo que les haga sentirse empoderados.*

*La gente que cree en las conspiraciones lo hace por miedo, por no sentirse en control de la situación. Creo que buscan una razón por la que pasó, porque es más fácil culpar a alguien que simplemente aceptar las cosas y asumir la pandemia.*

*La gente necesita distraerse del hecho de que no tienen la potestad de tener un impacto a escala global. No pueden asumir que, con poder tener un pequeño efecto en tu comunidad, quizás es suficiente. Necesitan sentir que poseen información privilegiada y que podrían tener un efecto en el mundo entero.*

Una persona explicó que percibía que ciertas facciones de su comunidad no se habían sentido escuchadas, históricamente, y que las narrativas de la conspiración suponían la herramienta a través de la cual validaban esa frustración.

Ocho personas explicaron un sesgo de confirmación, según el cual se selecciona la información a la que se da valor o credibilidad en la medida en la que concuerda con asunciones previamente establecidas, y justifican la prevalencia de estas teorías a través de este sesgo.

*No quieren creen en la ciencia. ¿Qué le vamos a hacer?*

*La gente va a creer en lo que quieran creer.*

*Si repites algo un número suficiente de veces, lo conviertes en cierto.*

*La gente cree en lo que les beneficia. Si no quieren llevar una mascarilla, se convencen de que no es necesaria, o de que es todo un complot, y así justifican su decisión.*

*[los/as seguidores/es de las conspiraciones] Rechazarían cualquier afirmación o realidad que ponga en tela de juicio su sistema de creencias.*

Cuatro personas comentaron que las teorías de la conspiración son más prevalentes en áreas más aisladas, generalmente rurales, ya que carecen de apertura y contacto con narrativas y realidades diversas a las suyas.

Tres participantes asociaron las narrativas de la conspiración con el aumento de la polarización y politización, analizado en el [Tema 7](#).

*Los políticos han lavado el cerebro de la población. Ahora la gente se “enamora” de un candidato y asume su discurso sin más explicación, sea el que sea.*

*Trump ha favorecido que crezcan las teorías de la conspiración.*

*Van a creer lo que su facción política opine.*

*La división en la sociedad hace que la gente sea más vulnerable a las teorías de la conspiración.*

*Trump ha difundido el mensaje de “no creas en los medios de comunicación, no escuches a hechos que no beneficien tus creencias”. Es más fácil creer que las cosas son falsas, que asumir la verdad.*

*En Texas o Florida hay más conspiraciones, apoyan a Trump.*

Una persona comentó que la gente ya no se guarda su opinión para sí, sin importar lo radical o extremista que sea. Explicaba que “hacen mucho ruido”, como forma de comunicar que esta población siente la necesidad de expresar su opinión de una manera extremadamente asertiva (*they are very loud*). Como hallazgo casual, conduciendo por una carretera regional del estado de Maryland, hacia una región

rural, la investigadora encontró en un arcén un cartel hecho a mano, en el que se leía “*China controls Biden.*”



Fotografía 1. "China controls Biden" en una carretera regional del estado de Maryland.

Fotografía tomada por Raquel García Plaza. Noviembre 2022.

## **Tema 10: El peor aspecto de la pandemia**

“¿Cuál considera usted que ha sido el peor aspecto de la pandemia?” fue la pregunta a través de la cual se exploró la dimensión que mayor impacto ha causado en la población entrevistada.

De las 65 personas que respondieron, 22 comentaron que lo peor de la pandemia fueron los fallecimientos, 11 expresaron que los efectos de la crisis en la economía había sido el aspecto más complicado del coronavirus, centrandose sus discursos en las pérdidas de empleo y los cierres de los negocios; 8 mencionaron el aislamiento o la distancia social y otros 7 respondieron que lo peor fue la asunción de las restricciones, bien por la incomodidad de usar mascarillas, por la limitación del ocio o por el puro hecho de estar restringidos. Las siguientes respuestas, en orden de frecuencia, fueron: la polarización (n 5), el impacto en la educación (n 4), el miedo (n 3), el aumento de la criminalidad (n 2), el impacto en la salud mental (n 2), el individualismo (n 2) y la desconfianza de cierta parte de la población en la ciencia (n 2).

*Lo peor fue estar restringido/a. Perdimos nuestra libertad.*

Una persona expresó:

*Lo peor fue que destruyeron [China] lo que estaba funcionando, por fin, en Estados Unidos; es decir, el gobierno de Trump.*

Otro/a participante comentó que lo peor, en su opinión, fue el tiempo que la gente perdió. Afirmaba que parecía que el tiempo se había detenido, durante dos años, pero esos dos años ya no iban a volver.

*Puedes recuperar dinero o cambiar de trabajo, pero el tiempo no lo recuperas jamás.*

Una persona comentó:

*Lo peor fue la incredulidad. Cuando la pandemia debutó, me di cuenta de que, a pesar de que la gente estaba muriendo, o cayendo enfermos, algunas personas en la sociedad no creían que existe. Los humanos elegimos lo que creemos. No puedes forzarles a creer algo, por evidente que sea, si va en contra de su sistema de creencias.*

Tres personas comentaron que lo peor de la pandemia fueron las muertes que se podrían haber evitado, si se hubiera prestado la atención necesaria desde el principio de la crisis.

Otro/a participante expresó:

*Lo peor fue atestiguar que la gente no se preocupa por la salud de los demás.*

Una persona añadía:

*Lo peor fue perder el sentido de “comunidad”.*

Un/a participante expresaba que lo que consideraba el peor aspecto de la pandemia era la “falta de reflexión”.

*Me gustaría ver de aquí a diez años, si hemos aprendido algo de esta situación, pero me da la sensación de que no es así.*

#### **5.2.4 La frontera suecodanesa**

Se entrevistaron a 40 personas en la región del Øresund. 20 participantes fueron daneses/as y otros/as 20, suecos/as. Se entrevistó a 20 personas en áreas rurales (10 en Dinamarca, y 10 en Suecia) y a otras 20 en las principales ciudades de Skåne y Sealand (10 en Malmö y otras 10 en Copenhague).

En el estudio, participaron 22 hombres y 18 mujeres. 11 personas tenían entre 18 y 30 años de edad, otras 11, entre 31 y 50; otras 13 entre 51 y 70; y cinco personas mayores de 71 años respondieron la entrevista. La edad media de los y las participantes fue de 46,88 años (rango 80 – 18; DE 18,83 años) El 100% de los y las participantes habían recibido la vacunación completa contra el COVID-19. Todas las personas entrevistadas reportaron tener un acceso fácil y asequible a la atención sanitaria. Esta información se recoge en la Tabla 53.

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Proporción (%)</b>
<b>Género</b>		
<b>Hombre</b>	22	55
<b>Mujer</b>	18	45
<b>Edad</b>		
<b>18 - 30</b>	11	27,5
<b>31-50</b>	11	27,5
<b>51-70</b>	13	32,5
<b>&gt;71</b>	5	12,5
<b>Entorno</b>		
<b>Urbano</b>	20	50
<b>Rural</b>	20	50
<b>País</b>		
<b>Suecia</b>	20	50
<b>Dinamarca</b>	20	50
<b>Vacunación contra COVID-19</b>		
<b>Recibida</b>	40	100
<b>No recibida</b>	0	0

Tabla 53. Información de las personas participantes en las 40 entrevistas realizadas en la región fronteriza sueco-danesa del Øresund.

La duración de las entrevistas fue de 08:01 minutos de media (rango 16:04 – 03:31; DE 03:11 minutos).

En la Tabla 59. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 40 entrevistas realizadas en la región fronteriza sueco-danesa de Øresund, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

se agrupan cualitativa y cuantitativamente las respuestas por temas y subtemas y se plasma el número de participantes que respondió cada uno de ellos.

### ***¿Qué factores determinaron la experiencia de la pandemia a ambos lados de la frontera de Øresund?***

En primer lugar, se describió que haber padecido COVID-19 o no determinó la percepción de la incidencia de la patología en el entorno. Las personas que padecieron COVID-19 en algún momento tendían a responder que conocían a mucha gente a su alrededor que había pasado la enfermedad (valor p del test exacto de Fisher < 0,05). El efecto de estas variables entre sí es moderado. No sólo haber padecido la enfermedad influye en la experiencia de la pandemia, sino que también lo hace la severidad del cuadro sintomático. Las personas que padecieron formas leves de la infección reportaron no haber vivido adversidad durante la pandemia en un mayor número del esperado por azar (valor p del test exacto de Fisher < 0,05). El efecto de la relación entre estas variables es alto (D de Somer > 0,5). Estos resultados se muestran en las Tabla 54 y Tabla 55.

		<b>Incidencia de COVID-19 percibida en el entorno cercano</b>		
		<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	<b>Total</b>
<b>Ha tenido COVID-19</b>	Recuento	2	24	26
	Recuento esperado	4,6	21,5	
	Residuo ajustado	-2,2	2,2	
<b>No ha tenido COVID-19</b>	Recuento	5	9	14
	Recuento esperado	2,4	22,5	
	Residuo ajustado	2,2	-2,2	
<b>Total</b>	Recuento	7	33	40
<b>Test exacto de Fisher</b>		4,949*		
<b>Phi</b>		-0,352* (IC 95% 0,000 - -0,649; EE 0,165)		
<b>V de Cramer</b>		0,352* (IC 95% 0,649 - 0,040; EE 0,156)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,332* (IC 95% 0,544 - 0,040; EE 0,130)		

Tabla 54. Tabla cruzada entre haber padecido COVID-19 o no por parte del/la participante y su percepción sobre la incidencia de COVID-19 en su entorno.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

		Severidad de la infección por COVID-19			
		Leve	Moderada	Severa	Total
<b>Describen adversidad</b>	Recuento	3	6	1	10
	Recuento esperado	6,2	2,5	0,4	
	Residuo ajustado	-2,6	2,2	-1,3	
<b>No describen adversidad</b>	Recuento	13	3	0	16
	Recuento esperado	9,8	5,5	0,4	
	Residuo ajustado	2,6	-2,2	1,3	
<b>Total</b>	Recuento	16	9	1	26
<b>Test exacto de Fisher</b>		6,948*			
<b>D de Somer</b>		0,517* (IC 95% 0,825 - 0,159; EE 0,166)			

Tabla 55. Tabla cruzada entre la severidad del cuadro de COVID-19 padecido por el/la participante y su experiencia o no de adversidad durante la pandemia.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

En segundo lugar, se reporta que ninguna de las variables relacionadas con la actuación del gobierno en Dinamarca mostró asociaciones estadísticamente significativas con otras variables. No obstante, la opinión sobre la estrictez del gobierno sueco por parte de la población de Suecia influyó en la noción del impacto psicológico de la pandemia. De las personas que perciben que la pandemia ha impactado en la sociedad, un número mayor del esperado por azar reportaron que consideraban las medidas del gobierno sueco demasiado laxas (valor  $p$  del test exacto de Fisher  $< 0,05$ ). Estas variables tienen un efecto moderado entre sí ( $0,3 > D$  de Somer  $> 0,5$ ). Se reflejan estos resultados en la Tabla 56. Asimismo, se describe una correlación inversa entre la percepción de la estrictez de las medidas de este gobierno y la severidad de los síntomas de las personas que han padecido el COVID-19 (Rho de Spearman  $-0,609$ , valor  $p < 0,05$ , IC 95%  $-0,876 - -0,167$ ; EE  $0,180$ ).

Opinión sobre la estrictez de las regulaciones del gobierno sueco		Impacto de la pandemia en la población		
		Sí	No	Total
<b>Demasiado laxas</b>	Recuento	7	0	7
	Recuento esperado	5,3	2,7	
	Residuo ajustado	2,7	-2,7	
<b>Apropiadas</b>	Recuento	3	6	9
	Recuento esperado	5,5	3,5	
	Residuo ajustado	-2,4	2,4	
<b>Demasiado estrictas</b>	Recuento	1	1	2
	Recuento esperado	1,2	0,8	
	Residuo ajustado	-0,3	0,3	
<b>Total</b>	Recuento	11	7	18
<b>Test exacto de Fisher</b>		7,740*		
<b>D de Somer</b>		0,442* (IC 95% 0,852 - -0,050; EE 0,238)		

Tabla 56. Tabla cruzada entre la opinión sobre la estrictez de las regulaciones del gobierno sueco por parte de los/as participantes suecos/as entrevistados/as y su percepción sobre el impacto de la pandemia en la población de Suecia.

Nivel de significación estadística: \*valor  $p < 0,05$ ; \*\*valor  $p < 0,01$ ; \*\*\*valor  $p < 0,001$ . IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

Por último, se muestra que el género determinó la experiencia de miedo durante la pandemia, no así el tipo de entorno del/la participante, ni la edad. Las mujeres entrevistadas reportaron haber sentido miedo durante la pandemia en un número superior al esperado por azar, si estas variables fueran independientes (valor  $p$  de la Chi cuadrado  $< 0,05$ ). Consecuentemente, más hombres respondieron no haber tenido miedo, que lo esperado. La relación entre estas variables muestra una magnitud alta (V de Cramer, Phi y Coeficiente de contingencia  $> 0,5$ ). Esta información se amplía en la Tabla 57.

		<b>Género</b>		
		<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Ha tenido miedo</b>	Recuento	15	5	20
	Recuento esperado	9	11	
	Residuo ajustado	3,8	-3,8	
<b>No ha tenido miedo</b>	Recuento	3	17	20
	Recuento esperado	9	11	
	Residuo ajustado	-3,8	3,8	
<b>Total</b>	Recuento	18	22	40
<b>Valor de Chi-cuadrado</b>		14,545***		
<b>Phi</b>		-0,603*** (IC 95% -0,833 - -0,313; EE 0,129)		
<b>V de Cramer</b>		0,603*** (IC 95% -0,833 - -0,313; EE 0,129)		
<b>Coefficiente de contingencia</b>		0,516*** (IC 95% 0,640 - 0,299; EE 0,085)		

Tabla 57. Tabla cruzada entre el género del/la participante y su experiencia de miedo durante la pandemia.

Nivel de significación estadística: \*valor p <0,05; \*\*valor p <0,01; \*\*\*valor p <0,001. IC = Intervalo de Confianza. EE = Error estándar.

### ***Temas, subtemas y testimonios de la pandemia en Skåne, Suecia y Sealand, Dinamarca.***

Se identifican 9 temas y 3 subtemas a lo largo de las entrevistas, recogidos en las Tabla 59. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 40 entrevistas realizadas en la región fronteriza sueco-danesa de Øresund, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

<b>Tema 1</b>	<b>Experiencia de la pandemia</b>	<b>40</b>
	Adversidad	17
	No adversidad	23
<b>Tema 2</b>	<b>Vacunación contra el COVID-19</b>	<b>40</b>
	Vacunación recibida	40
	Sí	40
	No	0
	Voluntad de recibir la vacunación	39
	Sí	36
	No	3
<b>Tema 3</b>	<b>Epidemiología percibida</b>	<b>40</b>
	Ha tenido COVID-19	26
	Leve	16
	Moderado	9
	Severo	1
	No ha tenido COVID-19	14
	Incidencia percibida	40
	Alta	33
	Baja	7
	Mortalidad percibida	40
	Alta	2
	Baja	5
	Nula	33
<b>Tema 4</b>	<b>Experiencia de miedo</b>	<b>40</b>
	Ha tenido miedo	20
	Por su propia salud	9
	Por la salud de sus seres queridos	14
	Incertidumbre	5
	Sobreinformación	5
	Miedo colectivo	4
	No ha tenido miedo	20
	Por el cumplimiento de las medidas preventivas	1
<b>Tema 5</b>	<b>Medidas de los gobiernos contra el COVID-19</b>	<b>40</b>
	<i>"Recomendaciones, no obligaciones"</i>	7
Subtema 5.1	Regulaciones obligatorias en Suecia	10
	Límite de aforo en los comercios y lugares de ocio	7
	Restricción de horario en comercios y ocio	5
	Uso de mascarilla en centros sanitarios	2
	Certificado COVID-19 para acceder a algunos espacios	1
	Recomendaciones en Suecia	10
	Respetar distancia interpersonal de 2 metros	6
	Uso de mascarilla en lugares públicos	3
	Limitar la dimensión social	3
	Evitar viajes y el transporte público	2
	Teletrabajar	1
	Percepción de la estrictez de las regulaciones en Suecia	20
	Demasiado estrictas	2
	Apropiadas	10
	Demasiado laxas	8
	Adherencia a las medidas en la población sueca	15
	Alta	13
	Baja	2
Subtema 5.2	Regulaciones obligatorias en Dinamarca	14
	Uso de mascarillas en lugares públicos	8
	Cierre de comercios y lugares de ocio	5
	Certificado COVID-19 para acceder a algunos espacios	2
	Cierre de centros educativos	2
	Recomendaciones en Dinamarca	10
	Limitar la dimensión social	6
	Teletrabajar	2
	Respetar distancia interpersonal de 2 metros	2
	Evitar el transporte público	1
	Percepción de la estrictez de las regulaciones en Dinamarca	20
	Demasiado estrictas	15
	Apropiadas	5
	Demasiado laxas	0
	Adherencia a las medidas en la población danesa	17
	Alta	16
	Baja	1
Subtema 5.3	La frontera del Øresund	16

Tabla 59. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 40 entrevistas realizadas en la región fronteriza sueco-danesa de Øresund, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

<b>Tema 6</b>	<b>Teorías de la conspiración</b>	<b>40</b>
	Seguidor/a de las teorías de la conspiración	40
	No	39
	Sí	1
	Prevalencia de las teorías de la conspiración en su entorno	35
	Alta	2
	Baja	33
	Relacionado con un perfil psicológico	6
	Relación con redes sociales	5
	Relación con Estados Unidos	3
<b>Tema 7</b>	<b>Impacto del COVID-19 en la población</b>	<b>38</b>
	Sí	27
	Mayor concienciación con la salud	14
	Impacto sobre la salud mental	5
	Mayor valor de las relaciones sociales	3
	No	11
<b>Tema 8</b>	<b>Acceso fácil y asequible al sistema sanitario</b>	<b>40</b>
	Sí	40
<b>Tema 9</b>	<b>El peor aspecto de la pandemia</b>	<b>40</b>
	Las restricciones	9
	Aislamiento	9
	Limitaciones sociales	8
	El miedo	4
	La incertidumbre	4
	El impacto económico	3
	La falta de anticipación del gobierno sueco	1
	La matanza de los visones en Dinamarca	1
	El impacto sobre el sistema de salud	1

Tabla 58. Resumen de los temas y subtemas tratados en las 40 entrevistas realizadas en la región fronteriza sueco-danesa de Øresund, y el número de veces que se respondió sobre cada uno.

### **Tema 1: Experiencia de la pandemia**

17 personas reportaron haber adversidad a su alrededor durante la pandemia, mientras que otras 23 expresaron lo contrario.

*Creo que la sensación general es que todo funcionaba con normalidad aquí en Suecia.*

En esta línea, una persona expresó que Suecia pudo mantener sus negocios abiertos porque, al tener una alta tasa de vacunación, el riesgo por la pandemia estaba controlado y se podían permitir no cerrar lugares de ocio. Un/a participante danés/a

comentó que, gracias a que en Dinamarca las medidas fueron más estrictas, para cuando “abrieron”, la mayor parte de la población ya estaba vacunada, por lo que, aunque la incidencia pudiese aumentar, la severidad de los casos y la mortalidad permanecerían bajo control.

Dos participantes comentaron que consideraban que no se tomó lo suficientemente en serio la pandemia desde el principio, exponiendo que, de haber sido al contrario, se hubieran podido prevenir muchos fallecimientos.

Una persona expresó que, en su entorno, un área rural, atestiguó una actitud colectivista, ya que a nadie le gustaba la situación, pero todos y todas cumplían con las medidas, por el bien del resto.

Seis participantes comentaron que habían pasado a trabajar o estudiar en remoto, desde sus domicilios, en la pandemia, y la mitad de ellos/as reportaban que preferían las modalidades en-persona que online, tanto de trabajo, como de estudios.

*Me concentré de más en los estudios y perdí contacto con el mundo exterior. No salía, no comía, no me movía de la silla de mi escritorio.*

Una persona expresó que había atestiguado cierta polarización en la sociedad, ya que veía una parte de la población extremadamente preocupada por la pandemia y otra parte rechazando su impacto.

Un/a participante de Dinamarca comentó que las medidas restrictivas en su país le resultaron estresantes y claustrofóbicas.

Tres personas expresaron que eran conscientes y agradecían que, tanto en Suecia como en Dinamarca, no habían tenido que sufrir un confinamiento estricto, como en otros países, y mencionaban, concretamente, a Italia y España. Otras cuatro personas comentaron haber atravesado tiempos adversos, mayoritariamente a raíz de las restricciones sociales y el aislamiento.

Siete personas mencionaron (17,5%) que la población que peor lo había pasado era la tercera edad, puesto que se hizo mucho hincapié en que no participasen de eventos sociales y se aislasen, por ser de especial alto riesgo. A pesar de esta consideración hacia las personas mayores, cuatro participantes expresaron que la alta mortalidad, en Suecia, en concreto, se debía a la alta prevalencia de personas mayores que habían fallecido, manifestando que era una realidad que se asumió desde el principio.

*Hubo mucha gente mayor que murió... pero iban a haber muerto igualmente.*

*Suecia fue muy criticada por otros países, porque mucha gente murió, pero casi todos los que murieron son gente mayor y tenían enfermedades de base.*

## **Tema 2: Vacunación contra el COVID-19**

Todas las personas que participaron en las entrevistas estaban completamente vacunadas contra el COVID-19. Tres personas respondieron que no querían recibir la vacunación. Uno manifestaba que no consideraba la enfermedad “tan grave” como para necesitar una vacuna, otro/a participante comentó que no consideraba que la necesitase, personalmente, pero quería viajar y el/la último/a expresó que era personal sanitario, así que nunca tuvo una opción real de vacunarse o no, sino que lo hizo por sus pacientes, pero hubiera preferido poder esperar a valorar los efectos a largo plazo de la vacuna, antes de recibirla.

Un/a participante, perteneciente a un grupo de alto riesgo por haber recibido un trasplante de hígado, comentó que conocía a ciertas personas que dudaron si vacunarse o no, por el antecedente del aumento de riesgo de narcolepsia tras la vacunación contra el virus influenza H1N1 en el 2009, en Suecia, pero que él/ella consideraba que los casos de narcolepsia tras esa vacuna eran muy pocos y confiaba en la vacuna contra el coronavirus. Comentó haber sido una de las primeras personas

en recibir la vacunación contra el COVID-19 de Suecia. Especificó que, a pesar de saber de estos hechos, quería recibir la vacunación contra el coronavirus y expresó que, en general, la población sueca confiaba en el gobierno y en las autoridades sanitarias.

### **Tema 3: Epidemiología percibida**

26 de las 40 personas entrevistadas padecieron COVID-19 en algún momento, 16 de los/as cuales sufrieron síntomas leves, 9 moderados y 1 severos. 33 personas reportaron que conocían personalmente a mucha gente que había tenido COVID-19. De las 40 personas que respondieron sobre la mortalidad, 33 informaron no conocer a nadie en sus círculos que hubiera fallecido por la enfermedad, otras 5 comentaron que conocían algún caso de fallecimientos por COVID-19, pero no lo considerarían un gran número, y dos expresaron que mucha gente a su alrededor había perecido por COVID-19.

### **Tema 4: La experiencia de miedo**

La mitad de los y las participantes reportaron haber tenido miedo en algún momento de la pandemia. De estas 20 personas, 14 comentaron que habían temido por sus seres queridos, 9 por su propia salud, la incertidumbre aterró a cinco participantes, otros cinco sufrieron por recibir demasiada información en las noticias, mayoritariamente sobre Italia y España, y cuatro personas reportaron sentir un clima de miedo colectivo.

Una persona mayor, en Dinamarca, expresó:

*No tenía tanto miedo de morir en sí, sino de morir solo/a, como en Italia.*

Un/a participante desarrolló agorafobia, y precisó ponerse bajo tratamiento para la misma, a raíz del aislamiento social.

De las personas que comentaron no haber tenido miedo durante la pandemia, una matizó que el cumplimiento de las medidas preventivas le aportaba tranquilidad.

## **Tema 5: Las medidas de los gobiernos contra el COVID-19**

En ambos países se aplicaron medidas con carácter obligatorio, y recomendaciones, cuyo cumplimiento dependía de la noción de responsabilidad personal de la población. Sin embargo, qué regulaciones eran obligatorias y cuáles eran recomendadas varió entre las naciones. Al consultar la visión de la persona entrevistada sobre las medidas de los gobiernos, la respuesta “ *fueron recomendaciones, no órdenes*” surgió en siete conversaciones.

*Quizás un punto medio entre la estrictez danesa y la laxitud sueca en la pandemia hubiera estado bien.*

### **Subtema 5.1: Suecia**

+ *¿Cómo fueron las medidas del gobierno aquí, en Suecia?*

- *¿Medidas? No hubo ninguna, en realidad.*

Diez personas comentaron medidas que fueron obligatorias, tales como los límites de aforo (7 personas) y horario (5 personas) en los comercios y lugares de ocio, el uso de mascarilla en centros sanitarios (2) y la necesidad de mostrar el certificado COVID-19 para poder acceder a algunos espacios (1).

Otras diez personas hablaron sobre las medidas que no fueron de carácter obligatorio, sino que se expusieron como recomendaciones a la población, tales como respetar la distancia interpersonal (6), usar la mascarilla en lugares públicos (3), limitar la dimensión social (3), evitar viajes y el transporte público (2) y teletrabajar (1), de ser posible.

En cuanto a la estrictez de las medidas, de los/as 20 participantes suecos/as, 10 las consideraron apropiadas, 8 demasiado laxas y 2 demasiado estrictas. De las 15

personas que compartieron su opinión sobre la adherencia de la población a las medidas, 13 expresaron que, en general, la población cumplió con las regulaciones del gobierno. Una narrativa frecuente a lo largo de las entrevistas, tanto en población sueca, como danesa, fue que, al principio, Suecia recibió muchas críticas, tanto dentro del país, como a nivel internacional, por la laxitud de sus regulaciones, pero que, a posteriori, viendo el desarrollo de la pandemia, esas críticas se habían suavizado, llegando a considerar, incluso, que fue la actuación correcta. Se expresó en varias ocasiones, también, que, en el propio momento de tomar las decisiones, no se cuenta con la información que se tiene una vez ha evolucionado la pandemia.

Una persona, propietaria de un comercio local, comentó:

*Yo no he llevado mascarilla en la tienda nunca. Lo pensé alguna vez, y creo que en una ocasión lo intenté, pero se sentía muy raro. Sentía que nos dividía incluso más.*

Y otro/a participante, de Suecia, expresó:

*Yo no hubiera puesto ninguna restricción, de nada. La enfermedad se transmite igual si nos sentamos cuatro en la mesa que si nos sentamos cinco.*

Una persona comentó que consideraba que las regulaciones en Suecia duraron más de lo necesario.

Varias personas suecas expresaron las siguientes ideas:

*Hubo mucha controversia, porque nosotros (Suecia) no fuimos muy estrictos, pero creo que nadie sabe realmente cuál es la opción correcta en esa situación. Cada país tiene que tomar sus decisiones.*

*Nadie sabe qué hubiera pasado si hubiéramos tomado otras decisiones (Suecia).*

Esa misma idea fue expresada por un/a participante de Dinamarca.

*Se habló mucho de cómo lo manejamos en Suecia, se decía que éramos el único país que permaneció abierto. Aquí, nuestra forma funcionó para nosotros. Fuimos menos estrictos que otros países, que no dejaban ni salir de casa.*

*Aunque las restricciones no eran obligatorias, todo el mundo las asumíamos y nos quedábamos en casa, por responsabilidad personal. Aun así, Suecia ganó mala reputación internacional por cómo gestionó la pandemia.*

*Al principio Suecia recibió muchas críticas por seguir abiertos, pero después en 2022, ya no recibimos críticas. Aun así, si vuelve a pasar, tendríamos que estar más preparados y ser más estrictos. Creo que el gobierno hizo muchas cosas muy tarde.*

En esta línea, una persona danesa expresó:

*En Dinamarca, los medios de comunicación reportaban que en Suecia estaban locos, por no cerrar, por no tener regulaciones. Es un poco raro. En mi opinión, es mejor prevenir que curar [it's better to be safe 328is sorry], así que tomamos precauciones de más en Dinamarca. Al principio, cuando no tienes mucha información, tiene sentido. Más adelante, cuando ya se sabía más sobre el virus, llegamos a la conclusión de que igual, la actitud de Suecia, más tranquila, fue una buena idea.”*

Una persona, sueca, expresó que, el hecho de que el gobierno se apoyase tanto en la responsabilidad personal, en lugar de en una obligatoriedad de las regulaciones, dejó mucho espacio para el conflicto, ya que supone un terreno donde la subjetividad toma protagonismo.

*Nos dijeron “Evita viajar para fiestas importantes.” Pero ¿qué significa eso? ¿Qué no viaje, que sólo viaje si la fiesta no es importante...? ¿Qué es exactamente una fiesta “importante”?*

Otro/a participante, de Suecia, comentó que, aunque los mandatos no fueran órdenes, se vivieron como tal. Expresó, también, que no considera que se tomase la situación lo suficientemente en serio y que él/ella no hubiera tenido problema en asumir regulaciones más estrictas.

*Aunque no fueran órdenes, todo el mundo las cumplía. Es como saltarte tu puesto en una fila, no está prohibido por ley, pero no está bien, y no lo haces.*

En la misma línea, otra persona expresó:

*Se daba una imagen de la población sueca en los medios en otros países y en las redes sociales, como si no nos importase nada, y estuviéramos despreocupados, pero en realidad todo el mundo aquí cumplía las medidas preventivas. Si se nos dice que no hay que hacer algo, no lo hacemos. Tenemos una confianza en el gobierno muy alta. Cómo se nos presentó y cómo lo sentimos nosotros fue muy diferente.*

A lo largo de las entrevistas, se identifican dos opiniones opuestas en base a la mortalidad en Suecia. Una parte de las personas entrevistadas expresó que en Suecia la mortalidad había sido muy alta, a raíz de la laxitud de las medidas, mientras que otra parte de los y las participantes comentaba que, a pesar de la laxitud de las regulaciones, la mortalidad en Suecia no había sido tan alta.

Algunos/as participantes de Dinamarca comentaron:

*Después de todo, en Suecia dicen “no ha ido tan mal”, pero mucha gente ha fallecido. La mayoría mayores, que dicen que hubieran fallecido igualmente, pero no creo que sea así. Allí en Suecia han tenido una actitud mucho más laissez faire. También es porque la sociedad sueca es diferente, son más disciplinados que nosotros, los daneses. Y tienen más espacio, tienen más zonas rurales, menos pobladas, así que la propia transmisión del virus es diferente.*

La actitud *laissez faire* que comenta significa “dejar hacer”, es una expresión que significa que la autoridad, líder o, en este caso, el Estado, interviene lo mínimo posible.

*Mucha gente murió de COVID-19 en la primera ola en Suecia, por no haber implantado las medidas a tiempo.*

*En Suecia fueron más relajados, pero murió más gente.*

*Suecia tuvo un enfoque totalmente diferente durante la pandemia. Fueron muy lentos poniendo restricciones. Decidieron aceptar muchas muertes, que se podrían haber evitado si el gobierno hubiera hecho algo a tiempo. En Dinamarca también tuvimos gente que murió, peor no tantos.*

*En Dinamarca pensábamos “a los suecos les da igual que la gente esté muriendo”. Pero esa era su estrategia, decían que la gente iba a morir igualmente, y así, el resto, se inmunizaba, y no había que confinar a toda la sociedad. No fue así en Dinamarca, aunque igual también por eso duró más tiempo aquí.*

Otro/a participante, de Suecia, expresó:

*Después de todo, no diría que tuvimos más casos que otros países. En su momento, viendo a Dinamarca, yo también pensé que igual deberíamos ser más estrictos, pero después, en retrospectiva, viendo que no hubo tanta diferencia, igual nuestro enfoque fue el correcto.*

Al hablar sobre ambas naciones, dos participantes, uno/a de Suecia el/la otro/a, danés/a, expresaron que la diferencia en la gestión de la pandemia por parte de los dos países les había sorprendido, a nivel cultural. Comentaron que, culturalmente, la población danesa es famosa por ser menos estricta o rígida que la sueca. Manifestaron que los/as daneses/as tendían a ser más abiertos y relajados que

la gente en Suecia. Por eso, que las regulaciones en Dinamarca resultaron ser más duras que las suecas, sorprendió a las personas de ambos lados de la frontera.

*Fue una sorpresa para todo el mundo aquí, en Dinamarca, que los suecos lo gestionaran desde un prisma más laxo, porque generalmente los suecos son más estrictos que los daneses. De repente era como el mundo al revés.*

*Es raro que los daneses fueran más estrictos que nosotros (Suecia), porque los daneses suelen ser más laxos, no se preocupan tanto por las reglas, les gusta pasárselo bien. El hecho de que tuvieran restricciones estrictas y cerraran los bares, me sorprendió mucho.*

#### Subtema 5.2: Dinamarca

*Fuimos más estrictos, pero podíamos vivir con ello.*

Catorce personas comentaron las regulaciones que fueron de obligatorio cumplimiento en Dinamarca: el uso de mascarillas en todos los lugares públicos (8), el cierre de comercios y lugares de ocio, como restaurantes, bares o cafeterías (5), la necesidad de mostrar el certificado COVID-19 para acceder a algunos espacios (2) y el cierre de centros educativos (2).

Diez personas hablaron sobre las medidas que fueron expuestas como recomendaciones en Dinamarca: limitar la dimensión social (6), teletrabajar de ser posible (2), respetar la distancia interpersonal de 2 metros (2) y evitar el transporte público (1).

Quince de las veinte personas danesas entrevistadas expresaron que consideraban las medidas demasiado estrictas, mientras que las otras cinco mostraban estar de acuerdo con ellas. De los y las 17 participantes que comentaron su opinión sobre la adherencia de la población danesa a estas regulaciones, 16 afirmaron que toda la población, en general, había cumplido las medidas, fueran obligatorias o no.

*Aquí (Dinamarca) todo el mundo hizo lo que pudo. No nos gustaban las regulaciones, pero las cumplíamos. Creo que, como comunidad, lo manejamos bastante bien en Dinamarca, no murió mucha gente y tuvimos la oportunidad de mirarnos con otros ojos, de valorarnos más entre nosotros.*

Un/a participante manifestó que se empleó con cierta frecuencia el término “*cuidado de la sociedad*” (*care for society*), en el que se expresa que las acciones del individuo afectan al conjunto de la comunidad y, por lo tanto, se recomendaba cumplir con las regulaciones, no sólo por el bien personal, sino como forma de protección y cuidado del resto de personas. Este/a participante expresaba que vivió este concepto de una manera muy tangible.

*Tendemos a hacer lo que se espera de nosotros que hagamos, como sociedad. Sentíamos mucha responsabilidad social, fue como una prueba de responsabilidad para la población danesa. Nos daba pena no poder salir y perdernos eventos, pero también teníamos en mente que era por el bien de la sociedad.*

*No creo que nos hubieran multado si no lo hacíamos, pero todos cumplíamos las regulaciones. Se inventaron un concepto: preocupación por la sociedad. Es como que, si no estoy cumpliendo con esto, no me preocupo por los demás, soy egoísta, no respeto mi comunidad y la gente me va a juzgar por ello.*

Una persona de Dinamarca comentó que quizás su gobierno había sido demasiado estricto, pero que lo habían hecho por proteger a la población, y se sentía agradecido/a por ello. Al contrario que otro/a participante de la misma nacionalidad, quien manifestó que él/ella hubiera sido mucho más laxo en las regulaciones, permitiendo que el virus se transmitiera más libremente y generando inmunidad natural en la población. Otra persona manifestó que la mortalidad había sido menor en Dinamarca porque, para cuando relajaron las medidas, la población ya había recibido la vacunación.

*Aquí, gracias a las regulaciones, la mayor parte de la gente recibió la vacuna antes de coger la infección.*

De entre las personas que consideraban que las medidas en Dinamarca habían sido demasiado estrictas, una manifestó que deberían haber relajado las regulaciones antes, y otra expresó que, al ser un virus transmitido por el aire, la desinfección de superficies no era tan necesaria como se expuso.

### Subtema 5.3: La frontera de Øresund

Dieciséis personas compartieron su opinión acerca de la frontera entre Suecia y Dinamarca. Varias personas entrevistadas trabajaban y vivían en diferentes lados de la frontera, por lo que viajar de un país a otro resultaba, antes de la pandemia, un desplazamiento cotidiano.

*Ni siquiera la consideramos una frontera. Vamos y venimos continuamente.*

Durante la crisis del COVID-19, los transportes a través del puente de Øresund seguían en activo, no obstante, las naciones adoptaron medidas diferentes respecto a

los viajes internacionales. Suecia permitía la entrada de viajeros, mientras que Dinamarca no. Se dio, pues, una situación en la que la población danesa podía viajar a Suecia y experimentar unas restricciones menos estrictas, pero no a la inversa. Esto generó diversidad de opiniones, a ambos lados del puente.

*La gente joven se iba a Suecia para salir de fiesta, volvían y traían el coronavirus.*

*Era muy fácil venir a Suecia, pero no podíamos ir a Dinamarca. Deberíamos haber sido más estrictos con eso.*

*Los daneses venían a Suecia a cortarse el pelo, pero nosotros no podíamos ir a Dinamarca.*

Un/a participante de Dinamarca expresó:

*No sentimos que tengamos una frontera. Conocemos mucha gente que, en pandemia, se iba a Suecia a tomarse un café, a salir, a tener cierta noción de normalidad. Otra gente pensaba “bueno, si tenemos que cumplir estas medidas, vamos a hacerlo bien, porque no nos repercute solo a nosotros, sino a toda nuestra comunidad. Hay que proteger a los demás, a los mayores, a los enfermos...”*

Una persona danesa, habitante en Dinamarca, pero trabajadora en Suecia, comentó que no se desplazó durante el primer año y medio, porque podía teletrabajar, pero que, una vez abrieron la frontera, volvió a desplazarse a Suecia con regularidad.

Narraba que, en tren que cruza el puente de Øresund, todo el mundo se subía con mascarillas en el lado danés, y tan pronto cruzaban la frontera, todas las personas a bordo del tren se quitaban la mascarilla, aunque faltasen aún 20 minutos de viaje para llegar a su destino, como mínimo. Esta persona explicaba que le parecía un sinsentido, pues el virus no entiende del concepto tan rígido de frontera que hemos establecido los seres humanos.

Cuando, avanzada ya la pandemia, se volvió a facilitar el desplazamiento a ambos países, una parte de la población danesa reaccionó con preocupación.

*Nosotros (Dinamarca) teníamos mucha gente sueca viniendo todos los días, y allí no fueron tan estrictos, fueron más abiertos, las restricciones no fueron duras. Solo nos separa un puente, así que estábamos un poco preocupados.*

Las personas de ambos países, en general, reportaron una adhesión alta a las medidas, tanto obligatorias, como recomendadas. Varios/as participantes expresaron que, sabiendo que no podían viajar entre países, ni se informaron sobre la situación en la frontera.

Una persona, originaria de Malmö, Suecia, comentó que, en Skåne, en general y en Malmö, en particular, mucha población viaja más a menudo a Copenhague, en Dinamarca, que a Estocolmo, por la cercanía geográfica y la facilidad de paso entre países. Este/a participante expresó que había crecido sin una noción de frontera como una entidad que divide a los países, sino al contrario. Gran parte de la vida social de esta persona encuestada se desarrollaba en Copenhague, de hecho. Comentó que, en el 2015, cuando se restringieron los desplazamientos entre Suecia y Dinamarca como forma de controlar la crisis de los refugiados, lo vivió como si se le estuviera desposeyendo de sus derechos y manifiesta que sintió lo mismo cuando se cerró la frontera por la crisis del coronavirus.

*Esta (Øresund) es mi región. ¿Cómo vas a impedirme desplazarme por mi región? ¿Y toda la gente que vive y trabaja en lados diferentes de la frontera? ¿O que sus familias están en un lado y viven en el otro? Creo que el gobierno sueco, que está situado muy lejos de aquí, cree que pueden decidir qué hacer con esta frontera sin considerar cómo nos afecta en esta región. Es irrespetuoso.*

Expresó que le constaba que había ocurrido igual en las fronteras con Finlandia y Noruega, y comentaba que, en los países nórdicos se tenía un sentido tanto legal como cultural de unión.

*Todos los países nórdicos decidimos tener fronteras abiertas entre nosotros. Nuestros Estados no funcionan de forma independiente, sino que estamos todos relacionados.*

En esta misma línea, un/a participante de Dinamarca comentó:

*Suecia y Dinamarca son exactamente lo mismo. Somos iguales.*

### **Tema 6: Las teorías de la conspiración**

De las 40 personas entrevistadas, una (2,5%) apoyaba las teorías de la conspiración, y 33 de las 35 personas que compartieron su opinión acerca de la prevalencia de seguidores/as de estas narrativas a su alrededor expresaron que eran más bien una minoría, que no era frecuente en absoluto dar con estas personas.

La persona que apoyaba estas narrativas expresó:

*Crean virus de destrucción masiva, probablemente este (el SARS-CoV-2) sea uno. Creo que hay mucho dinero detrás de todo esto.*

Mientras que otros/as participantes expresaban:

*Estas teorías son divertidas, oyes hablar de ellas, pero más como un chiste o una broma.*

*Es estúpido. La vida es demasiado corta como para desperdiciar un solo segundo en estas teorías. Es importante saber qué ha pasado, científicamente, para que no vuelva a pasar, pero más allá de eso, no tiene sentido culpabilizar y crear historietas estúpidas.*

Durante las conversaciones relacionadas con las teorías de la conspiración, seis personas las relacionaron con algún perfil psicológico en particular, otras cinco las asociaron a redes sociales e internet y tres personas hablaron sobre Estados Unidos y su relación con estas teorías.

Sobre el tipo de perfil psicológico de las personas que apoyan las narrativas de conspiración, algunos comentarios fueron:

*Son para el 5% de las personas que piensan así, que siempre van al contrario que el resto.*

*La gente que apoya esas teorías son un tipo de persona de la que no me suelo fiar. No puedes confiar en ellos.*

*Son raros. Son un tipo de persona en específico, que necesitan buscar problemas en todas partes. Necesitan centrar su atención en algo.*

*Diría que aquí (en Malmö) son muy muy raros, apenas hay. Diría que aquí, en general, la gente es inteligente. Nosotros respetamos a los profesionales sanitarios lo suficiente como para no creer en esas tonterías. Supongo que la gente que sigue estas teorías necesita una herramienta psicológica para asumir una realidad difícil, como que necesitan que haya una razón superior detrás de esto.*

Un/a participante expresó su frustración de cara a la existencia de los grupos de seguidores de estas teorías, a pesar de considerarlos poco frecuentes en su entorno. Comentó que no sabía cómo abordar el problema, cómo conseguir que estas personas confíen en la evidencia científica y, en lugar de apoyar explicaciones rebuscadas, se centren en apoyar a la sociedad como conjunto.

*Si me encuentro con una de estas personas, ¿hay algo que pueda hacer para hacerle cambiar de opinión? ¿Cómo abordamos este problema?*

En cuanto a la relación entre las teorías de la conspiración y las redes sociales e internet, algunos comentarios fueron:

*Sólo me he encontrado conspiranoicos en Facebook.*

*Si te metes en Facebook, parece que están por todas partes, pero en la vida real no es así, apenas hay. Igual hay más en zonas rurales... No sé.*

*Solo los veo en TikTok.*

Las personas que relacionaron las teorías de la conspiración con Estados Unidos comentaron:

*Comparado con EEUU, no creo que tengamos muchos aquí (Suecia), en absoluto.*

*La gente que las sigue (las teorías de la conspiración) está loca. Justo como Mr. Trump.*

*Hay muchos en Estados Unidos... Son mucho más radicales allí.*

Tres personas comentaron que quizás había más personas siguiendo estas narrativas en entornos particulares. Dos expresaron que igual eran más prevalentes en entornos rurales y otra comentó que los encontraba con más frecuencia en

personas de clase media que se relacionaban en entornos clasistas, y mencionó las saunas públicas como ejemplo.

Tres personas de Dinamarca comentaron que, durante la pandemia, emergió un grupo de seguidores de las teorías de la conspiración, llamados los Men In Black, que hicieron varias demostraciones públicas en Copenhague.

*Son raros... Son la gente que se puso en medio de la calle en Copenhague en la pandemia... Son raros.*

*La gente que los apoyaba eran pocos, pero eran ruidosos y orgullosos (they were loud and proud).*

Una persona comentó que percibía que, durante la pandemia, se había vuelto menos “estigmatizado” apoyar estas teorías. Contó que, en Dinamarca, se publicó una serie de documentales, por parte de un famoso periodista danés, en el cual exploraba estas teorías. Expresaba que, por una parte, está bien saber de ellas, pero le preocupaba que, al darles lugar y voz en los medios públicos, de alguna manera se normalizasen esos discursos, quizás favoreciendo que más gente los apoye.

### **Tema 7: El impacto de la pandemia en la psicología de la población sueca y danesa.**

*Hemos vivido un hecho histórico. Cuando nuestros hijos crezcan, les contaremos cómo se vivió la pandemia.*

27 de las 38 personas que expresaron su opinión sobre el impacto de la pandemia en la población afirmaron que sí veían un cambio en la gente. 14 de ellas

expresaron que percibían a las personas más concienciadas sobre la salud, manteniendo más la distancia entre personas, lavándose las manos con más frecuencia que antes o priorizando trabajar desde casa en lugar de en el puesto de trabajo si se presenta algún síntoma, por leve que sea.

*Estaba en el tren, alguien tosió, y me encontré a mí mismo/a pensando “¿qué haces aquí? ¡Vete a casa!”*

Cinco personas expresaron que la pandemia había impactado negativamente sobre la salud mental de la gente y tres más afirmaron que ahora, a raíz de las restricciones, se valoraban más las relaciones sociales que antes.

*Veo más depresión, problemas de autoestima... Sobre todo, en la gente joven. Esos años son muy importantes para socializar.*

*Hay más ansiedad social. Se siente raro estar todos juntos otra vez. Supongo que el teletrabajo lo ha potenciado.*

Un/a participante de Dinamarca expresó:

*Como tuvimos que quedarnos en casa, creo que la gente vivió el COVID-19 de una manera más dura y ahora tienen problemas para asumir que ya está, que ha pasado, y volver a salir a la calle.*

De las 11 personas que reportaron no percibir un cambio en la psicología de la población tras la pandemia, varias comentaron que ya nadie habla del COVID-19, que

es como si hubiera prescrito o nunca hubiera sucedido. Una persona, en concreto, comentó:

*Pensábamos que el COVID-19 iba a cambiarlo todo, que íbamos a ser gente nueva o diferente después de la pandemia, pero creo que todo está más bien igual que antes.*

*En Suecia hemos vivido con normalidad la pandemia, no creo que haya impactado en la población.*

### **Tema 8: El acceso al sistema sanitario**

Todas las personas entrevistadas reportaron tener un acceso a atención sanitaria fácil y asequible. Dos participantes expresaron que consideraban los tiempos de espera para ser atendidos demasiado largos, y uno de ellos/as matizó que, si una persona precisase atención urgente crítica, la recibe, pero que, cuando se trata de la atención de patologías que no suponen una emergencia, el sistema le resulta lento.

### **Tema 9: El peor aspecto de la pandemia**

Nueve personas comentaron que lo peor de la pandemia fueron las restricciones.

*No ser capaces de ver a tus amistades o familiares, no ser capaces de celebrar estar vivos... eso fue lo peor.*

*Lo peor fue no ser capaces de hacer lo que quisieras, que alguien te diga qué puedes o no puedes hacer...*

*Lo más duro fue el cierre del colegio y tener que responsabilizarme yo solo/a de mis estudios. No creo que fuera lo suficientemente mayor como para hacerlo bien.*

Otros/as nueve participantes afirmaron que el peor aspecto de la pandemia fueron las restricciones sociales, y ocho personas más comentaron que fue el aislamiento derivado de éstas.

*Lo peor fue la soledad.*

*Si no se te permite vivir, ¿cuál es el punto de sobrevivir? La gente mayor, por ejemplo. No se les permitía ver a sus familiares, y muchos de ellos ni siquiera sobrevivieron a la pandemia.*

El miedo (4) y la incertidumbre (4) fue lo más complicado de gestionar por parte de ocho participantes.

*Lo peor fue no saber cuándo va a acabar, o si va a acabar en algún momento. Era como... ¿va a ser siempre así, de ahora en adelante? ¿Va a mejorar? ¿Va a empeorar?*

Tres personas mencionaron el impacto económico como el peor aspecto de la pandemia.

Un/a ciudadano/a de Suecia expresó que lo peor había sido atestiguar la falta de anticipación por parte del gobierno sueco y percibir que, si volviese a ocurrir algo parecido, seguirían sin estar preparados para afrontarlo.

Una persona comentó que lo peor de la pandemia fue que se ordenó matar a 17 millones de visones en Dinamarca, que cuenta con una importante producción de piel de visón para la industria textil, porque podían transmitir el coronavirus.

Otro/a participante manifestó que lo peor de la pandemia había sido el impacto que había tenido sobre el sistema sanitario, por el aumento de carga que había sobrellevado.

## Capítulo VI. Discusión

---

### **6.1 Impacto del desarrollo económico, la desigualdad social, el sistema sanitario y la edad poblacional sobre la incidencia y mortalidad del COVID-19.**

En este estudio, demostramos que la incidencia y la mortalidad por COVID-19 están determinadas por diferentes factores demográficos, económicos y sociales. En concreto, la media de edad, el porcentaje de población mayor de 65 años, el Producto Interior Bruto per cápita, el Índice de Desarrollo Humano, el número de médicos por cada mil habitantes, tener una pirámide de población de tipo expansivo, el coeficiente de Gini y la densidad de población influyeron, directa o inversamente, en el total de casos y/o de muertes por COVID-19 por millón de habitantes. Ninguna de estas asociaciones explicaba la totalidad de la variable independiente, pero las variables dependientes analizadas han demostrado determinar parcialmente la epidemiología de la crisis de COVID-19 en todo el mundo.

En consonancia con la evidencia previa (Cash y Patel, 2020; Hashim et al., 2020; Jordan et al., 2020; Leffler et al., 2020; Leffler y Hogan, 2020; J. H. Liu, 2021; Nguimkeu y Tadadjeu, 2021; Onder et al., 2020; Sarmadi et al., 2020; Schellekens y Sourrouille, 2020), encontramos que la edad es un factor clave que determina tanto el número de casos totales de COVID-19 como las muertes debidas a esta enfermedad por millón de habitantes. Los países con poblaciones más envejecidas mostraron un mayor número de casos y muertes por COVID-19 por millón de habitantes. De hecho, presentar una población envejecida es el único factor que determina tanto la incidencia como la mortalidad por COVID-19. Esto podría deberse a dos posibles explicaciones: i) los pacientes de edad avanzada tienden a presentar sistemas inmunitarios más débiles, así como más factores de riesgo y comorbilidades, estando más expuestos a la infección y aumentando las probabilidades de presentar las formas graves de la enfermedad por COVID-19, en comparación con los pacientes más jóvenes (Cevik, Marcus, et al., 2021); y ii) los pacientes más jóvenes tienen más probabilidades de ser asintomáticos en comparación con los pacientes de edad avanzada, lo que probablemente puede dar lugar a un mayor número de pruebas y, en

consecuencia, a un mayor número de casos y muertes por COVID-19 registrados en las poblaciones de edad avanzada (Bi et al., 2020; L. Wang, He, et al., 2020).

Los países con estabilidad económica (PIB per cápita e IDH elevados) registraron más casos totales de COVID-19 por millón de habitantes, pero no encontramos una relación entre estas variables y la mortalidad por COVID-19, a diferencia de otros estudios (Bilgili et al., 2021; Sannigrahi et al., 2020). La estabilidad económica podría estar directamente asociada a la incidencia acumulada de COVID-19 debido a su efecto sobre el diagnóstico. Cuanto más poder económico presenta un país, más pruebas diagnósticas puede proporcionar a su población, lo que se traduce en un aumento del número total de casos. Otra posible explicación podría ser el hecho de que cuanto mayor nivel económico presenta un país, más globalizado está, lo que implica un elevado número de viajes nacionales e internacionales, facilitando la transmisión del virus (Gangemi et al., 2020). Asimismo, cuanto mayor potencia económica presenta una nación, más medios terapéuticos dispone para favorecer la supervivencia de los casos de COVID-19, lo cual explicaría que, en nuestros análisis, describamos que una mayor estabilidad económica en una nación es un factor protector contra la mortalidad por COVID-19.

En cuanto al sistema sanitario, describimos que los países con un mayor número de médicos por cada mil habitantes registraron más casos totales de COVID-19 por millón de habitantes. Sin embargo, no encontramos una relación entre esto y el total de muertes por COVID-19 por millón de habitantes. Esto también podría interpretarse como una prueba de la capacidad de diagnóstico de un país. No somos el primer equipo que sugiere que, si una nación presenta un mayor número de profesionales sanitarios formados, éstos podrían diagnosticar más casos de COVID-19 (Aristodemou et al., 2021).

En concordancia con evidencias previas (Bray et al., 2020; Buja et al., 2020; Sepulveda y Brooker, 2021), encontramos inequidad social y menor densidad poblacional asociadas a mayor mortalidad por COVID-19 por millón de habitantes, pero no logramos describir una relación entre ellas y la incidencia acumulada. Una posible explicación podría ser que la crisis de COVID-19 podría aumentar el gradiente de estatus socioeconómico en los países con mayor desigualdad (Sepulveda y Brooker, 2021).

Una vez descritos los factores sociales, económicos y demográficos que influyen en la incidencia y la mortalidad por COVID-19 en todo el mundo, utilizamos el método de agrupación jerárquica de Ward para agruparlos en función de sus similitudes con respecto a estas variables, creando tres conglomerados que reflejan el riesgo de evolucionar hacia una situación epidemiológica adversa en la pandemia, lo que proporcionó un análisis más claro y visual de los resultados. Los países con una población más envejecida, mayor estabilidad económica, más médicos por cada mil habitantes y menos desigualdad social componían el conglomerado con más casos totales de COVID-19 y muertes por millón de habitantes. Se encontró menor incidencia acumulada y mortalidad en los países del continente africano, que coincidían con los países agrupados en el primer grupo, es decir, el que presentaba menor riesgo de COVID-19; y mayor incidencia acumulada y mortalidad en Europa y Norteamérica, cuyos países pertenecen al grupo más amenazado, el clúster tres. Estos resultados apoyan el hecho de que las variables biológicas están lejos de ser los únicos determinantes del desarrollo de una crisis sanitaria mundial.

## **6.2 Efecto de la cultura, economía, política y sistema sanitario sobre la estrictez de las regulaciones contra el COVID-19.**

Las variables estudiadas determinan solo parcialmente la estrictez de las medidas de los gobiernos contra el COVID-19.

En primer lugar, hemos descrito que el rigor de las medidas adoptadas por los gobiernos estudiados no estaba determinado por la situación epidemiológica de la crisis COVID-19 en sus naciones. Ni la incidencia ni la mortalidad resultaron estar estadísticamente relacionadas con el Índice de Estrictez. La vacunación, sin embargo, estaba directamente relacionada con el Índice de Estrictez, determinando una media del 38,3% del mismo en nuestros modelos. Esto puede indicar que los países con altos niveles de vacunación están más preocupados por la crisis COVID-19 y aplican medidas más estrictas, o que los países más estrictos pueden incluso haber impuesto la vacunación a sus poblaciones.

En segundo lugar, cuantas más camas de hospital por cada mil habitantes presentase un país, menos estrictos han sido durante la pandemia. Esto podría explicarse teniendo en cuenta que los sistemas sanitarios bien preparados pueden

abarcar una mayor carga de pacientes, mientras que los países con sistemas sanitarios menos preparados podrían sobrecargarse más rápido, necesitando medidas más estrictas para disminuir la tasa de transmisión y evitar esta situación. Además, la democracia ha demostrado determinar una media del 35,5% del Índice de Estrictez de los países analizados en nuestros modelos. Cuanto más democrática es una nación, menos estrictas han sido sus medidas. Esto podría entenderse observando que las sociedades de los países autocráticos tienden a mostrar un mayor respeto por la autoridad, aceptando medidas estrictas que podrían no ser aceptadas por la población de las naciones democráticas (World Values Survey 7, 2022).

En tercer lugar, el grado en que un país se considera desarrollado, medido por el Índice de Desarrollo Humano, se asoció directamente al Índice de Estrictez, determinando una media del 47,6% del mismo en nuestros modelos. Cuanto más desarrollado es un país, más estrictas son las medidas que ha aplicado. El IDH fusiona la economía (PIB per cápita), la educación y la esperanza de vida (The World Bank, 2021a). Teniendo en cuenta que incluimos el PIB per cápita en nuestro análisis y que no demostró ninguna relación con el Índice de Estrictez, el factor determinante del IDH sobre el rigor de las medidas preventivas podría estar relacionado con factores educativos, con la esperanza de vida o con ambos. Tomando en consideración los resultados anteriores, relacionados con la democracia y las camas de hospital, no es descabellado pensar que la esperanza de vida podría ser la causa de la relación directa entre el IDH y el Índice de Estrictez. Podría tener sentido explorar cómo los países con poblaciones más envejecidas podrían haber aplicado medidas más estrictas, ya que los pacientes más ancianos se enfrentan a mayores riesgos al tratar con enfermedades infecciosas.

A continuación, las variables culturales analizadas expuestas en el Mapa Cultural de Inglehart-Welzel han demostrado estar altamente relacionadas con el rigor de las medidas adoptadas por los gobiernos. Por un lado, la relación negativa de los valores Tradicional Vs Secular y el Índice de Rigurosidad mostró que cuanto más tradicional es un país, más estrictas han sido sus medidas. Esta variable ha determinado una media del 51,7% del Índice de Estrictez observado en nuestros modelos. Las sociedades tradicionales valoran la autoridad como uno de sus principios, y tienden a afrontar los cambios con más miedo o actitudes defensivas que las sociedades racionales-seculares, lo que puede explicar este hallazgo. Por otro lado,

la asociación negativa entre los valores de Supervivencia Vs. Autoexpresión y el Índice de Estrictez mostró que cuanto más centrado está un país en los valores de supervivencia, más estrictas han sido sus medidas. Esta variable ha determinado una media del 43,6% del Índice de Estrictez en nuestros modelos. Podría ser razonable esperar que los países que presentan valores más altos centrados en la supervivencia hayan tomado medidas más estrictas para evitar la transmisión del virus, ya que muestran más preocupación por sobrevivir que las sociedades centradas en los valores de autoexpresión, en las que la supervivencia está más garantizada (World Values Survey 7, 2022).

Por último, pero no por ello menos importante, las variables culturales obtenidas a partir de las Dimensiones Culturales de Hofstede han demostrado determinar el rigor de las decisiones de los gobiernos de una forma más testimonial. Aunque se ha descrito su impacto en investigaciones anteriores y han demostrado estar relacionadas con el desarrollo de la pandemia COVID-19 (Achim et al., 2021; M. Gupta et al., 2021; Im y Chen, 2020; Windsor et al., 2020), ni el Individualismo, ni la Evitación de la Incertidumbre han mostrado ninguna significación en la determinación del Índice de Rigidez en nuestros modelos. Se muestra que la Distancia de Poder determina el 14,4% del rigor de las medidas gubernamentales en uno de nuestros modelos. Además, hemos descrito que, por contraintuitivo que parezca, cuanto más indulgente es un país, más estrictas han sido sus medidas. Quizás esta estrictez haya supuesto una forma legislativa de contrarrestar la indulgencia de la población y asegurarse, así, el cumplimiento de las medidas. Sin embargo, la masculinidad ha resultado determinar una media del 24,5% del Índice de Estrictez analizado en nuestros modelos. Cuanta más preferencia por el heroísmo, el logro, el asertividad, la competitividad y las recompensas materiales por el éxito muestra un país, más estrictas han sido sus medidas, quizás como mecanismo de reafirmación de su autoridad. Aunque otros autores han estudiado la relación entre variables culturales y legislaciones gubernamentales, en concreto, en el marco de la regulación del trabajo (Ang y Fredriksson, 2018), entender cómo la cultura influye en la toma de decisiones gubernamentales es un campo que ofrece muchas posibles líneas de investigación futuras.

### **6.3 Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique: diferentes experiencias de la pandemia, miedo, confianza y adhesión a las regulaciones entre regiones rurales y urbanas.**

En primer lugar, describimos que, entre las distintas variables sociodemográficas, la que definía la experiencia de las y los participantes era vivir en una zona rural o urbana. En los entornos rurales, menos personas de lo esperado expresaron que habían sufrido adversidad durante la pandemia, lo cual concuerda con la confianza que muestran las regiones rurales estudiadas en otros proyectos previos (Africa CDC, 2020; Ekwebelem et al., 2021, Ackah et al., 2022, Katoto et al., 2022). Además, hubo un número mayor de lo esperado de participantes rurales que respondieron que no habían visto ningún caso o muerte por COVID-19 en su entorno. Mientras tanto, en las zonas urbanas, la percepción de la incidencia y la mortalidad y los sentimientos de adversidad debido a la pandemia fueron mayores. Estos resultados contrastan con el hecho de que la población rural percibe que no tiene un acceso fácil a la asistencia sanitaria. Esto podría reflejar una red social y un apoyo emocional más sólidos en las zonas rurales, lo que daría lugar a una mejor disposición psicológica para afrontar la adversidad. Estos resultados apoyan pruebas anteriores de que en los entornos rurales se sufrió menos la crisis del COVID-19 (L. Liu et al., 2021; Pérès et al., 2021).

A lo largo de las entrevistas, se identificaron seis temas principales: (1) economía, (2) vacunación, (3) medidas preventivas, (4) epidemiología percibida, (5) miedo y (6) acceso a asistencia sanitaria y opciones de tratamiento.

Evidencias previas muestran que el COVID-19 ha supuesto un alto impacto en las economías (Anyanwu y Salami, 2021; Congressional Research Service, 2021; Horowitz et al., 2021; Montenovio et al., 2020). Un alto porcentaje de nuestros participantes estaban preocupados por la pérdida de empleo y por no obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades básicas, que, como algunos de ellos expresaron, eran cada vez más escasas y caras a medida que evolucionaba la crisis. Mostrar preocupación por los factores económicos era más frecuente en la población sudafricana y en las zonas urbanas.

Al explorar las opiniones de nuestros/as participantes sobre la vacunación contra el COVID-19, registramos que ha habido un buen cumplimiento de los protocolos, especialmente en Botsuana, ya que una parte significativa de la población confía en las vacunas y se apoya en ellas para hacer frente al miedo inducido por la crisis, lo cual concuerda con la evidencia previa (Mathieu, Ritchie, Rodés-Guirao, Appel, Giattino, et al., 2020; Tlale et al., 2022). Sin embargo, encontramos un profundo sentimiento de desconfianza generalizada hacia la vacunación, así como de conformidad con las teorías conspirativas, en algunos participantes urbanos de Namibia. Creemos que esta desconfianza podría estar influida por la carga psicológica que podría causar el racismo estructural. Las regiones urbanas fueron el único escenario en el que vimos la interacción diaria entre grupos étnicos, en su mayoría negros y caucásicos. Esta interacción, si no se ha abordado y combatido el racismo estructural, puede causar tensiones, que pueden favorecer el rechazo del paradigma médico occidental (Bullock y Houston, 1987; Tabe-Ojong et al., 2022; Venditto et al., 2022). En este contexto, nuestros resultados concuerdan con estudios anteriores (Africa CDC, 2020; Ekwebelem et al., 2021) en los que se describió una mayor tendencia a vacunarse en las poblaciones rurales en comparación con las urbanas. Algunos de los participantes manifestaron no sentirse suficientemente informados, solicitaron a los entrevistadores información científica sobre las vacunas y se mostraron proclives a vacunarse tras recibirla.

Cuando se preguntó a algunos/as entrevistados/as por su experiencia para hacer frente a la crisis del COVID-19, señalaron la importancia de adoptar medidas preventivas como el uso de mascarillas, lavarse las manos y mantener la distancia social. Dos personas explicaron rituales procedentes de la medicina tradicional a los que se sometían para evitar contraer la infección. Algunas de las personas encuestadas también compartieron sus sentimientos de estrés debido a los confinamientos.

Se han descrito diferencias significativas en cuanto a la percepción de los/as participantes sobre su acceso a la atención sanitaria, en su mayoría condicionadas por el tipo de entorno en el que vivían, como se ha mencionado anteriormente. Las principales preocupaciones sobre el acceso al tratamiento médico eran su coste económico y la necesidad de recorrer largas distancias para someterse a una revisión, sobre todo en las zonas rurales. Además, algunas de las personas entrevistadas expresaron su preocupación por el colapso de los sistemas sanitarios. Estos informes

corroboran los datos de estudios anteriores (Czeisler et al., 2020). Asimismo, algunas comunidades recurren a la medicina tradicional, como la inhalación del humo que sale de quemar algunos tipos específicos de hojas.

Por último, evaluamos las experiencias de miedo de nuestros/as participantes durante la pandemia. Algunos de ellos/as temían por su propia salud, mientras que otros/as estaban más preocupados/as por el bienestar de sus familiares, como se ha señalado en pruebas anteriores (Dubey et al., 2020; Gittings et al., 2021; Lentoor y Maepa, 2021). Sentir miedo colectivo en sus comunidades también fue una respuesta frecuente. Al observar las variables que pueden influir en la experiencia de miedo entre nuestros participantes, no hemos podido identificar un patrón de distribución, lo que sugiere que las personas han sentido miedo hacia la pandemia COVID-19 independientemente de la edad, etnia, género o nacionalidad, lo que podría tener sentido, entendiendo que el miedo es una experiencia humana básica, profunda y mundial.

A modo de resumen, describiremos las conclusiones más destacables de cada país. En general, observamos que la enfermedad ha causado un mayor impacto en las poblaciones urbanas que en las rurales.

En Namibia, las comunidades rurales tienen dificultades para acceder a la atención sanitaria. Aun así, expresan menos carga psicológica por la COVID-19, menos miedo y mejor cumplimiento de las medidas preventivas y los protocolos de vacunación que en las zonas urbanas, donde se percibe más tensión y desconfianza, a pesar de disponer de más recursos. Esta nación ha sido la más laxa en cuanto a sus medidas contra el COVID-19, y es, con diferencia, la nación con menor porcentaje de población vacunada contra el SARS-CoV-2 de las cuatro estudiadas en esta región del mundo.

En Botsuana, el cumplimiento de las medidas preventivas fue elevado y las vacunas se consideraron realmente relevantes a la hora de afrontar la pandemia. Este país presentó el mayor porcentaje de personas totalmente vacunadas en ese momento, entre los cuatro países estudiados. Se realizaron una alta cantidad de pruebas diagnósticas del COVID-19, lo cual explica su alta incidencia y relativa baja mortalidad comparada con sus países vecinos. El gran número de pruebas

diagnósticas y la adhesión a las regulaciones y a la vacunación, reflejan una sensación de compromiso por parte de las autoridades y la población de Botsuana para hacer frente a la pandemia. También es el país más democrático de los analizados, lo cual, combinado con este compromiso generalizado contra el COVID-19, puede haber condicionado la estrictez de sus medidas.

Las características sociodemográficas de Namibia y Botsuana son semejantes (The World Bank Data, 2023), pero ésta última muestra una mayor estrictez en las regulaciones, un tercio menos de fallecimientos por COVID-19 por cada millón habitantes, a pesar de registrar el doble de incidencia, probablemente por haber realizado el doble de tests por cada mil habitantes que en Namibia. Estas diferencias epidemiológicas, ante la semejanza de ambas poblaciones, es probable que atienda a características culturales. Al no contar con registros de la cultura de Botsuana en las bases de datos empleadas en este estudio, sería de interés profundizar en la cultura de esta nación desde otros prismas y poder compararla con el resto de los países.

La población sudafricana mostró el mayor número de respuestas centradas en la economía. Sudáfrica cuenta con la población más envejecida de las cuatro naciones estudiadas y la mayor desigualdad social, por lo que ambas han podido condicionar que también registre el mayor número de fallecimientos por cada mil habitantes, por COVID-19. Este país cuenta con la mayor cantidad de médicos por cada mil habitantes de la región, lo cual puede haber determinado una capacidad diagnóstica alta, contabilizando la mitad de casos de COVID-19 por millón de habitantes que Botsuana, incluso realizando menos de la mitad de pruebas diagnósticas por cada mil habitantes que ésta. En el momento en que se realizaron las entrevistas, Sudáfrica se enfrentaba a una crisis energética que llevó a la adopción de medidas rígidas, por lo que el país pasaba diariamente un número determinado de horas sin electricidad (Moll, 2021, Broadbent et al., 2020). Esto, entre otros problemas importantes, como la pobreza y el racismo, podría condicionar la resiliencia de su población a la hora de afrontar nuevas crisis (Giannakis y Bruggeman, 2017). En cuanto a las regulaciones, la estrictez de las medidas del gobierno sudafricano puede estar influida por presentar el mayor índice de masculinidad de los cuatro.

Por último, en Mozambique fueron frecuentes los relatos de haber sufrido adversidad y sentido miedo. Sin embargo, las personas entrevistadas manifestaron

que pensaban que sería más duro de lo que finalmente fue, influidos por las noticias que recibían de Europa y Norteamérica. Este país cuenta con la población más joven de los cuatro países estudiados. Resulta llamativa la inestabilidad económica y debilidad del sistema sanitario del país, ya que muestra el PIB per cápita más bajo que el resto, una mayor mortalidad de infantes menores de 5 años, y es la nación con menos médicos/as y camas de hospital por cada mil habitantes. La mortalidad por COVID-19 en Mozambique ha sido notablemente menor que en Namibia, Botsuana y Sudáfrica, pero, teniendo en cuenta que se han realizado una décima parte de las pruebas diagnósticas que en Sudáfrica y Namibia (y una veinteava parte de las pruebas diagnósticas realizadas en Botsuana), surge la duda de hasta qué punto se ha registrado exhaustivamente la epidemiología de la infección por el coronavirus en este país. Muestra cómo, las características económicas de una nación pueden determinar los registros epidemiológicos. La estrictez de las medidas de este país puede estar relacionada con su alto índice de indulgencia, a pesar del cual, para contrarrestar el miedo inducido por los medios de comunicación, la gente reportaba en las entrevistas confiar en cumplir las medidas preventivas, lo cual concuerda con hallazgos de otras investigaciones (Júnior et al., 2021). Sería de interés profundizar en la cultura de esta nación y en su relación con la estrictez de las regulaciones gubernamentales.

#### **6.4 El rol y la experiencia de la pandemia en la crisis sociopolítica y migratoria en Cuba.**

Es comprensible atestiguar que la incidencia y la mortalidad percibida muestren una correlación directa. Sería difícil entender que las y los participantes que tengan una sensación de haber conocido a mucha gente que ha fallecido por COVID-19, no refieran haber conocido a mucha gente que la hubiera padecido. Se describe también que las personas jóvenes tienden a considerar las medidas del gobierno más estrictas, que sus compatriotas de mayor edad. El fomento de la distancia social, los toques de queda y el cierre de espacios públicos haya tenido un gran impacto en la sociabilidad de la población joven (Caro et al., 2022). Síntoma del cual es la menor densidad de personas que se aprecia en El Malecón que antaño, como comentan varios entrevistados, siendo éste un lugar de socialización muy frecuentado por la población joven. Carecemos de datos cuantitativos sobre la cultura cubana en las bases empleadas en el presente estudio, lo cual limita las inferencias sobre qué ha podido influir en la estrictez del gobierno. Sin embargo, Cuba es el país menos

democrático de los analizados en esta tesis doctoral, lo cual, observando los resultados de los estudios previos, ha podido determinar, en parte, la estrictez de las medidas contra el coronavirus.

Hallamos más entrevistados/as que habían padecido COVID-19 respondían haber percibido adversidad, que lo esperado. Podría darse la situación de que, mayoritariamente, la gente que padeció formas sintomáticas de la enfermedad fuera consciente de estar contagiado, lo cual agravase su experiencia personal de la misma. Los casos asintomáticos no siempre fueron testados, por lo que muchos de ellos quizás no hayan sido conscientes de estar atravesando la infección, evitando así la experiencia de estar enfermo, al igual que aquellos/as que no han contraído el virus en ningún momento. Evitar estas experiencias, tanto de *illness*, en cuanto al malestar físico propio, como de *sickness*, referente al rol como enfermo en la sociedad, ha podido determinar una menor percepción de sufrimiento o adversidad durante de la pandemia (Parsons, 1979; Wiley y Allen, 2012, p. 17). Esta variable, a su vez, también mostró que no era independiente de la incidencia que han percibido las personas entrevistadas a su alrededor. No obstante, resulta llamativo que la única persona que respondió no conocer a nadie personalmente que hubiera padecido COVID-19, también manifestó haber sufrido durante la pandemia. Puede ser un indicio de que, tal y como expresaban varias personas en las entrevistas, a una importante parte de la población le preocupaba más la situación económica, que la propia enfermedad.

La última pareja de variables que se demostró no ser independientes entre sí fueron haber padecido o no COVID-19 y la percepción de la estrictez de las medidas del gobierno. Haber padecido la enfermedad inclinaba a las personas entrevistadas a opinar que las medidas del gobierno les parecían apropiadas. La posible explicación de esto radica en el mismo concepto ya explicado, haber tenido la experiencia de *sickness* e *illness* por COVID-19 ha podido determinar que el/la paciente sienta de una manera más intensa la necesidad de ser precavido/a y les incline a cumplir con las medidas preventivas, en el marco de una sociedad relativamente laxa en cuanto a acatar normas, como se puede observar en el amplio uso del mercado negro (Aldous, 2015).

Las personas que respondieron haber sufrido durante la pandemia, tendían a expresar que conocían a mucha gente a su alrededor que había tenido COVID-19 en algún momento.

No solo resulta de interés entender las variables que son dependientes entre sí, sino que la ausencia de relación entre ciertos factores también es digna de mención. Por ejemplo, el hecho de que haber sentido miedo o no durante la pandemia no esté correlacionado ni con el grupo de edad, el género, haber padecido o no COVID-19, ni con la incidencia y/o mortalidad percibida, informa de que el miedo se sintió de forma generalizada, sin atender a otras variables. Tanto hombres, como mujeres; jóvenes como adultos/as, personas con distintas experiencias de la enfermedad... fueron susceptibles de sentir miedo. Algo más de la mitad de los entrevistados/as afirmaron haber sentido temor durante la pandemia. La totalidad de ellos/as expresó haber sentido miedo por la salud de sus seres queridos, lo cual supone otro indicio del colectivismo del pueblo cubano (Nartova-Bochaver et al., 2022). Cinco personas informaron sobre el miedo colectivo que habían percibido, respondiendo que *“todo el mundo tenía miedo”*. De hecho, a nivel cultural, el hecho de que los discursos estuvieran en clave de primera persona del plural “nosotros/as, el cubano, el pueblo de Cuba...” también sugiere un carácter colectivista de esta sociedad.

Un factor interesante que contribuyó a generar un clima de pánico fue la exposición a la sobreinformación sobre el COVID-19 en los medios de comunicación nacionales, la cual contrasta poderosamente con la divulgación de información poco contrastada, fundamentalmente a través de internet, al cual el pueblo cubano ha tenido relativo acceso desde hace relativamente poco tiempo (Aldous, 2015; Sánchez Somonte, 2022). La reflexión de una doctora entrevistada resultó de interés, cuando expresó que, una de los aspectos positivos del escaso acceso a internet de la población cubana es que no se habían formado grupos antivacunas, ni eran prevalentes las ideologías de negacionismo del COVID-19. Esta perspectiva coincide con la evidencia de la alta asociación entre internet, redes sociales y la prevalencia de las teorías de la conspiración (Gratz et al., 2021; F. Gu et al., 2021; Guntuku et al., 2021; Moffitt et al., 2021b; Pertwee et al., 2022).

Entrevistando a la ciudadanía cubana, resultaba llamativa la preponderancia de la situación social y económica sobre cualquier otro tema. Consideramos de

importancia entender que, ante preguntas abiertas, la primera respuesta del entrevistado/a refleja qué factores considera de mayor repercusión. Teniendo esto en cuenta, no es difícil vislumbrar la tamaña magnitud del impacto de la crisis socioeconómica que está atravesando el país sobre la vida de sus habitantes, dado que ésta fue expuesta en 28 de las 31 conversaciones (Rodríguez et al., 2020; Izquierdo Toledo, 2022) . Dentro de estas 28 entrevistas, 25 personas explicaron la escasez de recursos que habían sufrido, y todavía padecían.

Con un sumamente complejo acceso a alimentos y fármacos, cobrando salarios que ni cerca están de poder costear el precio de elementos básicos, como la comida, menos aún tras el poderoso aumento de la inflación, derivada en parte por las decisiones del gobierno de Cuba, en parte por el embargo estadounidense al que está sometida esta nación; no es de extrañar que la población cubana manifieste más preocupación por la crisis económica que por la propia enfermedad del COVID-19 (Izquierdo Toledo, 2022; Guillen, 2022).

En este contexto, se fragua un clima de crispación de la población, en general, hacia el gobierno, que bien encaja con el surgimiento de las protestas del 11J, un año y medio antes de estas entrevistas (González Marrero, 2022). No son pocas las personas que consideran que la pandemia ha supuesto una oportunidad para el gobierno de desviar la responsabilidad de las consecuencias de sus decisiones. *“El COVID-19 los agravó, pero no es la fuente principal de nuestros problemas”*. A pesar de la históricamente conocida censura que el Estado ejerce sobre la población cubana (Geoffray y Chaguaceda, 2014), varias personas entrevistadas expresaban sentimientos de valentía de cara a su libertad de expresión, con mensajes como *“a mí no me da miedo decir la verdad”*, *“yo ya no me callo”*, *“me da igual decirlo, a mí que me lleven pres@ si quieren”*. Estos mensajes pueden coincidir con el cambio de mentalidad que percibían uno de los entrevistados, hacia actitudes menos evitativas del conflicto que antaño.

El pueblo de Cuba no consigue comprender la necesidad de llevar a cabo el reordenamiento monetario (la eliminación del CUC), en el marco de una crisis sanitaria de impacto mundial; tampoco encuentran lógica a la instauración de tiendas abastecidas con comida, a la que solo se puede acceder mediante divisas en las cuales la población no cobra, más aún considerando que es el Estado quien paga esos

salarios, en el contexto de meses sufriendo una escasez de alimentos (Izquierdo Toledo, 2022; González Marrero, 2022; Guillen, 2022; Mesa-Lago, 2021). No sólo se convierte en necesidad acceder al mercado negro o a vías alternativas de financiación (“*el invento*”) para poder sustentarse, sino que la población está emigrando en proporciones masivas, muy superiores a cualquier antecedente histórico (Euronews, 2022; France 24, 2022; Human Rights Watch, 2023). Como dicen varios entrevistados: “*Cuba se está vaciando*”. De hecho, 18 de las 25 personas a las que se les preguntó por la emigración del pueblo cubano, refirieron querer emigrar, y todas respondieron que conocían a mucha gente en sus círculos sociales que habían emigrado o querían emigrar. En diez entrevistas diferentes se repitió la frase “*todo el mundo quiere irse de aquí*”. Queda por ver qué consecuencias traerá este importante éxodo sobre la situación del país de aquí a unos años, ya que no parece que vaya a finalizar pronto.

La crisis del COVID-19 no ha dejado indiferente al país. 28 de las 31 personas entrevistadas consideraban que la pandemia había empeorado notablemente la economía. Tres personas llegaron a comentar que la situación actual era más adversa que la dura crisis del *período especial*, vivida en los años 90, tras la caída del Campo Socialista en la Unión Soviética (Uriarte-Gaston, 2004).

Otro par de participantes explicaron que percibían un cambio en el carácter de la gente a su alrededor, evolucionando hacia una mayor agresividad, beligerancia, egoísmo e individualismo, lo cual explicaban expresando que el contexto de escasez de recursos había generado desesperación y potenciado “*lo malo de las personas*”.

No son pocas las personas que consideran que la pandemia ha supuesto una oportunidad para el gobierno de desviar la responsabilidad de las consecuencias de sus decisiones. “*El COVID-19 los agravó, pero no es la fuente principal de nuestros problemas*”.

A pesar de la escasez de recursos anteriormente mencionada, y en consonancia con el colectivismo que describíamos anteriormente, la mayoría de la población ha podido ser vacunada contra el COVID-19. Cuba desarrolló sus propias vacunas, las cuales han demostrado ser efectivas (MINSAP, 2021), y la población aceptó su

administración, en ocasiones incluso alabando su desarrollo y refiriendo mayor tranquilidad tras la vacunación.

Estas campañas de inmunización fueron una parte del paquete de medidas que instauró el gobierno para hacer frente a la crisis sanitaria (Galbán-García y Más-Bermejo, 2021; Mesa-Lago, 2020; Pérez Riverol, 2022; Taylor, 2021, MINSAP, 2021). La imposición de toques de queda y la obligatoriedad de llevar mascarilla correctamente fueron las primeras respuestas que les venían en mente a las personas entrevistadas, cuando se les preguntaba por las regulaciones del gobierno de cara a la pandemia; así como las sanciones económicas a las que se enfrentaban en caso de incumplirlas. En ciertas entrevistas se reflexionaba sobre la incapacidad de pagar una multa, si no se dispone de economía personal suficiente como para asegurar la alimentación. También se mencionó la restricción del transporte internacional, y su efecto sobre el turismo, principal fuente de financiación nacional. Un participante expresó: “*si no moríamos de COVID-19, moríamos de hambre*”. El distanciamiento social y el cierre de espacios públicos también fueron mencionados en varias entrevistas, en las cuales se informaba de que este aislamiento había sido particularmente complejo para el pueblo cubano, tan acostumbrado a la cercanía social, a *compartir*, y a la interacción frecuente con sus seres queridos (Galati et al., 2006).

No obstante, aproximadamente la mitad de los y las participantes se mostraban conformes con cómo de estrictas habían sido las medidas, puesto que entendían que la situación requería de una respuesta contundente para poder controlar la crisis sanitaria. La población de La Habana, en líneas generales, ha percibido una alta incidencia a su alrededor, manifestando conocer a muchas personas que han padecido COVID-19, aunque más de la mitad de los y las participantes expresaron no conocer personalmente a ninguna persona que hubiera fallecido por esta enfermedad.

El sistema de salud cubano cuenta con un reconocimiento internacional, por su carácter gratuito y universal para la población de Cuba. De hecho, más del 95% de las personas a las que se les preguntó por el sistema de salud, afirmaron que era fácilmente accesible, tal y como asegura la legislación cubana (Ministerio de Salud Pública MINSAP, 1983). Más de tres cuartas partes de estos/as participantes, sin

embargo, matizaron que, a pesar de poder acceder con facilidad a la atención sanitaria, carecían de recursos terapéuticos. Informaban de una importante escasez de fármacos, así como de instrumental. Afirmaban que de poco les servía poder acceder a la atención médica, si posteriormente el/la galeno/a no contaba con medios para tratar la patología diagnosticada. Varias personas comentaron que era preciso “hacerle un regalito al médico” o tener algún contacto personal dentro del sistema sanitario, para poder agilizar trámites y acceder a vías de tratamiento. Asimismo, era recurrente la mención a la necesidad de comprar los fármacos en el mercado negro, por un alto precio, generalmente, así como a la importancia de *tener fe* (familia en el extranjero), que les pudieran hacer llegar los fármacos que precisasen. Se objetiva que la población entrevistada no percibe que el sistema de salud público abarque sus necesidades, a pesar de las brillantes cifras que se muestran más allá de las fronteras cubanas (Díaz-Canel Bermúdez, 2022; López Hernández, 2021; Mas Bermejo et al., 2020; Yaffe, 2021, MINSAP, 2021).

Una pregunta que, como investigadores, hemos considerado de sumo interés, fue “*¿qué ha sido lo peor de la pandemia?*”. Más de la mitad de las respuestas fueron “*los fallecimientos*”, reflejando que, a pesar de la dura situación del pueblo cubano, en éste prepondera la solidaridad y la empatía hacia las vidas que se han perdido en esta crisis sanitaria. De nuevo, manifestando un espíritu colectivista. Las siguientes respuestas más frecuentes fueron “*la escasez de recursos*” y “*el empeoramiento de la economía*”. El impacto de la crisis económica sobre el bienestar de la sociedad de Cuba resulta innegable. Llamó poderosamente la atención la respuesta tan concisa y cruda que emitió un entrevistado a esta pregunta:

+ *¿Qué ha sido lo peor de la pandemia?*

- *El hambre.*

## **6.5 Polarización social, politización de la pandemia, teorías de conspiración, individualismo, adversidad y miedo en áreas urbanas, suburbanas y rurales de la costa este de los Estados Unidos de América.**

### ***Epidemiología del coronavirus y medidas preventivas en Estados Unidos.***

Más de la mitad de la muestra informaron haber pasado la infección del COVID-19. Más del 80% de las personas entrevistadas comentaron conocer a mucha gente a su alrededor que había padecido COVID-19. Afortunadamente, la mayor parte de las personas respondieron también no conocer personalmente a nadie que hubiera fallecido por esta enfermedad. Las personas que han percibido un gran número de casos a su alrededor también reportan un número alto de fallecimientos en sus círculos cercanos. Resulta coherente describir que, si alguien considera que han fallecido muchas personas conocidas por COVID-19, implica, necesariamente, que muchas personas de su entorno han padecido la enfermedad.

Los y las participantes que reportaron una incidencia alta en su entorno, también tendían a expresar que consideraban las medidas del gobierno demasiado estrictas.

Esta aparente contradicción puede reflejar que, para el momento en el que se realizaron las entrevistas, la pandemia ya no resultaba un fenómeno tan novedoso, ni aterrador, como al principio; quizás porque ya haya finalizado la fase de incertidumbre inicial de la crisis; siendo, por tanto, vivida por la población desde el hastío o *cansancio emocional*, más que desde el miedo (H. Chen y Eyoun, 2021; Vo-Thanh et al., 2022).

La mayor parte de las personas que compartieron su opinión acerca de las medidas del gobierno estadounidense (67,21%) expusieron que hubieran tomado decisiones diferentes. Diez participantes criticaron la gestión de la información por parte del gobierno, afirmando que se emitió información contradictoria y/o no contrastada ni basada en la evidencia científica, lo cual favoreció la polarización y politización de la pandemia. Se recogen testimonios que afirman que, al inicio de la pandemia, el gobierno aconsejó no emplear mascarillas y, de hecho, varios/as

participantes explican que consideran que las mascarillas no son efectivas en la contención de la transmisión del coronavirus, a pesar de que la evidencia científica exponga lo contrario (Haischer et al., 2020; Larson et al., 2011; Pertwee et al., 2022; Ullah et al., 2021; Wolfe et al., 2002, ). Nueve personas expresaron que no hubieran obligado a la población a acatar medidas tales como la vacunación, el cierre de negocios o el uso de las mascarillas, ya que consideraban que, o bien eran innecesarias, o bien perjudiciales, y atentaban en contra de sus derechos y libertades, muy íntimamente asociada al imaginario de los valores fundamentales de Estados Unidos, como nación (Kerr et al., 2021; Kitayama et al., 2022). Se percibe un patriotismo subyacente a este tipo de discurso. Otros/as participantes expresaron que deberían haber sido más contundentes en las medidas, imponiéndolas con anterioridad.

### ***La polémica sobre la vacunación en la sociedad estadounidense.***

Resulta de interés registrar que las personas que reportaron no querer recibir la vacuna contra el COVID-19 tendían, en mayor proporción, a expresar que las medidas del gobierno habían sido demasiado estrictas, así como un apoyo a las teorías de la conspiración. Coherentemente, si uno o una considera que la vacuna tiene un chip, que es un medio de control de la sobrepoblación o que hay intereses ocultos, bien por parte del gobierno, o bien de la industria farmacéutica, se posicionará en contra de recibir la vacunación, como mecanismo de defensa. De igual modo, la no-asunción de una de las medidas preventivas está relacionada con la no-asunción de más medidas preventivas (Fisk, 2021; Khubchandani et al., 2021; Kreps et al., 2020; Reiter et al., 2020; Ullah et al., 2021). No parece prudente descartar el efecto de un sesgo de confirmación, tal y como reportaban varios/as informantes en las entrevistas, por el cual uno/a da valor y cree en aquello que coincide con sus ideas previas (Klayman, 1995) .

El hecho de que no querer recibir la vacunación, no estar vacunado/a contra el COVID-19 y considerar demasiado estrictas las medidas estén relacionadas puede dibujar una imagen sobre el valor a la libertad que tiene cierta parte de la población estadounidense, reportada, asimismo, por varios/as de sus compatriotas. En esta cultura, se valora de manera magna la libertad de decisión personal, viendo como una

amenaza cualquier regulación que intente limitarla. Varias personas contestaron que no consideraban que la vacunación debería ser obligatoria, cuando nunca lo fue (Bergquist et al., 2020), sino, no podría haberse registrado que el 54,55% de las personas que no quisieron vacunarse, no recibieron la vacuna. Aquellas personas que, sin querer recibir la vacunación, lo hicieron, reportaron haberlo hecho presionados/as por familiares, amistades o para poder viajar. Muchas de las personas no vacunadas y/o que no querían recibir la inmunización expresaron que las medidas del gobierno les resultaban demasiado estrictas, a pesar de que hubiera países con regulaciones más exigentes, como prohibiciones de salir del domicilio, bajo sanción países (Mesa-Lago, 2020; MINSAP, 2021; Our World in Data, 2020). Ambas pueden ser percibidas como un ataque hacia la libertad personal de decidir vacunarse, o de llevar mascarilla o no.

Siendo una emergencia de carácter sanitario, y conociendo la privatización y el alto coste de la atención sanitaria en Estados Unidos (Song et al., 2011), se hipotetizó sobre el posible efecto del acceso a esta atención sobre la experiencia de la crisis en la población norteamericana. Sin embargo, no se hallaron relaciones estadísticamente significativas que apoyen esta hipótesis.

### ***La adversidad durante la pandemia en áreas urbanas y suburbanas de la costa este de Estados Unidos.***

Las personas que comentaron haber vivido tiempos adversos en la pandemia, tendían a responder, en mayor proporción, que habían padecido COVID-19, que mucha gente a su alrededor había padecido la enfermedad y perecido por ella y que habían tenido miedo durante la pandemia. Esta experiencia de miedo no se relacionó con el género, edad, ni grupo étnico de los y las participantes. Más de la mitad (58,44%) de las personas entrevistadas informaron haber vivido tiempos adversos. El motivo de esta adversidad que emergió con más frecuencia fue el impacto económico que había tenido la crisis en los negocios y el desempleo.

La población que reporta adversidad se acumula en zonas urbanas y suburbanas, en mayor medida que en las rurales. Registramos más respuestas en esta línea en los estados de Delaware, Distrito de Columbia y Nueva Jersey, muy

probablemente dadas las características de nuestra muestra, ya que estos estados mostraban una mayor representación de población urbana y suburbana que Maryland y Pennsylvania. Nuestros análisis sugieren que las regiones urbanas y suburbanas han atravesado momentos más complicados que las regiones rurales, lo cual concuerda con evidencias previas (Berlet y Sunshine, 2019; Pérès et al., 2021). Una hipótesis es que el aislamiento que caracteriza a las regiones rurales ha podido protegerles, aunque se ha planteado que una menor incidencia o mortalidad, lejos de ser tal, lo que enmascaran es un retraso en la llegada del coronavirus a la región. No obstante, nuestra muestra fue tomada en noviembre del 2022, tras más de dos años y medio de evolución de la pandemia, por lo que parece improbable pensar que fuera a alterarse la situación. Consideramos más probable que las características de las regiones rurales de Estados Unidos hayan supuesto un factor protector contra la experiencia de adversidad durante la pandemia. Bien porque, por cuestión de aislamiento geográfico, menor densidad poblacional y/o mayor número y superficie de espacios abiertos, la transmisión del virus haya sido menor; o bien porque, según algunos/as de los/as informantes, y apoyado por la literatura, se acumulan más votantes de la derecha política en estas regiones (Berlet y Sunshine, 2019), que, acorde a la evidencia, han mostrado una menor percepción del riesgo que la facción liberal (Barrios y Hochberg, 2020; Calvillo et al., 2020; Gratz et al., 2021; Hardy et al., 2021; Panda et al., 2020), tendiendo, por lo tanto, a relativizar el impacto de la pandemia.

En ciertas entrevistas se sugirió que en las áreas rurales se concentraban más seguidores y seguidoras de las teorías de la conspiración, pero en nuestra muestra estas variables no estuvieron estadísticamente relacionadas. Podría ser una cuestión de percepción de los/as informantes, o que, efectivamente, haya más seguidores/as de estas teorías en las regiones rurales, pero nuestra muestra no alcance a asegurar esa representatividad, por su pequeño tamaño. Otra posible hipótesis relacionaría la mayor cohesión social de las regiones rurales con la menor percepción de adversidad, ya que la cercanía de las relaciones sociales ha demostrado ser una potente herramienta para lidiar con situaciones traumáticas (Pérès et al., 2021). De hecho, no fueron pocas (8) las personas que, durante las entrevistas, respondieron que lo peor de la pandemia había sido el aislamiento social.

Por contrapartida, las zonas urbanas y suburbanas parecen haber sufrido más durante la crisis del COVID-19. Sería interesante desgranar qué factores han

determinado esta experiencia. La alta densidad poblacional, la menor accesibilidad a espacios abiertos o naturales, una mayor interrupción del día a día, o una mayor incidencia y mortalidad por el coronavirus pueden ser variables por explorar. Los y las participantes procedentes de estas regiones expresaron, en mayor proporción, que hubieran tomado decisiones diferentes, en caso de haber estado en el gobierno. Se registró una mayor disconformidad para con las medidas de este gobierno en áreas urbanas y suburbanas, tanto por considerarlas más estrictas de lo adecuado, como por considerarlas demasiado laxas. De nuevo, puede estar reflejando un menor apoyo a la derecha política en zonas urbanas y suburbanas comparadas con las rurales, ya que durante el inicio de la pandemia la gestión fue realizada por el gobierno de D. Trump (conservador, derecha política) (Kitayama et al., 2022).

Combinando la información de estas relaciones, podríamos también hipotetizar que, al haber experimentado mayor adversidad en el entorno urbano y suburbano, la población de esta región tiene una mayor sensibilidad hacia la pandemia, y, por tanto, una posible mirada más crítica hacia su gestión, explicando así su disconformidad con las regulaciones. Podría ser interesante estudiar tanto la preferencia política de futuros participantes, como el acceso a la información que presenta cada tipo de entorno, ya que quizás, un hipotético escenario de sobreinformación urbana y suburbana, o una menor difusión de la información en áreas rurales, hayan podido determinar la experiencia de adversidad y miedo y la conformidad o disconformidad con las regulaciones, en cierta manera.

Como información de interés, se entrevistó a dos personas Amish y una Menonita, siendo ambas comunidades muy rurales, cuya sociedad se basa, fundamentalmente, en la agricultura y la religión (Kent y Neugebauer, 1990). Ninguno/a de estos/as participantes había recibido la vacunación contra el COVID-19. Las personas Amish reportaron que no creían en la medicina convencional, sino que confiaban en la capacidad del propio cuerpo para generar inmunidad natural. La persona menonita comentó que preferían esperar a que se investigase más sobre la vacuna antes de administrársela. Las personas Amish comentaron que vivieron con hastío la pandemia, mientras que el/la participante menonita expresó que, en su comunidad, se vivió la pandemia con preocupación. Informó que se habían adaptado a recibir misa online, para poder proteger a las personas de alto riesgo de su comunidad.

### ***Estados Unidos: una sociedad polarizada.***

El 79,71% de las personas que emitieron su opinión acerca de la polarización de esta sociedad, afirmaron que sí, tendían a posicionarse en los extremos, lo cual concuerda con la evidencia científica (Druckman et al., 2021; Hart et al., 2020), y la mayor parte consideraban que la pandemia había agravado esta situación, creando “bandos”, como pro y anti-vacunas, pro y anti-mascarillas, etc... Tres personas invirtieron la relación causa-efecto, comentando que quizás, la polarización de esta sociedad fue lo que agravó la pandemia, en lugar de al revés.

Los y las participantes compartían su preocupación sobre esta polarización, afirmando que vivían en una sociedad dividida, que ambos grupos, fueran cuales fuesen, parecían ser incapaces de escucharse entre sí. Comentaban que se percibía rigidez en las opiniones, así como una tendencia a expresarse muy asertivamente, sin espacio para el diálogo, ni necesidad de haber filtrado los pensamientos o emociones previamente.

Esta polarización fue reportada en más ocasiones por los y las participantes que expresaban haber tenido miedo durante la pandemia. Bien puede ser una cuestión de sensibilidad personal, que las personas que identifican esta polarización, por alguna razón, tengan una percepción más fina o detallada de la realidad social, mas no consideramos que pueda ser la única explicación. A esta hipótesis procede añadir que, probablemente, percibir que la sociedad en la que uno/a está imbuido/a tienda a los extremos de la escala, a la radicalización o a presentar un alto porcentaje de individuos fervientemente a favor y a otros fervientemente en contra de un mismo aspecto, genere un entorno de tensión en el cual, una crisis como la causada por el coronavirus, actúe como detonante; agravando así la experiencia de miedo e incertidumbre de la población.

Esta polarización fue reportada en mayor proporción por participantes caucásicos/as, pero este grupo está sobrerrepresentado en la muestra. Sería de interés explorar en otros proyectos si esta asociación es debida al tamaño muestral o, por el contrario, refleja una divergencia étnica en la percepción de la polarización social.

Ni el género, ni la edad supusieron variables determinantes en nuestros análisis.

Resulta de interés describir que la experiencia de miedo solo fue determinada por la percepción de la polarización de la sociedad estadounidense y de la adversidad, sugiriendo que, tanto hombres como mujeres, personas de distintas edades o grupos étnicos, han experimentado miedo de igual manera.

### ***La politización de una emergencia sanitaria en Estados Unidos.***

Se habla de politización cuando se asocian determinadas opiniones o actitudes sobre temas, en principio, neutros, a una ideología política. En Estados Unidos, el 63,16% de las personas que, en nuestras entrevistas, hablaron sobre la politización, coincidían en que la pandemia, que es una emergencia de carácter sanitario, había sido altamente politizada. Esta politización de la crisis del COVID-19 ha sido descrita previamente (Druckman et al., 2021; Hart et al., 2020; J. Jiang et al., 2020). Se asocia a la derecha, conservadora, una actitud de despreocupación por la pandemia, con poco respeto por las medidas preventivas y mayor resistencia a vacunarse, así como una inclinación hacia las teorías de la conspiración; mientras que se figura en la izquierda política, liberal, una actitud más en consonancia con las medidas preventivas y una inclinación hacia la vacunación (Barrios y Hochberg, 2020; Calvillo et al., 2020; Kerr et al., 2021; Gratz et al., 2021; Pennycook et al., 2022).

*“Un asunto de salud nunca debería haberse convertido en una cuestión política.”*

En nuestra muestra, no solo se recogió cuánta gente explícitamente afirmaba que la pandemia había sido politizada (*politización explícita*), sino que también contabilizamos los/as 27 participantes emitieron su opinión política imbuida en el discurso, a lo cual denominamos “*politización implícita*”. Recogimos testimonios políticos de personas de ambas facciones, republicana y demócrata.

En cuanto a la discriminación contra China, parece menos común su expresión explícita, ya que solo una persona de las 77 entrevistadas mencionó que había percibido crueldad y racismo hacia la población asiática. No obstante, como registro de la sinofobia implícita en estas conversaciones, recogimos discursos en contra de China, su gobierno y/o su población en 14 participantes. La alta prevalencia (18,18%) de la sinofobia implícita en las respuestas de los/as participantes refleja el alarmante aumento de ésta, descrito en la literatura (Beech, 2020; Dhanani y Franz, 2020; Gao, 2022; Jaworsky y Qiaoan, 2021).

### ***Plandemia. Las teorías de la conspiración y la desinformación en la sociedad estadounidense.***

Estados Unidos ha sido sujeto de investigación por la cantidad de seguidores/as de las teorías relacionadas con conspiraciones que han emergido durante la pandemia (Stephens, 2020). 51 personas de comentaron en las entrevistas que consideraban que había muchos/as seguidores/as de las teorías de la conspiración a su alrededor. De forma casual, encontramos 15 participantes dentro de nuestra muestra que apoyaban estas teorías, lo cual supone cerca de una de cada cinco personas entrevistadas.

Las principales narrativas pivotan alrededor del gobierno chino y/o el estadounidense, consideran que la pandemia ha sido intencionada (*la plandemia*), que la vacuna contra el COVID-19 contiene un chip, que es un arma biológica, una medida para controlar la superpoblación y/o un experimento social, ya recogidas en la literatura (Downing et al., 2020; Efendioğlu, 2020; Evanega et al., 2020; Goodman y Carmichael, 2020; Nie, 2020; Pertwee et al., 2022; Saleem, 2020; Shahsavari et al., 2020; Ullah et al., 2021).

Una gran parte de las personas que hipotetizaron sobre las causas de estas teorías las relacionaron con las redes sociales e internet, ya que difundir información en éstas resulta fácil y no precisa ser filtrada o contrastada, coincidiendo con académicos/as (Gratz et al., 2021; F. Gu et al., 2021; Guntuku et al., 2021; Moffitt et al., 2021b; Pertwee et al., 2022). Otra proporción importante asociaban estas narrativas con alguna ideología política, más frecuentemente, la derecha. Esta asociación también ha sido descrita en la literatura (Calvillo et al., 2020; Gratz et al.,

2021; Green y Tyson, 2020; Hardy et al., 2021; J. Jiang et al., 2020; Uscinski et al., 2020). La desinformación y la falta de contraste de la información fueron las siguientes respuestas en frecuencia. Se recogieron testimonios que concuerdan poco con la evidencia científica (VIPER Group COVID19 Vaccine Tracker Team, 2022; World Health Organization, 2022) , tales como los dos participantes diferentes que comentaron que la vacuna no es una vacuna, pues no contiene virus vivos, y que el mecanismo de RNA mensajero (*RNAm*) que se emplea “se adhiere a las células del cuerpo”, o las personas que afirmaron saber a ciencia cierta que las mascarillas no son efectivas contra la transmisión del coronavirus. En cuanto a la veracidad de la información, es curioso que se dé al mismo tiempo una crítica que defienda la necesidad de contrastar información, con una narrativa tan alejada de la evidencia científica.

Se comentó en varias ocasiones que “*uno va a creer lo que quiere creer*”, explicando el sesgo de confirmación, por el cual se asume como válida la información que concuerda con ideas previas (Klayman, 1995).

Varias personas, coincidiendo con ciertos autores (Moffitt et al., 2021b; Sternisko et al., 2020), comentaron que las personas que apoyan estas narrativas lo hacen como mecanismo de apoyo psicológico, que necesitan “*algo en lo que creer*” o sentirse validados/as y/o empoderados/as por “*poseer información privilegiada*” o “*saber algo que el resto desconocen*”. En algunas entrevistas, seguidores/as de las teorías de la conspiración hicieron referencia a que “*el resto sigue la corriente o el rebaño, como ovejas*”, pero “*yo no soy así*”, desmarcándose de la corriente, enfatizando su individualidad.

Resulta llamativo el hecho de que se repita un mismo argumento tanto en personas pro-conspiraciones como en aquellas que las critican, y este es “no investigan lo suficiente, no contrastan la información”. Ambas partes consideran que la contraria está equivocada, por falta de información o falta de voluntad de contrastarla. Expresan que “el otro” cree lo que le dicen, bien sea el gobierno, las autoridades científicas, o las personas o *bots* que difunden información en redes sociales e internet.

### ***La sociedad estadounidense antes y después del COVID-19.***

El 83,58% de las personas que opinaron sobre el impacto de la pandemia en la psicología de la población estadounidense consideraron que la crisis había afectado a la gente. Más de la mitad de ellos/as reportaron notar más enfado, irritabilidad, frustración y/o miedo, a su alrededor. Una persona mostró preocupación por notar una “gran falta de conexión entre las personas”. En cuanto a las relaciones sociales, registramos opiniones opuestas. Mientras que una parte de la población entrevistada consideraba que la gente tendía ahora a alejarse más entre sí, especialmente si alguien mostraba síntomas como tos o estornudos en público, mostrando más conciencia sobre la salud, y reportaban una mayor tendencia a la introversión, en general, lo cual se describe en el trabajo de Feehan y Mahmud (2021); otra parte de las personas entrevistadas expresaban que percibían que la gente en su entorno valoraba más las relaciones sociales y el tiempo en compañía de sus seres queridos que antaño, y veían una mayor tendencia a la extroversión. En esta línea, siete personas mencionaron que creían que la gente ha recalibrado sus prioridades, otorgando mayor relevancia al tiempo en familia o a sus aficiones personales.

Al explorar el impacto de la pandemia, ocho personas comentaron percibir mayor prevalencia de ansiedad, depresión y de suicidio. Estos reportes coinciden con la evidencia numerosos estudios (Duan y Zhu, 2020; Gallagher et al., 2020; D. Wang, Hu, et al., 2020; Xiao, 2020; Zvolensky et al., 2020).

### ***El individualismo en Estados Unidos.***

La sociedad estadounidense es reconocida internacionalmente por su individualismo (Kitayama et al., 2022; Savani et al., 2008; Geert Hofstede, 2018). Al hablar sobre la adversidad, varios/as participantes mostraron preocupación por haber percibido un aumento del individualismo de la población a raíz de la pandemia. Reportaron que la gente a su alrededor no se preocupaba por la salud de los demás, eligiendo no llevar la mascarilla, a pesar del riesgo que supusiera para el resto, con tal de preservar su libertad individual. Acorde a estos participantes, esta facción de la población parecía infraestimar el riesgo de la crisis sanitaria, opinando que se estaba exagerando la situación. De hecho, en ciertas entrevistas, los y las participantes reportaron haber notado que se exageraba la situación, en ocasiones, con fines

políticos, coincidiendo con ciertos autores (Hardy et al., 2021; Kerr et al., 2021; (Kitayama et al., 2022).

Se pudieron recoger trazas de individualismo en los discursos de varios/as participantes. Uno/a, por ejemplo, informó abiertamente de que, mientras él/ella y sus familiares estuvieran bien, el resto no le importaba. Otras cuatro personas comentaron que la pandemia “*les había venido bien*”, ya que, al identificarse como introvertidos/as, la tranquilidad y las nuevas dinámicas sociales y laborales que había traído consigo el coronavirus, les habían resultado agradables.

El hecho de que una proporción considerable de la muestra (42,86%) no quisiera recibir la vacunación contra el COVID-19, y, de hecho, el 23,38% de los y las participantes no estuvieran vacunados/as contra el coronavirus, puede ser también un reflejo del individualismo de esta sociedad (C. Wu et al., 2021; Leonhardt y Pezzuti, (2021), al no ponderar el bien común, es decir, alcanzar la inmunidad de rebaño y proteger a las personas de alto riesgo, por encima de la preferencia individual.

Cabe señalar que, al explorar la experiencia de miedo en los y las participantes que reportaban haberlo sentido durante la pandemia, la respuesta mayoritaria fue “*miedo por la propia salud*”, seguida por “*la incertidumbre*” y, en tercer lugar “*miedo por la salud de los demás*”. 20 personas, de 42 que respondieron haber tenido miedo, temieron por su propia integridad, mientras que 11 personas mencionaron haberse preocupado por la salud de sus seres queridos. De nuevo, el concepto de individuo parece primar en el discurso sobre el bienestar del grupo.

Podría profundizarse, en la línea de los estudios de Singelis et al. (1995) y Biddlestone et al. (2020), en la relación entre el individualismo de una cultura y su tendencia a las teorías de la conspiración, inspirada en los testimonios de las personas que comentaban que una de las causas de estas teorías puede ser que sus seguidores necesiten sentirse validados a través de ser los/as portadores/as de información privilegiada, quizás como forma de destacar sobre el resto, con una narrativa del estilo “*yo sé algo que el resto desconoce*”.

Las consecuencias negativas del individualismo no pasa desapercibido para cierta parte de la población estadounidense. En varias entrevistas, los y las participantes exhortaban, tanto al gobierno, como a la sociedad, a potenciar el

colectivismo. Ante la pregunta “¿qué considera que ha sido el peor aspecto de la pandemia?”, dos personas contestaron “el individualismo de la sociedad estadounidense” y otra más comentó que “lo peor fue perder el sentido de comunidad”.

No sería descabellado hipotetizar que el individualismo en esta sociedad, la exaltación de la libertad personal, la necesidad de expresar asertivamente sus opiniones y la polarización y politización estén estrechamente relacionadas.

## **6.6 La frontera del Øresund en pandemia: la confianza institucional nórdica, la responsabilidad social escandinava, la laxitud sueca y la estrictez danesa.**

El 65% de los y las participantes de las entrevistas había padecido COVID-19 en algún momento, la mayoría en su forma leve. El 82,5% de las personas entrevistadas reportaron que conocían personalmente a un gran número de personas en sus círculos cercanos que habían pasado la enfermedad y 33 de las 40 personas entrevistadas informaron de que no conocían a nadie, personalmente, que hubiera fallecido por COVID-19. Las personas que han padecido la enfermedad en algún momento eran más propensas a reportar una alta incidencia de COVID-19 a su alrededor. Aquellas que sufrieron formas moderadas o severas de la enfermedad reportaron, en mayor proporción, que habían atravesado una época de adversidad y, dentro de la población sueca, que consideraban las regulaciones del gobierno de Suecia demasiado laxas. Esta impresión sobre las medidas preventivas del gobierno sueco era más frecuentemente reportada entre las personas que afirmaban que la pandemia ha tenido un impacto en el bienestar psicológico de la población.

Más de la mitad de las personas entrevistadas comentaron no haber vivido una especial adversidad durante la pandemia, aunque la mitad de los y las participantes reportasen haber tenido miedo en algún momento de la pandemia, mayoritariamente por la salud de sus seres queridos. Esta experiencia de miedo ha sido informada en mayor proporción por mujeres que por hombres, y no ha estado relacionada con el tipo de entorno (rural o urbano), ni el grupo de edad del/a participante. La diferencia entre mujeres y hombres a la hora de reportar miedo ha sido previamente descrita en la literatura (Alsharawy et al., 2021; Metin et al., 2022).

En cuanto a la vacunación, el 100% de los y las participantes estaban vacunados/as, y sólo tres personas se vacunaron en contra de su voluntad. Se aprecia una alta adhesión a la vacunación en la población sueca y danesa, concordante con la evidencia científica (Mathieu, Ritchie, Rodés-Guirao, Appel, Gavrillov, et al., 2020). Referente a la vacunación, una persona danesa expresó que agradecían haber tenido regulaciones estrictas al principio de la pandemia, porque, para cuando relajaron las medidas, la población ya estaba vacunada. Por otra parte, un/a participante sueco/a comentaba que, gracias a que toda la población en Suecia estaba a favor de la vacunación, el gobierno no precisó implantar medidas muy estrictas para controlar la transmisión del virus.

Resulta llamativo que en Suecia la adhesión a la vacunación sea tan alta, teniendo en cuenta que hubo un escándalo en el 2009 relacionado con la vacunación contra el virus influenza H1N1, ya que se reportó un aumento de la incidencia de narcolepsia tras la vacunación, en población pediátrica (Barker y Snape, 2014; K. Edwards et al., 2019; Sarkanen et al., 2018; Szakács et al., 2013). Este hecho fue mencionado en una de las entrevistas, en la que el/la participante expresó que, a pesar de esta noticia, él/ella personalmente quería recibir la vacuna contra el coronavirus y opinaba que, en general, la población sueca confiaba en las autoridades sanitarias y gubernamentales.

Esta alta confianza en las autoridades puede estar relacionada con la baja prevalencia de seguidores/as de las teorías de la conspiración que reporta la población en Suecia y Dinamarca (Argento et al., 2020; Cameron, 2020; Jørgensen et al., 2021; Kuhlmann et al., 2021; Olagnier y Mogensen, 2020; Power et al., 2023; Rumpler et al., 2020; García Agustín y Nissen, 2023; Hierl, 2023; Marså et al., 2022) que concuerda con la escasa representación de personas que apoyan estas narrativas en la muestra recogida en este estudio. Solo una persona de las 40 entrevistadas manifestó apoyar estas teorías. De entre las otras 39, se pudo identificar que las asociaban con un tipo de perfil psicológico en particular, más tendente al conflicto, con la subcultura de las redes sociales e internet, y con los Estados Unidos de América, ya que se exponía que allí la prevalencia de estas teorías es muy superior, su sociedad es más radical y se mencionó al expresidente D. Trump, lo cual concuerda con el estudio de Stephens (2020).

La experiencia de la pandemia fue diferente en Suecia y Dinamarca. En ambos países se establecieron algunas regulaciones con carácter obligatorio y otras en forma de recomendaciones, con las que ambas poblaciones cumplían, por un alto sentido de la responsabilidad personal y social, característico de las culturas escandinavas. De hecho, se popularizó el concepto de “cuidado de la sociedad” (*care for society*) como noción de la importancia de asumir las restricciones por el bien común, no sólo por el individual (Anastasiadou et al., 2020; Giacometti et al., 2021; Hansson y Stefansdottir, 2021; Ihlen et al., 2022; Nielsen y Lindvall, 2021; Svensson, 2022). Esta realidad contrasta con el individualismo registrado en estos países (Geert Hofstede, 2018). Sería interesante profundizar en esta aparente contradicción.

No obstante, en Suecia las regulaciones fueron más laxas que en Dinamarca, generando una sensación de “normalidad” durante la pandemia en el país sueco, mientras que, en tierras danesas, supuso una disrupción mayor de la vida cotidiana. Un ejemplo de esto es que los bares, restaurantes y cafeterías no cerraron en Suecia, aunque sí limitaron su aforo y horario, mientras que sí llegaron a permanecer cerradas un tiempo en Dinamarca (Argento et al., 2020; Askim y Bergström, 2022; T. Christensen et al., 2022.; Kuhlmann et al., 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022; Przsada-Sukiennik, 2021; Saunes et al., 2022). La mitad de la población sueca que fue entrevistada consideraba las medidas de su gobierno apropiadas, mientras que tres cuartas partes de los y las daneses y danesas que fueron entrevistados/as reportaron que consideraban que su gobierno había impuesto regulaciones demasiado estrictas.

Esta diferencia de estrictez generó opiniones encontradas, en ambos lados de la frontera. La opinión mayoritaria en la población danesa entrevistada fue que, en el momento del debut de la pandemia, al no saber qué iba a pasar, se agradeció que el gobierno fuera más estricto, para proteger a la población, y causó sorpresa y una sensación de irresponsabilidad por parte del gobierno sueco el hecho de que implantasen regulaciones tan laxas. No obstante, consideran que las restricciones se mantuvieron más tiempo del necesario, y, en varias ocasiones se comentó que, a pesar de la sorpresa inicial, viendo los datos a posteriori, quizás la estrategia sueca no fue tan descabellada.

Los medios internacionales se hicieron eco de la laxitud sueca de cara a la pandemia, dibujando, en ocasiones, una imagen de este país como despreocupado o irresponsable; lo cual chocaba con la noción de responsabilidad personal que impulsaba a su población a cumplir con las recomendaciones (Askim y Bergström, 2022; Cameron, 2020; Elander et al., 2022; Irwin, 2020; Kuhlmann et al., 2021; Laage-Thomsen y Frandsen, 2022). En Suecia, una narrativa frecuente fue que, a pesar de haber recibido críticas por su gestión al inicio de la pandemia, cuando evolucionó ésta, las cifras no mostraron una mortalidad alarmantemente mayor que en otros países y que las personas que fallecieron pertenecían a grupos de riesgo, cuya mortalidad, aparentemente, se asumió como una realidad desde el principio. A mediados del 2021, Suecia duplicaba la incidencia de COVID-19 a Dinamarca, y triplicaba su mortalidad, a pesar de que Dinamarca realizase unas seis veces más pruebas diagnósticas que Suecia. A mediados del 2022, Dinamarca contaba con el doble de casos de COVID-19 por millón de habitante que Suecia, mas ha de contextualizarse en la cantidad de test diagnósticos que este país realizaba. Mientras Suecia había realizado 1.758,36 pruebas por cada mil habitantes, Dinamarca había realizado 11.043,26 test diagnósticos por cada mil habitantes. Eso explica que la incidencia danesa superase a la sueca, y no así su mortalidad. A finales del 2022, Suecia había reportado el doble de mortalidad que Dinamarca (Mathieu, Ritchie, Rodés-Guirao, Appel, Gavrilov, et al., 2020). Teniendo en cuenta lo semejantes que son las poblaciones de estos dos países en cuanto a su demografía, economía, situación social y política, plantearse que las diferencias en la epidemiología de la pandemia entre ambas naciones puedan deberse a la estrictez de las medidas resulta apropiado. Es interesante, sin embargo, reflejar el contraste entre la frecuencia de la percepción de una mortalidad “no tan alta” como se esperaba, entendiendo la laxitud de las medidas del gobierno sueco, con la cifra oficial, en la cual este país duplica la mortalidad danesa por COVID-19. La difusión de esta percepción quizás atiende a la comunicación de la información durante la pandemia, lo cual podría explorarse en futuras investigaciones.

La diferencia en la gestión de la pandemia entre Suecia y Dinamarca fue especialmente patente en la frontera que separa ambas naciones, el puente de Øresund. El tránsito entre estos países es sumamente fácil, a través de un tren, carretera o ferry. Los países nórdicos tienen una política de fronteras abiertas entre

sí, por la cercana relación que tienen, tanto histórica, como presente. Esto genera que, en las regiones fronterizas, la población cruce de país de manera rutinaria, bien porque viven y trabajan en distintos lados de la frontera, para visitar familiares y amistades, o por ocio. Esta facilidad de tránsito entre países es una realidad con la que la población actual cuenta y la asumen como un derecho. De hecho, durante una de las conversaciones, la persona entrevistada comentó que, en el 2015, a raíz de la crisis de los refugiados, se reguló más el paso por la frontera entre Suecia y Dinamarca, y fue vivido por la población de la región de Øresund como un ataque hacia su derecho de desplazarse entre ambos países.

En el pico de la pandemia, Dinamarca cerró sus fronteras. No así Suecia. Esto implicó que se pudiese transitar de Dinamarca a Suecia sin mayor problema, pero no se podía viajar de Suecia a Dinamarca. Varias personas comentaron que cierta parte de la población danesa cruzaba a Suecia en la pandemia para tomar un café, ir a un restaurante o disfrutar del ocio nocturno, y luego retornaban a Dinamarca, lo cual generaba preocupación, porque aumentaba el riesgo de que contrajesen y transmitiesen el COVID-19. Otra realidad peculiar de la pandemia en la frontera sueco-danesa fue la adhesión al uso de las mascarillas en el tren, ya que era obligatorio en el lado danés, pero no el en sueco. Cuando el tren que conecta ambos países atravesaba la frontera, los pasajeros y pasajeras del tren, que se habían subido al mismo en el lado danés, con mascarilla, se la retiraban. La persona que informó de esto comentó que no le veía sentido, pues el virus no entiende de fronteras, como los seres humanos.

Culturalmente, la diferencia de estrictez y actitud en ambas poblaciones fue una sorpresa, ya que se tiene una imagen de los/as daneses/as como una población más relajada, menos estricta o más flexible que sus vecinos de Suecia, pero la actitud de cara a la pandemia fue a la inversa, los/as suecos/as, así como su gobierno, parecían menos preocupados por la crisis del coronavirus que las personas y autoridades en Dinamarca. “*Era como el mundo al revés*”, comentaba una persona danesa.

En Suecia, se emplea *lagom* como concepto con mucha frecuencia. Significa “ni demasiado ni demasiado poco”, “sin exageración”, “apropiado para su propósito” y hace alusión a la idoneidad de encontrar el equilibrio en el punto medio (Svenska

Akademiens Ordbok, 1939). Como dijo Aristóteles “en el punto medio está la virtud” (Chillón, 2014). A pesar de ser un concepto sueco, fue una persona danesa la que comentó que “quizás un punto medio entre la laxitud sueca y la estrictez danesa de cara a la pandemia hubiera sido lo mejor.”

Más del 70% de las personas que fueron entrevistadas consideran que la pandemia ha tenido un impacto sobre la población. El efecto más reportado fue percibir una mayor concienciación sobre la salud, manteniendo más la distancia entre personas, lavándose las manos con más frecuencia que antes o priorizando trabajar desde casa en lugar de en el puesto de trabajo si se presenta algún síntoma, por leve que sea. El impacto sobre la salud mental fue también nombrado en varias ocasiones, así como las consecuencias de las restricciones sociales y el aislamiento. De hecho, éstos fueron los temas más recurrentes cuando se exploró qué consideraba la persona entrevistada que había sido el peor aspecto de la pandemia. “*Lo peor fue la soledad*”, respondió un/a participante. Uno de los cambios en la actitud de la sociedad frecuentemente reportados en las entrevistas fue que se percibía un mayor valor hacia las relaciones sociales después de haber vivido esas restricciones.

Parece coherente deducir que la estrictez de las medidas de un gobierno condiciona la experiencia de la pandemia por parte de la población, fundamentalmente cuando estas regulaciones afectan a la dimensión social del individuo. A pesar de registrar una mayor mortalidad en Suecia, la población de este país entrevistada en el estudio considera adecuadas las medidas de su gobierno, en mayor proporción que las personas de Dinamarca.

Procedería estudiar qué considera la población como más relevante, si la dimensión social o la prevención sanitaria. Quizás la clave para gestionar futuras crisis pueda estar escondida dentro de los conceptos *lagom* (Suecia), en el cual se equilibren ambas y *hygge* (Dinamarca), que ensalza el valor de las pequeñas cosas de la vida cotidiana.

## **6.7 Comparativa epidemiológica sociocultural entre Namibia, Botsuana, Sudáfrica, Mozambique, Estados Unidos, Cuba, Suecia y Dinamarca.**

### **6.7.1 Contexto**

Las poblaciones de los ocho países estudiados presentan ciertas diferencias en sus características socioeconómicas, que han podido impactar en la epidemiología del COVID-19. Los países nórdicos (Suecia y Dinamarca) presentan las poblaciones más envejecidas, seguidas de Cuba y Estados Unidos, mientras que Mozambique muestra la población más joven. Las naciones con mayor densidad poblacional son Dinamarca y Cuba. Las cifras de mortalidad de infantes menores de 5 años por cada mil nacidos vivos son más altas en Namibia, Botsuana y Sudáfrica que en Cuba, Estados Unidos, Suecia y Dinamarca, aunque Mozambique destaca por duplicar los valores del resto de países del sur de África. En consonancia con esto, Mozambique presenta el menor PIB per cápita, el menor número de médicos/as y camas de hospital por cada mil habitantes y el menor Índice de Desarrollo Humano. Todas estas variables exponen un país con menos recursos económicos que el resto de la muestra.

Los países con mayor PIB per cápita de entre los estudiados son Estados Unidos, Dinamarca y Suecia. Asimismo, son los países que mayor inversión muestran en sus sistemas sanitarios, detrás de Cuba, siendo ésta la nación de nuestra muestra con mayores números de médicos/as y camas de hospital por cada mil habitantes.

A nivel democrático, el sistema de Cuba se caracteriza por ser el menos democrático de la muestra, seguido por el gobierno mozambiqueño. Cuba, de hecho, destaca por ser uno de los países menos democráticos del mundo (Economist Intelligence Unit (EIU), 2021), mientras que las sociedades escandinavas se posicionan como las más democráticas del mundo. En nuestra muestra, Suecia y Dinamarca presentan un Índice de Democracia mayor que el resto.

A nivel cultural, contando con la ausencia de datos de Botsuana y Cuba, destacan el individualismo estadounidense, la masculinidad de las sociedades de Estados Unidos y Sudáfrica, entendida ésta como la preferencia por el heroísmo, la asertividad y la competitividad (Hofstede, 2018), y la tendencia a la indulgencia de la población de Mozambique. Suecia destaca por ser una de las sociedades con mayor preponderancia de los valores de autoexpresión, en contraposición a los valores de

supervivencia, del mundo (World Values Survey 7, 2022). La sociedad danesa también muestra una preferencia por valores de autoexpresión, mientras que la sudafricana se posiciona en la mitad del espectro. No obstante, la cultura de Sudáfrica muestra una tendencia al tradicionalismo, seguida de Estados Unidos, y lejos de la secularidad que caracteriza a las poblaciones nórdicas.

Esta información se muestra en las tablas Tabla 1, Tabla 3, Tabla 5 y Tabla 7.

La pandemia ha tenido una evolución diferente en estos ocho países. Durante el primer año de crisis, el 2020, el país que más casos y muertes por COVID-19 por cada millón de habitantes registró fue Estados Unidos, seguido por Suecia. Dinamarca destaca, a lo largo de toda la pandemia, por haber realizado el mayor número de pruebas diagnósticas de entre los países estudiados, con gran diferencia, lo cual explica la distancia entre su alta incidencia y su baja mortalidad en comparación con Suecia (que duplica la mortalidad danesa) o Estados Unidos (que casi triplica la mortalidad danesa). Durante este primer año, se registran una incidencia y mortalidad muy inferiores en Mozambique que en el resto de países, así como muchos menos tests contra el COVID-19 realizados. Botsuana destaca por ser el país del sur de África que más pruebas diagnósticas ha realizado, lo cual explica que muestre una alta incidencia en comparación con sus países vecinos, pero menor mortalidad que Sudáfrica y Namibia.

En este período, Cuba y Mozambique fueron los países más estrictos de la muestra, en sus regulaciones contra el COVID-19. En concreto, Cuba ha sido el país más estricto en sus regulaciones durante toda la pandemia, de entre los estudiados. También acumula el mayor porcentaje de población completamente vacunada, ya que, a finales del 2022, casi el 90% de la población cubana había recibido la vacuna contra el COVID-19; seguida por Dinamarca. La población de Namibia muestra la menor adherencia a la vacunación de entre los países estudiados, seguida por la de Sudáfrica.

Se reflejan estos datos en las tablas Tabla 4, Tabla 6, Tabla 8 y Tabla 2.

### **6.7.2 Discusión transnacional**

La población que reportó, en mayor proporción, haber vivido adversidad durante la pandemia en nuestras entrevistas fue la cubana (70,97%), seguida del

67,31% de los/as participantes del sur de África, el 58,44% de los/as estadounidenses entrevistados/as y el 42,5% de las personas procedentes de la región fronteriza entre Suecia y Dinamarca.

Las poblaciones de Cuba, Suecia y Dinamarca no difieren en exceso en cuanto a la edad media poblacional. La gran distancia en la proporción de población que ha reportado adversidad durante la pandemia entre Cuba y los países nórdicos podría estar relacionada con la distancia entre los Índices democráticos de ambas regiones, ya que Cuba es una nación con un Índice de Democracia muy bajo, y los países escandinavos lideran las estadísticas mundiales de democratización, o con la diferencia del PIB per cápita, siendo notablemente inferior en Cuba que en los países nórdicos. Cuba atravesaba una crisis socioeconómica magna en el momento de realizar las entrevistas, conllevando una ola de emigración histórica, mientras que Suecia, por ejemplo, hace 200 años que no entra en un conflicto internacional. Cuba muestra una menor incidencia y mortalidad que Suecia y Dinamarca, a finales del 2022, y, durante la pandemia, su estrictez en las medidas contra el COVID-19 ha sido mayor, seguida por Dinamarca. No se puede valorar la posible relación entre la desigualdad social de Cuba y otros países, ya que se carece de la cifra oficial del Coeficiente de Gini de Cuba. Cabe señalar que, durante la pandemia, Cuba ha sido más estricto en sus regulaciones que el resto de países, lo cual también ha podido condicionar la experiencia de adversidad de su población.

Informar sobre haber vivido adversidad durante la pandemia en la muestra de la población cubana, al igual que en la estadounidense, estuvo directamente relacionada con haber padecido COVID-19, y con percibir que mucha gente en el entorno del/la participante había pasado la enfermedad. En la muestra de Estados Unidos, de hecho, también se relacionó haber vivido una época adversa durante la pandemia con reportar que muchas personas del entorno del/la participante habían fallecido por COVID-19, así como con el tipo de entorno del/la entrevistado/a. Las poblaciones rurales han reportado menor adversidad durante la pandemia que las urbanas y suburbanas. Este último hallazgo se repite en las entrevistas realizadas en el sur de África.

Estos resultados orientan a concluir que haber vivido adversidad durante la pandemia no está necesariamente relacionado con las cifras oficiales de la incidencia

y mortalidad en el país de origen del/la entrevistado/a, sino con otras variables microsociales tales como vivir en una región urbana o suburbana y la percepción personal de la incidencia y mortalidad en el entorno del/la participante o macrosociales, como el PIB per cápita del país, su Índice de Democracia o la estrictez de las medidas de los gobiernos.

La economía fue un aspecto que emergió en 28 de las 31 entrevistas en Cuba (90,32%), en el 42,31% de las entrevistas del sur de África, el 14,29% de las realizadas en Estados Unidos y en 3 de las 40 entrevistas (7,5%) de la población sueco-danesa. El contexto de crisis socioeconómica en el que se encontraba Cuba en el momento de realizar el trabajo de campo probablemente ha generado que el estrago económico sea un aspecto clave en la vivencia de la pandemia de la población cubana (Rodríguez et al., 2020; Izquierdo Toledo, 2022). Resulta llamativo, ya que los países del sur de África tienen, de media, menor PIB per cápita que Cuba, menor dotación en sus sistemas sanitarios y menores Índices de Desarrollo Humano. No obstante, Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique son países más democráticos que Cuba, aunque la diferencia entre el Índice de Democracia de Mozambique y el cubano es menor que la diferencia en este parámetro entre Cuba y el resto de países del sur de África estudiados.

Dentro de la población del sur de África entrevistada, la economía fue un tema de mención frecuente entre los/as sudafricanos/as que participaron en el estudio, a pesar de que este país cuenta con el mayor PIB per cápita de entre estos cuatro países. Probablemente, esté relacionado con que Sudáfrica muestra una notable mayor desigualdad social que el resto de países estudiados, tanto del sur de África, como del resto del mundo. Esta desigualdad social puede reflejar un reparto inequitativo del valor económico del país, y, quizás por eso, la población sudafricana entrevistada muestra una mayor preocupación por cuestiones económicas. Cabe comentar también que, en el momento en el que se realizó el trabajo de campo, en Sudáfrica se vivían dificultades como la limitación diaria de electricidad por la crisis energética que atravesaba el país, lo cual ha podido influir en las respuestas de los/as participantes (Moll, 2021).

El país que ha presentado las medidas más estrictas de nuestra muestra, a lo largo de la pandemia, fue Cuba, a pesar, la población cubana entrevistada no ha sido

la que ha reportado percibir las medidas de su gobierno “demasiado estrictas” en mayor proporción (44,44%), sino que fue la población danesa (75%), cuyas regulaciones han sido menos estrictas que las cubanas, pero más que el resto de naciones, incluida Suecia, cuya población entrevistada consideró adecuadas las medidas de su gobierno, en mayor proporción (50%). En Estados Unidos, el 55,56% de las personas entrevistadas consideraron las medidas contra el COVID-19 demasiado estrictas, mientras que otro 33,33% de la muestra las consideraron demasiado laxas, reflejando la polarización de esta sociedad.

Resultó llamativa la alta prevalencia de seguidores/as de las teorías de conspiración entre la población estadounidense entrevistada (19,48%). Varios/as participantes, en Cuba, en Estados Unidos, en Suecia y en Dinamarca asocian estas teorías con la exposición a internet, redes sociales o con un determinado perfil psicológico. El escaso acceso a internet de la población cubana ha podido ser un factor protector en este aspecto. La situación estadounidense contrasta con la escasa prevalencia de seguidores/as de estas teorías encontrada en la muestra sueco-danesa (2,5%). Atendiendo a las críticas de cierta parte de la población estadounidense acerca del gobierno de esta nación, se hipotetiza que esta diferencia en el apoyo a las teorías de la conspiración entre Estados Unidos y los países escandinavos estudiados esté causada por la alta confianza institucional nórdica. Asimismo, Estados Unidos muestra una sociedad más centrada en valores de supervivencia que Suecia y Dinamarca, así como más tradicional.

En esta línea, cabe mencionar la disparidad entre el alto sentido de la responsabilidad social registrado en Suecia y, sobre todo, en Dinamarca, donde las regulaciones de los gobiernos, tanto obligatorias como recomendadas, se cumplían *motu proprio*, por asegurar el bien común; para con el ensalzamiento de la libertad de decisión individual establecida como valor fundamental de la patria estadounidense, y su necesidad de ser preservada incluso por encima del bien del resto. Resalta la tendencia de la sociedad de Estados Unidos al individualismo y a valorar el logro, la asertividad y el heroísmo (alta masculinidad), comparado con las naciones escandinavas. Quizás estas características culturales pueden haber influido en la adherencia a las regulaciones contra el COVID-19, como la vacunación, por ejemplo.

Dentro de los países estudiados, el que cuenta con mayor porcentaje de población completamente vacunada a finales de 2022 es Cuba. Acorde a los análisis de las respuestas de las entrevistas, se aprecia un trasfondo colectivista en esta sociedad, a pesar de su ausencia de registro en las bases de datos empleadas. Este colectivismo, junto con un régimen poco democrático que ha establecido regulaciones muy estrictas, pueden explicar la alta tasa de vacunación en esta nación. Dinamarca y Suecia son los países que siguen a Cuba en cuanto a adhesión a la vacunación contra el COVID-19, siendo mayor la tasa de vacunación en Dinamarca. De nuevo, el importante sentido de la responsabilidad social y la alta confianza institucional de estas sociedades, gracias a la cual la prevalencia de las teorías de la conspiración es testimonial, han podido influir en la adhesión a la vacunación. Dentro de los países del sur de África, Mozambique y Botsuana muestran una mayor proporción de personas completamente vacunadas. En Mozambique puede estar explicado por el tipo de régimen en Mozambique (poco democrático), o por su colectivismo y en Botsuana por el respeto a las regulaciones para controlar el coronavirus, como se apreció a lo largo de las entrevistas. Namibia y Estados Unidos destacan por su alta proporción de participantes no-vacunados/as contra el COVID-19. Namibia, de hecho, es el país que menor proporción de población vacunada presenta, de entre los ocho analizados. En esta nación se recogieron testimonios de desconfianza y conspiración, lo cual puede estar relacionado con la baja adhesión a los protocolos de vacunación. Estos hallazgos se muestran más evidentes en las entrevistas en Estados Unidos, donde el 23,68% de las personas entrevistadas no estaban vacunadas contra el COVID-19 y, además, se describió una relación directa entre apoyar las teorías de la conspiración y no haber recibido la vacuna contra el coronavirus.

Exceptuando Mozambique, los países con poblaciones más jóvenes de la muestra presentan menores porcentajes de población completamente vacunada contra el COVID-19. Sería interesante profundizar sobre esta posible relación, ya que, quizás, las poblaciones jóvenes no evalúan el peligro de una enfermedad respiratoria con la misma intensidad que poblaciones más envejecidas, por lo que pueden ser menos proclives a vacunarse.

Al consultar el impacto de la pandemia en la sociedad, las respuestas pivotaron sobre el recrudescimiento de la economía con una alta frecuencia en los países del sur de África y en Cuba, mientras que en Estados Unidos y en los países escandinavos, las

respuestas más frecuentes hacían mención al impacto emocional y psicológico de la crisis sobre la población. Se aprecia que estas tres últimas naciones cuentan con un Índice de Desarrollo Humano muy superior al resto de los países estudiados. Quizás refleje un sistema de prioridades, por el cual, no se atiende a la dimensión emocional y psicológica, si no se tiene asegurada una estabilidad económica.

Al preguntar cuál consideró el/la participante que fue el peor aspecto de la pandemia, “los fallecimientos” fue la respuesta que emitió casi la mitad de los/as participantes de Cuba, mientras que en Estados Unidos el porcentaje de personas entrevistadas que lo mencionaron fue el 28,57%, y en los países nórdicos, ninguna persona consideró la pérdida de vidas como el peor aspecto de la pandemia, sino que las respuestas se centraron en las restricciones y el aislamiento y las limitaciones sociales derivadas de éstas. De estos países, Cuba muestra una notable menor mortalidad por COVID-19 que Estados Unidos, Suecia o Dinamarca, por lo que estas respuestas no reflejan la realidad cuantitativa de la epidemiología de las naciones, sino que orienta más hacia la diferencia entre el colectivismo de la sociedad cubana y el individualismo estadounidense y escandinavo.

Describieron haber sentido miedo durante la pandemia el 65,96% de las personas entrevistadas en el sur de África, el 60% de los/as participantes cubanos/as, el 54,54% de las personas estadounidenses entrevistadas y el 50% de la población de Suecia y Dinamarca que respondieron a nuestras preguntas. En Estados Unidos se asoció reportar haber sentido miedo durante la pandemia con atestiguar la polarización de la sociedad estadounidense. En Suecia y Dinamarca fueron las únicas regiones en las que se apreció una diferencia de género, ya que las mujeres reportaron haber sentido miedo con mayor frecuencia que los hombres. No obstante, se observan varios aspectos similares por los que han temido los/as participantes de todos los países: por la propia salud y por la salud de los seres queridos. Esta realidad pone de manifiesto que, como seres sociales, nuestra involucración emocional en el bienestar de las personas a nuestro alrededor es importante. También se registra en todas las regiones la experiencia de “miedo colectivo”, por la cual el/la participante siente que la mayor parte de las personas a su alrededor tienen miedo, condicionando su propia experiencia.

La experiencia de miedo, sus causas primarias, tales como la preocupación por el bienestar de los seres queridos, y su difusión a través de las referencias en el entorno cercano parecen ser universales entre las culturas.



# Capítulo VII. Conclusiones, limitaciones y futuras líneas de investigación

---

## 7.1 Conclusiones generales

La crisis del COVID-19 ha tenido un impacto mundial. Para abordar la dimensión sociocultural de la misma y su efecto en la epidemiología, se emplean métodos cuantitativos y cualitativos de análisis. En primer lugar, se identifican factores sociales, demográficos, económicos, políticos y culturales que han determinado la incidencia, mortalidad y estrictez de las regulaciones gubernamentales en tantos países como se pudo recabar datos. Posteriormente, se realizaron entrevistas en ocho países explorando la vivencia de la pandemia y registrando los aspectos más característicos de la misma en cada región.

Las conclusiones de los análisis cuantitativos reflejan, por una parte, que las poblaciones de edad avanzada muestran tanto una incidencia acumulada como una mortalidad por COVID-19 superiores a las de las poblaciones jóvenes. La estabilidad económica y el número de médicos por cada mil habitantes desempeñan un papel determinante en la incidencia de la COVID-19 a nivel nacional, lo que podría estar relacionado con una elevada disponibilidad de herramientas diagnósticas. La desigualdad social está relacionada con una mayor mortalidad por COVID-19, lo que puede reflejar que en los países que sufren una mayor desigualdad social puede haber un gran porcentaje de la población que no tenga acceso a servicios sanitarios de calidad.

Por otra parte, hallamos que el Índice de Estrictez de las medidas adoptadas por los 88 países analizados en el estudio no ha venido determinado la epidemiología del COVID-19. Sin embargo, sus niveles de vacunación, situación de desarrollo, capacidad del sistema sanitario, estatus democrático y presentar una sociedad tradicionalista, centra en valores de supervivencia y con altos índices de indulgencia y masculinidad han determinado en cierta medida el rigor de sus medidas.

Por un lado, las naciones que muestran altos índices de vacunación han aplicado medidas más estrictas. Este hecho podría estar poniendo de manifiesto que

los países más estrictos pueden haberse preocupado más activamente por la vacunación de su población, tal vez incluso imponiéndola.

Por otro lado, los países más democráticos y los que tienen sistemas sanitarios más fuertes han aplicado medidas menos estrictas durante la pandemia. Cuanto más democrático es un país, más valora su libertad, por lo que tiene sentido describir una política menos estricta cuando se trata de medidas preventivas.

Además, los gobiernos de las sociedades tradicionalistas y centradas en la supervivencia han impuesto medidas más estrictas contra el COVID-19. Esto puede reflejar una preferencia por la autoridad, una actitud defensiva o rigidez en una cultura. Asimismo, las sociedades con mayores índices de indulgencia han presentado regulaciones más estrictas, probablemente porque, en caso contrario, no se habría asegurado su cumplimiento. Por último, la preferencia por el heroísmo, la competitividad o la asertividad en una sociedad, es decir, la masculinidad de la misma, ha influido en la implantación de regulaciones más estrictas, quizás como mecanismo de reafirmación.

Estas conclusiones muestran que las variables sociales y culturales determinan el desarrollo de una crisis sanitaria mundial, como la emergencia del COVID-19. Abordar estos datos es relevante, además, para aproximarse a una interpretación más precisa de los datos epidemiológicos a nivel mundial. Comprender que los diferentes países varían su rigor a la hora de imponer medidas preventivas, no principalmente en función de los datos epidemiológicos relativos a la incidencia y mortalidad por COVID-19, sino influidos, en parte, por variables sociales y culturales, puede proporcionar una visión más profunda de la pandemia y evitar hacer suposiciones rápidas sobre la correlación entre la epidemiología del COVID-19 y el rigor de los gobiernos.

A continuación, se muestran las conclusiones obtenidas del análisis mixto de las 200 entrevistas realizadas en distintas regiones del mundo.

En Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique, las poblaciones rurales afirman haber sufrido menos adversidad debido a la pandemia y haber sido testigos de menos casos y muertes por COVID-19, en comparación con los entornos urbanos, a pesar de presentar un acceso más complicado a la atención sanitaria. Las respuestas

de los participantes sobre su experiencia de la pandemia pueden agruparse en seis temas: economía, vacunación, medidas preventivas, epidemiología percibida, miedo y acceso a la atención sanitaria. Se informó de una gran preocupación por la crisis económica que conlleva pérdidas de empleo e ingresos insuficientes, sobre todo en Sudáfrica y en las zonas urbanas. Además, se describió un sentimiento de desconfianza hacia la vacunación, sobre todo en la población urbana de Namibia, así como un mayor apoyo a las teorías de conspiración; en contraste con las zonas rurales y con otros países, como Botsuana, donde se registró un buen cumplimiento de las medidas preventivas y confianza en los protocolos de vacunación. Las personas participantes que reportaron haber sentido miedo durante la pandemia explicaron que temieron por su propia salud, por la de sus seres queridos y que percibieron miedo colectivo, y, en concreto en Mozambique, se expresó miedo anticipatorio de la crisis por la información que recibían de otros países, en etapas iniciales de la pandemia. No se encontró un patrón de distribución en cuanto a la experiencia del miedo, por género, etnia, tipo de entorno ni grupo de edad.

Lejos de la región sur de África, en Cuba se ha afrontado la pandemia partiendo de una situación sociopolítica compleja, poderosamente agravada por la misma, así como por las decisiones sobre la economía cubana tomadas por el gobierno cubano, sumiendo a la población en una crisis protagonizada por la escasez de alimentos, fármacos y productos de higiene y un aumento alarmante de la inflación, a la cual son incapaces de hacer frente los salarios de la población. Esta crisis se da en el marco de la ya conocida censura que se cierne sobre el pueblo cubano. Esta situación ha favorecido un clima de malestar y crispación que ha desembocado, entre otras consecuencias, en la masiva emigración del pueblo cubano. La escasez de recursos se hace especialmente patente en la asistencia sanitaria ya que, como reportan nuestros/as informantes, si bien es gratis y fácilmente accesible, carece de medios, tanto fármacos como instrumental, con los que tratar al paciente. A lo largo de las entrevistas, se ha informado de una mayor preocupación por la situación socioeconómica, que por la propia enfermedad.

A pesar de estas dificultades, Cuba desarrolló sus propias vacunas, cuya eficacia ha sido ya demostrada. La adherencia a las campañas de vacunación en esta nación fue notable.

La vacunación no fue la única medida implantada por el gobierno cubano para hacer frente a la pandemia. El uso obligatorio de la mascarilla, los toques de queda, las sanciones en caso de incumplir las medidas, el cierre del transporte internacional y el distanciamiento social fueron las principales líneas de actuación de este gobierno. Estas regulaciones fueron consideradas apropiadas por la mitad de las personas a las que se entrevistó, en contraposición a la otra mitad de participantes, quienes expresaron considerarlas “demasiado estrictas”.

La población de La Habana, en líneas generales, ha percibido una alta incidencia a su alrededor, manifestando conocer a muchas personas que han padecido COVID-19, aunque más de la mitad de las personas entrevistadas expresaron no conocer personalmente a ninguna persona que hubiera fallecido por esta enfermedad.

Dos terceras partes de las personas entrevistadas informaron haber sufrido adversidad durante la pandemia, especialmente, aquellos/as que conocían a mucha gente a su alrededor que habían padecido la enfermedad, así como las personas entrevistadas que habían presentado COVID-19 en algún momento, quienes, a su vez, tendían en mayor proporción a considerar apropiadas las medidas instaladas por el gobierno. Esta opinión resultó ser más frecuente en los y las participantes adultos/as, en comparación con sus compatriotas jóvenes.

A lo largo de las entrevistas, se recogen numerosos indicios del carácter colectivista de la cultura cubana, como centrar el discurso en “nosotros/as” en lugar de en “yo”, o la gran proporción de personas que refirieron haber sentido miedo por la salud de sus seres queridos; así como de su solidaridad y empatía, atendiendo a la preponderancia de la consideración de las personas fallecidas por la pandemia, cuando la investigadora preguntó por “*el peor aspecto de la pandemia*”, máxime contextualizando las respuestas en el marco de la crisis económica.

No se hallaron variables que determinaran la experiencia de miedo durante la pandemia, sino que sigue una distribución aleatoria a lo largo de nuestra muestra. Refleja que haber sentido miedo o no durante la pandemia no está en relación ni con el grupo de edad, el género, haber padecido o no COVID-19, ni con la incidencia y/o mortalidad percibida; sino que es una emoción universal.

Mientras tanto, en la costa este de Estados Unidos, la pandemia ha sido un fenómeno altamente politizado, favoreciendo la ya preexistente polarización de la sociedad estadounidense, esto es, la tendencia por la cual las personas se posicionan en los polos o extremos de una cuestión. Aspectos como el uso de las mascarillas o la vacunación se han asociado a una u otra ideología política, suponiendo un constante terreno de batalla entre dos facciones, con fuertes opiniones y poca apertura al consenso. Esta polarización, combinada con una poco cuidadosa gestión de la información por parte del gobierno y enmarcada en una sociedad que ensalza el valor del individuo y sus derechos, libertades y opiniones personales, ha supuesto el caldo de cultivo en el cual se han gestado un importante número y variedad de teorías de la conspiración sobre el COVID-19.

Esta exaltación de la libertad personal forma parte de los valores fundamentales que muchas personas asocian a los Estados Unidos de América, como nación. Las medidas preventivas necesarias para controlar la transmisión de un virus respiratorio, como el SARS-CoV-2, tales como las recomendaciones de confinamiento domiciliario, las limitaciones sociales o las restricciones en los negocios, suelen coartar estas libertades. No solo la naturaleza de estas regulaciones resulta una amenaza para la sensación de libertad personal de una parte de esta población, sino el propio hecho de que se emitan regulaciones, es decir, que un agente externo decida sobre ellos y ellas, supone, según una parte de esta sociedad, un ataque a su derecho de decisión propia.

Se registraron trazas de una cultura individualista en los discursos de algunos/as participantes, como las personas que expusieron que a ellos/as les había beneficiado la pandemia personalmente, llegando a comentar incluso que la echaban de menos.

No obstante, no toda la población sigue estos patrones. Una alta proporción de las personas entrevistadas mostraron preocupación por la polarización y politización de la pandemia, así como por el aumento del individualismo en su sociedad, y abogaban por una actitud más colectivista. Se registraron participantes que comentaban la politización de la pandemia (politización explícita), así como otros/as que expresaban ideas políticas al ser preguntados/as por la pandemia

(politización implícita). Asimismo, se recogieron testimonios discriminatorios hacia China, es decir, sinofobia implícita en las narrativas de algunos/as participantes.

La población estadounidense informa de haber percibido una alta incidencia de COVID-19 a su alrededor, aunque la mayor parte de las personas no conocen a nadie que haya fallecido por la enfermedad.

Las poblaciones de regiones urbanas y suburbanas de la costa este estadounidense han reportado haber atravesado una época de adversidad y experimentado miedo durante la pandemia, en mayor proporción que los y las habitantes de zonas rurales. Convendría estudiar si este fenómeno está relacionado con sus características geográficas, su ideología política predominante o su cohesión social.

El miedo, como experiencia, no fue determinado por el género, edad, ni grupo étnico de las personas entrevistadas. Haber atravesado una época de adversidad durante la pandemia, y percibir que se vive en una sociedad polarizada, fueron los dos únicos factores que se relacionaron a haber vivido miedo durante la pandemia.

Por último, se entrevistó a la población de la región del Øresund, que conecta el sur de Suecia con Dinamarca. Las poblaciones de estas dos naciones muestran muchas similitudes, tanto a nivel cultural, como social, demográfico, económico y político. Culturalmente hablando, a pesar del individualismo registrado, son regiones en las que el sentido de la responsabilidad individual de cara a asegurar el bien común está integrado, razón por la cual la adherencia a medidas preventivas contra el COVID-19, tanto obligatorias como recomendadas, es alta. Como ejemplo de ello y de la confianza institucional de estas naciones, se observa que el 100% de las personas entrevistadas en este estudio estaban completamente vacunadas contra el COVID-19.

A pesar de sus semejanzas, los gobiernos de ambos países han mantenido actitudes hacia la pandemia diferentes. Para sorpresa de la población, el gobierno sueco mantuvo una actitud notablemente más laxa que el danés. Al contrario que en Dinamarca, los comercios y lugares de ocio en Suecia no cerraron, y el uso de las mascarillas era recomendado, no obligatorio. A nivel de la frontera, se permitía el paso de la población danesa a Suecia, pero no a la inversa.

Estas disparidades pueden explicar que Suecia haya acumulado una tasa de mortalidad por COVID-19 dos veces más alta que Dinamarca, a pesar de lo cual, una parte de la población, de ambas naciones, considera que quizás no fue una mala estrategia, ya que la población vivió con mayor normalidad la pandemia, sufriendo un menor impacto en la dimensión social. Esta dimensión social, y el aislamiento derivado de su restricción, han sido reportados como “el peor aspecto de la pandemia” con alta frecuencia, a lo largo de las entrevistas, visibilizando su importancia en la vida cotidiana de la población sueco-danesa.

Otra parte de las personas entrevistadas, en cambio, consideran que la actitud del gobierno de Suecia fue demasiado relajada y expresan que las regulaciones en Dinamarca fueron las oportunas, asegurándose una tasa de vacunación alta antes de relajar las medidas.

De cara a futuras crisis, sería de interés valorar una gestión que equilibre la dimensión social del individuo y el disfrute de las pequeñas cosas (*hygge*) con la prevención sanitaria, restringiendo “lo apropiado para su propósito”, es decir, siguiendo un enfoque *lagom*.

Por último, a lo largo de las entrevistas, la mitad de las personas reportaron haber tenido miedo en algún momento de la pandemia. Esta experiencia de miedo fue más prevalente en mujeres, y no fue determinada ni por la edad de la persona entrevistada, ni por su tipo de entorno (urbano o rural). Este es el primer estudio de los realizados en el cual no se aprecian diferencias entre regiones urbanas y rurales en las variables estudiadas, probablemente por el alto desarrollo económico de ambas en estos países. Asimismo, también es la primera y única investigación de las realizadas en esta tesis en la que el género se asocia a la experiencia de miedo. Quizás, al asegurar una economía estable y un bajo índice de desigualdad social, las diferencias en cuanto a roles de género se vuelvan más patentes.

Estos estudios exponen algunas comparaciones significativas entre culturas y reflejan la variedad de experiencias y valores, como la confianza o la responsabilidad, así como la universalidad de algunas emociones humanas, como el miedo.

## 7.2 Limitaciones y puntos fuertes

A grandes rasgos, el presente estudio no recoge muestras de la totalidad de las culturas del mundo. Quedan grandes áreas por analizar, tales como Asia y Oceanía. Asimismo, se es consciente de la diversidad de culturas dentro de las fronteras de un propio país, y tampoco se propone como objetivo etnografiar en detalle esta diversidad cultural.

Por una parte, los estudios cuantitativos a escala global realizados presentan algunas limitaciones, tales como: i) su solidez depende de la calidad de los datos registrados por cada país, que puede diferir entre ellos, ii) la información demográfica, social y económica puede no estar actualizada anualmente en todos los países, iii) no deben extraerse conclusiones individuales o microsociales de estudios realizados bajo un punto de vista ecológico, iv) los bajos valores de r-cuadrado ajustado de los modelos OLS que analizan la estrictez de las regulaciones muestran que las variables incluidas no son los principales predictores de ésta, aunque determinan parte de la misma, v) la medición cuantitativa de algunas variables complejas y multidimensionales, como la cultura o la democracia, suponen una reducción orientativa de la realidad, no una representación exhaustiva de ellas.

Por otra parte, las investigaciones realizadas en base a los trabajos de campo en distintos países, empleando una metodología mixta cualitativa y cuantitativa también presentan ciertas limitaciones, tales como: i) Enfrentarse a una barrera lingüística. Las entrevistas se realizaron en inglés en Sudáfrica, Botsuana y Namibia, pero el inglés no era la lengua materna de la mayoría de los entrevistados, que en ocasiones tuvieron dificultades para entender las preguntas o expresarse. También se entrevistó en inglés a la población estadounidense, sueca y danesa, pero éstas mostraban un mayor dominio del idioma. Las entrevistas en Mozambique se realizaron en portugués, a pesar de no ser la lengua materna de los entrevistadores. ii) Acceso a los participantes. Debido a la distancia geográfica y a las limitaciones tecnológicas, el acceso a los participantes en algunas regiones sólo se pudo lograr viajando a estos países, lo que condicionó que no se pudiera verificar posteriormente el análisis cualitativo con ellos, para buscar su validación. iii) Representatividad. Estas entrevistas no pretenden exponer detalladamente la situación de todo el país. iv) Características de las muestras. Las muestras difieren ligeramente entre sí. Aunque

se ha procurado una heterogeneidad en cuanto a las características de la población participante, no siempre ha podido asegurarse. Por ejemplo, en Cuba sólo se entrevistó a habitantes de La Habana, por lo que se carece de testimonios de regiones rurales de Cuba. De igual modo, la recogida de las muestras está influida por las características del viaje realizado, el tiempo de estancia en cada región y la predisposición de la población local a responder, de ahí que la duración de las entrevistas varíe. v) La subjetividad humana y el relativismo cultural. Las comparaciones interculturales de factores como lo que considera una persona “mucho”, “poco”, “alto número de conocidos/as...”, tienen un alcance limitado, ya que se precisa entender que estos conceptos están ligados a la subjetividad individual, condicionada por la diversidad cultural. La misma cantidad objetiva puede ser considerada por dos personas, de la misma nacionalidad o de países diferentes, como “mucho” o “poco”, en base a sus vivencias y contextos, por lo que las entrevistas no pretenden ofrecer una visión epidemiológicamente objetiva de la pandemia, sino recoger la experiencia de la población. iv) El sesgo del observador y sesgo de conformidad. Los/as participantes pueden modular sus respuestas de manera inconsciente por el hecho de saberse observados, orientándolas hacia la opinión que puedan percibir por parte del/la entrevistador/a, con el fin de saberse aceptados socialmente o afianzar un rol social determinado.

En cuanto a los puntos fuertes de los análisis cuantitativos, cabe mencionar que aportan información de valor, dado el alto número de países incluidos en ellos, pudiendo optar a una representatividad global.

Referente a las entrevistas y su análisis mixto, se combina la relativa objetividad que proporcionan los datos cuantitativos con el valor de la experiencia humana, con la que tendemos a relacionarnos en un nivel más profundo. Asimismo, la realización de entrevistas en persona, en lugar de encuestas online o telefónicas, mejora la calidad de la recogida de datos, ya que promueve una comunicación más fluida y permite al/la entrevistador/a percibir el lenguaje no verbal del/la participante. El hecho de que las entrevistas no fueran planificadas de antemano con los/as participantes favorece la espontaneidad de las respuestas, enfatizando lo que la persona entrevistada considera de mayor relevancia. Su breve duración permite recoger el testimonio de más personas, con distintas características, en comparación

con entrevistas más largas, que permitirían profundizar más en los matices de la experiencia individual de cada participante.

En cuanto a las características de las muestras, se ha procurado no sobre-representar ningún género, grupo de edad o tipo de entorno, en las poblaciones estudiadas. El hecho de realizar el trabajo de campo in situ en los distintos países aporta una valiosa información antropológica. Abordar cuestiones sobre el entorno, las organizaciones sociales, las convenciones, las tradiciones y los tipos de relaciones sociales, de no haber viajado a estas naciones, hubiera quedado en un plano puramente teórico; mientras que, al haberlas vivenciado en primera persona, la comprensión de la cultura de estas naciones es más profunda.

### **7.3 Aportaciones y proyección a futuro**

A pesar de las limitaciones mencionadas, consideramos de importancia describir qué variables demográficas y socioeconómicas han incidido en el total de casos y muertes por millón de habitantes de COVID-19 durante el primer año de pandemia y crear grupos de países en función de sus características demográficas y socioeconómicas, prediciendo su riesgo frente a COVID-19. Sabiendo qué variables determinan el desarrollo de la crisis en los distintos países, los responsables políticos pueden tenerlas en cuenta para mitigar los efectos de la crisis en su población. Los países ricos podrían proporcionar medios de diagnóstico a las naciones menos desarrolladas económicamente. Además, este trabajo podría mostrar otra razón para trabajar contra la desigualdad social, de cara disminuir la mortalidad de futuras epidemias.

Para futuros estudios, sugeriríamos profundizar en la relación entre la demografía de la población, especialmente la media de edad y su esperanza de vida, y las características de las medidas políticas adoptadas por los gobiernos. Asimismo, resulta llamativo describir que, las sociedades con mayor igualdad económica y social que hemos estudiado, es decir, Suecia y Dinamarca, son las únicas en las que el género ha determinado si los y las participantes han reportado haber sentido miedo o no. Este hallazgo sugiere que las diferencias entre esta experiencia de miedo en regiones rurales y urbanas en el resto de los países estudiados puede corresponder a las consecuencias de una desigualdad económica que, una vez resuelta, deja emerger las desigualdades en los roles de género. Sería interesante contrastar estas hipótesis en

futuros proyectos, profundizando en la relación entre la igualdad económica, los tipos de entorno, los roles de género y la experiencia de miedo, tanto en los países estudiados como en el resto.

Entender que los factores sociales, demográficos y, sobre todo, culturales, han determinado la estrictez de las medidas de los gobiernos, no así la epidemiología de la enfermedad, orienta a trabajar para minimizar las diferencias entre naciones en cuanto a desigualdad social, esperanza de vida y desarrollo económico, y a superar diferencias culturales, de cara a alcanzar un acuerdo común a escala global sobre cómo deberían afrontarse futuras crisis.

Atendiendo a la relación entre variables culturales y la estrictez de las regulaciones contra el COVID-19, podría ser interesante profundizar en qué caracteriza cada variable cultural y cómo pueden determinar las decisiones gubernamentales, proponer otros marcos teóricos alrededor de la cultura o, incluso, estudiar si las variables culturales también determinan cómo legislan los gobiernos en otros ámbitos, no sólo de cara a la pandemia.

En este análisis se incorporaron datos del primer año y medio de la pandemia. Podría plantearse, como futuras líneas de investigación, valorar el efecto de la estrictez de las regulaciones y la vacunación sobre la epidemiología del COVID-19, para tratar de vislumbrar cómo de efectivas han sido las decisiones tomadas por los agentes reguladores de distintos países.

Las entrevistas realizadas exponen relaciones entre la experiencia de la pandemia de la población de distintas naciones, tales como haber vivido adversidad o no, haber sentido miedo, y sus causas, o percibir las regulaciones gubernamentales como adecuadas o no, y factores sociales, como el tipo de entorno (rural o urbano) del/la participante, económicos y políticos, como su grado de democratización. Sería interesante investigar cómo se relacionan este tipo de experiencias comunes entre culturas con estas, u otras variables macrosociales, en más países.

Se aboga por la génesis de equipos multidisciplinares, que cuenten con expertos/as en ciencias sociales y de la salud, para diseñar protocolos aplicables a escala mundial, desarrollados desde el consenso y guiados por la evidencia de

pandemias previas, y la crisis del COVID-19. Desde luego, estos estudios reflejan que no sólo las variables biológicas determinan la evolución de una pandemia.

Para poder desarrollar estas ideas, se recomendaría llevar a cabo dos proyectos de antemano, para los cuales, el formato de entrevistas empleado en estas investigaciones puede resultar de interés, ya que, al ser breves, espontáneas y no dependientes de una alta organización logística previa, pueden realizarse en todo el mundo. Estos dos proyectos son, por una parte, repetir este formato de entrevistas, para valorar cómo se ha vivido la pandemia en tantos países como sea posible, idealmente, en todos, tanto en regiones rurales como urbanas, en todos los grupos de edades y en ambos géneros, de cara a describir qué cuestiones resulta importante abordar para comprender la experiencia local de la pandemia. Si no fuese posible viajar in situ a todos los países, podría realizarse una encuesta online que recogiese esta información, facilitando así su alcance, aunque se sacrificase la información obtenida de la comunicación no verbal de las entrevistas y la vivencia antropológica local. De hecho, este formato de entrevista puede ser replicado para explorar otros fenómenos. Por otra parte, posterior a esta fase exploratoria, se propone profundizar en estas cuestiones, probablemente mediante entrevistas más largas o a poblaciones más dirigidas. Esta labor precisaría de un equipo multidisciplinar e internacional.

## **7.4 Revisión de los objetivos**

En el [Capítulo I](#) se establecieron los siguientes objetivos:

- Analizar qué factores sociales, demográficos, económicos y culturales pueden influir en la epidemiología de COVID-19.

Se ha descrito una alta media de edad poblacional, es decir, una población envejecida es un importante factor determinante de la incidencia y la mortalidad por COVID-19, siendo la edad de la población la única variable que ha determinado, parcialmente, ambas. La desigualdad social condiciona la mortalidad por COVID-19 de los países, mientras que la estabilidad económica y la dotación del sistema sanitario afecta a la incidencia que registran las naciones.

- Valorar el impacto de las variables demográficas, culturales, políticas y sociales en el desarrollo de la pandemia en distintas naciones, visualizando qué regiones están en mayor riesgo de una evolución adversa.

En el Mapa 3 se visualizan los países estudiados en a nivel macrosocial, distribuidos en tres clústers, agrupados por sus similitudes en las variables que demostraron influir en la incidencia y mortalidad del COVID-19 durante el primer año de la pandemia. Se observa que las regiones que presentan un mayor riesgo pertenecen a Norteamérica y Europa, mientras que los países pertenecientes al grupo de menor riesgo se concentran en el continente africano.

- Comprender qué factores y en qué medida determinan cómo de estrictos han sido los gobiernos de distintas naciones a lo largo del mundo, de cara a implementar regulaciones contra el COVID-19.

Se describe que ni la incidencia ni la mortalidad por COVID-19 influyeron en las medidas tomadas por los gobiernos. No obstante, los países más democráticos, menos tradicionalistas y más centrados en valores de autoexpresión en lugar de supervivencia demostraron ser menos estrictos en sus medidas contra el COVID-19. Las naciones con mayores índices de indulgencia y masculinidad implementaron regulaciones más estrictas.

- Reflejar qué variables han determinado la experiencia de la pandemia en poblaciones culturalmente diversas entre sí, como son las comunidades rurales o tribales y las urbanas del sur de África (Namibia, Botsuana, Sudáfrica y Mozambique), la ciudadanía de La Habana, capital de la República de Cuba; poblaciones rurales, suburbanas y urbanas de cinco estados de la costa este de Estados Unidos y de ambos lados de la frontera de Øresund; es decir, Suecia y Dinamarca.

Pertenecer a una población rural demostró ser un factor protector contra vivir una época de adversidad durante la pandemia, tanto en los/as participantes del sur de África como en aquellos/as de la costa este de Estados Unidos. En esta nación, sentirse parte de una sociedad polarizada también condicionó esta experiencia de adversidad, que, en las poblaciones estadounidense y cubana entrevistadas también ha estado influida por conocer personalmente a un alto número de personas en el

entorno del/la participante que han padecido COVID-19 y haber padecido COVID-19. La severidad del cuadro de COVID-19 experimentado por la población escandinava entrevistada influyó en su experiencia de adversidad durante la pandemia.

- Valorar el impacto del entorno social, político y cultural en dicha experiencia, en las distintas comunidades a estudio.

En Sudáfrica y Cuba la economía fue un tema recurrente durante las entrevistas. Se sospecha que las crisis que atraviesan estos dos países, tanto energética como sociopolítica, agravadas por la pandemia han orientado la preocupación de sus poblaciones hacia la economía, en mayor medida que hacia otras dimensiones de la crisis del COVID-19. En Estados Unidos, un entorno social tendente a la polarización ha favorecido la politización de un fenómeno sanitario, como es la pandemia. Las restricciones derivadas de esta crisis han supuesto, para cierta parte de la población estadounidense, un ataque hacia su concepto de libertad personal, íntimamente ligado con los valores fundamentales de su patria. En contraposición, un entorno sociocultural de alta confianza institucional y responsabilidad social ha favorecido una menor experiencia de adversidad y una mayor adhesión a medidas preventivas, tanto obligatorias como recomendadas, en los países nórdicos estudiados.

- Identificar puntos en común de las distintas culturas; así como analizar sus diferencias, en el contexto de la pandemia.

A lo largo del proyecto se exponen factores que varían entre culturas, como el colectivismo de la sociedad de Cuba en contraposición con el individualismo característico de la cultura estadounidense o la responsabilidad social nórdica, la diferencia entre la confianza en Suecia, Dinamarca y Botsuana y la desconfianza en Namibia y Estados Unidos, o la variedad de prioridades entre las sociedades, siendo mayoritaria la preocupación por la economía en Sudáfrica y Cuba, en contraposición con la preocupación por las vidas perdidas a lo largo de la pandemia en Cuba o la atención a la dimensión psicosocial en Suecia y Dinamarca. Asimismo, se muestra la universalidad de experiencias como el miedo. Se describen experiencias de miedo colectivo, reflejando el impacto que el entorno social tiene en el individuo. En esta línea, se aprecia que en todas las culturas se han recogido testimonios sobre la preocupación por el bienestar propio, pero también, en gran medida, por la salud de

los seres queridos de los/as participantes, plasmando que tanto el amor como el miedo son universales culturales.



# Capítulo VIII. Conclusions, limitations and future research

---

## 8.1 General conclusions

The COVID-19 crisis has had a global impact. To address the sociocultural dimension of the crisis and its effect on epidemiology, quantitative and qualitative methods of analysis are employed. First, social, demographic, economic, political and cultural factors that have determined the incidence, mortality and stringency of government regulations in as many countries as data could be collected are identified. Subsequently, interviews were conducted in eight countries exploring the experience of the pandemic and recording the most characteristic aspects of the pandemic in each region.

The conclusions of the quantitative analyses reflect, on the one hand, that older populations show both a higher cumulative incidence and mortality from COVID-19 than younger populations. Economic stability and the number of physicians per thousand inhabitants play a determining role in the incidence of COVID-19 at the national level, which could be related to a high availability of diagnostic tools. Social inequality is related to higher COVID-19 mortality, which may reflect that countries with higher social inequality may have a large percentage of the population without access to quality health services.

On the other hand, we found that the Strictness Index of the measures adopted by the 88 countries analyzed in the study did not determine the epidemiology of COVID-19. However, their vaccination levels, development situation, health system capacity, democratic status and the fact that they present a traditionalist society, centered on survival values and with high indulgence and masculinity indexes have determined to some extent the strictness of their measures.

On the one hand, nations with high vaccination rates have applied stricter measures. This fact could be suggesting that the stricter countries may have been

more actively concerned about vaccinating their population, perhaps even enforcing it.

On the other hand, more democratic countries and those with stronger health systems have applied less stringent measures during the pandemic. The more democratic a country is, the more it values its freedom, so it makes sense to describe a less strict policy when it comes to preventive measures.

In addition, governments in traditionalist and survival-focused societies have imposed stricter measures against COVID-19. This may reflect a preference for authority, defensiveness or rigidity in a culture. Likewise, societies with higher rates of leniency have presented stricter regulations, probably because compliance would otherwise not have been ensured. Finally, the preference for heroism, competitiveness or assertiveness in a society, i.e., the masculinity of the society, has influenced the implementation of stricter regulations, perhaps as a mechanism of reaffirmation.

These findings show that social and cultural variables determine the development of a global health crisis, such as the emergence of COVID-19. Addressing these data is also relevant to approach a more accurate interpretation of epidemiological data at the global level. Understanding that different countries vary in their stringency in imposing preventive measures, not primarily on the basis of epidemiological data on COVID-19 incidence and mortality, but influenced, in part, by social and cultural variables, can provide a deeper insight into the pandemic and avoid making quick assumptions about the correlation between COVID-19 epidemiology and government stringency.

The conclusions drawn from the mixed analysis of the 200 interviews conducted in different regions of the world are shown below.

In Namibia, Botswana, South Africa and Mozambique, rural populations report experiencing less adversity due to the pandemic and witnessing fewer cases and deaths from COVID-19 compared to urban settings, despite having more complicated access to health care. Participants' responses about their experience of the pandemic can be grouped into six themes: economics, vaccination, preventive measures, perceived epidemiology, fear, and access to health care. Strong concern was reported about the economic crisis leading to job losses and insufficient income,

particularly in South Africa and in urban areas. In addition, a sense of distrust of vaccination was described, especially in the urban population in Namibia, as well as increased support for conspiracy theories; in contrast to rural areas and other countries, such as Botswana, where good compliance with preventive measures and confidence in vaccination protocols was reported. Participants who reported feeling fear during the pandemic explained that they feared for their own health, for the health of their loved ones and perceived collective fear, and, in particular in Mozambique, anticipatory fear of the crisis was expressed because of information received from other countries in the early stages of the pandemic. No distribution pattern was found in terms of fear experience, by gender, ethnicity, type of environment or age group.

Far from the southern region of Africa, in Cuba the pandemic has been faced with a complex socio-political situation, powerfully aggravated by the pandemic, as well as by the decisions on the Cuban economy taken by the Cuban government, plunging the population into a crisis characterized by shortages of food, drugs and hygiene products and an alarming increase in inflation, which the salaries of the population are unable to cope with. This crisis is taking place within the framework of the already known censorship that is hanging over the Cuban people. This situation has favored a climate of unrest and tension that has led, among other consequences, to the massive emigration of the Cuban people. The scarcity of resources is especially evident in health care since, as our informants report, although it is free and easily accessible, it lacks the means, both drugs and instruments, with which to treat the patient. Throughout the interviews, a greater concern for the socioeconomic situation than for the disease itself was reported.

Despite these difficulties, Cuba developed its own vaccines, the efficacy of which has already been demonstrated. Adherence to vaccination campaigns in this nation was remarkable.

Vaccination was not the only measure implemented by the Cuban government to deal with the pandemic. The mandatory use of masks, curfews, sanctions in case of non-compliance with the measures, closure of international transportation and social distancing were the main lines of action of this government. These regulations were

considered appropriate by half of the people interviewed, as opposed to the other half of the participants, who considered them "too strict".

The population of Havana, in general, has perceived a high incidence around them, saying they know many people who have suffered from COVID-19, although more than half of the people interviewed said they did not personally know any person who had died from this disease.

Two-thirds of the persons interviewed reported having suffered adversity during the pandemic, especially those who knew many people around them who had suffered from the disease, as well as those interviewed who had experienced COVID-19 at some point, who, in turn, were more likely to consider the measures put in place by the government to be appropriate. This opinion was more prevalent among adult participants than among their younger compatriots.

Throughout the interviews, there were numerous indications of the collectivist character of Cuban culture, such as the focus of discourse on "we" instead of "I", or the large proportion of people who reported having felt fear for the health of their loved ones; as well as of their solidarity and empathy, given the preponderance of the consideration of the people who died in the pandemic, when the researcher asked about "the worst aspect of the pandemic", especially contextualizing the responses in the context of the economic crisis.

No variables were found to determine the experience of fear during the pandemic, but it follows a random distribution throughout our sample. It reflects that having felt fear or not during the pandemic is neither related to age group, gender, having experienced COVID-19 or not, nor to perceived incidence and/or mortality; rather, it is a universal emotion.

Meanwhile, on the East Coast of the United States, the pandemic has been a highly politicized phenomenon, furthering the pre-existing polarization of American society, that is, the tendency for people to position themselves at the poles or extremes of an issue. Aspects such as the use of masks or vaccination have become associated with one political ideology or the other, creating a constant battleground between two factions, with strong opinions and little openness to consensus. This polarization, combined with careless information management by the government and framed in a

society that extols the value of the individual and his or her rights, freedoms and personal opinions, has provided the breeding ground for a significant number and variety of conspiracy theories about COVID-19.

This exaltation of personal freedom is part of the fundamental values that many people associate with the United States of America as a nation. Preventive measures necessary to control the transmission of a respiratory virus such as SARS-CoV-2, such as recommendations for home confinement, social limitations or restrictions on business, often encroach on these freedoms. Not only is the nature of these regulations a threat to the sense of personal freedom of a part of this population, but the very fact that regulations are issued, that is, that an external agent decides about them, is, according to a part of this society, an attack on their right to make their own decisions.

There were traces of an individualistic culture in the speeches of some participants, such as those who said that they had personally benefited from the pandemic and even commented that they missed it.

However, not all the population follows these patterns. A high proportion of respondents were concerned about the polarization and politicization of the pandemic, as well as the rise of individualism in their society, and advocated a more collectivist attitude. Participants were recorded commenting on the politicization of the pandemic (explicit politicization), as well as others expressing political ideas when asked about the pandemic (implicit politicization). In addition, discriminatory testimonies towards China, i.e., implicit Sinophobia, were collected in the narratives of some participants.

Another part of the people interviewed, on the other hand, consider that the attitude of the Swedish government was too relaxed and express that the regulations in Denmark were appropriate, ensuring a high vaccination rate before relaxing the measures.

With a view to future crises, it would be of interest to assess a management that balances the social dimension of the individual and the enjoyment of the little things (*hygge*) with health prevention, restricting "what is fit for purpose", i.e. following a *lagom* approach.

Finally, throughout the interviews, half of the people reported being afraid at some point during the pandemic. This experience of fear was more prevalent in women, and was determined neither by the age of the person interviewed, nor by their type of environment (urban or rural). This is the first study to show no differences between urban and rural regions in the variables studied, probably due to the high economic development of both in these countries. It is also the first and only study in this thesis in which gender is associated with the experience of fear. Perhaps, by ensuring a stable economy and a low rate of social inequality, gender role differences become more apparent.

These studies expose some significant cross-cultural comparisons and reflect the variety of experiences and values, such as trust or responsibility, as well as the universality of some human emotions, such as fear.

## **8.2 Limitations and strengths**

Broadly speaking, this study does not include samples from all the world's cultures. Large areas such as Asia and Oceania remain to be analyzed. It is also aware of the diversity of cultures within a country's own borders, nor does it set out to ethnograph this cultural diversity in detail.

On the one hand, the quantitative studies on a global scale carried out present some limitations, such as: (i) their robustness depends on the quality of the data recorded by each country, which may differ among them, (ii) demographic, social and economic information may not be updated annually in all countries, (iii) individual or micro-social conclusions should not be drawn from studies conducted under an ecological point of view, iv) the low adjusted r-squared values of the OLS models that analyze the strictness of regulations show that the variables included are not the main predictors of strictness, although they determine part of it, v) the quantitative measurement of some complex and multidimensional variables, such as culture or democracy, is an indicative reduction of reality, not an exhaustive representation of them.

On the other hand, research conducted based on fieldwork in different countries, using a mixed qualitative and quantitative methodology also has certain limitations, such as: i) Facing a language barrier. The interviews were conducted in

English in South Africa, Botswana, and Namibia, but English was not the mother tongue of most of the interviewees, who sometimes had difficulty understanding the questions or expressing themselves. The American, Swedish, and Danish populations were also interviewed in English, but they showed a better command of the language. The interviews in Mozambique were conducted in Portuguese, even though it was not the mother tongue of the interviewers. ii) Access to participants. Due to geographical distance and technological limitations, access to participants in some regions could only be achieved by traveling to these countries, which meant that the qualitative analysis could not be subsequently verified with them for validation purposes. iii) Representativeness. These interviews are not intended to provide a detailed picture of the situation in the entire country. iv) Characteristics of the samples. The samples differ slightly from each other. Although heterogeneity has been sought in terms of the characteristics of the participating population, this has not always been assured. For example, in Cuba only inhabitants of Havana were interviewed, so there is a lack of testimonies from rural regions of Cuba. Similarly, the collection of the samples is influenced by the characteristics of the trip made, the time spent in each region and the predisposition of the local population to respond, hence the duration of the interviews varies. v) Human subjectivity and cultural relativism. Cross-cultural comparisons of factors such as what a person considers "a lot", "little", "high number of acquaintances...", have a limited scope, since it is necessary to understand that these concepts are linked to individual subjectivity, conditioned by cultural diversity. The same objective quantity can be considered by two people of the same nationality or from different countries, as "a lot" or "little", based on their experiences and contexts, so that the interviews do not intend to offer an epidemiologically objective view of the pandemic, but to collect the experience of the population. iv) Observer bias and conformity bias. Participants may unconsciously modulate their responses since they know they are being observed, orienting them towards the opinion they may perceive on the part of the interviewer, to feel socially accepted or to consolidate a certain social role.

As of the strengths of the quantitative analyses, it is worth mentioning that they provide valuable information, given the large number of countries included in them, and can opt for global representativeness.

Regarding interviews and their mixed analysis, the relative objectivity provided by quantitative data is combined with the value of human experience, which we tend to relate to at a deeper level. Also, conducting in-person interviews, rather than online or telephone surveys, improves the quality of data collection, as it promotes more fluid communication and allows the interviewer to perceive the participant's nonverbal language. The fact that the interviews were not planned in advance with the participants favors the spontaneity of the answers, emphasizing what the interviewee considers most relevant. Its short duration allows us to collect the testimony of more people, with different characteristics, compared to longer interviews, which would allow us to delve more deeply into the nuances of each participant's individual experience.

As for the characteristics of the samples, care was taken not to over-represent any gender, age group or type of environment in the populations studied. Conducting the fieldwork in situ in the different countries provides valuable anthropological information. Addressing questions about the environment, social organizations, conventions, traditions and types of social relations would have remained purely theoretical if we had not traveled to these nations; whereas, having experienced them firsthand, the understanding of the culture of these nations is more profound.

The U.S. population reports having perceived a high incidence of COVID-19 around them, although most people do not know anyone who has died from the disease.

Populations in urban and suburban areas on the East Coast of the United States have reported experiencing adversity and fear during the pandemic to a greater extent than those in rural areas. Whether this phenomenon is related to their geographic characteristics, their prevailing political ideology, or their social cohesion should be explored.

Fear, as an experience, was not determined by the gender, age, or ethnic group of the people interviewed. Having gone through a time of adversity during the pandemic, and perceiving living in a polarized society, were the only two factors that were related to having experienced fear during the pandemic.

Finally, the population of the Øresund region, which connects southern Sweden with Denmark, was interviewed. The populations of these two nations show many similarities, culturally, socially, demographically, economically and politically. Culturally speaking, despite the recorded individualism, they are regions where the sense of individual responsibility for ensuring the common good is embedded, which is why adherence to both mandatory and recommended COVID-19 preventive measures is high. As an example of this and of the institutional trust of these nations, it is noted that 100% of the people interviewed in this study were fully vaccinated against COVID-19.

Despite their similarities, the governments of both countries have maintained different attitudes towards the pandemic. To the surprise of the population, the Swedish government maintained a markedly more lax attitude than the Danish government. In contrast to Denmark, stores and entertainment venues in Sweden were not closed, and the use of face masks was recommended, not mandatory. At the border level, the Danish population was allowed to pass into Sweden, but not vice versa.

These disparities may explain why Sweden has accumulated a COVID-19 mortality rate twice as high as Denmark, in spite of which, a part of the population of both nations considers that perhaps it was not a bad strategy, since the population lived the pandemic more normally, suffering less impact in the social dimension. This social dimension, and the isolation derived from its restriction, have been reported as "the worst aspect of the pandemic" with high frequency throughout the interviews, making visible its importance in the daily life of the Swedish-Danish population.

### **8.3 Contributions and future research**

Despite the aforementioned limitations, we consider it important to describe which demographic and socioeconomic variables have influenced the total number of COVID-19 cases and deaths per million inhabitants during the first year of the pandemic and to create groups of countries according to their demographic and socioeconomic characteristics, predicting their risk of COVID-19. By knowing which variables determine the development of the crisis in different countries, policy makers

can take them into account to mitigate the effects of the crisis on their population. Rich countries could provide diagnostic means to less economically developed nations. In addition, this work could show another reason to work against social inequality, in order to decrease the mortality of future epidemics.

For future studies, we would suggest further study of the relationship between population demographics, especially average age and life expectancy, and the characteristics of the policy measures adopted by governments. It is also striking to note that the most economically and socially equal societies we have studied, i.e. Sweden and Denmark, are the only ones in which gender determined whether participants reported feeling fear or not. This finding suggests that the differences between this experience of fear in rural and urban regions in the rest of the countries studied may correspond to the consequences of economic inequality that, once resolved, let gender role inequalities emerge. It would be interesting to test these hypotheses in future projects, delving deeper into the relationship between economic equality, types of environment, gender roles and the experience of fear, both in the countries studied and in the rest.

Understanding that social, demographic and, above all, cultural factors have determined the strictness of government measures, not the epidemiology of the disease, leads to work to minimize the differences between nations in terms of social inequality, life expectancy and economic development, and to overcome cultural differences, to reach a common agreement on a global scale on how future crises should be dealt with.

Considering the relationship between cultural variables and the strictness of regulations against COVID-19, it could be interesting to delve deeper into what characterizes each cultural variable and how they can determine governmental decisions, to propose other theoretical frameworks around culture, or even to study whether cultural variables also determine how governments legislate in other areas, not only in the face of the pandemic.

In this analysis, data from the first year and a half of the pandemic were incorporated. It could be considered, as future lines of research, to assess the effect of the strictness of regulations and vaccination on the epidemiology of COVID-19, to try

to glimpse how effective the decisions taken by the regulatory agents of different countries have been.

The interviews conducted reveal relationships between the pandemic experience of the population of different nations, such as having experienced adversity or not, having felt fear, and its causes, or perceiving government regulations as adequate or not, and social factors, such as the type of environment (rural or urban) of the participant, economic and political factors, such as its degree of democratization. It would be interesting to investigate how these types of common experiences across cultures relate to these, or other macro-social variables, in more countries.

The genesis of multidisciplinary teams, including experts in social and health sciences, is advocated to design protocols applicable on a global scale, developed from consensus and guided by the evidence of previous pandemics and the COVID-19 crisis. Of course, these studies reflect that not only biological variables determine the evolution of a pandemic.

To develop these ideas, it would be advisable to carry out two projects beforehand, for which the interview format used in these investigations may be of interest, since, being brief, spontaneous and not dependent on a high degree of prior logistical organization, they can be carried out all over the world. These two projects are, on the one hand, to replicate this interview format, to assess how the pandemic has been experienced in as many countries as possible, ideally in all countries, in both rural and urban regions, in all age groups and in both genders, in order to describe what issues are important to address in order to understand the local experience of the pandemic. If it is not possible to travel in situ to all countries, an online survey could be conducted to collect this information, thus facilitating outreach, but sacrificing the information obtained from the non-verbal communication of the interviews and the local anthropological experience. In fact, this interview format can be replicated to explore other phenomena. Moreover, after this exploratory phase, it is proposed to go deeper into these issues, probably through longer interviews or more targeted populations. This work would require a multidisciplinary and international team.

## 8.4 Review of the objectives

[Chapter I](#) established the following objectives:

- To analyze which social, demographic, economic and cultural factors may influence the epidemiology of COVID-19.

A high mean population age has been described, i.e., an aging population is an important determinant of COVID-19 incidence and mortality, with population age being the only variable that has partially determined both. Social inequality conditions the COVID-19 mortality of countries, while economic stability and health system endowment affect the incidence recorded by nations.

- To assess the impact of demographic, cultural, political and social variables on the development of the pandemic in different nations, visualizing which regions are at greater risk of an adverse evolution.

Mapa 3 shows the countries studied at the macro level, distributed in three clusters, grouped by their similarities in the variables that were shown to influence the incidence and mortality of COVID-19 during the first year of the pandemic. It is observed that the regions with the highest risk belong to North America and Europe, while the countries belonging to the lowest risk group are concentrated in the African continent.

- To understand what factors and to what extent determine how strict the governments of different nations around the world have been in implementing regulations against COVID-19.

It is described that neither the incidence nor the mortality from COVID-19 influenced the measures taken by governments. However, countries that were more democratic, less traditionalist, and more focused on values of self-expression rather than survival proved to be less strict in their measures against COVID-19. Nations with higher indulgence and masculinity rates implemented stricter regulations.

- To reflect which variables have determined the pandemic experience in culturally diverse populations, such as rural/tribal and urban communities in southern Africa (Namibia, Botswana, South Africa and Mozambique), the

citizens of Havana, capital of the Republic of Cuba; rural, suburban and urban populations in five states on the east coast of the United States and on both sides of the Øresund border, i.e., Sweden and Denmark.

Belonging to a rural population proved to be a protective factor against experiencing a time of adversity during the pandemic, both for participants from southern Africa and those from the east coast of the United States. In this nation, feeling part of a polarized society also conditioned this experience of adversity, which, in the U.S. and Cuban populations interviewed, was also influenced by personally knowing a high number of people in the participant's environment who have suffered from COVID-19 and having suffered from COVID-19. The severity of COVID-19 experienced by the Scandinavian population interviewed influenced their experience of adversity during the pandemic.

- To assess the impact of the social, political and cultural environment on that experience in the different communities under study.

In South Africa and Cuba, the economy was a recurring theme during the interviews. It is suspected that the crises in these two countries, both energy and socio-political, aggravated by the pandemic, have oriented the concern of their populations towards the economy, to a greater extent than towards other dimensions of the COVID-19 crisis. In the United States, a polarizing social environment has favored the politicization of a health phenomenon such as the pandemic. The restrictions resulting from this crisis have meant, for a certain part of the American population, an attack on their concept of personal freedom, intimately linked to the fundamental values of their homeland. In contrast, a sociocultural environment of high institutional trust and social responsibility has favored a lesser experience of adversity and a greater adherence to preventive measures, both mandatory and recommended, in the Nordic countries studied.

- To identify similarities among cultures; as well as analyze their differences, in the context of the pandemic.

Throughout the project, factors that vary between cultures are presented, such as the collectivism of Cuban society as opposed to the individualism characteristic of American culture or Nordic social responsibility, the difference between trust in

Sweden, Denmark and Botswana and distrust in Namibia and the United States, or the variety of priorities between societies, with the majority being concern for the economy in South Africa and Cuba, as opposed to concern for the lives lost during the pandemic in Cuba, or attention to the psychosocial dimension in Sweden and Denmark. The universality of experiences such as fear is also shown. Experiences of collective fear are described, reflecting the impact that the social environment has on the individual. In this line, it can be addressed that, along all the studied cultures, there have been collected testimonies on the concern for one's own wellbeing, but also, to a large extent, for the health of the participants' loved ones, showing that both love and fear are cultural universals.

## Referencias bibliográficas

---

Aabed, K., & Lashin, M. M. A. (2021). An analytical study of the factors that influence COVID-19 spread. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 28(2), 1177-1195. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2020.11.067>

Abbas, A. H. (2022). Politicizing the Pandemic: A Schemata Analysis of COVID-19 News in Two Selected Newspapers. *International Journal for the Semiotics of Law - Revue Internationale de Sémiotique Juridique*, 35(3), 883-902. <https://doi.org/10.1007/s11196-020-09745-2>

Abduljalil, J. M., & Abduljalil, B. M. (2020). Epidemiology, genome, and clinical features of the pandemic SARS-CoV-2: A recent view. *New Microbes and New Infections*, 35, 100672. <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100672>

Abdullah, S., Mansor, A. A., Napi, N. N. L. M., Mansor, W. N. W., Ahmed, A. N., Ismail, M., & Ramly, Z. T. A. (2020). Air quality status during 2020 Malaysia Movement Control Order (MCO) due to 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) pandemic. *Science of The Total Environment*, 729, 139022. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139022>

Abu-Hammad, O., Alnazzawi, A., Borzangy, S. S., Abu-Hammad, A., Fayad, M., Saadaledin, S., Abu-Hammad, S., & Dar-Odeh, N. (2020). Factors Influencing Global Variations in COVID-19 Cases and Fatalities; A Review. *Healthcare*, 8(3), 216. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030216>

Abu-Rumeileh, S., Abdelhak, A., Foschi, M., Tumani, H., & Otto, M. (2021). Guillain-Barré syndrome spectrum associated with COVID-19: An up-to-date systematic review of 73 cases. *Journal of Neurology*, 268(4), 1133-1170. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10124-x>

Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm>

Achim, M. V., Văidean, V. L., Borlea, S. N., Florescu, D. R., & Muntean, N.

(2021). Democracy and the Covid-19 Pandemic. A Cross-Country Perspective within Cultural Context. *International Journal of Business and Society*, 22(2), Article 2. <https://doi.org/10.33736/ijbs.3734.2021>

Ackah, B. B. B., Woo, M., Stallwood, L., Fazal, Z. A., Okpani, A., Ukah, U. V., & Adu, P. A. (2022). COVID-19 vaccine hesitancy in Africa: A scoping review. *Global Health Research and Policy*, 7(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s41256-022-00255-1>

Ackerknecht, E. H. (1948). Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 562-593.

ACTIV-3/TICO LY-CoV555 Study Group, Weinreich, D. M., Sivapalasingam, S., Norton, T., Ali, S., Gao, H., Bhore, R., Musser, B. J., Soo, Y., Rofail, D., Im, J., Perry, C., Pan, C., Hosain, R., Mahmood, A., Davis, J. D., Turner, K. C., Hooper, A. T., Hamilton, J. D., ... Trial Investigators. (2021). REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 384(3), 238-251. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2035002>

Adamkiewicz, G., Liddie, J., & Gaffin, J. M. (2020). The Respiratory Risks of Ambient/Outdoor Air Pollution. *Clinics in Chest Medicine*, 41(4), 809-824. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2020.08.013>

Afelt, A., Lacroix, A., Zawadzka-Pawlewska, U., Pokojski, W., Buchy, P., & Frutos, R. (2018). Distribution of bat-borne viruses and environment patterns. *Infection, Genetics and Evolution*, 58, 181-191. <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2017.12.009>

Africa CDC. (2020, diciembre 17). Majority of Africans would take a safe and effective COVID-19 vaccine. *Africa CDC*. <https://africacdc.org/news-item/majority-of-africans-would-take-a-safe-and-effective-covid-19-vaccine/>

Afsahi, A., Beausoleil, E., Dean, R., Ercan, S. A., & Gagnon, J.-P. (2020). Democracy in a Global Emergency: Five Lessons from the COVID-19 Pandemic. *Democratic Theory*, 7(2), v-xix. <https://doi.org/10.3167/dt.2020.070201>

Agar, M. (1994). Recasting the “ethno” in “epidemiology”. *Medical Anthropology*, 16(1-4), 391-403. <https://doi.org/10.1080/01459740.1994.9966123>

Agarwal, P., Mukerji, G., Laur, C., Chandra, S., Pimlott, N., Heisey, R., Stovel, R., Goulbourne, E., Bhatia, R. S., Bhattacharyya, O., & Martin, D. (2021). Adoption, feasibility and safety of a family medicine-led remote monitoring program for patients with COVID-19: A descriptive study. *CMAJ Open*, 9(2), E324-E330. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200174>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Albert, M. R., Ostheimer, K. G., & Breman, J. G. (2001). The Last Smallpox Epidemic in Boston and the Vaccination Controversy, 1901–1903. *New England Journal of Medicine*, 344(5), 375-379. <https://doi.org/10.1056/NEJM200102013440511>

Aldous, V. (2015). Censorship in Cuba. *University of Chicago Law School*.

Allcott, H., Boxell, L., Conway, J., Gentzkow, M., Thaler, M., & Yang, D. (2020). Polarization and public health: Partisan differences in social distancing during the coronavirus pandemic. *Journal of Public Economics*, 191, 104254. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104254>

Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T., Debenham, L., Llavall, A. C., Dixit, A., Zhou, D., Balaji, R., Lee, S. I., Qiu, X., Yuan, M., Coomar, D., Sheikh, J., Lawson, H., Ansari, K., van Wely, M., ... for PregCOV-19 Living Systematic Review Consortium. (2020). Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: Living systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 370, m3320. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>

Almagro, M., & Orane-Hutchinson, A. (2020). JUE Insight: The determinants of the differential exposure to COVID-19 in New York city and their evolution over time. *Journal of Urban Economics*, 103293. <https://doi.org/10.1016/j.jue.2020.103293>

Alon, I., Farrell, M., & Li, S. (2020). Regime Type and COVID-19 Response.

*FIIB Business Review*, 9(3), 152-160. <https://doi.org/10.1177/2319714520928884>

Alsharawy, A., Spoon, R., Smith, A., & Ball, S. (2021). Gender Differences in Fear and Risk Perception During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.689467>

Altamimi, A., & Ahmed, A. E. (2020). Climate factors and incidence of Middle East respiratory syndrome coronavirus. *Journal of Infection and Public Health*, 13(5), 704-708. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.11.011>

American Heart Association. (2020, mayo 17). *Patients taking ACE-i and ARBs who contract COVID-19 should continue treatment, unless otherwise advised by their physician.* American Heart Association. <https://newsroom.heart.org/news/patients-taking-ace-i-and-arbs-who-contract-covid-19-should-continue-treatment-unless-otherwise-advised-by-their-physician>

Amerise, A. (2022, diciembre 28). 4 razones que explican el histórico éxodo de cubanos a EE.UU. en 2022. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-64104551>

Anastasiadou, E., Chrissos Anestis, M., Karantza, I., & Vlachakis, S. (2020). The coronavirus' effects on consumer behavior and supermarket activities: Insights from Greece and Sweden. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(9/10), 893-907. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-07-2020-0275>

Andersen, L. H., Fallesen, P., & Bruckner, T. A. (2021). Risk of stress/depression and functional impairment in Denmark immediately following a COVID-19 shutdown. *BMC Public Health*, 21(1), 984. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11020-3>

Anderson, J., & O'Dowd, L. (1999). Borders, Border Regions and Territoriality: Contradictory Meanings, Changing Significance. *Regional Studies*, 33(7), 593-604. <https://doi.org/10.1080/00343409950078648>

Andrée, B. P. J. (2020). *Incidence of COVID-19 and Connections with Air Pollution Exposure: Evidence from the Netherlands* (p. 2020.04.27.20081562). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.04.27.20081562>

Andrews, N., Stowe, J., Kirsebom, F., Toffa, S., Rickeard, T., Gallagher, E., Gower, C., Kall, M., Groves, N., O'Connell, A.-M., Simons, D., Blomquist, P. B., Zaidi, A., Nash, S., Aziz, N. I. B. A., Thelwall, S., Dabrera, G., Myers, R., Amirthalingam, G., ... Bernal, J. L. (2021). *Effectiveness of COVID-19 vaccines against the Omicron (B.1.1.529) variant of concern* (p. 2021.12.14.21267615). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267615>

Ang, J. B., & Fredriksson, P. G. (2018). Culture, legal heritage and the regulation of labor. *Journal of Comparative Economics*, 46(2), 616-633. <https://doi.org/10.1016/j.jce.2017.11.007>

Ángel, S. (2022). En Cuba no hay hambre. *Revista Foro Cubano de Divulgación*, 5(45).

Annis, T., Pleasants, S., Hultman, G., Lindemann, E., Thompson, J. A., Billecke, S., Badlani, S., & Melton, G. B. (2020). Rapid implementation of a COVID-19 remote patient monitoring program. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 27(8), 1326-1330. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa097>

Ansems, K., Grundeis, F., Dahms, K., Mikolajewska, A., Thieme, V., Piechotta, V., Metzendorf, M.-I., Stegemann, M., Benstoem, C., & Fichtner, F. (2021). Remdesivir for the treatment of COVID-19. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD014962. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014962>

Antonelli, M., Penfold, R. S., Merino, J., Sudre, C. H., Molteni, E., Berry, S., Canas, L. S., Graham, M. S., Klaser, K., Modat, M., Murray, B., Kerfoot, E., Chen, L., Deng, J., Österdahl, M. F., Cheetham, N. J., Drew, D. A., Nguyen, L. H., Pujol, J. C., ... Steves, C. J. (2021). Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: A prospective, community-based, nested, case-control study. *The Lancet. Infectious Diseases*, S1473-3099(21)00460-6. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00460-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00460-6)

Anyanwu, J. C., & Salami, A. O. (2021). The impact of COVID-19 on African economies: An introduction. *African Development Review*, 33(Suppl 1), S1-S16. <https://doi.org/10.1111/1467-8268.12531>

Arabi, Y. M., Gordon, A. C., Derde, L. P. G., Nichol, A. D., Murthy, S., Beidh, F. A., Annane, D., Swaidan, L. A., Beane, A., Beasley, R., Berry, L. R., Bhimani, Z., Bonten, M. J. M., Bradbury, C. A., Brunkhorst, F. M., Buxton, M., Buzgau, A., Cheng, A., De Jong, M., ... REMAP-CAP Investigators. (2021). Lopinavir-ritonavir and hydroxychloroquine for critically ill patients with COVID-19: REMAP-CAP randomized controlled trial. *Intensive Care Medicine*, *47*(8), 867-886. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06448-5>

Araújo, M. B., & Naimi, B. (2020). *Spread of SARS-CoV-2 Coronavirus likely constrained by climate* (p. 2020.03.12.20034728). <https://doi.org/10.1101/2020.03.12.20034728>

Arenas, A., Cota, W., Gómez-Gardeñes, J., Gómez, S., Granell, C., Matamalas, J. T., Soriano-Paños, D., & Steinegger, B. (2020). Modeling the Spatiotemporal Epidemic Spreading of COVID-19 and the Impact of Mobility and Social Distancing Interventions. *Physical Review X*, *10*(4), 041055. <https://doi.org/10.1103/PhysRevX.10.041055>

Argentino, M.-A. (2020, abril 8). *QAnon conspiracy theories about the coronavirus pandemic are a public health threat*. The Conversation. <http://theconversation.com/qanon-conspiracy-theories-about-the-coronavirus-pandemic-are-a-public-health-threat-135515>

Argento, D., Kaarbøe, K., & Vakkuri, J. (2020). Constructing certainty through public budgeting: Budgetary responses to the COVID-19 pandemic in Finland, Norway and Sweden. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, *32*(5), 875-887. <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-07-2020-0093>

Aristodemou, K., Buchhass, L., & Claringbould, D. (2021). The COVID-19 crisis in the EU: The resilience of healthcare systems, government responses and their socio-economic effects. *Eurasian Economic Review*, *11*(2), 251-281. <https://doi.org/10.1007/s40822-020-00162-1>

Arja I. Hälinen, R. O. S., Arto S. Pennanen, Veli-Matti Kosma. (2000). Combined Respiratory Effects of Cold Air with so<sub>2</sub> or No<sub>2</sub> in Repeated 10-Minute Exposures of Hyperventilating Guinea Pigs. *Inhalation Toxicology*, *12*(8), 671-691.

<https://doi.org/10.1080/08958370050085138>

Arndt, C., Davies, R., Gabriel, S., Harris, L., Makrelov, K., Robinson, S., Levy, S., Simbanegavi, W., van Seventer, D., & Anderson, L. (2020). Covid-19 lockdowns, income distribution, and food security: An analysis for South Africa. *Global Food Security*, 26, 100410. <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2020.100410>

Asadi, S., Wexler, A. S., Cappa, C. D., Barreda, S., Bouvier, N. M., & Ristenpart, W. D. (2019). Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness. *Scientific Reports*, 9(1), 2348. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-38808-z>

Asadi, S., Wexler, A. S., Cappa, C. D., Barreda, S., Bouvier, N. M., & Ristenpart, W. D. (2020). Effect of voicing and articulation manner on aerosol particle emission during human speech. *PLOS ONE*, 15(1), e0227699. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227699>

ASALE, R.-, & RAE. (s. f.). *Polarizar | Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 4 de abril de 2023, de <https://dle.rae.es/polarizar>

Ascani, A., Faggian, A., & Montresor, S. (2021). The geography of COVID-19 and the structure of local economies: The case of Italy. *Journal of Regional Science*, 61(2), 407-441. <https://doi.org/10.1111/jors.12510>

Askim, J., & Bergström, T. (2022). Between lockdown and calm down. Comparing the COVID-19 responses of Norway and Sweden. *Local Government Studies*, 48(2), 291-311. <https://doi.org/10.1080/03003930.2021.1964477>

Audy, J. R. (1958). Medical Ecology in relation to Geography. *Brit. J. Clin. Practice*, 12(2), 102-110.

Augustin, E., & Robles, F. (2022, diciembre 12). Cuba enfrenta su mayor éxodo, mientras lidia con la crisis económica. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2022/12/12/espanol/cuba-migracion.html>

Azanaw, J., Endalew, M., Zenbaba, D., Abera, E., & Kumar Chattu, V. (2023).

COVID-19 vaccine acceptance and associated factors in 13 African countries: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1001423>

Azkoitia Balentzia, M. (2022). *Sesgo de movilidad en los estudios migratorios. El caso cubano*. Universidad Pública de Navarra.

Azuma, K., Kagi, N., Kim, H., & Hayashi, M. (2020). Impact of climate and ambient air pollution on the epidemic growth during COVID-19 outbreak in Japan. *Environmental Research*, *190*, 110042. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110042>

Bacallao-Gallestey, J. (2020). «Universal» doesn't just apply to health care, but to every sector's actions taken to protect the population's health. *MEDICC Review*, *22*(2), 21-23. <https://doi.org/10.37757/mr2020.v22.n2.6>

Badr, D. A., Mattern, J., Carlin, A., Cordier, A.-G., Maillart, E., El Hachem, L., El Kenz, H., Andronikof, M., De Bels, D., Damoiseil, C., Preseau, T., Vignes, D., Cannie, M. M., Vauloup-Fellous, C., Fils, J.-F., Benachi, A., Jani, J. C., & Vivanti, A. J. (2020). Are clinical outcomes worse for pregnant women at  $\geq 20$  weeks' gestation infected with coronavirus disease 2019? A multicenter case-control study with propensity score matching. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *223*(5), 764-768. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.045>

Badr, D. A., Picone, O., Bevilacqua, E., Carlin, A., Meli, F., Sibiude, J., Mattern, J., Fils, J.-F., Mandelbrot, L., Lanzone, A., De Luca, D., Jani, J. C., & Vivanti, A. J. (2021). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 and Pregnancy Outcomes According to Gestational Age at Time of Infection. *Emerging Infectious Diseases*, *27*(10), 2535-2543. <https://doi.org/10.3201/eid2710.211394>

Bagheri, S. H., Asghari, A., Farhadi, M., Shamshiri, A. R., Kabir, A., Kamrava, S. K., Jalessi, M., Mohebbi, A., Alizadeh, R., Honarmand, A. A., Ghalehbaghi, B., Salimi, A., & Dehghani Firouzabadi, F. (2020). Coincidence of COVID-19 epidemic and olfactory dysfunction outbreak in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, *34*, 62. <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.62>

Bai, C., & Warshel, A. (2020). Critical Differences between the Binding Features of the Spike Proteins of SARS-CoV-2 and SARS-CoV. *The Journal of Physical Chemistry B*, 124(28), 5907-5912. <https://doi.org/10.1021/acs.jpcc.0c04317>

Baldasano, J. M. (2020). COVID-19 lockdown effects on air quality by NO<sub>2</sub> in the cities of Barcelona and Madrid (Spain). *Science of The Total Environment*, 741, 140353. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140353>

Banco Mundial. (2020). *Cuba | Data*. Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/pais/cuba>

Baral, S., Chandler, R., Prieto, R. G., Gupta, S., Mishra, S., & Kulldorff, M. (2021). Leveraging epidemiological principles to evaluate Sweden's COVID-19 response. *Annals of Epidemiology*, 54, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.11.005>

Bareket-Bojmel, L., Shahar, G., Abu-Kaf, S., & Margalit, M. (2021). Perceived social support, loneliness, and hope during the COVID-19 Pandemic: Testing a mediating model in the UK, USA, and Israel. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 133-148. <https://doi.org/10.1111/bjc.12285>

Barker, C. I. S., & Snape, M. D. (2014). Pandemic influenza A H1N1 vaccines and narcolepsy: Vaccine safety surveillance in action. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(3), 227-238. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70238-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70238-X)

Barón-Sánchez, J., Santiago, C., Goizueta-San Martín, G., Arca, R., & Fernández, R. (2020). Afectación del sentido del olfato y el gusto en la enfermedad leve por coronavirus (COVID-19) en pacientes españoles. *Neurología*, 35(9), 633-638. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.006>

Barres, R. (2021). *Exploring metropolitan governance in the Öresund Region*. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1524054/FULLTEXT02>

Barrios, J. M., & Hochberg, Y. (2020). *Risk Perception Through the Lens of Politics in the Time of the COVID-19 Pandemic* (Working Paper N.º 27008). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w27008>

Bashir, M. F., Ma, B., Bilal, Komal, B., Bashir, M. A., Tan, D., & Bashir, M. (2020). Correlation between climate indicators and COVID-19 pandemic in New York, USA. *Science of The Total Environment*, 728, 138835. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138835>

Bastard, P., Rosen, L. B., Zhang, Q., Michailidis, E., Hoffmann, H.-H., Zhang, Y., Dorgham, K., Philippot, Q., Rosain, J., Béziat, V., Manry, J., Shaw, E., Haljasmägi, L., Peterson, P., Lorenzo, L., Bizien, L., Trouillet-Assant, S., Dobbs, K., de Jesus, A. A., ... Casanova, J.-L. (2020). Autoantibodies against type I IFNs in patients with life-threatening COVID-19. *Science (New York, N.Y.)*, 370(6515), eabd4585. <https://doi.org/10.1126/science.abd4585>

Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

Bazzi, S., Fiszbein, M., & Gebresilasse, M. (2021). “Rugged individualism” and collective (in)action during the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Economics*, 195, 104357. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104357>

Beck, A., & Gandhi, M. (2021). Adjudicating Reasons for Hospitalization Reveals That Severe Illness From COVID-19 in Children Is Rare. *Hospital Pediatrics*, 11(8), e159-e160. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2021-006084>

Becker, H. (2021). The Impact of the COVID-19 Global Pandemic on the Cuban Tourism Industry and Recommendations for Cuba’s Response. *Multidisciplinary Business Review*, 14(1), Article 1. <https://doi.org/10.35692/07183992.14.1.7>

Beech, H. (2020, febrero 2). Quieter Response to Coronavirus in Countries Where China Holds Sway. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/02/02/world/asia/china-coronavirus-philippines-thailand.html>

Béhague, D. P., Victora, C. G., & Barros, F. C. (2002). Consumer demand for caesarean sections in Brazil: Informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*, *324*(7343), 942. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7343.942>

Beigel, J. H., Tomashek, K. M., Dodd, L. E., Mehta, A. K., Zingman, B. S., Kalil, A. C., Hohmann, E., Chu, H. Y., Luetkemeyer, A., Kline, S., Lopez de Castilla, D., Finberg, R. W., Dierberg, K., Tapson, V., Hsieh, L., Patterson, T. F., Paredes, R., Sweeney, D. A., Short, W. R., ... ACTT-1 Study Group Members. (2020). Remdesivir for the Treatment of Covid-19—Final Report. *The New England Journal of Medicine*, *383*(19), 1813-1826. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007764>

Benton, R. A., Cobb, J. A., & Werner, T. (2022). Firm partisan positioning, polarization, and risk communication: Examining voluntary disclosures on COVID-19. *Strategic Management Journal*, *43*(4), 697-723. <https://doi.org/10.1002/smj.3352>

Berghella, V., & Hughes, B. L. (2021, octubre 22). *COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care*. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care?search=covid19%20embarazo&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care?search=covid19%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Bergquist, S., Otten, T., & Sarich, N. (2020). COVID-19 pandemic in the United States. *Health Policy and Technology*, *9*(4), 623-638. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.007>

Berkman, L. F., Kawachi, I., & Glymour, M. M. (2000). *Social Epidemiology*. Oxford University Press.

Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1978). Social networks, host resistance, and mortality: A follow-up study of Alameda County residents. *Dissertation Abstracts International*, *32*, 671-672.

Berlet, C., & Sunshine, S. (2019). Rural rage: The roots of right-wing populism

in the United States. *The Journal of Peasant Studies*, 46(3), 480-513. <https://doi.org/10.1080/03066150.2019.1572603>

Berman, J. D., & Ebisu, K. (2020). Changes in U.S. air pollution during the COVID-19 pandemic. *Science of The Total Environment*, 739, 139864. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139864>

Betsch, C., Böhm, R., Korn, L., & Holtmann, C. (2017). On the benefits of explaining herd immunity in vaccine advocacy. *Nature Human Behaviour*, 1(3), 1-6. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0056>

Bhattacharjee, B., & Acharya, T. (2020). "The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA – A Review with Some Coping Strategies". *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1135-1145. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09836-0>

Bhattacharjee, S. (2020). *Statistical investigation of relationship between spread of coronavirus disease (COVID-19) and environmental factors based on study of four mostly affected places of China and five mostly affected places of Italy* (arXiv:2003.11277). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2003.11277>

Bhopal, S. S., Bagaria, J., Olabi, B., & Bhopal, R. (2021). Children and young people remain at low risk of COVID-19 mortality. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 5(5), e12-e13. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00066-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00066-3)

Bi, Q., Wu, Y., Mei, S., Ye, C., Zou, X., Zhang, Z., Liu, X., Wei, L., Truelove, S. A., Zhang, T., Gao, W., Cheng, C., Tang, X., Wu, X., Wu, Y., Sun, B., Huang, S., Sun, Y., Zhang, J., ... Feng, T. (2020). Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: A retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8), 911-919. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30287-5)

Biddlestone, M., Green, R., & Douglas, K. M. (2020). Cultural orientation, power, belief in conspiracy theories, and intentions to reduce the spread of COVID-19. *British Journal of Social Psychology*, 59(3), 663-673. Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Bierwiazzonek, K., Kunst, J. R., & Pich, O. (2020). Belief in COVID-19

Conspiracy Theories Reduces Social Distancing over Time. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1270-1285. <https://doi.org/10.1111/aphw.12223>

Biktasheva, I. V. (2020, septiembre 20). Role of a habitat's air humidity in Covid-19 mortality—ScienceDirect. *Science of The Total Environment*, 736. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969720322804>

Bilgili, F., Dundar, M., Kuşkaya, S., Lorente, D. B., Ünlü, F., Gençoğlu, P., & Muğaloğlu, E. (2021). The Age Structure, Stringency Policy, Income, and Spread of Coronavirus Disease 2019: Evidence From 209 Countries. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.632192>

Bille, M., & Thelle, M. (2020). Byen, smitten og den delelige krop. *Jordens Folk*, 55(2), Article 2.

Bisoffi, Z., Pomari, E., Deiana, M., Piubelli, C., Ronzoni, N., Beltrame, A., Bertoli, G., Riccardi, N., Perandin, F., Formenti, F., Gobbi, F., Buonfrate, D., & Silva, R. (2020). Sensitivity, Specificity and Predictive Values of Molecular and Serological Tests for COVID-19: A Longitudinal Study in Emergency Room. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 10(9). MEDLINE. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10090669>

Bitar, M., Hassan, M. K., & Saad, W. (2020). Culture and the capital–performance nexus in dual banking systems. *Economic Modelling*, 87, 34-58. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2019.07.003>

Bixler, D., Miller, A. D., Mattison, C. P., Taylor, B., Komatsu, K., Peterson Pompa, X., Moon, S., Karmarkar, E., Liu, C. Y., Openshaw, J. J., Plotzker, R. E., Rosen, H. E., Alden, N., Kawasaki, B., Siniscalchi, A., Leapley, A., Drenzek, C., Tobin-D'Angelo, M., Kauerauf, J., ... Pediatric Mortality Investigation Team. (2020). SARS-CoV-2-Associated Deaths Among Persons Aged <21 Years—United States, February 12-July 31, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(37), 1324-1329. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6937e4>

Black, D. (1982). *Inequalities in Health: The Black Report*. Penguin Books. <http://hdl.handle.net/10822/792483>

Black, N. (1994). Why we need qualitative research. *Journal of Epidemiology*

and *Community Health*, 48(5), 425-426.

Block, R., Burnham, M., Kahn, K., Peng, R., Seeman, J., & Seto, C. (2022). Perceived risk, political polarization, and the willingness to follow COVID-19 mitigation guidelines. *Social Science & Medicine*, 305, 115091. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115091>

Boettke, P., & Powell, B. (2021). The political economy of the COVID-19 pandemic. *Southern Economic Journal*, 87(4), 1090-1106. <https://doi.org/10.1002/soej.12488>

Bollyky, T. J., Templin, T., Cohen, M., Schoder, D., Dieleman, J. L., & Wigley, S. (2019). The relationships between democratic experience, adult health, and cause-specific mortality in 170 countries between 1980 and 2016: An observational analysis. *The Lancet*, 393(10181), 1628-1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30235-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30235-1)

Borg, M. A. (2014). Cultural determinants of infection control behaviour: Understanding drivers and implementing effective change. *Journal of Hospital Infection*, 86(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2013.12.006>

Borg, M. A., Camilleri, L., & Waisfisz, B. (2012). Understanding the epidemiology of MRSA in Europe: Do we need to think outside the box? *Journal of Hospital Infection*, 81(4), 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2012.05.001>

Borjas, G. J. (2020). *Demographic Determinants of Testing Incidence and COVID-19 Infections in New York City Neighborhoods* (N.º w26952). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w26952>

Bosaeed, M., Mahmoud, E., Alharbi, A., Altayib, H., Albayat, H., Alharbi, F., Ghalilah, K., Al Arfaj, A., AlJishi, J., Alarfaj, A., Alqahtani, H., Almutairi, B. M., Almaghaslah, M., Alyahya, N. M., Bawazir, A., AlEisa, S., Alsaedy, A., Bouchama, A., Alharbi, M., ... Alaskar, A. (2021). Favipiravir and Hydroxychloroquine Combination Therapy in Patients with Moderate to Severe COVID-19 (FACCT Trial): An Open-Label, Multicenter, Randomized, Controlled Trial. *Infectious Diseases and Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s40121-021-00496-6>

Bouadma, L., Lescure, F.-X., Lucet, J.-C., Yazdanpanah, Y., & Timsit, J.-F. (2020). Severe SARS-CoV-2 infections: Practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Medicine*, 46(4), 579-582. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>

Bounouh, A. (2022). The Socio-Economic effects of the Covid-19 Pandemic in Southern Africa. *Moroccan Journal of Public Health*, 4(1), Article 1. <https://revues.imist.ma/index.php/MJPH/article/view/30540>

Bourgonje, A. R., Abdulle, A. E., Timens, W., Hillebrands, J.-L., Navis, G. J., Gordijn, S. J., Bolling, M. C., Dijkstra, G., Voors, A. A., Osterhaus, A. D., van der Voort, P. H., Mulder, D. J., & van Goor, H. (2020). Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *The Journal of Pathology*, 251(3), 228-248. <https://doi.org/10.1002/path.5471>

Brandt, E. B., Biagini Myers, J. M., Ryan, P. H., & Khurana Hershey, G. K. (2015). Air pollution and allergic diseases. *Current opinion in pediatrics*, 27(6), 724-735. <https://doi.org/10.1097/MOP.000000000000286>

Bray, I., Gibson, A., & White, J. (2020). Coronavirus disease 2019 mortality: A multivariate ecological analysis in relation to ethnicity, population density, obesity, deprivation and pollution. *Public Health*, 185, 261-263. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.056>

Breilh, J. (1994). *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía Pedagógica para un Taller de Metodología* (Vol. 3). Centro de Estudios y Asesoría en Salud. [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_es/117](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/117)

Briz-Redón, Á., & Serrano-Aroca, Á. (2020). A spatio-temporal analysis for exploring the effect of temperature on COVID-19 early evolution in Spain. *Science of The Total Environment*, 728, 138811. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138811>

Broadbent, A., Combrink, H., & Smart, B. (2020). COVID-19 in South Africa. *Global Epidemiology*, 2, 100034. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100034>

Brown, P. (2020). Studying COVID-19 in light of critical approaches to risk

and uncertainty: Research pathways, conceptual tools, and some magic from Mary Douglas. *Health, Risk & Society*, 22(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/13698575.2020.1745508>

Bruine de Bruin, W., Saw, H.-W., & Goldman, D. P. (2020). Political polarization in US residents' COVID-19 risk perceptions, policy preferences, and protective behaviors. *Journal of Risk and Uncertainty*, 61(2), 177-194. <https://doi.org/10.1007/s11166-020-09336-3>

Bruns, D. P., Kraguljac, N. V., & Bruns, T. R. (2020). COVID-19: Facts, Cultural Considerations, and Risk of Stigmatization. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(4), 326-332. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/1043659620917724>

Bryman, A. (2016). Interviewing in qualitative research. En *Social Research Methods* (pp. 465-499). Oxford University Press.

Buja, A., Paganini, M., Cocchio, S., Scioni, M., Rebba, V., & Baldo, V. (2020). Demographic and socio-economic factors, and healthcare resource indicators associated with the rapid spread of COVID-19 in Northern Italy: An ecological study. *PLOS ONE*, 15(12), e0244535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244535>

Bullock, S. C., & Houston, E. (1987). Perceptions of Racism by Black Medical Students Attending White Medical Schools. *Journal of the National Medical Association*, 79(6), 601-608.

Bunyavanich, S., Do, A., & Vicencio, A. (2020). Nasal Gene Expression of Angiotensin-Converting Enzyme 2 in Children and Adults. *JAMA*, 323(23), 2427-2429. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8707>

Buonanno, G., Stabile, L., & Morawska, L. (2020). Estimation of airborne viral emission: Quanta emission rate of SARS-CoV-2 for infection risk assessment. *Environment International*, 141, 105794. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105794>

Burki, T. (2021). Global COVID-19 vaccine inequity. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(7), 922-923. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00344-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00344-3)

Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. En *Gender Trouble* (pp. 115-148). Routledge.

Butovskaya, M. L., Burkova, V. N., Randall, A. K., Donato, S., Fedenok, J. N., Hocker, L., Kline, K. M., Ahmadi, K., Alghraibeh, A. M., Allami, F. B. M., Alpaslan, F. S., Al-Zu'bi, M. A. A., Biçer, D. F., Cetinkaya, H., David, O. A., Dural, S., Erickson, P., Ermakov, A. M., Ertuğrul, B., ... Zinurova, R. I. (2021). Cross-Cultural Perspectives on the Role of Empathy during COVID-19's First Wave. *Sustainability*, 13(13), Article 13. <https://doi.org/10.3390/su13137431>

Callaghan, T., Lueck, J. A., Trujillo, K. L., & Ferdinand, A. O. (2021). Rural and Urban Differences in COVID-19 Prevention Behaviors. *The Journal of Rural Health*, 37(2), 287-295. <https://doi.org/10.1111/jrh.12556>

Callaghan, T., Moghtaderi, A., Lueck, J. A., Hotez, P., Strych, U., Dor, A., Fowler, E. F., & Motta, M. (2021). Correlates and disparities of intention to vaccinate against COVID-19. *Social Science & Medicine* (1982), 272, 113638. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113638>

Calvillo, D. P., Ross, B. J., Garcia, R. J. B., Smelter, T. J., & Rutchick, A. M. (2020). Political Ideology Predicts Perceptions of the Threat of COVID-19 (and Susceptibility to Fake News About It). *Social Psychological and Personality Science*, 11(8), 1119-1128. <https://doi.org/10.1177/1948550620940539>

Cambridge Dictionary. (2023, abril 12). *Hygge*. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/hygge>

Cameron, I. (2020). Sweden and COVID 19: A Constitutional Perspective. *Digitala Vetenskapliga Arkivet*. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1443849&dswid=3980>

Cano, F., Gajardo, M., Freundlich, M., Cano, F., Gajardo, M., & Freundlich, M. (2020). Eje Renina Angiotensina, Enzima Convertidora de Angiotensina 2 y Coronavirus. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 330-338. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i3.2548>

Cao, B., Wang, Y., Wen, D., Liu, W., Wang, J., Fan, G., Ruan, L., Song, B., Cai,

Y., Wei, M., Li, X., Xia, J., Chen, N., Xiang, J., Yu, T., Bai, T., Xie, X., Zhang, L., Li, C., ... Wang, C. (2020). A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 382(19), 1787-1799. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001282>

Cao, C., Li, N., & Liu, L. (2020). Do national cultures matter in the containment of COVID-19? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(9/10), 939-961. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-07-2020-0334>

Cao, Y., Hiyoshi, A., & Montgomery, S. (2020). COVID-19 case-fatality rate and demographic and socioeconomic influencers: Worldwide spatial regression analysis based on country-level data. *BMJ Open*, 10(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043560>

Cappellano, F., Sohn, C., Makkonen, T., & Kaisto, V. (2022). Bringing borders back into cross-border regional innovation systems: Functions and dynamics. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 54(5), 1005-1021. <https://doi.org/10.1177/0308518X221073987>

Caputo, N. D., Strayer, R. J., & Levitan, R. (2020). Early Self-Prone in Awake, Non-intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience During the COVID-19 Pandemic. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 27(5), 375-378. <https://doi.org/10.1111/acem.13994>

Carleton, T., Cornetet, J., Huybers, P., Meng, K. C., & Proctor, J. (2021). Global evidence for ultraviolet radiation decreasing COVID-19 growth rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(1), e2012370118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2012370118>

Caro, J. C., Clark, A. E., D'Ambrosio, C., & Vögele, C. (2022). The impact of COVID-19 lockdown stringency on loneliness in five European countries. *Social Science & Medicine*, 314, 115492. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115492>

Casanova, L. M., Jeon, S., Rutala, W. A., Weber, D. J., & Sobsey, M. D. (2010). Effects of Air Temperature and Relative Humidity on Coronavirus Survival on

Surfaces. *Applied and Environmental Microbiology*, 76(9), 2712-2717.  
<https://doi.org/10.1128/AEM.02291-09>

Cash, R., & Patel, V. (2020). Has COVID-19 subverted global health? *The Lancet*, 395(10238), 1687-1688. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31089-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31089-8)

Cassel, J. (1962). Cultural factors in the interpretation of illness: A case study. En *A practice of social medicine* (pp. 238-244). E & S Livingstone.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>

Cassel, J., Patrick, R., & Jenkins, D. (1960). Epidemiological analysis of the health implication of culture change: A conceptual model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 84(17), 938-949. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1960.tb39126.x>

Caulfield, T. (2020). Pseudoscience and COVID-19—We've had enough already. *Nature (Lond.)*. <https://dx.doi.org/10.1038/d41586-020-01266-z>

Cavalcanti, A. B., Zampieri, F. G., Rosa, R. G., Azevedo, L. C. P., Veiga, V. C., Avezum, A., Damiani, L. P., Marcadenti, A., Kawano-Dourado, L., Lisboa, T., Junqueira, D. L. M., de Barros E Silva, P. G. M., Tramujas, L., Abreu-Silva, E. O., Laranjeira, L. N., Soares, A. T., Echenique, L. S., Pereira, A. J., Freitas, F. G. R., ... Coalition Covid-19 Brazil I Investigators. (2020). Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 383(21), 2041-2052. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2019014>

Cavalli, G., De Luca, G., Campochiaro, C., Della-Torre, E., Ripa, M., Canetti, D., Oltolini, C., Castiglioni, B., Tassan Din, C., Boffini, N., Tomelleri, A., Farina, N., Ruggeri, A., Rovere-Querini, P., Di Lucca, G., Martinenghi, S., Scotti, R., Tresoldi, M., Ciceri, F., ... Dagna, L. (2020). Interleukin-1 blockade with high-dose anakinra in patients with COVID-19, acute respiratory distress syndrome, and hyperinflammation: A retrospective cohort study. *The Lancet. Rheumatology*, 2(6), e325-e331. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(20\)30127-2](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30127-2)

Cavalli, G., Larcher, A., Tomelleri, A., Campochiaro, C., Della-Torre, E., De Luca, G., Farina, N., Boffini, N., Ruggeri, A., Poli, A., Scarpellini, P., Rovere-Querini, P., Tresoldi, M., Salonia, A., Montorsi, F., Landoni, G., Castagna, A., Ciceri, F., Zangrillo, A., & Dagna, L. (2021). Interleukin-1 and interleukin-6 inhibition compared with standard management in patients with COVID-19 and hyperinflammation: A cohort study. *The Lancet. Rheumatology*, 3(4), e253-e261. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(21\)00012-6](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(21)00012-6)

CDC COVID-19 Response Team. (2020). Coronavirus Disease 2019 in Children—United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(14), 422–426. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6914e4>

CDC COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigations Team. (2021). COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections Reported to CDC - United States, January 1–April 30, 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(21), 792–793. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7021e3>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020a, febrero 11). *Clasificaciones y definiciones de las variantes del SARS-CoV-2*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020b, febrero 11). *Science Brief: Transmission of SARS-CoV-2 in K-12 Schools and Early Care and Education Programs – Updated*. Centers for Disease Control and Prevention. [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/transmission\\_k\\_12\\_schools.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/transmission_k_12_schools.html)

Centers for Disease Control and Prevention. (2020c, febrero 11). *Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19: Information for Healthcare Providers*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020d, febrero 11). *Ventilation*

in *Buildings*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/ventilation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, septiembre 22). *Influenza Antiviral Medications: Clinician Summary*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, octubre 25). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention, & National Center for Health Statistics. (2023, abril 24). *Mortality statistics*. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/deaths.htm>

Cevik, M., Kuppalli, K., Kindrachuk, J., & Peiris, M. (2020). Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *BMJ*, *371*, m3862. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3862>

Cevik, M., Marcus, J. L., Buckee, C., & Smith, T. C. (2021). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Transmission Dynamics Should Inform Policy. *Clinical Infectious Diseases*, *73*(Supplement\_2), S170-S176. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1442>

Cevik, M., Tate, M., Lloyd, O., Maraolo, A. E., Schafers, J., & Ho, A. (2021). SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-CoV viral load dynamics, duration of viral shedding, and infectiousness: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Microbe*, *2*(1), e13-e22. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(20\)30172-5](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(20)30172-5)

Chakraborty, J. (2021). Convergence of COVID-19 and chronic air pollution risks: Racial/ethnic and socioeconomic inequities in the U.S. *Environmental Research*, *193*, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110586>

Chan, J. F.-W., Kok, K.-H., Zhu, Z., Chu, H., To, K. K.-W., Yuan, S., & Yuen, K.-Y. (2020). Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic

coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerging Microbes & Infections*, 9(1), 221-236. <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1719902>

Chan, K. H., Peiris, J. S. M., Lam, S. Y., Poon, L. L. M., Yuen, K. Y., & Seto, W. H. (2011). The Effects of Temperature and Relative Humidity on the Viability of the SARS Coronavirus. *Advances in Virology*, 2011, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2011/734690>

Chandrashekar, A., Liu, J., Martinot, A. J., McMahan, K., Mercado, N. B., Peter, L., Tostanoski, L. H., Yu, J., Maliga, Z., Nekorchuk, M., Busman-Sahay, K., Terry, M., Wrijil, L. M., Ducat, S., Martinez, D. R., Atyeo, C., Fischinger, S., Burke, J. S., Slein, M. D., ... Barouch, D. H. (2020). SARS-CoV-2 infection protects against rechallenge in rhesus macaques. *Science (New York, N.Y.)*, 369(6505), 812-817. <https://doi.org/10.1126/science.abc4776>

Chaudhuri, S., Basu, S., Kabi, P., Unni, V. R., & Saha, A. (2020). Modeling ambient temperature and relative humidity sensitivity of respiratory droplets and their role in Covid-19 outbreaks. *Physics of Fluids*, 32(6), 063309. <https://doi.org/10.1063/5.0015984>

Chauhan, R. S., Capasso da Silva, D., Salon, D., Shamshiripour, A., Rahimi, E., Sutradhar, U., Khoeini, S., Mohammadian, A. (Kouros), Derrible, S., & Pendyala, R. (2021). COVID-19 related Attitudes and Risk Perceptions across Urban, Rural, and Suburban Areas in the United States. *Findings*. <https://doi.org/10.32866/001c.23714>

Chen, B., Liang, H., Yuan, X., Hu, Y., Xu, M., Zhao, Y., Zhang, B., Tian, F., & Zhu, X. (2020). *Roles of meteorological conditions in COVID-19 transmission on a worldwide scale* (p. 2020.03.16.20037168). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.03.16.20037168>

Chen, C., Frey, C. B., & Presidente, G. (2021). Culture and contagion: Individualism and compliance with COVID-19 policy. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 190, 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.07.026>

Chen, H., & Eyoun, K. (2021). Do mindfulness and perceived organizational support work? Fear of COVID-19 on restaurant frontline employees' job insecurity and emotional exhaustion. *International Journal of Hospitality Management*, *94*, 102850. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102850>

Chen, H., Shi, L., Zhang, Y., Wang, X., & Sun, G. (2021). A cross-country core strategy comparison in China, Japan, Singapore and South Korea during the early COVID-19 pandemic. *Globalization and Health*, *17*(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00672-w>

Chen, K., Wang, M., Huang, C., Kinney, P. L., & Anastas, P. T. (2020). Air pollution reduction and mortality benefit during the COVID-19 outbreak in China. *The Lancet Planetary Health*, *4*(6), e210-e212. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30107-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30107-8)

Cheng, H.-Y., Jian, S.-W., Liu, D.-P., Ng, T.-C., Huang, W.-T., Lin, H.-H., & for the Taiwan COVID-19 Outbreak Investigation Team. (2020). Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Internal Medicine*, *180*(9), 1156-1163. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2020>

Cheung, C., & Tse, J. W. (2008). Institutional Trust As a Determinant of Anxiety During the SARS Crisis in Hong Kong. *Social Work in Public Health*, *23*(5), 41-54. <https://doi.org/10.1080/19371910802053224>

Chiang, F. (2005). A critical examination of Hofstede's thesis and its application to international reward management. *The International Journal of Human Resource Management*, *16*(9), 1545-1563. <https://doi.org/10.1080/09585190500239044>

Chillón, J. M. (2014). Necesidad y virtud de la comunicación. A propósito de Pol. 1253a de Aristóteles. *Dilemata*, *14*, Article 14.

Chinn, J., Sedighim, S., Kirby, K. A., Hohmann, S., Hameed, A. B., Jolley, J., & Nguyen, N. T. (2021). Characteristics and Outcomes of Women With COVID-19 Giving Birth at US Academic Centers During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*

*Network* *Open*, 4(8), e2120456.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.20456>

Christensen, T. J. (2020). *A modern tragedy? COVID-19 and U.S.-China relations*.

Christensen, T., Jensen, M. D., Kluth, M., Kristinsson, G. H., Lynggaard, K., Lægreid, P., Niemikari, R., Pierre, J., Raunio, T., & Adolf Skúlason, G. (2022). The Nordic governments' responses to the Covid-19 pandemic: A comparative study of variation in governance arrangements and regulatory instruments. *Regulation & Governance*. <https://doi.org/10.1111/rego.12497>

Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., & COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 395(10242), 1973-1987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)

Chua, G. T., Wong, J. S. C., Lam, I., Ho, P. P. K., Chan, W. H., Yau, F. Y. S., Rosa Duque, J. S., Ho, A. C. C., Siu, K. K., Cheung, T. W. Y., Lam, D. S. Y., Chan, V. C. M., Lee, K. P., Tsui, K. W., Wong, T. W., Yau, M. M., Yau, T. Y., Chan, K. C. C., Yu, M. W. L., ... Kwan, M. Y. W. (2021). Clinical Characteristics and Transmission of COVID-19 in Children and Youths During 3 Waves of Outbreaks in Hong Kong. *JAMA Network Open*, 4(5), e218824. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.8824>

Chuang, Y.-C., Huang, Y.-L., Tseng, K.-C., Yen, C.-H., & Yang, L. (2015). Social Capital and Health-Protective Behavior Intentions in an Influenza Pandemic. *PLOS ONE*, 10(4), e0122970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122970>

Ciapponi, A., Bardach, A., Mazzoni, A., Alconada, T., Anderson, S. A., Argento, F. J., Ballivian, J., Bok, K., Comandé, D., Erbeling, E., Goucher, E., Kampmann, B., Karron, R., Munoz, F. M., Palermo, M. C., Parker, E. P. K., Rodriguez Cairoli, F., Santa María, V., Stergachis, A. S., ... Buekens, P. M. (2021). Safety of components and platforms of COVID-19 vaccines considered for use in pregnancy: A rapid review.

*Vaccine*, 39(40), 5891-5908. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.08.034>

Ciapponi, A., Bardach, A., Mazzoni, A., Alconada, T., Anderson, S., Argento, F. J., Ballivian, J., Bok, K., Comandé, D., Erbeling, E., Goucher, E., Kampmann, B., Karron, R., Munoz, F. M., Palermo, M. C., Parker, E. P. K., Rodriguez Cairoli, F., Santa, M. V., Stergachis, A., ... Buekens, P. M. (2021). Safety of COVID-19 vaccines, their components or their platforms for pregnant women: A rapid review. *MedRxiv: The Preprint Server for Health Sciences*, 2021.06.03.21258283. <https://doi.org/10.1101/2021.06.03.21258283>

Clementi, N., Ferrarese, R., Criscuolo, E., Diotti, R. A., Castelli, M., Scagnolari, C., Burioni, R., Antonelli, G., Clementi, M., & Mancini, N. (2020). Interferon- $\beta$ -1a Inhibition of Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2 In Vitro When Administered After Virus Infection. *The Journal of Infectious Diseases*, 222(5), 722-725. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa350>

Cohen, P., & Blau, J. (2021, octubre 12). *COVID-19: Outpatient evaluation and management of acute illness in adults*. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults?search=covid19%20tratamiento&topicRef=129312&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults?search=covid19%20tratamiento&topicRef=129312&source=see_link)

Coman, C., & Ancuta, D. (2021). Ethics of the human-animal relationship in the COVID-19 pandemic. *Journal of Intercultural Management and Ethics*, 4(1), 67-75. <https://doi.org/10.35478/jime.2021.1.09>

Conde-Agudelo, A., & Romero, R. (2021). SARS-CoV-2 infection during pregnancy and risk of preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, S0002-9378(21)00795-X. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.07.009>

Conger, K. (2020, julio 22). Twitter Takedown Targets QAnon Accounts. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/07/21/technology/twitter-bans-qanon-accounts.html>

Congressional Research Service. (2021). *Unemployment Rates During the*

COVID-19 Pandemic. <https://sgp.fas.org/crs/misc/R46554.pdf>

Conticini, E., Frediani, B., & Caro, D. (2020). Can atmospheric pollution be considered a co-factor in extremely high level of SARS-CoV-2 lethality in Northern Italy? *Environmental Pollution*, 261, 114465. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.114465>

Cooper, S., van Rooyen, H., & Wiysonge, C. S. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in South Africa: How can we maximize uptake of COVID-19 vaccines? *Expert Review of Vaccines*, 20(8), 921-933. <https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1949291>

Cornell, A. J., & Salminen, J. (2018). Emergency Laws in Comparative Constitutional Law – The Case of Sweden and Finland. *German Law Journal*, 19(2), 219-250. <https://doi.org/10.1017/S2071832200022677>

Cosma, S., Carosso, A. R., Cusato, J., Borella, F., Carosso, M., Bovetti, M., Filippini, C., D'Avolio, A., Ghisetti, V., Di Perri, G., & Benedetto, C. (2021). Coronavirus disease 2019 and first-trimester spontaneous abortion: A case-control study of 225 pregnant patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 391.e1-391.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.005>

COVID-19 Living Network Meta-analysis. (2021). <https://www.covid19lnma.com/>

Crane-Godreau, M. A., Clem, K. J., Payne, P., & Fiering, S. (2020). Vitamin D Deficiency and Air Pollution Exacerbate COVID-19 Through Suppression of Antiviral Peptide LL37. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00232>

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). The nature of mixed methods research. En *Designing and conducting mixed methods research* (pp. 1-20).

Creutz, K., Berglund, S., Karacan, T. B., Giacometti, A., Haugevik, K., Nyberg Sørensen, N., Wøien Meijer, M., & Lares, A. (2021). *Nordic cooperation amid pandemic travel restrictions*. Finnish Institution of Internatinal Affairs (FIIA) Report.

Croucher, S. M., Murray, N., Ashwell, D., Cullinane, J., & Nguyen, T. (2022). Predicting Vaccine Confidence: Patient Self-advocacy and Fear of COVID-19 in the United States. *Southern Communication Journal*, 87(4), 348-360. <https://doi.org/10.1080/1041794X.2022.2099569>

Cuadros, D. F., Branscum, A. J., Mukandavire, Z., Miller, F. D., & MacKinnon, N. (2021). Dynamics of the COVID-19 epidemic in urban and rural areas in the United States. *Annals of Epidemiology*, 59, 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2021.04.007>

Cuker, A., & Peyvandi, F. (2021, octubre 18). *COVID-19: Hypercoagulability*. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-hypercoagulability?sectionName=Inpatient%20VTE%20prophylaxis&search=covid19%20tratamiento&topicRef=127429&anchor=H1789400734&source=see\\_link#H1789400734](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-hypercoagulability?sectionName=Inpatient%20VTE%20prophylaxis&search=covid19%20tratamiento&topicRef=127429&anchor=H1789400734&source=see_link#H1789400734)

Cuker, A., Tseng, E. K., Nieuwlaat, R., Angchaisuksiri, P., Blair, C., Dane, K., Davila, J., DeSancho, M. T., Diuguid, D., Griffin, D. O., Kahn, S. R., Klok, F. A., Lee, A. I., Neumann, I., Pai, A., Pai, M., Righini, M., Sanfilippo, K. M., Siegal, D., ... Schünemann, H. J. (2021). American Society of Hematology 2021 guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19. *Blood Advances*, 5(3), 872-888. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003763>

Czeisler, M. É., Marynak, K., Clarke, K. E. N., Salah, Z., Shakyia, I., Thierry, J. M., Ali, N., McMillan, H., Wiley, J. F., Weaver, M. D., Czeisler, C. A., Rajaratnam, S. M. W., & Howard, M. E. (2020). *Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19—Related Concerns—United States, June 2020*. 69(36), 8.

Dahl, R. A. (1983). *Dilemmas of Pluralist Democracy: Autonomy vs. Control*. Yale University Press.

Dannesboe, K. I., Jørgensen, N. J., Clemensen, N., Kousholt, D., & Winther, I. W. (2023). 'We also need to exist somehow' – families negotiating everyday ethics during Covid-19 in Denmark. *Journal of Family Studies*, 0(0), 1-20. <https://doi.org/10.1080/13229400.2022.2164207>

Dantas, G., Siciliano, B., França, B. B., da Silva, C. M., & Arbilla, G. (2020). The impact of COVID-19 partial lockdown on the air quality of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Science of The Total Environment*, 729, 139085. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139085>

Dasgupta, S., & Robinson, E. J. Z. (2021). Food Insecurity, Safety Nets, and Coping Strategies during the COVID-19 Pandemic: Multi-Country Evidence from Sub-Saharan Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), Article 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199997>

Davidson, S. (2021). Transport Without Borders. Interreg and the role of transportation planning in a cross-border region. *Lund University*.

Davidson Sorkin, A. (2020, abril 24). The Dangerous Coronavirus Conspiracy Theories Targeting 5G Technology, Bill Gates, and a World of Fear. *The New Yorker*. <https://www.newyorker.com/news/daily-comment/the-dangerous-coronavirus-conspiracy-theories-targeting-5g-technology-bill-gates-and-a-world-of-fear>

Dawn.com. (2020, mayo 15). Mob vandalises JPMC ward after hospital's refusal to hand over Covid-19 patient's body. *DAWN.COM*. <https://www.dawn.com/news/1557115>

Dawood, F. S., Porucznik, C. A., Veguilla, V., Stanford, J. B., Duque, J., Rolfes, M. A., Dixon, A., Thind, P., Hacker, E., Castro, M. J. E., Jeddy, Z., Daugherty, M., Altunkaynak, K., Hunt, D. R., Kattel, U., Meece, J., & Stockwell, M. S. (2021). Incidence Rates, Household Infection Risk, and Clinical Characteristics of SARS-CoV-2 Infection Among Children and Adults in Utah and New York City, New York. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4217>

Dawood, F. S., Varner, M., Tita, A., Newes-Adeyi, G., Gyamfi-Bannerman, C., Battarbee, A., Bruno, A., Daugherty, M., Reichle, L., Vorwaller, K., Vargas, C., Parks, M., Powers, E., Lucca-Susana, M., Gibson, M., Subramaniam, A., Cheng, Y. J., Feng, P.-J., Ellington, S., ... Stockwell, M. S. (2021). Incidence, Clinical Characteristics, and Risk Factors of SARS-CoV-2 Infection among Pregnant Individuals in the United States. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, ciab713. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab713>

de Almeida Filho, N., & Lemus, J. D. (1992). *Epidemiología sin números: Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica* (Organización Panamericana de la Salud).

de Lusignan, S., Dorward, J., Correa, A., Jones, N., Akinyemi, O., Amirthalingam, G., Andrews, N., Byford, R., Dabrera, G., Elliot, A., Ellis, J., Ferreira, F., Lopez Bernal, J., Okusi, C., Ramsay, M., Sherlock, J., Smith, G., Williams, J., Howsam, G., ... Hobbs, F. D. R. (2020). Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: A cross-sectional study. *The Lancet. Infectious Diseases*, 20(9), 1034-1042. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30371-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30371-6)

de Villiers, C., Cerbone, D., & Van Zijl, W. (2020). The South African government's response to COVID-19. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 32(5), 797-811. <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-07-2020-0120>

DeBolt, C. A., Bianco, A., Limaye, M. A., Silverstein, J., Penfield, C. A., Roman, A. S., Rosenberg, H. M., Ferrara, L., Lambert, C., Khoury, R., Bernstein, P. S., Burd, J., Berghella, V., Kaplowitz, E., Overbey, J. R., & Stone, J. (2021). Pregnant women with severe or critical coronavirus disease 2019 have increased composite morbidity compared with nonpregnant matched controls. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(5), 510.e1-510.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.11.022>

del Rio, C., Omer, S. B., & Malani, P. N. (2022). Winter of Omicron—The Evolving COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 327(4), 319-320. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.24315>

Delfino, R. J., Quintana, P. J. E., Floro, J., Gasta, ñaga V. M., Samimi, B. S., Kleinman, M. T., Liu, L.-J. S., Bufalino, C., Wu, C.-F., & McLaren, C. E. (2004). Association of FEV1 in asthmatic children with personal and microenvironmental exposure to airborne particulate matter. *Environmental Health Perspectives*, 112(8), 932-941. <https://doi.org/10.1289/ehp.6815>

Delfino, R. J., Staimer, N., Gillen, D., Tjoa, T., Sioutas, C., Fung, K., George, S. C., & Kleinman, M. T. (2006). Personal and Ambient Air Pollution is Associated with

Increased Exhaled Nitric Oxide in Children with Asthma. *Environmental Health Perspectives*, 114(11), 1736-1743. <https://doi.org/10.1289/ehp.9141>

Delhey, J., & Newton, K. (2005). Predicting Cross-National Levels of Social Trust: Global Pattern or Nordic Exceptionalism? *European Sociological Review*, 21(4), 311-327. <https://doi.org/10.1093/esr/jcio22>

Delhey, J., Newton, K., & Welzel, C. (2011). How General Is Trust in “Most People”? Solving the Radius of Trust Problem. *American Sociological Review*, 76(5), 786-807. <https://doi.org/10.1177/0003122411420817>

Delhey, J., Steckermeier, L. C., Boehnke, K., Deutsch, F., Eichhorn, J., & Welzel, C. (2021). *A Virus of Distrust? Existential Insecurity and Trust during the Coronavirus Pandemic*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.31849.21602>

Deng, C. (2020). In Race for Covid-19 Vaccine, China Tries for a Coup. *Wall Street Journal - Online Edition*, N.PAG-N.PAG. Academic Search Complete.

Dentith, M. R. X., & Orr, M. (2018). SECRECY AND CONSPIRACY. *Episteme*, 15(4), 433-450. <https://doi.org/10.1017/epi.2017.9>

Department of Health and Social Care - United Kingdom Government. (2020, junio 18). *World first coronavirus treatment approved for NHS use by government*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/news/world-first-coronavirus-treatment-approved-for-nhs-use-by-government>

DeSantis, C. E., Ma, J., Gaudet, M. M., Newman, L. A., Miller, K. D., Goding Sauer, A., Jemal, A., & Siegel, R. L. (2019). Breast cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 438-451. <https://doi.org/10.3322/caac.21583>

Desta, T. T., & Mulugeta, T. (2020). Living with COVID-19-triggered pseudoscience and conspiracies. *International Journal of Public Health*, 65(6), 713-714. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01412-4>

Devaux, C. A., Pinault, L., Delerce, J., Raoult, D., Levasseur, A., & Frutos, R. (2021). Spread of Mink SARS-CoV-2 Variants in Humans: A Model of Sarbecovirus Interspecies Evolution. *Frontiers in Microbiology*, 12, 675528.

<https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.675528>

Deville, J. G., Song, E., & Ouellette, C. P. (2021, octubre 25). *COVID-19: Clinical manifestations and diagnosis in children*. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-children?search=covid19%20tratamiento&topicRef=127759&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-children?search=covid19%20tratamiento&topicRef=127759&source=see_link)

Dhanani, L. Y., & Franz, B. (2020). Unexpected public health consequences of the COVID-19 pandemic: A national survey examining anti-Asian attitudes in the USA. *International Journal of Public Health*, 65(6), 747-754. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01440-0>

Díaz de Rada, V. (2009). Tablas de contingencia de dos variables. En *Análisis de datos de encuestas: Desarrollo de una investigación completa utilizando SPSS* (pp. 233-279).

Díaz-Canel Bermúdez, M. (2022). Gestión de Gobierno basada en ciencia e innovación: Avances y desafíos. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 12(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2304-01062022000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-01062022000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

Diez-Roux, A. V., Nieto, F. J., Muntaner, C., Tyroler, H. A., Comstock, G. W., Shahar, E., Cooper, L. S., Watson, R. L., & Szklo, M. (1997). Neighborhood Environments and Coronary Heart Disease: A Multilevel Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 146(1), 48-63. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009191>

DiGiacomo, S. M. (1999). Can There Be a «Cultural Epidemiology»? *Medical Anthropology Quarterly*, 13(4), 436-457. <https://doi.org/10.1525/maq.1999.13.4.436>

Dilling, B., Drulovic, L. X., & Göransson, B. (2020). *Managing Cross-border Partnerships in Transport Integration: Greater Copenhagen and Eurometropolis Lille-Kortrijk-Tournai*.

Dimakakou, E., Johnston, H. J., Streftaris, G., & Cherrie, J. W. (2018). Exposure to Environmental and Occupational Particulate Air Pollution as a Potential

Contributor to Neurodegeneration and Diabetes: A Systematic Review of Epidemiological Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081704>

Dixon, H. D. (2020, marzo 19). Rodriguez blames the Chinese, draws rebuke from Reddi. *The Mercury*. [https://themercury.com/news/rodriguez-blames-the-chinese-draws-rebuke-from-reddi/article\\_4ea74d2e-778b-57ad-b4b9-90b68a3c9a21.html](https://themercury.com/news/rodriguez-blames-the-chinese-draws-rebuke-from-reddi/article_4ea74d2e-778b-57ad-b4b9-90b68a3c9a21.html)

Domingo, J. L., Marquès, M., & Rovira, J. (2020). Influence of airborne transmission of SARS-CoV-2 on COVID-19 pandemic. A review. *Environmental Research*, 188, 109861. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109861>

Domingo, J. L., & Rovira, J. (2020). Effects of air pollutants on the transmission and severity of respiratory viral infections. *Environmental Research*, 187, 109650. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109650>

Dong, Y., Mo, X., Hu, Y., Qi, X., Jiang, F., Jiang, Z., & Tong, S. (2020). Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*, 145(6), e20200702. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>

Donoghue, M., Hsieh, F., Baronas, E., Godbout, K., Gosselin, M., Stagliano, N., Donovan, M., Woolf, B., Robison, K., Jeyaseelan, R., Breitbart, R. E., & Acton, S. (2000). A Novel Angiotensin-Converting Enzyme-Related Carboxypeptidase (ACE2) Converts Angiotensin I to Angiotensin 1-9. *Circulation Research*, 87(5), e1-e9. <https://doi.org/10.1161/01.RES.87.5.e1>

Donovan, J., Little, P., Mills, N., Smith, M., Brindle, L., Jacoby, A., Peters, T., Frankel, S., Neal, D., & Hamdy, F. (2002). Quality improvement report Improving design and conduct of randomised trials by embedding them in qualitative research: ProtecT (prostate testing for cancer and treatment) study Commentary: presenting unbiased information to patients can be difficult. *BMJ*, 325(7367), 766-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7367.766>

Dons, E., Int Panis, L., Van Poppel, M., Theunis, J., & Wets, G. (2012). Personal exposure to Black Carbon in transport microenvironments. *Atmospheric*

*Environment*, 55, 392-398. <https://doi.org/10.1016/j.atmosenv.2012.03.020>

Dooling, D. K. (2021). *Evidence to Recommendation Framework: An Additional Dose of mRNA COVID-19 Vaccine Following a Primary Series in Immunocompromised People*. 74.

Doremalen, N. van, Bushmaker, T., & Munster, V. J. (2013). Stability of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) under different environmental conditions. *Eurosurveillance*, 18(38), 20590. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2013.18.38.20590>

Dougan, M., Nirula, A., Azizad, M., Mocherla, B., Gottlieb, R. L., Chen, P., Hebert, C., Perry, R., Boscia, J., Heller, B., Morris, J., Crystal, C., Igbinadolor, A., Huhn, G., Cardona, J., Shawa, I., Kumar, P., Adams, A. C., Van Naarden, J., ... BLAZE-1 Investigators. (2021). Bamlanivimab plus Etesevimab in Mild or Moderate Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 385(15), 1382-1392. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2102685>

Douglas, K. M., Sutton, R. M., & Cichocka, A. (2017). The Psychology of Conspiracy Theories. *Association for Psychological Science*, 26(6), 538-542. <https://doi.org/10.1177/09637214177182>

Douglas, K. M., Uscinski, J. E., Sutton, R. M., Cichocka, A., Nefes, T., Ang, C. S., & Deravi, F. (2019). Understanding Conspiracy Theories. *Political Psychology*, 40(S1), 3-35. <https://doi.org/10.1111/pops.12568>

Dowd, J. B., Andriano, L., Brazel, D. M., Rotondi, V., Block, P., Ding, X., Liu, Y., & Mills, M. C. (2020). Demographic science aids in understanding the spread and fatality rates of COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(18), 9696-9698. <https://doi.org/10.1073/pnas.2004911117>

Downing, J., Tuters, M., Knight, P., & Ahmed, W. (2020, junio 11). *Four experts investigate how the 5G coronavirus conspiracy theory began*. The Conversation. <http://theconversation.com/four-experts-investigate-how-the-5g-coronavirus-conspiracy-theory-began-139137>

Dramé, M., Tabue Teguo, M., Proye, E., Hequet, F., Hentzien, M., Kanagaratnam, L., & Godaert, L. (2020). Should RT-PCR be considered a gold standard in the diagnosis of COVID-19? *Journal of Medical Virology*, 92(11), 2312-2313. <https://doi.org/10.1002/jmv.25996>

Druckman, J. N., Klar, S., Krupnikov, Y., Levendusky, M., & Ryan, J. B. (2021). How Affective Polarization Shapes Americans' Political Beliefs: A Study of Response to the COVID-19 Pandemic. *Journal of Experimental Political Science*, 8(3), 223-234. <https://doi.org/10.1017/XPS.2020.28>

du Prel, J.-B., Puppe, W., Gröndahl, B., Knuf, M., Weigl, F., Schaaff, F., Schaaff, F., & Schmitt, H.-J. (2009). Are Meteorological Parameters Associated with Acute Respiratory Tract Infections? *Clinical Infectious Diseases*, 49(6), 861-868. <https://doi.org/10.1086/605435>

Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>

Dula, J., Mulhanga, A., Nhanombe, A., Cumbi, L., Júnior, A., Gwatsvaira, J., Fodjo, J. N. S., Faria de Moura Villela, E., Chicumbe, S., & Colebunders, R. (2021). COVID-19 Vaccine Acceptability and Its Determinants in Mozambique: An Online Survey. *Vaccines*, 9(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/vaccines9080828>

Dunn, F. L., & Janes, C. R. (1986). Introduction: Medical Anthropology and Epidemiology. En C. R. Janes, R. Stall, & S. M. Gifford (Eds.), *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease* (pp. 3-34). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-009-3723-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-94-009-3723-9_1)

Durkheim, E. (1897). *Suicide: A Study in Sociology* (1.<sup>a</sup> ed.). <https://doi.org/10.4324/9780203994320>

Dyer, O. (2020). Covid-19: Denmark to kill 17 million minks over mutation that could undermine vaccine effort. *BMJ*, *371*, m4338. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4338>

Dyer, O. (2021). Covid-19: WHO says laboratory escape theory is “extremely unlikely” after mission to China. *BMJ*, n428. <https://doi.org/10.1136/bmj.n428>

Dzinamarira, T., Nachipo, B., Phiri, B., & Musuka, G. (2021). COVID-19 Vaccine Roll-Out in South Africa and Zimbabwe: Urgent Need to Address Community Preparedness, Fears and Hesitancy. *Vaccines*, *9*(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/vaccines9030250>

Earnshaw, V. A., & Katz, I. T. (2020). Educate, Amplify, and Focus to Address COVID-19 Misinformation. *JAMA Health Forum*, *1*(4), e200460. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0460>

Eccles, R. (2002). An Explanation for the Seasonality of Acute Upper Respiratory Tract Viral Infections. *Acta Oto-Laryngologica*, *122*(2), 183-191. <https://doi.org/10.1080/00016480252814207>

Echternach, M., Gantner, S., Peters, G., Westphalen, C., Benthaus, T., Jakubaß, B., Kuranova, L., Döllinger, M., & Kniesburges, S. (2020). Impulse Dispersion of Aerosols during Singing and Speaking: A Potential COVID-19 Transmission Pathway. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *202*(11), 1584-1587. <https://doi.org/10.1164/rccm.202009-3438LE>

Economist Intelligence Unit (EIU). (2021). *Democracy Index 2021: The China challenge*. Economist Intelligence Unit. <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2021/>

Edlow, A. G., Li, J. Z., Collier, A.-R. Y., Atyeo, C., James, K. E., Boatman, A. A., Gray, K. J., Bordt, E. A., Shook, L. L., Yonker, L. M., Fasano, A., Diouf, K., Croul, N., Devane, S., Yockey, L. J., Lima, R., Shui, J., Matute, J. D., Lerou, P. H., ... Alter, G. (2020). Assessment of Maternal and Neonatal SARS-CoV-2 Viral Load, Transplacental Antibody Transfer, and Placental Pathology in Pregnancies During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, *3*(12), e2030455.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.30455>

Edwards, C. (2020, marzo 30). Who's actually responsible for Sweden's coronavirus strategy? *The Local Sweden*. <https://www.thelocal.se/20200330/whos-actually-in-charge-of-swedens-coronavirus-strategy>

Edwards, D. A., Ausiello, D., Salzman, J., Devlin, T., Langer, R., Beddingfield, B. J., Fears, A. C., Doyle-Meyers, L. A., Redmann, R. K., Killeen, S. Z., Maness, N. J., & Roy, C. J. (2021). Exhaled aerosol increases with COVID-19 infection, age, and obesity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(8). <https://doi.org/10.1073/pnas.2021830118>

Edwards, K., Lambert, P.-H., & Black, S. (2019). Narcolepsy and Pandemic Influenza Vaccination: What We Need to Know to be Ready for the Next Pandemic. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(8), 873. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002398>

Edwards, K. M., & Orenstein, W. A. (2021, octubre 22). *COVID-19: Vaccines to prevent SARS-CoV-2 infection*. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-vaccines-to-prevent-sars-cov-2-infection?search=covid19%20tratamiento&topicRef=127535&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-vaccines-to-prevent-sars-cov-2-infection?search=covid19%20tratamiento&topicRef=127535&source=see_link)

Efendioğlu, E. (2020, septiembre 11). *COVID-19 myths, conspiracies: Another unfortunate aspect of pandemic | Opinion*. Daily Sabah. <https://www.dailysabah.com/opinion/op-ed/covid-19-myths-conspiracies-another-unfortunate-aspect-of-pandemic>

Ekumah, B., Armah, F. A., Yawson, D. O., Quansah, R., Nyieku, F. E., Owusu, S. A., Odoi, J. O., & Afitiri, A.-R. (2020). Disparate on-site access to water, sanitation, and food storage heighten the risk of COVID-19 spread in Sub-Saharan Africa. *Environmental Research*, 189, 109936. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109936>

Ekwebelem, O. C., Yunusa, I., Onyeaka, H., Ekwebelem, N. C., & Nnorom-Dike, O. (2021). COVID-19 vaccine rollout: Will it affect the rates of vaccine hesitancy in Africa? *Public Health*, 197, e18-e19. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.010>

Elander, I., Granberg, M., & Montin, S. (2022). Governance and planning in a 'perfect storm': Securitising climate change, migration and Covid-19 in Sweden. *Progress in Planning*, *164*, 100634. <https://doi.org/10.1016/j.progress.2021.100634>

Elgar, F. J., Stefaniak, A., & Wohl, M. J. A. (2020). The trouble with trust: Time-series analysis of social capital, income inequality, and COVID-19 deaths in 84 countries. *Social Science & Medicine*, *263*, 113365. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113365>

Ellingsen, T., & Roine, J. (2020). *Sweden and the virus*. Stockholm School of Economics. [https://www.hhs.se/contentassets/421dc1e74c54466a8d3a88a78c775522/a02-approved-covid-jrte\\_4\\_astejr.pdf](https://www.hhs.se/contentassets/421dc1e74c54466a8d3a88a78c775522/a02-approved-covid-jrte_4_astejr.pdf)

Elshafeey, F., Magdi, R., Hindi, N., Elshebiny, M., Farrag, N., Mahdy, S., Sabbour, M., Gebril, S., Nasser, M., Kamel, M., Amir, A., Maher Emara, M., & Nabhan, A. (2020). A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *150*(1), 47-52. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13182>

Erman, A., & Medeiros, M. (2021). Exploring the Effect of Collective Cultural Attributes on Covid-19-Related Public Health Outcomes. *Frontiers in Psychology*, *12*, 884. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.627669>

Eslami, H., & Jalili, M. (2020). The role of environmental factors to transmission of SARS-CoV-2 (COVID-19). *AMB Express*, *10*(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s13568-020-01028-0>

Espejo, W., Celis, J. E., Chiang, G., & Bahamonde, P. (2020). Environment and COVID-19: Pollutants, impacts, dissemination, management and recommendations for facing future epidemic threats. *Science of The Total Environment*, *747*, 141314. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.141314>

Estupinan, S. L. (2022). A un año del 11J: la resistencia artística cubana y el auge de la represión. *Revista Foro Cubano de Divulgación*, *5*(47).

Etingen, B., LaVela, S. L., Miskevics, S., & Goldstein, B. (2013). Health Information During the H1N1 Influenza Pandemic: Did the Amount Received Influence Infection Prevention Behaviors? *Journal of Community Health, 38*(3), 443-450. <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9647-8>

Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open, 3*(9), e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>

Euronews. (2022, diciembre 29). *El funesto récord del éxodo cubano*. Euronews. <https://es.euronews.com/2022/12/29/el-funesto-record-del-exodo-cubano>

European Society of Cardiology. (2020, mayo 13). *Position Statement of the ESC Council on Hypertension on ACE-Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers*. [https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-\(CHT\)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang](https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang)

Evanega, S., Lynas, M., Adams, J., & Smolenyak, K. (2020). *Coronavirus misinformation: Quantifying sources and themes in the COVID-19 'infodemic'*.

Fairhead, J. (2016). Understanding Social Resistance to the Ebola Response in the Forest Region of the Republic of Guinea: An Anthropological Perspective. *African Studies Review, 59*(3), 7-31. <https://doi.org/10.1017/asr.2016.87>

Fares, A. (2013). Factors Influencing the Seasonal Patterns of Infectious Diseases. *International Journal of Preventive Medicine, 4*(2), 128-132.

Faris, R. E. L., & Dunham, H. W. (1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses* (pp. xxxviii, 270). University of Chicago Press.

Farzanegan, M. R., & Hofmann, H. P. (2021). *A Matter of Trust? Political Trust and the COVID-19 Pandemic* (SSRN Scholarly Paper ID 3863824). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=3863824>

FDA, O. of the. (2020, marzo 24). *FDA approves new drug to treat influenza*. FDA; FDA. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-new-drug-treat-influenza>

FDA, O. of the. (2021, septiembre 2). *Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Authorizes Monoclonal Antibodies for Treatment of COVID-19*. FDA; FDA. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-authorizes-monoclonal-antibodies-treatment-covid-19-0>

Feehan, D. M., & Mahmud, A. S. (2021). Quantifying population contact patterns in the United States during the COVID-19 pandemic. *Nature Communications*, *12*(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-20990-2>

Feng, Z., Zou, K., & Savani, K. (2023). Cultural antecedents of virus transmission: Individualism is associated with lower compliance with social distancing rules during the COVID-19 pandemic. *Journal of Personality and Social Psychology*, *124*, 461-482. <https://doi.org/10.1037/pspa0000322>

Fernandez, D., Gine-Vazquez, I., Liu, I., Yucel, R., Ruscone, M. N., Morena, M., Gerardo Garcia, V., Maria Haro, J., Pan, W., & Tyrovolas, S. (2021). Are environmental pollution and biodiversity levels associated to the spread and mortality of COVID-19? A four-month global analysis. *Environmental Pollution*, *271*, 116326. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.116326>

Ferner, R. E., & Aronson, J. K. (2020). Chloroquine and hydroxychloroquine in covid-19. *BMJ*, *369*, m1432. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1432>

Ficetola, G. F., & Rubolini, D. (2021). Containment measures limit environmental effects on COVID-19 early outbreak dynamics. *Science of the Total Environment*, *761*, 144432. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.144432>

Fincher, C. L., Thornhill, R., Murray, D. R., & Schaller, M. (2008). Pathogen prevalence predicts human cross-cultural variability in individualism/collectivism. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, *275*(1640), 1279-1285. <https://doi.org/10.1098/rspb.2008.0094>

Fischer, R., & Karl, J. A. (2021). Predicting Behavioral Intentions to Prevent

or Mitigate COVID-19: A Cross-Cultural Meta-Analysis of Attitudes, Norms, and Perceived Behavioral Control Effects. *Social Psychological and Personality Science*, 19485506211019844. <https://doi.org/10.1177/19485506211019844>

Fisk, R. J. (2021). Barriers to vaccination for coronavirus disease 2019 (COVID-19) control: Experience from the United States. *Global Health Journal*, 5(1), 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.02.005>

Fisman, D. N. (2007). Seasonality of Infectious Diseases. *Annual Review of Public Health*, 28(1), 127-143. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144128>

Fitzpatrick, S. (2021). The Body Politics of the United States and the World and COVID-19. *Diplomatic History*, 45(3), 498-509. <https://doi.org/10.1093/dh/dhabo20>

Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A., Unwin, H. J. T., Mellan, T. A., Coupland, H., Whittaker, C., Zhu, H., Berah, T., Eaton, J. W., Monod, M., Imperial College COVID-19 Response Team, Ghani, A. C., Donnelly, C. A., Riley, S., Vollmer, M. A. C., Ferguson, N. M., Okell, L. C., & Bhatt, S. (2020). Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature*, 584(7820), 257-261. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>

Fleck Jr., A., & Ianni, F. (2009). Epidemiology and Anthropology: Some Suggested Affinities in Theory and Method. *Human Organization*, 16(4), 38-40. <https://doi.org/10.17730/humo.16.4.b23p724j32447284>

Foeman, A., Lawton, B. L., & Rieger, R. (2015). Questioning Race: Ancestry DNA and Dialog on Race. *Communication Monographs*, 82(2), 271-290. <https://doi.org/10.1080/03637751.2014.972966>

Fontana, A., & Frey, J. (1994). The Handbook of Qualitative Research: Interviewing. En *The Handbook of Qualitative Research* (pp. 361-376). SAGE Publications.

Food Monitor Program. (2022). El mito de la seguridad alimentaria en Cuba. Entrevista al Dr. Theodor Friedrich, ex representante de la FAO en Cuba. *Revista*

*Foro Cubano de Divulgación*, 5(45).

Forchette, L., Sebastian, W., & Liu, T. (2021). A Comprehensive Review of COVID-19 Virology, Vaccines, Variants, and Therapeutics. *Current Medical Science*. <https://doi.org/10.1007/s11596-021-2395-1>

Forster, P. M., Forster, H. I., Evans, M. J., Gidden, M. J., Jones, C. D., Keller, C. A., Lamboll, R. D., Quéré, C. L., Rogelj, J., Rosen, D., Schleussner, C.-F., Richardson, T. B., Smith, C. J., & Turnock, S. T. (2020). Current and future global climate impacts resulting from COVID-19. *Nature Climate Change*, 10(10), Article 10. <https://doi.org/10.1038/s41558-020-0883-0>

Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. Vintage books. <https://doi.org/10.4324/9780203715109>

Fowlkes, A., Gaglani, M., Groover, K., Thiese, M. S., Tyner, H., Ellingson, K., & HEROES-RECOVER Cohorts. (2021). Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance—Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(34), 1167-1169. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7034e4>

France 24. (2022, diciembre 28). «You lose hope»: Cuban exodus to US largest in island's history. France 24. <https://www.france24.com/en/live-news/20221228-you-lose-hope-cuban-exodus-to-us-largest-in-island-s-history>

Franks, P. W., & Nilsson, P. M. (2020, marzo 27). Sweden under fire for 'relaxed' coronavirus approach – here's the science behind it. *The Conversation*. <https://theconversation.com/sweden-under-fire-for-relaxed-coronavirus-approach-heres-the-science-behind-it-134926>

Freimuth, V. S., Jamison, A. M., An, J., Hancock, G. R., & Quinn, S. C. (2017). Determinants of trust in the flu vaccine for African Americans and Whites. *Social Science & Medicine*, 193, 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.001>

Freimuth, V. S., Musa, D., Hilyard, K., Quinn, S. C., & Kim, K. (2014). Trust During the Early Stages of the 2009 H1N1 Pandemic. *Journal of Health*

*Communication*, 19(3), 321-339. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.811323>

Frey, C. B., Chen, C., & Presidente, G. (2020). Democracy, culture, and contagion: Political regimes and countries responsiveness to Covid-19. *Covid Economics*, 18. <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:06808503-78e4-404f-804f-1f97ab2c7d7e>

Frontera, A., Cianfanelli, L., Vlachos, K., Landoni, G., & Cremona, G. (2020). Severe air pollution links to higher mortality in COVID-19 patients: The “double-hit” hypothesis. *Journal of Infection*, 81(2), 255-259. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.05.031>

Frutos, R., & Devaux, C. A. (2020). Mass culling of minks to protect the COVID-19 vaccines: Is it rational? *New Microbes and New Infections*, 38, 100816. <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100816>

Frutos, R., Gavotte, L., & Devaux, C. A. (2021a). Unravelling the origin of SARS-CoV-2: Is the model good? *New Microbes and New Infections*, 43, 100918. <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2021.100918>

Frutos, R., Gavotte, L., & Devaux, C. A. (2021b). Understanding the origin of COVID-19 requires to change the paradigm on zoonotic emergence from the spillover to the circulation model. *Infection, Genetics and Evolution*, 95, 104812. <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2021.104812>

Frutos, R., Pliez, O., Gavotte, L., & Devaux, C. A. (2021). There is no “origin” to SARS-CoV-2. *Environmental Research*, 112173. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.112173>

Frutos, R., Serra-Cobo, J., Chen, T., & Devaux, C. A. (2020). COVID-19: Time to exonerate the pangolin from the transmission of SARS-CoV-2 to humans. *Infection, Genetics and Evolution*, 84, 104493. <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2020.104493>

Fu, S., Wang, B., Zhou, J., Xu, X., Liu, J., Ma, Y., Li, L., He, X., Li, S., Niu, J., Luo, B., & Zhang, K. (2021). Meteorological factors, governmental responses and COVID-19: Evidence from four European countries. *Environmental Research*, 194, 110596. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110596>

Fuhrmann, C. (2010). The Effects of Weather and Climate on the Seasonality of Influenza: What We Know and What We Need to Know. *Geography Compass*, 4(7), 718-730. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2010.00343.x>

Furtado, R. H. M., Berwanger, O., Fonseca, H. A., Corrêa, T. D., Ferraz, L. R., Lapa, M. G., Zampieri, F. G., Veiga, V. C., Azevedo, L. C. P., Rosa, R. G., Lopes, R. D., Avezum, A., Manoel, A. L. O., Piza, F. M. T., Martins, P. A., Lisboa, T. C., Pereira, A. J., Olivato, G. B., Dantas, V. C. S., ... COALITION COVID-19 Brazil II Investigators. (2020). Azithromycin in addition to standard of care versus standard of care alone in the treatment of patients admitted to the hospital with severe COVID-19 in Brazil (COALITION II): A randomised clinical trial. *Lancet (London, England)*, 396(10256), 959-967. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31862-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31862-6)

Galang, J. R. F. (2021). Reinterpreting pagtitimpi as a Filipino value in mitigating the COVID-19 transmission. *Journal of public health (Oxford, England)*. MEDLINE. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdabo38>

Galati, D., Manzano, M., & Sotgiu, I. (2006). The subjective components of happiness and their attainment: A cross-cultural comparison between Italy and Cuba. *Social Science Information*, 45(4), 601-630. <https://doi.org/10.1177/0539018406069594>

Galbán-García, E., & Más-Bermejo, P. (2021). COVID-19 in Cuba: Assessing the National Response. *MEDICC Review*, 22, 29-34. <https://doi.org/10.37757/mr2020.v22.n4.5>

Gallagher, M. W., Zvolensky, M. J., Long, L. J., Rogers, A. H., & Garey, L. (2020). The Impact of Covid-19 Experiences and Associated Stress on Anxiety, Depression, and Functional Impairment in American Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44(6), 1043-1051. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10143-y>

Gamboa Díaz, Y., Lugo Valdés, M., García Vargas, A., Domínguez Arencibia, B., Gamboa Díaz, Y., Lugo Valdés, M., García Vargas, A., & Domínguez Arencibia, B. (2022). Impacto económico de la COVID-19 en Sistema de Salud Cubano y capacidad de respuesta. *Infodir*, 37. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1996-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1996-)

Gangemi, S., Billeci, L., & Tonacci, A. (2020). Rich at risk: Socio-economic drivers of COVID-19 pandemic spread. *Clinical and Molecular Allergy*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12948-020-00127-4>

Gao, Z. (2022). Sinophobia during the Covid-19 Pandemic: Identity, Belonging, and International Politics. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 56(2), 472-490. <https://doi.org/10.1007/s12124-021-09659-z>

García Agustín, Ó., & Nissen, A. (2023). The Anti-Restrictions Movement and the Populist Counterpublics in Denmark. *PARTECIPAZIONE E CONFLITTO*, 15(3), Article 3. <https://doi.org/10.1285/i20356609v15i3p741>

Garfield, R., & Santana, S. (1997). The impact of the economic crisis and the US embargo on health in Cuba. *American Journal of Public Health*, 87(1), 15-20. <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.1.15>

Gargano, J. W., Wallace, M., Hadler, S. C., Langley, G., Su, J. R., Oster, M. E., Broder, K. R., Gee, J., Weintraub, E., Shimabukuro, T., Scobie, H. M., Moulia, D., Markowitz, L. E., Wharton, M., McNally, V. V., Romero, J. R., Talbot, H. K., Lee, G. M., Daley, M. F., & Oliver, S. E. (2021). Use of mRNA COVID-19 Vaccine After Reports of Myocarditis Among Vaccine Recipients: Update from the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, June 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(27), 977-982. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7027e2>

Garrett, P. E. (2020). Independent controls add value to qualitative COVID-19 antibody tests. *MLO: Medical Laboratory Observer*, 52(9), 34-38. Academic Search Complete.

Gautam, S. (2020). COVID-19: Air pollution remains low as people stay at home. *Air Quality, Atmosphere & Health*, 13(7), 853-857. <https://doi.org/10.1007/s11869-020-00842-6>

Gautret, P., Lagier, J.-C., Parola, P., Hoang, V. T., Meddeb, L., Mailhe, M., Doudier, B., Courjon, J., Giordanengo, V., Vieira, V. E., Tissot Dupont, H., Honoré,

S., Colson, P., Chabrière, E., La Scola, B., Rolain, J.-M., Brouqui, P., & Raoult, D. (2020). Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: Results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 56(1), 105949. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105949>

Geert Hofstede. (2018). *The 6-D Model—National Culture*. Hofstede Insights. <https://www.hofstede-insights.com/models/national-culture/>

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.

Gefke Grellck, J. B. (2020). *The cross-border governance capacity of the Øresund Region*.

Gelfand, M. J., Jackson, J. C., Pan, X., Nau, D., Pieper, D., Denison, E., Dagher, M., Van Lange, P. A. M., Chiu, C.-Y., & Wang, M. (2021). The relationship between cultural tightness-looseness and COVID-19 cases and deaths: A global analysis. *The Lancet. Planetary health*. MEDLINE. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30301-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30301-6)

Gelfand, M., Jackson, J. C., Pan, X., Nau, D., Dagher, M., van Lange, P., & Chiu, C. (2020). *The Importance of Cultural Tightness and Government Efficiency For Understanding COVID-19 Growth and Death Rate*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/m7f8a>

Geoffray, M. L., & Chaguaceda, A. (2014). Medios de comunicación y cambios en la política de información en Cuba desde el 1959. *Temas de Comunicación*, 29, Article 29. <https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/temas/article/view/2244>

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *International journal of endocrinology and metabolism*, 10, 486-489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>

Ghinai, I., Woods, S., Ritger, K. A., McPherson, T. D., Black, S. R., Sparrow, L., Fricchione, M. J., Kerins, J. L., Pacilli, M., Ruestow, P. S., Arwady, M. A., Beavers, S. F., Payne, D. C., Kirking, H. L., & Layden, J. E. (2020). Community Transmission of

SARS-CoV-2 at Two Family Gatherings—Chicago, Illinois, February–March 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(15), 446-450. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e1>

Giacometti, A., Meijer, M. W., & Moodie, J. (2021). Trust: The Social Capital of Border Communities in the Nordic Region. *European Institute of Cross-Border Studies*, 33-42.

Giacometti, A., & Wøien Meijer, M. (2021). *Closed borders and divided communities: Status report and lessons from Covid-19 in cross-border areas*. Nordregio. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:norden:org:diva-12039>

Giannakis, E., & Bruggeman, A. (2017). Determinants of regional resilience to economic crisis: A European perspective. *European Planning Studies*, 25(8), 1394-1415. <https://doi.org/10.1080/09654313.2017.1319464>

Gibbs, R. A. (1990). DNA amplification by the polymerase chain reaction. *Analytical Chemistry*, 62(13), 1202-1214. <https://doi.org/10.1021/ac00212a004>

Gilles, I., Bangerter, A., Clémence, A., Green, E. G. T., Krings, F., Staerklé, C., & Wagner-Egger, P. (2011). Trust in medical organizations predicts pandemic (H1N1) 2009 vaccination behavior and perceived efficacy of protection measures in the Swiss public. *European Journal of Epidemiology*, 26(3), 203-210. <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9577-2>

Giner Abati, F. (2022). *El triángulo de la antropología* [Comunicación personal].

Gittings, L., Toska, E., Medley, S., Cluver, L., Logie, C. H., Ralayo, N., Chen, J., & Mbithi-Dikgole, J. (2021). ‘Now my life is stuck!’: Experiences of adolescents and young people during COVID-19 lockdown in South Africa. *Global Public Health*, 16(6), 947-963. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1899262>

Gleditsch, K. S., & Ward, M. D. (1997). Double Take: A Reexamination of Democracy and Autocracy in Modern Polities. *Journal of Conflict Resolution*, 41(3), 361-383. <https://doi.org/10.1177/0022002797041003002>

Goertzel, T. (1994). Belief in Conspiracy Theories. *Political Psychology*, 15(4), 731-742. <https://doi.org/10.2307/3791630>

Gokmen, Y., Baskici, C., & Ercil, Y. (2021). The impact of national culture on the increase of COVID-19: A cross-country analysis of European countries. *International journal of intercultural relations: IJIR*, 81, 1-8. MEDLINE. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2020.12.006>

Goldberger, J., Wheeler, G. A., & Sydenstricker, E. (1920). A Study of the Relation of Family Income and Other Economic Factors to Pellagra Incidence in Seven Cotton-Mill Villages of South Carolina in 1916. *Public Health Reports (1896-1970)*, 35(46), 2673-2714. <https://doi.org/10.2307/4575780>

González Marrero, C. (2022). El 11J en Cuba y la reconfiguración del imaginario colectivo reciente. *Revista Foro Cubano de Divulgación*, 5(47).

Goodman, J., & Carmichael, F. (2020, mayo 30). Coronavirus: Bill Gates 'microchip' conspiracy theory and other vaccine claims fact-checked. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/52847648>

Gottlieb, S. (2020). America Needs to Win the Coronavirus Vaccine Race. *Wall Street Journal - Online Edition*, N.PAG-N.PAG. Library, Information Science & Technology Abstracts.

Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A., & Rosa, A. R. (2021). COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>

Gram, M. A., Moustsen-Helms, I. R., Valentiner-Branth, P., & Emborg, H.-D. (2023). Sociodemographic differences in Covid-19 vaccine uptake in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *BMC Public Health*, 23(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15301-x>

Grant, W. B., Lahore, H., McDonnell, S. L., Baggerly, C. A., French, C. B., Aliano, J. L., & Bhattoa, H. P. (2020). Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infections and Deaths. *Nutrients*,

12(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/nu12040988>

Gratz, K. L., Richmond, J. R., Woods, S. E., Dixon-Gordon, K. L., Scamaldo, K. M., Rose, J. P., & Tull, M. T. (2021). Adherence to Social Distancing Guidelines Throughout the COVID-19 Pandemic: The Roles of Pseudoscientific Beliefs, Trust, Political Party Affiliation, and Risk Perceptions. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(5), 399-412. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab024>

Green, T. V., & Tyson, A. (2020). *5 facts about partisan reactions to COVID-19 in the U.S.* <https://policycommons.net/artifacts/616303/5-facts-about-partisan-reactions-to-covid-19-in-the-us/1596939/>

Greinacher, A., Thiele, T., Warkentin, T. E., Weisser, K., Kyrle, P. A., & Eichinger, S. (2021). Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. *The New England Journal of Medicine*, 384(22), 2092-2101. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2104840>

Grijalva, C. G., Rolfes, M. A., Zhu, Y., McLean, H. Q., Hanson, K. E., Belongia, E. A., Halasa, N. B., Kim, A., Reed, C., Fry, A. M., & Talbot, H. K. (2020). Transmission of SARS-COV-2 Infections in Households—Tennessee and Wisconsin, April-September 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(44), 1631-1634. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e1>

Grossman, G., Kim, S., Rexer, J. M., & Thirumurthy, H. (2020). Political partisanship influences behavioral responses to governors' recommendations for COVID-19 prevention in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(39), 24144-24153. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007835117>

Gu, F., Wu, Y., Hu, X., Guo, J., Yang, X., & Zhao, X. (2021). The Role of Conspiracy Theories in the Spread of COVID-19 across the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073843>

Gu, H., Xie, Z., Li, T., Zhang, S., Lai, C., Zhu, P., Wang, K., Han, L., Duan, Y., Zhao, Z., Yang, X., Xing, L., Zhang, P., Wang, Z., Li, R., Yu, J. J., Wang, X., & Yang, P. (2016). Angiotensin-converting enzyme 2 inhibits lung injury induced by respiratory

syncytial virus. *Scientific Reports*, 6(1), 19840. <https://doi.org/10.1038/srep19840>

Guan, Y., Deng, H., & Zhou, X. (2020). Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on career development: Insights from cultural psychology. *Journal of vocational behavior*, 119, 103438. MEDLINE. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103438>

Guenther, T., Czech-Sioli, M., Indenbirken, D., Robitailles, A., Tenhaken, P., Exner, M., Ottinger, M., Fischer, N., Grundhoff, A., & Brinkmann, M. (2020). *Investigation of a superspreading event preceding the largest meat processing plant-related SARS-Coronavirus 2 outbreak in Germany* (SSRN Scholarly Paper ID 3654517). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3654517>

Guillen, B. K. (2022). Alimentarse en Cuba, el reto de los que no acceden a las tiendas en MLC. *Revista Foro Cubano de Divulgación*, 5(45).

Guillon, P., Clément, M., Sébille, V., Rivain, J.-G., Chou, C.-F., Ruvoën-Clouet, N., & Le Pendu, J. (2008). Inhibition of the interaction between the SARS-CoV Spike protein and its cellular receptor by anti-histo-blood group antibodies. *Glycobiology*, 18(12), 1085-1093. <https://doi.org/10.1093/glycob/cwn093>

Guiraudon, V. (2018). The 2015 refugee crisis was not a turning point: Explaining policy inertia in EU border control. *European Political Science*, 17(1), 151-160. <https://doi.org/10.1057/s41304-017-0123-x>

Guntuku, S. C., Buttenheim, A. M., Sherman, G., & Merchant, R. M. (2021). Twitter discourse reveals geographical and temporal variation in concerns about COVID-19 vaccines in the United States. *Vaccine*, 39(30), 4034-4038. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.06.014>

Gupta, A., & Gharehgozli, A. (2020). *Developing a Machine Learning Framework to Determine the Spread of COVID-19* (SSRN Scholarly Paper N.º 3635211). <https://doi.org/10.2139/ssrn.3635211>

Gupta, M., Shoja, A., & Mikalef, P. (2021). Toward the understanding of national culture in the success of non-pharmaceutical technological interventions in mitigating COVID-19 pandemic. *Annals of operations research*, 1-18. MEDLINE.

<https://doi.org/10.1007/s10479-021-03962-z>

Gurr, T. R. (1974). Persistence and Change in Political Systems, 1800–1971\*. *American Political Science Review*, 68(4), 1482-1504. <https://doi.org/10.2307/1959937>

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2016). *Tratado de fisiología médica*.

Guzzi, P. H., Mercatelli, D., Ceraolo, C., & Giorgi, F. M. (2020). Master Regulator Analysis of the SARS-CoV-2/Human Interactome. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/jcm9040982>

Haberman, S. J. (1973). The Analysis of Residuals in Cross-Classified Tables. *Biometrics*, 29(1), 205-220. <https://doi.org/10.2307/2529686>

Habersaat, K. B., Betsch, C., Danchin, M., Sunstein, C. R., Böhm, R., Falk, A., Brewer, N. T., Omer, S. B., Scherzer, M., Sah, S., Fischer, E. F., Scheel, A. E., Fancourt, D., Kitayama, S., Dubé, E., Leask, J., Dutta, M., MacDonald, N. E., Temkina, A., ... Butler, R. (2020). Ten considerations for effectively managing the COVID-19 transition. *Nature Human Behaviour*, 4(7), 677-687. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0906-x>

Hagan, L. M., McCormick, D. W., Lee, C., Sleweon, S., Nicolae, L., Dixon, T., Banta, R., Ogle, I., Young, C., Dusseau, C., Salmonson, S., Ogden, C., Godwin, E., Ballom, T., Ross, T., Browne, H., Harcourt, J. L., Tamin, A., Thornburg, N. J., ... Tate, J. E. (2021). Outbreak of SARS-CoV-2 B.1.617.2 (Delta) Variant Infections Among Incarcerated Persons in a Federal Prison—Texas, July-August 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(38), 1349-1354. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7038e3>

Hahn, R. A. (1995). *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. Yale University Press.

Haischer, M. H., Beilfuss, R., Hart, M. R., Opielinski, L., Wrucke, D., Zirgaitis, G., Uhrich, T. D., & Hunter, S. K. (2020). Who is wearing a mask? Gender-, age-, and location-related differences during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 15(10), e0240785. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240785>

Hall, P. (2008). Opportunities for Democracy in Cross-border Regions? Lessons from the Øresund Region. *Regional Studies*, 42(3), 423-435. <https://doi.org/10.1080/00343400701281592>

Hambira, W. L., Stone, L. S., & Pagiwa, V. (2022). Botswana nature-based tourism and COVID-19: Transformational implications for the future. *Development Southern Africa*, 39(1), 51-67. <https://doi.org/10.1080/0376835X.2021.1955661>

Han, M. S., Choi, E. H., Chang, S. H., Jin, B.-L., Lee, E. J., Kim, B. N., Kim, M. K., Doo, K., Seo, J.-H., Kim, Y.-J., Kim, Y. J., Park, J. Y., Suh, S. B., Lee, H., Cho, E. Y., Kim, D. H., Kim, J. M., Kim, H. Y., Park, S. E., ... Kim, J.-H. (2021). Clinical Characteristics and Viral RNA Detection in Children With Coronavirus Disease 2019 in the Republic of Korea. *JAMA Pediatrics*, 175(1), 73-80. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.3988>

Hanke, S. H. (2022a, marzo 16). Hanke's 2021 Misery Index: Who's Miserable and Who's Happy? *National Review*. <https://www.nationalreview.com/2022/03/hankes-2021-misery-index-whos-miserable-and-whos-happy/>

Hanke, S. H. (2022b). *Hanke's Inflation Dashboard*. The Johns Hopkins University.

Hansson, P., & Stefánsdóttir, A. B. (2021). Nordic solidarity and COVID-19. *Small States & Territories*, 4(1), 29-44.

Hardin, G. (1968). The Tragedy of the Commons. *Science*, 162(3859), 1243-1248. <https://doi.org/10.1126/science.162.3859.1243>

Hardy, L. J., Mana, A., Mundell, L., Neuman, M., Benheim, S., & Otenyo, E. (2021). Who is to blame for COVID-19? Examining politicized fear and health behavior through a mixed methods study in the United States. *PLOS ONE*, 16(9), e0256136. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256136>

Harmooshi, N. N., Shirbandi, K., & Rahim, F. (2020). Environmental concern regarding the effect of humidity and temperature on 2019-nCoV survival: Fact or fiction. *Environmental Science and Pollution Research*, 27(29), 36027-36036.

<https://doi.org/10.1007/s11356-020-09733-w>

Harring, N., Jagers, S. C., & Nilsson, F. (2019). Recycling as a large-scale collective action dilemma: A cross-country study on trust and reported recycling behavior. *Resources, Conservation and Recycling*, 140, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2018.09.008>

Hart, P. S., Chinn, S., & Soroka, S. (2020). Politicization and Polarization in COVID-19 News Coverage. *Science Communication*, 42(5), 679-697. <https://doi.org/10.1177/1075547020950735>

Hartfield, M., & Alizon, S. (2013). Introducing the Outbreak Threshold in Epidemiology. *PLOS Pathogens*, 9(6), e1003277. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1003277>

Hashim, M. J., Alsuwaidi, A. R., & Khan, G. (2020). Population Risk Factors for COVID-19 Mortality in 93 Countries. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10(3), 204-208. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200721.001>

Haven, K., Celaya, M. F., Pierson, J., Weisskopf, A. J., & MacKinnon, N. J. (2013). Comparison of health confidence in rural, suburban and urban areas in the UK and the USA: A secondary analysis. *BMJ Open*, 3(5), e002640. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002640>

Health Effects Institute. (2019). *State of Global Air 2019*. [https://www.stateofglobalair.org/sites/default/files/soga\\_2019\\_report.pdf](https://www.stateofglobalair.org/sites/default/files/soga_2019_report.pdf)

Hecht, J. L., Quade, B., Deshpande, V., Mino-Kenudson, M., Ting, D. T., Desai, N., Dygulska, B., Heyman, T., Salafia, C., Shen, D., Bates, S. V., & Roberts, D. J. (2020). SARS-CoV-2 can infect the placenta and is not associated with specific placental histopathology: A series of 19 placentas from COVID-19-positive mothers. *Modern Pathology: An Official Journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc*, 33(11), 2092-2103. <https://doi.org/10.1038/s41379-020-0639-4>

Henley, J. (2020, abril 27). Don't judge Sweden's light touch on Covid-19 yet, says minister. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/27/dont-judge-swedens-light->

touch-on-covid-19-yet-says-minister

Henninger, D. (2020, enero 30). A Communist Coronavirus. *Wall Street Journal*. <https://www.wsj.com/articles/a-communist-coronavirus-11580341911>

Herr, C., Shaykhiev, R., & Bals, R. (2007). The role of cathelicidin and defensins in pulmonary inflammatory diseases. *Expert Opinion on Biological Therapy*, 7(9), 1449-1461. <https://doi.org/10.1517/14712598.7.9.1449>

Hierl, M. F. T. (2023). *Securitization Theory and Danish Discourse during the COVID-19 Pandemic (2020-2021)*. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/179179>

Hill, M. K. (2020). *Understanding Environmental Pollution* (89-111). Cambridge University Press.

Hirose, R., Ikegaya, H., Naito, Y., Watanabe, N., Yoshida, T., Bandou, R., Daidoji, T., Itoh, Y., & Nakaya, T. (2020). Survival of SARS-CoV-2 and influenza virus on the human skin: Importance of hand hygiene in COVID-19. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, ciaa1517. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1517>

Hirschman, J., Kaur, H., Honanie, K., Jenkins, R., Humeyestewa, D. A., Burke, R. M., Billy, T. M., Mayer, O., Herne, M., Anderson, M., Bhairavabhotla, R., Yatabe, G., & Balajee, S. A. (2020). A SARS-CoV-2 Outbreak Illustrating the Challenges in Limiting the Spread of the Virus—Hopi Tribe, May-June 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(44), 1654-1659. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944a5>

Hobbs, C. V., Drobeniuc, J., Kittle, T., Williams, J., Byers, P., Satheshkumar, P. S., Inagaki, K., Stephenson, M., Kim, S. S., Patel, M. M., Flannery, B., & CDC COVID-19 Response Team. (2021). Estimated SARS-CoV-2 Seroprevalence Among Persons Aged <18 Years—Mississippi, May-September 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(9), 312-315. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7009a4>

Hofstede, G. (1980). *Cultures Consequences: International Differences in*

*Work-Related Values*. SAGE Publications.

Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. SAGE Publications.

Hofstede, G. (2018). *The Six National Cultural Dimensions*. Hofstede Insights. <https://www.hofstede-insights.com/fi/product/compare-countries/>

Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: Community study* (p. 448). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10645-000>

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Holmes, O. W. (1860). *Currents and Counter-currents in Medical Science: An Address Delivered Before the Massachusetts Medical Society, at the Annual Meeting, May 30, 1860*. Ticknor and Fields.

Honein, M. A., Christie, A., Rose, D. A., Brooks, J. T., Meaney-Delman, D., Cohn, A., Sauber-Schatz, E. K., Walker, A., McDonald, L. C., Liburd, L. C., Hall, J. E., Fry, A. M., Hall, A. J., Gupta, N., Kuhnert, W. L., Yoon, P. W., Gundlapalli, A. V., Beach, M. J., Walke, H. T., & CDC COVID-19 Response Team. (2020). Summary of Guidance for Public Health Strategies to Address High Levels of Community Transmission of SARS-CoV-2 and Related Deaths, December 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(49), 1860-1867. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6949e2>

Hoppe, T. (2018). "Spanish Flu": When Infectious Disease Names Blur Origins and Stigmatize Those Infected. *American Journal of Public Health*, 108(11), 1462-1464. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304645>

Horowitz, J. M., Brown, A., & Minkin, R. (2021). *A Year Into the Pandemic*,

*Long-Term Financial Impact Weighs Heavily on Many Americans.*  
<https://policycommons.net/artifacts/1426145/a-year-into-the-pandemic-long-term-financial-impact-weighs-heavily-on-many-americans/2040531/>

Horwitz, M. J. (1966). Tocqueville and the Tyranny of the Majority. *The Review of Politics*, 28(3), 293-307. <https://doi.org/10.1017/S0034670500007105>

House, J. S. (2002). Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 125-142. <https://doi.org/10.2307/3090192>

House, R. J., Hanges, P. J., Javidan, M., Dorfman, P. W., & Gupta, V. (2004). *Culture, Leadership, and Organizations: The GLOBE Study of 62 Societies*. SAGE Publications.

Hu, B., Yang, W., Bouanchaud, P., Chongo, Y., Wheeler, J., Chicumbe, S., & Chissano, M. (2022). *Determinants of COVID-19 Vaccine Acceptability in Mozambique: The Role of Institutional Trust* (p. 2022.03.03.22271828). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.03.03.22271828>

Huang, Q., Wu, X., Zheng, X., Luo, S., Xu, S., & Weng, J. (2020). Targeting inflammation and cytokine storm in COVID-19. *Pharmacological Research*, 159, 105051. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.105051>

Huang, Y., Yang, C., Xu, X., Xu, W., & Liu, S. (2020). Structural and functional properties of SARS-CoV-2 spike protein: Potential antiviral drug development for COVID-19. *Acta Pharmacologica Sinica*, 41(9), 1141-1149. <https://doi.org/10.1038/s41401-020-0485-4>

Huet, T., Beaussier, H., Voisin, O., Jouveshomme, S., Dauriat, G., Lazareth, I., Sacco, E., Naccache, J.-M., Bézie, Y., Laplanche, S., Le Berre, A., Le Pavec, J., Salmeron, S., Emmerich, J., Mourad, J.-J., Chatellier, G., & Hayem, G. (2020). Anakinra for severe forms of COVID-19: A cohort study. *The Lancet. Rheumatology*, 2(7), e393-e400. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(20\)30164-8](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30164-8)

Hui, K. P. Y., Cheung, M.-C., Perera, R. A. P. M., Ng, K.-C., Bui, C. H. T., Ho, J. C. W., Ng, M. M. T., Kuok, D. I. T., Shih, K. C., Tsao, S.-W., Poon, L. L. M., Peiris,

M., Nicholls, J. M., & Chan, M. C. W. (2020). Tropism, replication competence, and innate immune responses of the coronavirus SARS-CoV-2 in human respiratory tract and conjunctiva: An analysis in ex-vivo and in-vitro cultures. *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(7), 687-695. MEDLINE. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30193-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30193-4)

Human Rights Watch. (2023). Cuba: Events of 2022. En *World Report 2023*. <https://www.hrw.org/world-report/2023/country-chapters/cuba>

Huntley, B. J. F., Mulder, I. A., Di Mascio, D., Vintzileos, W. S., Vintzileos, A. M., Berghella, V., & Chauhan, S. P. (2021). Adverse Pregnancy Outcomes Among Individuals With and Without Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 137(4), 585-596. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004320>

Huynh, T. L. D. (2020). Does culture matter social distancing under the COVID-19 pandemic? *Safety Science*, 130. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104872>

Hyde, Z. (2021). Difference in SARS-CoV-2 attack rate between children and adults may reflect bias. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, ciab183. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab183>

Ibanez, A., & Sisodia, G. S. (2020). The role of culture on 2020 SARS-CoV-2 Country deaths: A pandemic management based on cultural dimensions. *GeoJournal*, 1-17. MEDLINE. <https://doi.org/10.1007/s10708-020-10306-0>

Ihlen, Ø., Johansson, B., & Blach-Ørsten, M. (2022). Experiencing COVID-19 in Denmark, Norway and Sweden: The role of the Nordic Model. En *Strategic Communication in a Global Crisis*. Routledge.

Ilie, P. C., Stefanescu, S., & Smith, L. (2020). The role of vitamin D in the prevention of coronavirus disease 2019 infection and mortality. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1195-1198. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01570-8>

Im, H., & Chen, C. (2020). *Social Distancing Around the Globe: Cultural Correlates of Reduced Mobility* [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/b2s37>

Imai, Y., Kuba, K., Rao, S., Huan, Y., Guo, F., Guan, B., Yang, P., Sarao, R., Wada, T., Leong-Poi, H., Crackower, M. A., Fukamizu, A., Hui, C.-C., Hein, L., Uhlig, S., Slutsky, A. S., Jiang, C., & Penninger, J. M. (2005). Angiotensin-converting enzyme 2 protects from severe acute lung failure. *Nature*, *436*(7047), 112-116. <https://doi.org/10.1038/nature03712>

Imhoff, R., & Lamberty, P. (2020). A Bioweapon or a Hoax? The Link Between Distinct Conspiracy Beliefs About the Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak and Pandemic Behavior. *Social Psychological and Personality Science*, *11*(8), 1110-1118. <https://doi.org/10.1177/1948550620934692>

Infectious Diseases Society of America. (2021, octubre 27). *IDSA Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19*. <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>

Inglehart, R., & Baker, W. E. (2000). Modernization, Cultural Change, and the Persistence of Traditional Values. *American Sociological Review*, *65*(1), 19-51. <https://doi.org/10.2307/2657288>

Inglehart, R., & Welzel, C. (2005). *Modernization, Cultural Change, and Democracy: The Human Development Sequence*. Cambridge University Press.

INSPIRATION Investigators, Sadeghipour, P., Talasaz, A. H., Rashidi, F., Sharif-Kashani, B., Beigmohammadi, M. T., Farrokhpour, M., Sezavar, S. H., Payandemehr, P., Dabbagh, A., Moghadam, K. G., Jamalkhani, S., Khalili, H., Yadollahzadeh, M., Riahi, T., Rezaeifar, P., Tahamtan, O., Matin, S., Abedini, A., ... Bikdeli, B. (2021). Effect of Intermediate-Dose vs Standard-Dose Prophylactic Anticoagulation on Thrombotic Events, Extracorporeal Membrane Oxygenation Treatment, or Mortality Among Patients With COVID-19 Admitted to the Intensive Care Unit: The INSPIRATION Randomized Clinical Trial. *JAMA*, *325*(16), 1620-1630. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4152>

Irfan, O., Muttalib, F., Tang, K., Jiang, L., Lassi, Z. S., & Bhutta, Z. (2021). Clinical characteristics, treatment and outcomes of paediatric COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, archdischild-2020-321385. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321385>

Irwin, R. E. (2020). Misinformation and de-contextualization: International media reporting on Sweden and COVID-19. *Globalization and Health*, 16(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00588-x>

Islam, N., Bukhari, Q., Jameel, Y., Shabnam, S., Erzurumluoglu, A. M., Siddique, M. A., Massaro, J. M., & D'Agostino, R. B. (2021). COVID-19 and climatic factors: A global analysis. *Environmental Research*, 193, 110355. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110355>

Islam, N., Khunti, K., Dambha-Miller, H., Kawachi, I., & Marmot, M. (2020). COVID-19 mortality: A complex interplay of sex, gender and ethnicity. *European Journal of Public Health*, 30(5), 847-848. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa150>

Ivashchenko, A. A., Dmitriev, K. A., Vostokova, N. V., Azarova, V. N., Blinow, A. A., Egorova, A. N., Gordeev, I. G., Ilin, A. P., Karapetian, R. N., Kravchenko, D. V., Lomakin, N. V., Merkulova, E. A., Papazova, N. A., Pavlikova, E. P., Savchuk, N. P., Simakina, E. N., Sitdekov, T. A., Smolyarchuk, E. A., Tikhomolova, E. G., ... Ivachtchenko, A. V. (2021). AVIFAVIR for Treatment of Patients With Moderate Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Interim Results of a Phase II/III Multicenter Randomized Clinical Trial. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 73(3), 531-534. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1176>

Iyengar, S., Sood, G., & Lelkes, Y. (2012). «Affect, not ideology: A social identity perspective on polarization»: Erratum. *Public Opinion Quarterly*, 76, 819-819.

Izquierdo Toledo, Y. (2022). La alimentación y otros derechos en Cuba. *Revista Foro Cubano de Divulgación*, 5(45).

Jackson, C., Habibi, R., Forman, L., Silva, D. S., & Smith, M. J. (2022). Between rules and resistance: Moving public health emergency responses beyond fear, racism and greed. *BMJ Global Health*, 7(12), e009945. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009945>

Jacoby, V. L., Murtha, A., Afshar, Y., Gaw, S. L., Asiodu, I., Tolosa, J., Norton, M. E., Boscardin, W. J., & Flaherman, V. (2021). Risk of pregnancy loss before 20 weeks' gestation in study participants with COVID-19. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(4), 456-457. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.080>

Jacofsky, D., Jacofsky, E. M., & Jacofsky, M. (2020, abril 27). Understanding Antibody Testing for COVID-19. *The Journal of Arthroplasty*.

Jahangiri, M., Jahangiri, M., & Najafgholipour, M. (2020). The sensitivity and specificity analyses of ambient temperature and population size on the transmission rate of the novel coronavirus (COVID-19) in different provinces of Iran. *Science of The Total Environment*, 728, 138872. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138872>

Jain, V., Clarke, J., & Beaney, T. (2021). *Democratic governance and excess mortality during the COVID-19 pandemic* (p. 2021.08.25.21262614). <https://doi.org/10.1101/2021.08.25.21262614>

Jamison, A. M., Quinn, S. C., & Freimuth, V. S. (2019). "You don't trust a government vaccine": Narratives of institutional trust and influenza vaccination among African American and white adults. *Social Science & Medicine*, 221, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.020>

Jarynowski, A., Wójta-Kempa, M., Płatek, D., & Belik, V. (2020). *Social Values Are Significant Factors in Control of COVID-19 Pandemic – Preliminary Results*. <https://www.preprints.org/manuscript/202005.0036/v1>

Jaworsky, B. N., & Qiaoan, R. (2021). The Politics of Blaming: The Narrative Battle between China and the US over COVID-19. *Journal of Chinese Political Science*, 26(2), 295-315. <https://doi.org/10.1007/s11366-020-09690-8>

Jia, J. S., Lu, X., Yuan, Y., Xu, G., Jia, J., & Christakis, N. A. (2020). Population

flow drives spatio-temporal distribution of COVID-19 in China. *Nature*, 582(7812), Article 7812. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2284-y>

Jiang, J., Chen, E., Yan, S., Lerman, K., & Ferrara, E. (2020). Political polarization drives online conversations about COVID-19 in the United States. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(3), 200-211. <https://doi.org/10.1002/hbe2.202>

Jiang, S., Wei, Q., & Zhang, L. (2021). *Individualism vs. Collectivism and the Early-Stage Transmission of COVID-19* (SSRN Scholarly Paper ID 3646229). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3646229>

Jiang, S., Wei, Q., & Zhang, L. (2022). Individualism Versus Collectivism and the Early-Stage Transmission of COVID-19. *Social Indicators Research*, 164(2), 791-821. <https://doi.org/10.1007/s11205-022-02972-z>

Johansson, C., & Selberg, N. (2020). COVID-19 and Labour Law: Sweden. *Italian Labour Law E-Journal*, 13(1S), Article 1S. <https://doi.org/10.6092/issn.1561-8048/10774>

Johansson-Pajala, R.-M., Alam, M., Gusdal, A., Heideken Wågert, P. von, Löwenmark, A., Boström, A.-M., & Hammar, L. M. (2022). Anxiety and loneliness among older people living in residential care facilities or receiving home care services in Sweden during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 927. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03544-z>

Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. K. (2020). Covid-19: Risk factors for severe disease and death. *BMJ*, 368, m1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>

Jørgensen, F., Bor, A., Lindholt, M. F., & Petersen, M. B. (2021). Public support for government responses against COVID-19: Assessing levels and predictors in eight Western democracies during 2020. *West European Politics*, 44(5-6), 1129-1158. <https://doi.org/10.1080/01402382.2021.1925821>

Josefsson, K. W. (2021). Perspectives of Life in Sweden During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 15(1), 80-86. <https://doi.org/10.1123/jcsp.2020-0055>

Jovančević, A., & Milićević, N. (2020). Optimism-pessimism, conspiracy theories and general trust as factors contributing to COVID-19 related behavior—A cross-cultural study. *Personality and Individual Differences*, 167. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110216>

Juan, J., Gil, M. M., Rong, Z., Zhang, Y., Yang, H., & Poon, L. C. (2020). Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: Systematic review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 56(1), 15-27. <https://doi.org/10.1002/uog.22088>

Julius, E., Nuugulu, S., & Julius, L. H. (2020, abril 14). *Estimating the Economic Impact of COVID-19: A Case Study of Namibia* [MPRA Paper]. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/99641/>

Jungkunz, S. (2021). Political Polarization During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Political Science*, 3. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpos.2021.622512>

Júnior, A., Dula, J., Mahumane, S., Koole, O., Enosse, S., Fodjo, J. N. S., & Colebunders, R. (2021). Adherence to COVID-19 Preventive Measures in Mozambique: Two Consecutive Online Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031091>

Jutzeler, C. R., Bourguignon, L., Weis, C. V., Tong, B., Wong, C., Rieck, B., Pargger, H., Tschudin-Sutter, S., Egli, A., Borgwardt, K., & Walter, M. (2020). Comorbidities, clinical signs and symptoms, laboratory findings, imaging features, treatment strategies, and outcomes in adult and pediatric patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 37, 101825. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101825>

Kaláshnikov, N. V. (2018). *De Obama a Trump: Transformación de las relaciones entre Cuba y Estados Unidos en la etapa actual*.

Kao, C.-L., Chan, T.-C., Tsai, C.-H., Chu, K.-Y., Chuang, S.-F., Lee, C.-C., Li,

Z.-R. T., Wu, K.-W., Chang, L.-Y., Shen, Y.-H., Huang, L.-M., Lee, P.-I., Yang, C., Compans, R., Rouse, B. T., & King, C.-C. (2012). Emerged HA and NA Mutants of the Pandemic Influenza H1N1 Viruses with Increasing Epidemiological Significance in Taipei and Kaohsiung, Taiwan, 2009–10. *PLOS ONE*, 7(2), e31162. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031162>

Kapitány-Fövény, M., & Sulyok, M. (2020). Social markers of a pandemic: Modeling the association between cultural norms and COVID-19 spread data. *Humanities and Social Sciences Communications*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-00590-z>

Kaplan, G., & Avdan, Z. Y. (2020). COVID-19: Spaceborne Nitrogen Dioxide Over Turkey. *Eskişehir Technical University Journal of Science and Technology A - Applied Sciences and Engineering*, 21(2), Article 2. <https://doi.org/10.18038/estubtda.724450>

Karim, S. A., & Chen, H.-F. (2021). Deaths From COVID-19 in Rural, Micropolitan, and Metropolitan Areas: A County-Level Comparison. *The Journal of Rural Health*, 37(1), 124-132. <https://doi.org/10.1111/jrh.12533>

Karimi, L., Makvandi, S., Vahedian-Azimi, A., Sathyapalan, T., & Sahebkar, A. (2021). Effect of COVID-19 on Mortality of Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pregnancy*, 2021, 8870129. <https://doi.org/10.1155/2021/8870129>

Kark, S. L. (1949). The social pathology of syphilis in Africans. *S.A. TYDSKRIF VIR GE EESKUNDE*, 77-84. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg025>

Kark, S. L., & Cassel, J. (1952). The Pholela Health Centre: A Progress Report. *American Journal of Public Health*, 92(11), 1743-1747. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.11.1743>

Kark, S. L., & Steuart, G. W. (1962). A Practice of Social Medicine. A South African Team's Experiences in Different African Communities. *A Practice of Social Medicine. A South African Team's Experiences in Different African Communities*. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19632700983>

Katoto, P. D. M. C., Parker, S., Coulson, N., Pillay, N., Cooper, S., Jaca, A., Mavundza, E., Houston, G., Groenewald, C., Essack, Z., Simmonds, J., Shandu, L. D., Couch, M., Khuzwayo, N., Ncube, N., Bhengu, P., Rooyen, H. van, & Wiysonge, C. S. (2022). Predictors of COVID-19 Vaccine Hesitancy in South African Local Communities: The VaxScenes Study. *Vaccines*, 10(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/vaccines10030353>

Kavaliunas, A., Ocaya, P., Mumper, J., Lindfeldt, I., & Kyhlstedt, M. (2020). Swedish policy analysis for Covid-19. *Health Policy and Technology*, 9(4), 598-612. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.009>

Keck, C. W., & Reed, G. A. (2012). The Curious Case of Cuba. *American Journal of Public Health*, 102(8), e13-e22. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300822>

Keehner, J., Horton, L. E., Binkin, N. J., Laurent, L. C., Pride, D., Longhurst, C. A., Abeles, S. R., & Torriani, F. J. (2021). Resurgence of SARS-CoV-2 Infection in a Highly Vaccinated Health System Workforce. *The New England Journal of Medicine*, 385(14), 1330-1332. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2112981>

Kelly, M. (2020, junio 15). How false hope spread about hydroxychloroquine to treat covid-19 and the consequences that followed. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/politics/2020/04/13/how-false-hope-spread-about-hydroxychloroquine-its-consequences/>

Kent, R. B., & Neugebauer, R. J. (1990). Identification of Ethnic Settlement Regions: Amish-Mennonites in Ohio. *Rural Sociology*, 55(3), 425-441. <https://doi.org/10.1111/j.1549-0831.1990.tb00692.x>

Kerimray, A., Baimatova, N., Ibragimova, O. P., Bukenov, B., Kenessov, B., Plotitsyn, P., & Karaca, F. (2020). Assessing air quality changes in large cities during COVID-19 lockdowns: The impacts of traffic-free urban conditions in Almaty, Kazakhstan. *Science of The Total Environment*, 730, 139179. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139179>

Kerr, J., Panagopoulos, C., & van der Linden, S. (2021). Political polarization

on COVID-19 pandemic response in the United States. *Personality and Individual Differences*, 179, 110892. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110892>

Keulder, C., & Koomson, T. A. A. (2022, mayo 11). *Namibians Approve of Government's COVID-19 Response, but Many Doubt Vaccine Safety*. Africa Portal; Afrobarometer. <https://www.africaportal.org/publications/namibians-approve-of-governments-covid-19-response-but-many-doubt-vaccine-safety/>

Khubchandani, J., Sharma, S., Price, J. H., Wiblishauser, M. J., Sharma, M., & Webb, F. J. (2021). COVID-19 Vaccination Hesitancy in the United States: A Rapid National Assessment. *Journal of Community Health*, 46(2), 270-277. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00958-x>

Kifer, D., Bugada, D., Villar-Garcia, J., Gudelj, I., Menni, C., Sudre, C., Vučković, F., Ugrina, I., Lorini, L. F., Posso, M., Bettinelli, S., Ughi, N., Maloberti, A., Epis, O., Giannattasio, C., Rossetti, C., Kalogjera, L., Peršec, J., Ollivere, L., ... Lauc, G. (2021). Effects of Environmental Factors on Severity and Mortality of COVID-19. *Frontiers in Medicine*, 7, 1088. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.607786>

Kikuchi, H., Machida, M., Nakamura, I., Saito, R., Odagiri, Y., Kojima, T., Watanabe, H., Fukui, K., & Inoue, S. (2020). Changes in Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Japan: A Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology*, 30(11), 522-528. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200271>

Kim, A. Y., & Gandhi, R. T. (2021, octubre 14). *COVID-19: Management in hospitalized adults*. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-hospitalized-adults?search=covid19%20tratamiento&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-hospitalized-adults?search=covid19%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Kim, D., & Kawachi, I. (2007). U.S. State-Level Social Capital and Health-Related Quality of Life: Multilevel Evidence of Main, Mediating, and Modifying Effects. *Annals of Epidemiology*, 17(4), 258-269. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2006.10.002>

Kim, H. S., Sherman, D. K., & Updegraff, J. A. (2016). Fear of Ebola: The

Influence of Collectivism on Xenophobic Threat Responses. *Psychological Science*, 27(7), 935-944. <https://doi.org/10.1177/0956797616642596>

Kim, S. W., Ramakrishnan, M. A., Raynor, P. C., & Goyal, S. M. (2007). Effects of humidity and other factors on the generation and sampling of a coronavirus aerosol. *Aerobiologia*, 23(4), 239-248. <https://doi.org/10.1007/s10453-007-9068-9>

Kitayama, S., Camp, N. P., & Salvador, C. E. (2022). Culture and the COVID-19 Pandemic: Multiple Mechanisms and Policy Implications. *Social Issues and Policy Review*, 16(1), 164-211. <https://doi.org/10.1111/sipr.12080>

Kitayama, S., & Park, J. (2014). Error-related brain activity reveals self-centric motivation: Culture matters. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 62-70. <https://doi.org/10.1037/a0031696>

Klatt, M. (2020). The So-Called 2015 Migration Crisis and Euroscepticism in Border Regions: Facing Re-Bordering Trends in the Danish–German Borderlands. *Geopolitics*, 25(3), 567-586. <https://doi.org/10.1080/14650045.2018.1557149>

Klayman, J. (1995). Varieties of Confirmation Bias. En J. Busemeyer, R. Hastie, & D. L. Medin (Eds.), *Psychology of Learning and Motivation* (Vol. 32, pp. 385-418). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60315-1](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60315-1)

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books.

Klemeš, J. J., Fan, Y. V., Tan, R. R., & Jiang, P. (2020). Minimising the present and future plastic waste, energy and environmental footprints related to COVID-19. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 127, 109883. <https://doi.org/10.1016/j.rser.2020.109883>

Kluckhohn, C. (1949). *Mirror for Man: The Relation of Anthropology to Modern Life*. McGraw-Hill.

Kohima, J. M., Chigbu, U. E., Mazambani, M. L., & Mabakeng, M. R. (2023). (Neo-)segregation, (neo-)racism, and one-city two-system planning in Windhoek, Namibia: What can a new national urban policy do? *Land Use Policy*, *125*, 106480. <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2022.106480>

Kolko, J. (2015, mayo 21). How Suburban Are Big American Cities? *FiveThirtyEight*. <https://fivethirtyeight.com/features/how-suburban-are-big-american-cities/>

Kollamparambil, U., & Oyenubi, A. (2021). Behavioural response to the Covid-19 pandemic in South Africa. *PLOS ONE*, *16*(4), e0250269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250269>

Koo, J. R., Cook, A. R., Park, M., Sun, Y., Sun, H., Lim, J. T., Tam, C., & Dickens, B. L. (2020). Interventions to mitigate early spread of SARS-CoV-2 in Singapore: A modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, *20*(6), 678-688. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30162-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30162-6)

Kopel, J., Goyal, H., & Perisetti, A. (2021). Antibody tests for COVID-19. *Baylor University Medical Center Proceedings*, *34*(1), 63-72. <https://doi.org/10.1080/08998280.2020.1829261>

Kotlyar, A. M., Grechukhina, O., Chen, A., Popkhadze, S., Grimshaw, A., Tal, O., Taylor, H. S., & Tal, R. (2021). Vertical transmission of coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *224*(1), 35-53.e3. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.049>

Krammer, F. (2020). SARS-CoV-2 vaccines in development. *Nature*, *586*(7830), 516-527. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2798-3>

Kreps, S., Prasad, S., Brownstein, J. S., Hswen, Y., Garibaldi, B. T., Zhang, B., & Kriner, D. L. (2020). Factors Associated With US Adults' Likelihood of Accepting COVID-19 Vaccination. *JAMA Network Open*, *3*(10), e2025594. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25594>

Krieger, N. (1999). Embodying Inequality: A Review of Concepts, Measures, and Methods for Studying Health Consequences of Discrimination. *International*

*Journal of Health Services*, 29(2), 295-352. <https://doi.org/10.2190/M11W-VWXE-KQM9-G97Q>

Krieger, N., Testa, C., Chen, J. T., Hanage, W. P., & McGregor, A. J. (2022). Relationship of political ideology of US federal and state elected officials and key COVID pandemic outcomes following vaccine rollout to adults: April 2021–March 2022. *The Lancet Regional Health - Americas*, 16, 100384. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100384>

Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>

Kubinec, R., Carvalho, L. M., Barceló, J., Cheng, C., Messerschmidt, L., Cottrell, M. S., & Duba, D. (2021). *Fear, Partisanship and the Spread of COVID-19 in the United States*.

Kudo, E., Song, E., Yockey, L. J., Rakib, T., Wong, P. W., Homer, R. J., & Iwasaki, A. (2019). Low ambient humidity impairs barrier function and innate resistance against influenza infection. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(22), 10905-10910. <https://doi.org/10.1073/pnas.1902840116>

Kuhlmann, S., Hellström, M., Ramberg, U., & Reiter, R. (2021). Tracing divergence in crisis governance: Responses to the COVID-19 pandemic in France, Germany and Sweden compared. *International Review of Administrative Sciences*, 87(3), 556-575. <https://doi.org/10.1177/0020852320979359>

Kumar, G., & Kumar, R. R. (2020). A correlation study between meteorological parameters and COVID-19 pandemic in Mumbai, India. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), 1735-1742. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.09.002>

Kumar, R. (2021). Impact of Societal Culture on Covid-19 Morbidity and Mortality across Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(7), 643-662.

<https://doi.org/10.1177/002202212111025100>

Kumar, S., Nyodu, R., Maurya, V. K., & Saxena, S. K. (2020). Host Immune Response and Immunobiology of Human SARS-CoV-2 Infection. En S. K. Saxena (Ed.), *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics* (pp. 43-53). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7\\_5](https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7_5)

Kyed, H. M. (2020). *COVID-19 in Mozambique: Police violence mistrust of government and the fear of hunger*. <https://policycommons.net/artifacts/1330389/covid-19-in-mozambique/1933707/>

la Cour Freiesleben, N., Egerup, P., Hviid, K. V. R., Severinsen, E. R., Kolte, A. M., Westergaard, D., Fich Olsen, L., Prætorius, L., Zedeler, A., Christiansen, A.-M. H., Nielsen, J. R., Bang, D., Berntsen, S., Ollé-López, J., Ingham, A., Bello-Rodríguez, J., Storm, D. M., Ethelberg-Findsen, J., Hoffmann, E. R., ... Nielsen, H. S. (2021). SARS-CoV-2 in first trimester pregnancy: A cohort study. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *36*(1), 40-47. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa311>

Laage-Thomsen, J., & Frandsen, S. L. (2022). Pandemic preparedness systems and diverging COVID-19 responses within similar public health regimes: A comparative study of expert perceptions of pandemic response in Denmark, Norway, and Sweden. *Globalization and Health*, *18*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00799-4>

Laaksi, I. (2012). Vitamin D and respiratory infection in adults. *Proceedings of the Nutrition Society*, *71*(1), 90-97. <https://doi.org/10.1017/S0029665111003351>

Landrigan, P. J., Fuller, R., Acosta, N. J. R., Adeyi, O., Arnold, R., Basu, N. (Nil), Baldé, A. B., Bertollini, R., Bose-O'Reilly, S., Boufford, J. I., Breyse, P. N., Chiles, T., Mahidol, C., Coll-Seck, A. M., Cropper, M. L., Fobil, J., Fuster, V., Greenstone, M., Haines, A., ... Zhong, M. (2018). The Lancet Commission on pollution and health. *The Lancet*, *391*(10119), 462-512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0)

Lane, J., Means, A., Bardosh, K., Shapoval, A., Vio, F., Anderson, C., Cushnie,

A., Forster, N., Ledikwe, J., O'Malley, G., Mawandia, S., Parvez, A., Perrone, L., & Mudender, F. (2021). *A Comparative Analysis of COVID-19 Physical Distancing Policies in Botswana, India, Jamaica, Mozambique, Namibia, Ukraine, and the United States* (p. 2021.02.09.21251433). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2021.02.09.21251433>

Larson, H. J., Cooper, L. Z., Eskola, J., Katz, S. L., & Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, 378(9790), 526-535. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60678-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60678-8)

Latkin, C. A., Dayton, L., Yi, G., Konstantopoulos, A., & Boodram, B. (2021). Trust in a COVID-19 vaccine in the U.S.: A social-ecological perspective. *Social Science & Medicine* (1982), 270, 113684. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113684>

Le Quéré, C., Jackson, R. B., Jones, M. W., Smith, A. J. P., Abernethy, S., Andrew, R. M., De-Gol, A. J., Willis, D. R., Shan, Y., Canadell, J. G., Friedlingstein, P., Creutzig, F., & Peters, G. P. (2020). Temporary reduction in daily global CO<sub>2</sub> emissions during the COVID-19 forced confinement. *Nature Climate Change*, 10(7), Article 7. <https://doi.org/10.1038/s41558-020-0797-x>

Lee, B. (2014). US-Cuba Relations. *Council of Foreign Relation*.

Lee, B., & Raszka, W. V. (2020). COVID-19 Transmission and Children: The Child Is Not to Blame. *Pediatrics*, 146(2), e2020004879. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-004879>

Leffler, C. T., & Hogan, M. C. (2020). Age-dependence of mortality from novel coronavirus disease (COVID-19) in highly exposed populations: New York transit workers and residents and Diamond Princess passengers. *MedRxiv*, 2020.05.14.20094847. <https://doi.org/10.1101/2020.05.14.20094847>

Leffler, C. T., Ing, E., Lykins, J. D., Hogan, M. C., McKeown, C. A., & Grzybowski, A. (2020). Association of Country-wide Coronavirus Mortality with Demographics, Testing, Lockdowns, and Public Wearing of Masks. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(6), 2400-2411.

<https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1015>

Lenton, T. M., Boulton, C. A., & Scheffer, M. (2021). *Trust boosts recovery of countries from COVID-19* (p. 2021.04.01.21254783). <https://doi.org/10.1101/2021.04.01.21254783>

Lentoor, A. G., & Maepa, M. P. (2021). Psychosocial Aspects During the First Wave of COVID-19 Infection in South Africa. *Frontiers in Psychiatry, 12*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.663758>

Lenze, E. J., Mattar, C., Zorumski, C. F., Stevens, A., Schweiger, J., Nicol, G. E., Miller, J. P., Yang, L., Yingling, M., Avidan, M. S., & Reiersen, A. M. (2020). Fluvoxamine vs Placebo and Clinical Deterioration in Outpatients With Symptomatic COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA, 324*(22), 2292-2300. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.22760>

Leonhardt, J. M., & Pezzuti, T. (2021). *Covid-19 Vaccination Acceptance: A Cultural Perspective. 2.*

Leung, N. Y., Bulterys, M. A., & Bulterys, P. L. (2020). *Predictors of COVID-19 incidence, mortality, and epidemic growth rate at the country level* (p. 2020.05.15.20101097). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.05.15.20101097>

Levi, M., & Stoker, L. (2000). Political Trust and Trustworthiness. *Annual Review of Political Science, 3*(1), 475-507. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.3.1.475>

Levin, J. M., Bukowski, L. A., Minson, J. A., & Kahn, J. M. (2023). The political polarization of COVID-19 treatments among physicians and laypeople in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 120*(7), e2216179120. <https://doi.org/10.1073/pnas.2216179120>

Li, Y., Yu, I. T. S., Xu, P., Lee, J. H. W., Wong, T. W., Ooi, P. L., & Sleigh, A. C. (2004). Predicting Super Spreading Events during the 2003 Severe Acute Respiratory Syndrome Epidemics in Hong Kong and Singapore. *American Journal of Epidemiology, 160*(8), 719-728. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh273>

Liang, D., Shi, L., Zhao, J., Liu, P., Sarnat, J. A., Gao, S., Schwartz, J., Liu, Y., Ebelt, S. T., Scovronick, N., & Chang, H. H. (2020). Urban Air Pollution May Enhance COVID-19 Case-Fatality and Mortality Rates in the United States. *The Innovation*, 1(3), 100047. <https://doi.org/10.1016/j.xinn.2020.100047>

Libster, R., Pérez Marc, G., Wappner, D., Coviello, S., Bianchi, A., Braem, V., Esteban, I., Caballero, M. T., Wood, C., Berrueta, M., Rondan, A., Lescano, G., Cruz, P., Ritou, Y., Fernández Viña, V., Álvarez Paggi, D., Esperante, S., Ferreti, A., Ofman, G., ... Fundación INFANT–COVID-19 Group. (2021). Early High-Titer Plasma Therapy to Prevent Severe Covid-19 in Older Adults. *The New England Journal of Medicine*, 384(7), 610-618. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2033700>

Lide, D. R. (2004). *CRC Handbook of Chemistry and Physics, 85th Edition* (pp 15-25). CRC Press.

Lima, L. (2022, marzo 22). «Es un Mariel silencioso»: Los miles de cubanos que usan Nicaragua como ruta para llegar a EE.UU. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-60788280>

Lin, J., Huang, W., Wen, M., Li, D., Ma, S., Hua, J., Hu, H., Yin, S., Qian, Y., Chen, P., Zhang, Q., Yuan, N., & Sun, S. (2020). Containing the spread of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Meteorological factors and control strategies. *Science of The Total Environment*, 744, 140935. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140935>

Lin, K., Fong, D. Y.-T., Zhu, B., & Karlberg, J. (2006). Environmental factors on the SARS epidemic: Air temperature, passage of time and multiplicative effect of hospital infection. *Epidemiology & Infection*, 134(2), 223-230. <https://doi.org/10.1017/S0950268805005054>

Lindsley, W. G., Derk, R. C., Coyle, J. P., Martin, S. B., Mead, K. R., Blachere, F. M., Beezhold, D. H., Brooks, J. T., Boots, T., & Noti, J. D. (2021). Efficacy of Portable Air Cleaners and Masking for Reducing Indoor Exposure to Simulated Exhaled SARS-CoV-2 Aerosols—United States, 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(27), 972-976. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7027e1>

Lindström, M. (2020). The COVID-19 pandemic and the Swedish strategy: Epidemiology and postmodernism. *SSM - Population Health*, 11, 100643. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100643>

Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80-94. <https://doi.org/10.2307/2626958>

Littlewood, R. (1991). From disease to illness and back again. *The Lancet*, 337(8748), 1013-1016. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)92668-R](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)92668-R)

Liu, J. H. (2021). Majority world successes and european and american failure to contain covid-19: Cultural collectivism and global leadership. *Asian Journal of Social Psychology*. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12461>

Liu, L., Xue, P., Li, S. X., Zhang, J., Zhou, J., & Zhang, W. (2021). Urban-rural disparities in mental health problems related to COVID-19 in China. *General Hospital Psychiatry*, 69, 119-120. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.07.011>

Liu, X., Huang, J., Li, C., Zhao, Y., Wang, D., Huang, Z., & Yang, K. (2021). The role of seasonality in the spread of COVID-19 pandemic. *Environmental Research*, 195, 110874. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110874>

Liu, X., Wang, J., Xu, X., Liao, G., Chen, Y., & Hu, C.-H. (2020). Patterns of IgG and IgM antibody response in COVID-19 patients. *Emerging Microbes & Infections*, 9(1), 1269-1274. <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1773324>

Liu, Y., Ning, Z., Chen, Y., Guo, M., Liu, Y., Gali, N. K., Sun, L., Duan, Y., Cai, J., Westerdahl, D., Liu, X., Xu, K., Ho, K., Kan, H., Fu, Q., & Lan, K. (2020). Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. *Nature*, 582(7813), 557-560. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2271-3>

Löfgren, O. (2008). Regionauts: The Transformation of Cross-Border Regions in Scandinavia. *European Urban and Regional Studies*, 15(3), 195-209. <https://doi.org/10.1177/0969776408090418>

Löfving, L. (2022). *Territorial impacts of COVID-19 and policy answers in*

*European regions and cities. Region Skåne and Malmö Municipality (Sweden).*  
ESPON.

Lokken, E. M., Huebner, E. M., Taylor, G. G., Hendrickson, S., Vanderhoeven, J., Kachikis, A., Coler, B., Walker, C. L., Sheng, J. S., Al-Haddad, B. J. S., McCartney, S. A., Kretzer, N. M., Resnick, R., Barnhart, N., Schulte, V., Bergam, B., Ma, K. K., Albright, C., Larios, V., ... Washington State COVID-19 in Pregnancy Collaborative. (2021). Disease severity, pregnancy outcomes, and maternal deaths among pregnant patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in Washington State. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *225*(1), 77.e1-77.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.1221>

Lopez, A. S., Hill, M., Antezano, J., Vilven, D., Rutner, T., Bogdanow, L., Claflin, C., Kracalik, I. T., Fields, V. L., Dunn, A., Tate, J. E., Kirking, H. L., Kiphibane, T., Risk, I., & Tran, C. H. (2020). Transmission Dynamics of COVID-19 Outbreaks Associated with Child Care Facilities—Salt Lake City, Utah, April-July 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*(37), 1319-1323. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6937e3>

Lopez Bernal, J., Andrews, N., Gower, C., Gallagher, E., Simmons, R., Thelwall, S., Stowe, J., Tessier, E., Groves, N., Dabrera, G., Myers, R., Campbell, C. N. J., Amirthalingam, G., Edmunds, M., Zambon, M., Brown, K. E., Hopkins, S., Chand, M., & Ramsay, M. (2021). Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant. *The New England Journal of Medicine*, *385*(7), 585-594. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2108891>

López, E. D. (2017). *De Obama a Trump. La nueva política de Estados Unidos hacia Cuba*. 14.

López Hernández, M. (2021). Health intervention began in Havana with vaccine candidate Abdala. Rapid response to COVID-19 deaths in Africa: Prospective systematic postmortem surveillance study. *British Medical Journal*, *372*(334). <https://doi.org/10.1136/bmj.n334>

Losh, S. C., & Nzekwe, B. (2011). Creatures in the Classroom: Preservice Teacher Beliefs About Fantastic Beasts, Magic, Extraterrestrials, Evolution and

Creationism. *Science & Education*, 20(5), 473-489. <https://doi.org/10.1007/s11191-010-9268-5>

Lowe, C., & Zemliansky, P. (2011). *Writing Spaces 2: Readings on Writing*. Parlor Press LLC.

Lowen, A. C., & Steel, J. (2014). Roles of Humidity and Temperature in Shaping Influenza Seasonality. *Journal of Virology*, 88(14), 7692-7695. <https://doi.org/10.1128/JVI.03544-13>

Lu, J. G., Jin, P., & English, A. S. (2021). Collectivism predicts mask use during COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(23). <https://doi.org/10.1073/pnas.2021793118>

Lu, X., Zhang, L., Du, H., Zhang, J., Li, Y. Y., Qu, J., Zhang, W., Wang, Y., Bao, S., Li, Y., Wu, C., Liu, H., Liu, D., Shao, J., Peng, X., Yang, Y., Liu, Z., Xiang, Y., Zhang, F., ... Chinese Pediatric Novel Coronavirus Study Team. (2020). SARS-CoV-2 Infection in Children. *The New England Journal of Medicine*, 382(17), 1663-1665. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2005073>

Luo, B., Liu, J., Fei, G., Han, T., Zhang, K., Wang, L., Shi, H., Zhang, L., Ruan, Y., & Niu, J. (2017). Impact of probable interaction of low temperature and ambient fine particulate matter on the function of rats alveolar macrophages. *Environmental Toxicology and Pharmacology*, 49, 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.etap.2016.12.011>

Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>

Lyu, W., & Wehby, G. L. (2020). Comparison of Estimated Rates of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Border Counties in Iowa Without a Stay-at-Home Order and Border Counties in Illinois With a Stay-at-Home Order. *JAMA Network Open*, 3(5), e2011102. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11102>

Ma, Y., Zhao, Y., Liu, J., He, X., Wang, B., Fu, S., Yan, J., Niu, J., Zhou, J., & Luo, B. (2020). Effects of temperature variation and humidity on the death of COVID-19 in Wuhan, China. *Science of The Total Environment*, 724, 138226. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138226>

Maaravi, Y., Levy, A., Gur, T., Confino, D., & Segal, S. (2021). “The Tragedy of the Commons”: How Individualism and Collectivism Affected the Spread of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9, 37. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.627559>

Macias, T. (2015). Risks, Trust, and Sacrifice: Social Structural Motivators for Environmental Change\*. *Social Science Quarterly*, 96(5), 1264-1276. <https://doi.org/10.1111/ssqu.12201>

Madabhavi, I., Sarkar, M., & Kadakol, N. (2020). COVID-19: A review. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90(2), Article 2. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1298>

Madhi, S. A., Kwatra, G., Myers, J. E., Jassat, W., Dhar, N., Mukendi, C. K., Nana, A. J., Blumberg, L., Welch, R., Ngorima-Mabhena, N., & Mutevedzi, P. C. (2022). Population Immunity and Covid-19 Severity with Omicron Variant in South Africa. *New England Journal of Medicine*, 386(14), 1314-1326. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2119658>

Madrazo Cabo, J. M., Monter Valera, N. A., Hernández Sánchez, E. J., Ruiz Sánchez, M., Sánchez Machorro, G., & Kurezyn Díaz, C. (2020). Demographic variables associated with Covid-19 mortality. *Journal of Public Health Research*, 9(4). <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1827>

Magazzino, C., Mele, M., & Schneider, N. (2020). The relationship between air pollution and COVID-19-related deaths: An application to three French cities. *Applied Energy*, 279, 115835. <https://doi.org/10.1016/j.apenergy.2020.115835>

Mahase, E. (2020). Covid-19: UK starts social distancing after new model points to 260 000 potential deaths. *BMJ*, 368, m1089. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1089>

Mak, G. C., Cheng, P. K., Lau, S. S., Wong, K. K., Lau, C., Lam, E. T., Chan, R. C., & Tsang, D. N. (2020). Evaluation of rapid antigen test for detection of SARS-CoV-2 virus. *Journal of Clinical Virology*, 129, 104500. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104500>

Male, V. (2021). Are COVID-19 vaccines safe in pregnancy? *Nature Reviews. Immunology*, 21(4), 200-201. <https://doi.org/10.1038/s41577-021-00525-y>

Maloney, W. F., & Taskin, T. (2020). *Determinants of Social Distancing and Economic Activity During COVID-19: A Global View* (SSRN Scholarly Paper ID 3599572). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=3599572>

Manabe, T., Kambayashi, D., Akatsu, H., & Kudo, K. (2021). Favipiravir for the treatment of patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 489. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06164-x>

Mannemar Sønderskov, K. (2009). Different goods, different effects: Exploring the effects of generalized social trust in large-N collective action. *Public Choice*, 140(1), 145-160. <https://doi.org/10.1007/s11127-009-9416-0>

Marconi, V. C., Ramanan, A. V., de Bono, S., Kartman, C. E., Krishnan, V., Liao, R., Piruzeli, M. L. B., Goldman, J. D., Alatorre-Alexander, J., de Cassia Pellegrini, R., Estrada, V., Som, M., Cardoso, A., Chakladar, S., Crowe, B., Reis, P., Zhang, X., Adams, D. H., Ely, E. W., & COV-BARRIER Study Group. (2021). Efficacy and safety of baricitinib for the treatment of hospitalised adults with COVID-19 (COV-BARRIER): A randomised, double-blind, parallel-group, placebo-controlled phase 3 trial. *The Lancet. Respiratory Medicine*, S2213-2600(21)00331-3. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00331-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00331-3)

Marenga, R., & Amupanda, J. S. (2021). The Coronavirus and Social Justice in Namibia. *Politikon*, 48(2), 206-225. <https://doi.org/10.1080/02589346.2021.1913803>

Mari, E., Frascchetti, A., Lausi, G., Pizzo, A., Baldi, M., Paoli, E., Giannini, A. M., & Avallone, F. (2020). Forced Cohabitation during Coronavirus Lockdown in

Italy: A Study on Coping, Stress and Emotions among Different Family Patterns. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/jcm9123906>

Marmot, M., & Syme, S. L. (1976). Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *American Journal of Epidemiology*, 104(3), 225-247. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112296>

Maron, D. F. (2021). What the mink COVID-19 outbreaks taught us about pandemics. *National Geographic*. <https://www.nationalgeographic.com/animals/article/what-the-mink-coronavirus-pandemic-has-taught-us>

Marriott, D., Beresford, R., Mirdad, F., Stark, D., Glanville, A., Chapman, S., Harkness, J., Dore, G. J., Andresen, D., & Matthews, G. V. (2021). Concomitant Marked Decline in Prevalence of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Other Respiratory Viruses Among Symptomatic Patients Following Public Health Interventions in Australia: Data from St Vincent's Hospital and Associated Screening Clinics, Sydney, NSW. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 72(10), e649-e651. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1256>

Marså, K., Kristensen, T. B., & Konradsen, H. (2022). Standing alone: Experiences of vaccine-hesitant Danish healthcare professionals during COVID-19. *Scandinavian Journal of Public Health*, 14034948221113644. <https://doi.org/10.1177/14034948221113645>

Martinelli, I., Ciavarella, A., Abbattista, M., Aliberti, S., De Zan, V., Folli, C., Panigada, M., Gori, A., Artoni, A., Ierardi, A. M., Carrafiello, G., Monzani, V., Grasselli, G., Blasi, F., & Peyvandi, F. (2021). Increasing dosages of low-molecular-weight heparin in hospitalized patients with Covid-19. *Internal and Emergency Medicine*, 16(5), 1223-1229. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02585-9>

Marutho, D., Hendra Handaka, S., Wijaya, E., & Muljono. (2018). The Determination of Cluster Number at k-Mean Using Elbow Method and Purity Evaluation on Headline News. *2018 International Seminar on Application for Technology of Information and Communication*, 533-538.

<https://doi.org/10.1109/ISEMANTIC.2018.8549751>

Mas Bermejo, P., Sánchez Valdés, L., Somarriba López, L., Valdivia Onega, N. C., Vidal Ledo, M. J., Alfonso Sánchez, I., Seuc Jo, A., Almeida Cruz, Y., & Morales Ojeda, R. (2020). Equidad y respuesta del Sistema Nacional de Salud de Cuba ante la COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e138. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.138>

Masi, C. M., Hawkey, L. C., Harry Piotrowski, Z., & Pickett, K. E. (2007). Neighborhood economic disadvantage, violent crime, group density, and pregnancy outcomes in a diverse, urban population. *Social Science & Medicine*, 65(12), 2440-2457. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.014>

Masiya, T., Mandiyanike, D., Molosiwa, D., & Mazenda, A. (2021). *Southern African responses to the COVID-19 pandemic: A study of Botswana and South Africa*. <https://repository.up.ac.za/handle/2263/80621>

Mason, P. H., Roy, A., Spillane, J., & Singh, P. (2016). Social, historical and cultural dimensions of tuberculosis. *Journal of Biosocial Science*, 48(2), 206-232. <https://doi.org/10.1017/S0021932015000115>

Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Gavrillov, D., Giattino, C., Hasell, J., Macdonald, B., Dattani, S., Beltekian, D., Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2020). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)—Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/coronavirus>

Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Hasell, J., Macdonald, B., Dattani, S., Beltekian, D., Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/namibia>

Matsumoto, D., & Fletcher, D. (1996). Cross-national differences in disease rates as accounted for by meaningful psychological dimensions of cultural variability. *Journal of Gender, Culture and Health*, 1(1), 71-81.

Matthiessen, C. W. (2004). The Öresund Area: Pre- and post-bridge cross-border functional integration: The bi-national regional question. *GeoJournal*, 61(1),

31-39. <https://doi.org/10.1007/s10708-005-5234-1>

Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An Integrative Model Of Organizational Trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734. <https://doi.org/10.5465/amr.1995.9508080335>

Mazive, E., Baza, G., Xirinda, G., Manhique, I., Mouco, J., Matola, S., & UNU-WIDER. (2021). *The role of trust and of poverty in compliance with social distancing measures in Africa during the COVID-19 pandemic* (WIDER Working Paper N.º 2021; WIDER Working Paper, Vol. 2021). UNU-WIDER. <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2021/043-6>

Mbunge, E. (2020). Effects of COVID-19 in South African health system and society: An explanatory study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), 1809-1814. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.09.016>

McDonald, B. C., de Gouw, J. A., Gilman, J. B., Jathar, S. H., Akherati, A., Cappa, C. D., Jimenez, J. L., Lee-Taylor, J., Hayes, P. L., McKeen, S. A., Cui, Y. Y., Kim, S.-W., Gentner, D. R., Isaacman-VanWertz, G., Goldstein, A. H., Harley, R. A., Frost, G. J., Roberts, J. M., Ryerson, T. B., & Trainer, M. (2018). Volatile chemical products emerging as largest petrochemical source of urban organic emissions. *Science*, 359(6377), 760-764. <https://doi.org/10.1126/science.aaq0524>

McDonnell, E. P., Altomare, N. J., Parekh, Y. H., Gowda, R. C., Parikh, P. D., Lazar, M. H., & Blaser, M. J. (2020). COVID-19 as a Trigger of Recurrent Guillain-Barré Syndrome. *Pathogens (Basel, Switzerland)*, 9(11), E965. <https://doi.org/10.3390/pathogens9110965>

McGill COVID19 Vaccine Tracker Team. (2021). *Vaccines – COVID19 Vaccine Tracker*. <https://covid19.trackvaccines.org/vaccines/>

McIntosh, K. (2019). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention*. 31.

McIntosh, K. (2021, octubre 6). *COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and->

prevention?search=covid19%20prevencion&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1#H2995362393

McNeill, V. F. (2020). COVID-19 and the Air We Breathe. *ACS Earth and Space Chemistry*, 4(5), 674-675. <https://doi.org/10.1021/acsearthspacechem.0c00093>

Mecenas, P., Bastos, R. T. da R. M., Vallinoto, A. C. R., & Normando, D. (2020). Effects of temperature and humidity on the spread of COVID-19: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(9), e0238339. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238339>

Medeiros, E. (2019). Cross-border transports and cross-border mobility in EU border regions. *Case Studies on Transport Policy*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cstp.2018.11.001>

Medeiros, E. (2021). Challenges for (re)building institutional trust in post-covid european territorial cooperation programmes. *European Institute of Cross-Border Studies*, 9-14.

Medina, M., Babiuch, C., Card, M., Gavrilesco, R., Zafirau, W., Boose, E., Giuliano, K., Kim, A., Jones, R., & Boissy, A. (2020). Home monitoring for COVID-19. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc02819>

Mehari, Y. (2020). *The Role of Social Trust in Citizen Mobility During COVID-19* (SSRN Scholarly Paper ID 3607668). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3607668>

Mehta, J. M., Chakrabarti, C., Leon, J. D., Homan, P., Skipton, T., & Sparkman, R. (2023). Assessing the role of collectivism and individualism on COVID-19 beliefs and behaviors in the Southeastern United States. *PLOS ONE*, 18(1), e0278929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278929>

Mehta, P., McAuley, D. F., Brown, M., Sanchez, E., Tattersall, R. S., Manson, J. J., & HLH Across Speciality Collaboration, UK. (2020). COVID-19: Consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet (London, England)*, 395(10229), 1033-1034. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30628-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30628-0)

Merck. (2021, octubre 1). *Merck and Ridgeback's Investigational Oral Antiviral Molnupiravir Reduced the Risk of Hospitalization or Death by Approximately 50 Percent Compared to Placebo for Patients with Mild or Moderate COVID-19 in Positive Interim Analysis of Phase 3 Study*. Merck.Com. <https://www.merck.com/news/merck-and-ridgebacks-investigational-oral-antiviral-molnupiravir-reduced-the-risk-of-hospitalization-or-death-by-approximately-50-percent-compared-to-placebo-for-patients-with-mild-or-moderat/>

Mesa-Lago, C. (2020). *Cuba: Crisis económica, sus causas, el COVID-19 y las políticas de rescate*.

Mesa-Lago, C. (2021). *La unificación monetaria y cambiaria en Cuba: Normas, efectos, obstáculos y perspectivas*.

Messner, W. (2020). *The Institutional and Cultural Context of Cross-National Variation in COVID-19 Outbreaks*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047589>

Metin, A., Erbiçer, E. S., Şen, S., & Çetinkaya, A. (2022). Gender and COVID-19 related fear and anxiety: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 310, 384-395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.036>

Metz, T. D., Clifton, R. G., Hughes, B. L., Sandoval, G., Saade, G. R., Grobman, W. A., Manuck, T. A., Miodovnik, M., Sowles, A., Clark, K., Gyamfi-Bannerman, C., Mendez-Figueroa, H., Sehdev, H. M., Rouse, D. J., Tita, A. T. N., Bailit, J., Costantine, M. M., Simhan, H. N., Macones, G. A., & Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. (2021). Disease Severity and Perinatal Outcomes of Pregnant Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Obstetrics and Gynecology*, 137(4), 571-580. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004339>

Miller, D. T. (1999). The norm of self-interest. *American Psychologist*, 54, 1053-1060. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.12.1053>

Million, M., Lagier, J.-C., Gautret, P., Colson, P., Fournier, P.-E., Amrane, S.,

Hocquart, M., Mailhe, M., Esteves-Vieira, V., Doudier, B., Aubry, C., Correard, F., Giraud-Gatineau, A., Roussel, Y., Berenger, C., Cassir, N., Seng, P., Zandotti, C., Dhiver, C., ... Raoult, D. (2020). Early treatment of COVID-19 patients with hydroxychloroquine and azithromycin: A retrospective analysis of 1061 cases in Marseille, France. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 35, 101738. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101738>

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación de España. (2022, octubre 19). *Nacionalidad española por la Ley de Memoria Democrática*. <https://www.exteriores.gob.es/Consulados/lahabana/es/ServiciosConsulares/Paginas/index.aspx?scca=Nacionalidad&scco=Cuba&scd=166&scs=Nacionalidad+espa%C3%B1ola+por+la+Ley+de+Memoria+Democr%C3%A1tica>

Ministerio de Salud Pública MINSAP. (1983). *Legislación para el Sistema Nacional de Salud—Ley No 41/1983*. <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2>

MINSAP, R. (2021, junio 1). Actualización de la estrategia para el desarrollo de las vacunas cubanas. *Sitio oficial de gobierno del Ministerio de Salud Pública en Cuba*. <https://salud.msp.gob.cu/actualizacion-de-la-vacunacion-en-el-marco-de-los-estudios-de-los-candidatos-vacunales-cubanos-y-la-intervencion-sanitaria/>

Mirahmadizadeh, A., Rezaei, F., Jokari, K., Moftakhar, L., Hemmati, A., Dehghani, S. S., Hassani, A. H., Lotfi, M., Jafari, A., & Ghelichi-Ghojogh, M. (2021). Correlation between environmental factors and COVID-19 indices: A global level ecological study. *Environmental Science and Pollution Research*. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-16876-x>

Mirzaei, R., Mohammadzadeh, R., Mahdavi, F., Badrzadeh, F., Kazemi, S., Ebrahimi, M., Soltani, F., Kazemi, S., Jeda, A. S., Darvishmotevalli, M., Yousefimashouf, R., Keyvani, H., & Karampoor, S. (2020). Overview of the current promising approaches for the development of an effective severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) vaccine. *International Immunopharmacology*, 88, 106928. <https://doi.org/10.1016/j.intimp.2020.106928>

Mishra, S., Scott, J. A., Laydon, D. J., Flaxman, S., Gandy, A., Mellan, T. A.,

Unwin, H. J. T., Vollmer, M., Coupland, H., Ratmann, O., Monod, M., Zhu, H. H., Cori, A., Gaythorpe, K. A. M., Whittles, L. K., Whittaker, C., Donnelly, C. A., Ferguson, N. M., & Bhatt, S. (2021). Comparing the responses of the UK, Sweden and Denmark to COVID-19 using counterfactual modelling. *Scientific Reports*, *11*(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95699-9>

Mitjà, O., Corbacho-Monné, M., Ubals, M., Tebe, C., Peñafiel, J., Tobias, A., Ballana, E., Alemany, A., Riera-Martí, N., Pérez, C. A., Suñer, C., Laporte, P., Admella, P., Mitjà, J., Clua, M., Bertran, L., Sarquella, M., Gavilán, S., Ara, J., ... BCN PEP-CoV-2 RESEARCH GROUP. (2020). Hydroxychloroquine for Early Treatment of Adults with Mild Covid-19: A Randomized-Controlled Trial. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, *ciaa1009*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1009>

Moffitt, J. D., King, C., & Carley, K. M. (2021a). Hunting Conspiracy Theories During the COVID-19 Pandemic. *Social Media + Society*, *7*(3), 205630512110432. <https://doi.org/10.1177/20563051211043212>

Moffitt, J. D., King, C., & Carley, K. M. (2021b). Hunting Conspiracy Theories During the COVID-19 Pandemic. *Social Media + Society*, *7*(3), 205630512110432. <https://doi.org/10.1177/20563051211043212>

Molina, J. M., Delaugerre, C., Le Goff, J., Mela-Lima, B., Ponscarne, D., Goldwirt, L., & de Castro, N. (2020). No evidence of rapid antiviral clearance or clinical benefit with the combination of hydroxychloroquine and azithromycin in patients with severe COVID-19 infection. *Medecine Et Maladies Infectieuses*, *50*(4), 384. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.03.006>

Moll, T. (2021). Medical Mistrust and Enduring Racism in South Africa. *Journal of Bioethical Inquiry*, *18*(1), 117-120. <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10072-1>

Mollalo, A., Vahedi, B., & Rivera, K. M. (2020). GIS-based spatial modeling of COVID-19 incidence rate in the continental United States. *Science of The Total Environment*, *728*, 138884. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138884>

Monnat, S. M. (2021). Rural-Urban Variation in COVID-19 Experiences and Impacts among U.S. Working-Age Adults. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 698(1), 111-136. <https://doi.org/10.1177/00027162211069717>

Montaigne, S. de M. E. (1958). *The Complete Essays of Montaigne*. Stanford University Press.

Montenovo, L., Jiang, X., Lozano Rojas, F., Schmutte, I. M., Simon, K. I., Weinberg, B. A., & Wing, C. (2020). *Determinants of Disparities in Covid-19 Job Losses* (Working Paper N.º 27132). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w27132>

Moore, A., Bihl, A., Rothgerber, H., Wilson, T., Whaley, D., Rosenfeld, D. L., & Humphrey, M. (2021). *Politicizing the COVID-19 Pandemic: Ideological Differences in Adherence to Social Distancing*. <https://psyarxiv.com/k23cv/download?format=pdf>

Moosa, S., Riyaz, A., Abdul Raheem, R., Musthafa, H. S., & Zeen Naeem, A. (2021). Social value orientations and public confidence in institutions: A young democracy under the imprint of Covid-19. *Cosmopolitan Civil Societies: An Interdisciplinary Journal*. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.024981146893564>

Moradveisi, B., Ataee, P., Ghaffarieh, A., Karimi, A., Fattahi, N., & Nasser, K. (2020). Diarrhea as a Presenting Symptom of Coronavirus Disease 2019 in Children. *Advanced Biomedical Research*, 9, 35. [https://doi.org/10.4103/abr.abr\\_90\\_20](https://doi.org/10.4103/abr.abr_90_20)

Morales-Pita, A. E. (2008). *Cómo y cuándo eliminar la doble moneda en Cuba*.

Morand, S., & Walther, B. A. (2018). Individualistic values are related to an increase in the outbreaks of infectious diseases and zoonotic diseases. *Scientific Reports*, 8(1), 3866. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22014-4>

Morawska, L., Johnson, G. R., Ristovski, Z. D., Hargreaves, M., Mengersen, K., Corbett, S., Chao, C. Y. H., Li, Y., & Katoshevski, D. (2009). Size distribution and

sites of origin of droplets expelled from the human respiratory tract during expiratory activities. *Journal of Aerosol Science*, 40(3), 256-269. <https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2008.11.002>

Morita, H., Kato, H., & Hayashi, Y. (2020). *International Comparison of Behavior Changes with Social Distancing Policies in Response to COVID-19* (SSRN Scholarly Paper ID 3594035). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3594035>

Moriyama, M., Hugentobler, W. J., & Iwasaki, A. (2020). Seasonality of Respiratory Viral Infections. *Annual Review of Virology*, 7(1), 83-101. <https://doi.org/10.1146/annurev-virology-012420-022445>

Morrow, R., Rodriguez, A., & King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist*, 28(8), 643-644.

Muhammad, S., Long, X., & Salman, M. (2020). COVID-19 pandemic and environmental pollution: A blessing in disguise? *Science of The Total Environment*, 728, 138820. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138820>

Mullins, E., Hudak, M. L., Banerjee, J., Getzlaff, T., Townson, J., Barnette, K., Playle, R., Perry, A., Bourne, T., Lees, C. C., & PAN-COVID investigators and the National Perinatal COVID-19 Registry Study Group. (2021). Pregnancy and neonatal outcomes of COVID-19: Coreporting of common outcomes from PAN-COVID and AAP-SONPM registries. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 57(4), 573-581. <https://doi.org/10.1002/uog.23619>

Munkholm, N. V. (2021). The Covid-19 pandemic in Denmark. *Cielo Laboral*. [https://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2021/04/videbaek\\_noticias\\_cielo\\_n3\\_2021.pdf](https://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2021/04/videbaek_noticias_cielo_n3_2021.pdf)

Munnink, B. B. O., Sikkema, R. S., Nieuwenhuijse, D. F., Molenaar, R. J., Munger, E., Molenkamp, R., Spek, A. van der, Tolsma, P., Rietveld, A., Brouwer, M., Bouwmeester-Vincken, N., Harders, F., Honing, R. H. der, Wegdam-Blans, M. C. A., Bouwstra, R. J., GeurtsvanKessel, C., Eijk, A. A. van der, Velkers, F. C., Smit, L. A. M.,

... Koopmans, M. P. G. (2020). *Jumping back and forth: Anthropozoonotic and zoonotic transmission of SARS-CoV-2 on mink farms* (p. 2020.09.01.277152). <https://doi.org/10.1101/2020.09.01.277152>

Murray, D. R., & Schaller, M. (2010). Historical Prevalence of Infectious Diseases Within 230 Geopolitical Regions: A Tool for Investigating Origins of Culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *41*(1), 99-108. <https://doi.org/10.1177/0022022109349510>

Murthy, B. P., Sterrett, N., Weller, D., Zell, E., Reynolds, L., Toblin, R. L., Murthy, N., Kriss, J., Rose, C., Cadwell, B., Wang, A., Ritchey, M. D., Gibbs-Scharf, L., Qualters, J. R., Shaw, L., Brookmeyer, K. A., Clayton, H., Eke, P., Adams, L., ... Harris, L. Q. (2021). Disparities in COVID-19 Vaccination Coverage Between Urban and Rural Counties—United States, December 14, 2020–April 10, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *70*(20), 759-764. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7020e3>

Mwinga, M. L. (2022). *The impact of Social media on Covid-19 vaccine hesitancy on the University of Namibia main campus students* [Thesis, University of Namibia]. <https://digital.unam.edu.na/xmlui/handle/11070.1/17470>

Myers, L. B., & Goodwin, R. (2011). Determinants of adults' intention to vaccinate against pandemic swine flu. *BMC Public Health*, *11*(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-15>

Naidu, T. (2020). The COVID-19 pandemic in South Africa. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*, 559-561. <https://doi.org/10.1037/tra0000812>

Nakada, L. Y. K., & Urban, R. C. (2021). COVID-19 pandemic: Environmental and social factors influencing the spread of SARS-CoV-2 in São Paulo, Brazil. *Environmental Science and Pollution Research*, *28*(30), 40322-40328. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-10930-w>

Nartova-Bochaver, S. K., Donat, M., Kiral Ucar, G., Korneev, A. A., Heidmets, M. E., Kamble, S., Khachatryan, N., Kryazh, I. V., Larionow, P., Rodríguez-González,

D., Serobyán, A., Zhou, C., & Clayton, S. (2022). The role of environmental identity and individualism/collectivism in predicting climate change denial: Evidence from nine countries. *Journal of Environmental Psychology*, 84, 101899. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2022.101899>

Nasreen, S., Chung, H., He, S., Brown, K. A., Gubbay, J. B., Buchan, S. A., Fell, D. B., Austin, P. C., Schwartz, K. L., Sundaram, M. E., Calzavara, A., Chen, B., Tadrous, M., Wilson, K., Wilson, S. E., Kwong, J. C., & Investigators, on behalf of the C. I. R. N. (CIRN) P. C. N. (PCN). (2021). *Effectiveness of mRNA and ChAdOx1 COVID-19 vaccines against symptomatic SARS-CoV-2 infection and severe outcomes with variants of concern in Ontario* (p. 2021.06.28.21259420). <https://doi.org/10.1101/2021.06.28.21259420>

National Institutes of Health. (2020, junio 20). *NIH halts clinical trial of hydroxychloroquine*. National Institutes of Health (NIH). <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-halts-clinical-trial-hydroxychloroquine>

National Institutes of Health. (2021, agosto 25). *Therapeutic Management of Hospitalized Adults With COVID-19*. COVID-19 Treatment Guidelines. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/management/clinical-management/hospitalized-adults--therapeutic-management/>

National Geographic Society. (2014, julio 21). *Mapping A London Epidemic*. National Geographic Society. <http://www.nationalgeographic.org/activity/mapping-london-epidemic/>

National Institutes of Health. (2021a, octubre 27). *Anti-SARS-CoV-2 Antibody Products*. COVID-19 Treatment Guidelines. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapies/anti-sars-cov-2-antibody-products/>

National Institutes of Health. (2021b, octubre 27). *Anti-SARS-CoV-2 Monoclonal Antibodies*. COVID-19 Treatment Guidelines. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapies/anti-sars-cov-2-antibody-products/anti-sars-cov-2-monoclonal-antibodies/>

Neblo, M. A., & Wallace, J. L. (2021). A Plague on Politics? The COVID Crisis, Expertise, and the Future of Legitimation. *American Political Science Review*, 115(4), 1524-1529. <https://doi.org/10.1017/S0003055421000575>

Negus, V. E. (1952). Humidification of the Air Passages. *Acta Oto-Laryngologica*, 41(sup100), 74-83. <https://doi.org/10.3109/00016485209136866>

Newman, D., & Paasi, A. (1998). Fences and neighbours in the postmodern world: Boundary narratives in political geography. *Progress in Human Geography*, 22(2), 186-207.

Newton, K., Stolle, D., & Zmerli, S. (2007). Social and political trust. En *The Oxford Handbook of Social and Political Trust* (Oxford University Press, pp. 342-361).

Nguimkeu, P., & Tadadjeu, S. (2021). Why is the number of COVID-19 cases lower than expected in Sub-Saharan Africa? A cross-sectional analysis of the role of demographic and geographic factors. *World Development*, 138, 105251. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105251>

Ngwa, M. C., Young, A., Liang, S., Blackburn, J., Mouhaman, A., & Jr, J. G. M. (2017). Cultural influences behind cholera transmission in the Far North Region, Republic of Cameroon: A field experience and implications for operational level planning of interventions. *Pan African Medical Journal*, 28(1), Article 1. <https://doi.org/10.4314/pamj.v28i1>

Nie, J.-B. (2020). In the Shadow of Biological Warfare: Conspiracy Theories on the Origins of COVID-19 and Enhancing Global Governance of Biosafety as a Matter of Urgency. *Journal of Bioethical Inquiry*, 17(4), 567-574. <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10025-8>

Niedzwiedz, C. L., Green, M. J., Benzeval, M., Campbell, D., Craig, P., Demou, E., Leyland, A., Pearce, A., Thomson, R., Whitley, E., & Katikireddi, S. V. (2021). Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: Longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*, 75(3), 224-231. <https://doi.org/10.1136/jech-2020->

Nielsen, J. H., & Lindvall, J. (2021). Trust in government in Sweden and Denmark during the COVID-19 epidemic. *West European Politics*, 44(5-6), 1180-1204. <https://doi.org/10.1080/01402382.2021.1909964>

Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Andersen, O., Stefánsdóttir, N. T., Tjørnhøj-Thomsen, T., Kallemose, T., & Kirk, J. W. (2020). Implementing social distancing policy measures in the battle against the coronavirus: Protocol of a comparative study of Denmark and Sweden. *Implementation Science Communications*, 1(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00065-x>

Nilsson, D. (2022). *Across the Øresund. A narrative case study of the connections between national borders and national sentiments in a European cross-border region.*

Nodarse, H. M. (2021). Las crisis en el desarrollo económico de Cuba. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.*

Norrlöf, C. (2020). Is covid-19 a liberal democratic curse? Risks for liberal international order. *Cambridge Review of International Affairs*, 33(5), 799-813. <https://doi.org/10.1080/09557571.2020.1812529>

Notari, A. (2021). Temperature dependence of COVID-19 transmission. *Science of The Total Environment*, 763, 144390. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.144390>

Nyilasi, G. (2021, junio 18). *Fake News in the Age of COVID-19.* Faculty of Business and Economics - University of Melbourne. <https://fbe.unimelb.edu.au/newsroom/fake-news-in-the-age-of-covid-19>

Oey, E., & Rahardjo, B. S. (2021). Does culture influence our ways in handling COVID-19? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 41(11/12), 1149-1169. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-02-2021-0051>

Ogen, Y. (2020). Assessing nitrogen dioxide (NO<sub>2</sub>) levels as a contributing factor to coronavirus (COVID-19) fatality. *Science of The Total Environment*, 726,

138605. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138605>

Ogunleye, O. O., Godman, B., Fadare, J. O., Mudenda, S., Adeoti, A. O., Yinka-Ogunleye, A. F., Ogundele, S. O., Oyawole, M. R., Schönfeldt, M., Rashed, W. M., Galal, A. M., Masuka, N., Zaranyika, T., Kalungia, A. C., Malande, O. O., Kibuule, D., Massele, A., Chikowe, I., Khuluza, F., ... Meyer, J. C. (2022). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic across Africa: Current Status of Vaccinations and Implications for the Future. *Vaccines*, *10*(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/vaccines10091553>

Olagnier, D., & Mogensen, T. H. (2020). The Covid-19 pandemic in Denmark: Big lessons from a small country. *Cytokine & Growth Factor Reviews*, *53*, 10-12. <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2020.05.005>

Oleksy, T., Wnuk, A., Maison, D., & Łyś, A. (2021). Content matters. Different predictors and social consequences of general and government-related conspiracy theories on COVID-19. *Personality and Individual Differences*, *168*, 110289. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110289>

Oliveiros, B., Caramelo, L., Ferreira, N. C., & Caramelo, F. (2020). *Role of temperature and humidity in the modulation of the doubling time of COVID-19 cases* (p. 2020.03.05.20031872). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031872>

Olsen, R. J., Christensen, P. A., Long, S. W., Subedi, S., Hodjat, P., Olson, R., Nguyen, M., Davis, J. J., Yerramilli, P., Saavedra, M. O., Pruitt, L., Reppond, K., Shyer, M. N., Cambric, J., Gadd, R., Thakur, R. M., Batajoo, A., Finkelstein, I. J., Gollihar, J., & Musser, J. M. (2021). Trajectory of Growth of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Variants in Houston, Texas, January through May 2021, Based on 12,476 Genome Sequences. *The American Journal of Pathology*, *191*(10), 1754-1773. <https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2021.07.002>

Onder, G., Rezza, G., & Brusaferro, S. (2020). Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*, *323*(18), 1775-1776. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683>

Oosterhoff, B., & Palmer, C. A. (2020). *Psychological Correlates of News Monitoring, Social Distancing, Disinfecting, and Hoarding Behaviors among US*

*Adolescents during the COVID-19 Pandemic.* PsyArXiv.  
<https://doi.org/10.31234/osf.io/rpcy4>

Oshay, R. R., Chen, M. Y. C., Fields, B. K. K., Demirjian, N. L., Lee, R. S., Mosallaei, D., & Gholamrezanezhad, A. (2021). COVID-19 in pregnancy: A systematic review of chest CT findings and associated clinical features in 427 patients. *Clinical Imaging*, 75, 75-82. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2021.01.004>

Osorio Echeverry, D. F., Ocampo Góngora, J. F., & Montoya Díaz, J. A. (2022). *Situación de Pobreza en países como Cuba, Venezuela y Estados Unidos desde sus modelos políticos socialistas o capitalistas.*

Otmani, A., Benchrif, A., Tahri, M., Bounakhla, M., Chakir, E. M., El Bouch, M., & Krombi, M. (2020). Impact of Covid-19 lockdown on PM10, SO2 and NO2 concentrations in Salé City (Morocco). *Science of The Total Environment*, 735, 139541. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139541>

Otter, J. A., Donskey, C., Yezli, S., Douthwaite, S., Goldenberg, S. D., & Weber, D. J. (2016). Transmission of SARS and MERS coronaviruses and influenza virus in healthcare settings: The possible role of dry surface contamination. *Journal of Hospital Infection*, 92(3), 235-250. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.08.027>

Our World in Data. (s. f.). *COVID-19: Stringency Index*. Our World in Data. Recuperado 21 de mayo de 2021, de <https://ourworldindata.org/covid-stringency-index>

Our World in Data. (2021). *Income inequality: Gini coefficient*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/grapher/economic-inequality-gini-index>

Oxford Analytica. (2021). Cuba will struggle to keep inflation at bay. *Emerald Expert Briefings, oxan-db(oxan-db)*. <https://doi.org/10.1108/OXAN-DB260020>

Ozkan, A., Ozkan, G., Yalaman, A., & Yildiz, Y. (2021). Climate risk, culture and the Covid-19 mortality: A cross-country analysis. *World Development*, 141, N.PAG-N.PAG. Academic Search Complete.

Paciência, I., Madureira, J., Rufo, J., Moreira, A., & Fernandes, E. de O. (2016).

A systematic review of evidence and implications of spatial and seasonal variations of volatile organic compounds (VOC) in indoor human environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 19(2), 47-64. <https://doi.org/10.1080/10937404.2015.1134371>

Paez, A., Lopez, F. A., Menezes, T., Cavalcanti, R., & Pitta, M. G. da R. (2021). A Spatio-Temporal Analysis of the Environmental Correlates of COVID-19 Incidence in Spain. *Geographical Analysis*, 53(3), 397-421. <https://doi.org/10.1111/gean.12241>

Pai, M., Grill, A., Ivers, N., Maltsev, A., Miller, K. J., Razak, F., Schull, M., Schwartz, B., Stall, N. M., Steiner, R., Wilson, S., Niel Zax, U., Juni, P., & Morris, A. M. (2021). *Vaccine Induced Prothrombotic Immune Thrombocytopenia (VIPIT) Following AstraZeneca COVID-19 Vaccination*. Ontario COVID-19 Science Advisory Table. <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.17.1.0>

Painter, M. O., & Qiu, T. (2020, abril 14). Political beliefs affect compliance with Covid-19 social distancing orders. *Covid Economics*, 4, 103-123.

Paital, B. (2020). Nurture to nature via COVID-19, a self-regenerating environmental strategy of environment in global context. *Science of The Total Environment*, 729, 139088. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139088>

Pak, A., McBryde, E., & Adegboye, O. A. (2021). Does High Public Trust Amplify Compliance with Stringent COVID-19 Government Health Guidelines? A Multi-country Analysis Using Data from 102,627 Individuals. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 293-302. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S278774>

Pal, R., Banerjee, M., Yadav, U., & Bhattacharjee, S. (2021). Statin use and clinical outcomes in patients with COVID-19: An updated systematic review and meta-analysis. *Postgraduate Medical Journal*, postgradmedj-2020-139172. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139172>

Pan, A., Liu, L., Wang, C., Guo, H., Hao, X., Wang, Q., Huang, J., He, N., Yu, H., Lin, X., Wei, S., & Wu, T. (2020). Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*, 323(19), 1915-1923. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6130>

Panda, A., Siddarth, D., & Pal, J. (2020). *COVID, BLM, and the polarization of US politicians on Twitter* (arXiv:2008.03263). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2008.03263>

Pani, S. K., Lin, N.-H., & RavindraBabu, S. (2020). Association of COVID-19 pandemic with meteorological parameters over Singapore. *Science of The Total Environment*, 740, 140112. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140112>

Pansini, R., & Fornacca, D. (2021). COVID-19 Higher Mortality in Chinese Regions With Chronic Exposure to Lower Air Quality. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.597753>

Papineni, P., Harrison, T., & Mutuyimana, J. (2020). Ethnicity and covid-19: Analysis must be inclusive and transparent. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m2166. MEDLINE. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2166>

Pardo, A., & Ruiz Díaz, Miguel Ángel. (2011). *Análisis de Datos con SPSS 13 Base*. McGraw-Hill España. <https://library.biblioboard.com/content/2342bcb4-8927-4993-aff3-34d71b4ab22b>

Parikh, R., Mathai, A., Parikh, S., Chandra Sekhar, G., & Thomas, R. (2008). Understanding and using sensitivity, specificity and predictive values. *Indian Journal of Ophthalmology*, 56(1), 45-50.

Parit, R., & Jayavel, S. (2021). Association of ACE inhibitors and angiotensin type II blockers with ACE2 overexpression in COVID-19 comorbidities: A pathway-based analytical study. *European Journal of Pharmacology*, 896, 173899. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2021.173899>

Parsons, T. (1979). Definitions of health and illness in light of American values and social structure. *Patients, physicians and illness*, 97-117.

Pascarella, G., Strumia, A., Piliago, C., Bruno, F., Del Buono, R., Costa, F., Scarlata, S., & Agrò, F. E. (2020). COVID-19 diagnosis and management: A comprehensive review. *Journal of Internal Medicine*, 288(2), 192-206. <https://doi.org/10.1111/joim.13091>

Paul, B. D. (1955). *Health, Culture, and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. Russell Sage Foundation.

Paynter, S. (2015). Humidity and respiratory virus transmission in tropical and temperate settings. *Epidemiology & Infection*, *143*(6), 1110-1118. <https://doi.org/10.1017/S0950268814002702>

Pennycook, G., McPhetres, J., Bago, B., & Rand, D. G. (2022). Beliefs About COVID-19 in Canada, the United Kingdom, and the United States: A Novel Test of Political Polarization and Motivated Reasoning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *48*(5), 750-765. <https://doi.org/10.1177/01461672211023652>

Pérès, K., Ouvrard, C., Koleck, M., Rasclé, N., Dartigues, J.-F., Bergua, V., & Amieva, H. (2021). Living in rural area: A protective factor for a negative experience of the lockdown and the COVID-19 crisis in the oldest old population? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *36*(12), 1950-1958. <https://doi.org/10.1002/gps.5609>

Peretti-Watel, P., Alleaume, C., Léger, D., Beck, F., & Verger, P. (2020). Anxiety, depression and sleep problems: A second wave of COVID-19. *General Psychiatry*, *33*(5), e100299. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100299>

Pérez Riverol, A. (2022). The Cuban Strategy for Combatting the COVID-19 Pandemic. *MEDICC Review*, *22*, 64-68.

Perkmann, M. (2003). Cross-Border Regions in Europe: Significance and Drivers of Regional Cross-Border Co-Operation. *European Urban and Regional Studies*, *10*(2), 153-171. <https://doi.org/10.1177/0969776403010002004>

Perone, G. (2021). The determinants of COVID-19 case fatality rate (CFR) in the Italian regions and provinces: An analysis of environmental, demographic, and healthcare factors. *Science of The Total Environment*, *755*, 142523. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142523>

Pertwee, E., Simas, C., & Larson, H. J. (2022). An epidemic of uncertainty: Rumors, conspiracy theories and vaccine hesitancy. *Nature Medicine*, *28*(3), Article 3. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01728-z>

Peters, D. J. (2020). Community Susceptibility and Resiliency to COVID-19 Across the Rural-Urban Continuum in the United States. *The Journal of Rural Health, 36*(3), 446-456. <https://doi.org/10.1111/jrh.12477>

Petersen, M. W., Dantoft, T. M., Jensen, J. S., Pedersen, H. F., Frostholt, L., Benros, M. E., Carstensen, T. B. W., Ørnbøl, E., & Fink, P. (2021). The impact of the Covid-19 pandemic on mental and physical health in Denmark – a longitudinal population-based study before and during the first wave. *BMC Public Health, 21*(1), 1418. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11472-7>

Petroni, M., Hill, D., Younes, L., Barkman, L., Howard, S., Howell, I. B., Mirowsky, J., & Collins, M. B. (2020). Hazardous air pollutant exposure as a contributing factor to COVID-19 mortality in the United States. *Environmental Research Letters, 15*(9), 0940a9. <https://doi.org/10.1088/1748-9326/abaf86>

Peyrony, J. (2021). The Effects of Covid-19-induced Border Closures on Cross-Border Regions. *European Institute of Cross-Border Studies, 15-24*.

Peyvandi, F., Artoni, A., Novembrino, C., Aliberti, S., Panigada, M., Boscarino, M., Gualtierotti, R., Rossi, F., Palla, R., Martinelli, I., Grasselli, G., Blasi, F., & Tripodi, A. (2021). Hemostatic alterations in COVID-19. *Haematologica, 106*(5), 1472-1475. <https://doi.org/10.3324/haematol.2020.262634>

Pfattheicher, S., Nockur, L., Böhm, R., Sassenrath, C., & Petersen, M. B. (2020). The Emotional Path to Action: Empathy Promotes Physical Distancing and Wearing of Face Masks During the COVID-19 Pandemic. *Psychological Science, 31*(11), 1363-1373. <https://doi.org/10.1177/0956797620964422>

Pfluger, R., Feist, W., Tietjen, A., & Neher, A. (2013). *Physiological impairments of individuals at low indoor air humidity*. <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/humidity-and-respiratory-virus-transmission-in-tropical-and-temperate-settings/DDD7Co65E1162CDB039C398F2F2C44DF>

Phan, M., Tue, N., Anh, P., Baker, S., Kellam, P., & Cotten, M. (2018). Identification and characterization of Coronaviridae genomes from Vietnamese bats

and rats based on conserved protein domains. *Virus Evolution*, 4. <https://doi.org/10.1093/ve/vey035>

Pica, N., & Bouvier, N. M. (2012). Environmental factors affecting the transmission of respiratory viruses. *Current Opinion in Virology*, 2(1), 90-95. <https://doi.org/10.1016/j.coviro.2011.12.003>

Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>

Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)

Pierce-Williams, R. A. M., Burd, J., Felder, L., Khoury, R., Bernstein, P. S., Avila, K., Penfield, C. A., Roman, A. S., DeBolt, C. A., Stone, J. L., Bianco, A., Kern-Goldberger, A. R., Hirshberg, A., Srinivas, S. K., Jayakumaran, J. S., Brandt, J. S., Anastasio, H., Birsner, M., O'Brien, D. S., ... Berghella, V. (2020). Clinical course of severe and critical coronavirus disease 2019 in hospitalized pregnancies: A United States cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(3), 100134. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100134>

Pike, K. L. (1967). Etic and emic standpoints for the description of behavior. *En Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior, 2nd rev. Ed* (pp. 37-72). Mouton & Co. <https://doi.org/10.1037/14786-002>

Pique-Regi, R., Romero, R., Tarca, A. L., Luca, F., Xu, Y., Alazizi, A., Leng, Y., Hsu, C.-D., & Gomez-Lopez, N. (2020). Does the human placenta express the canonical cell entry mediators for SARS-CoV-2? *ELife*, 9, e58716. <https://doi.org/10.7554/eLife.58716>

Plotkin, S., Robinson, J. M., Cunningham, G., Iqbal, R., & Larsen, S. (2017).

The complexity and cost of vaccine manufacturing—An overview. *Vaccine*, 35(33), 4064-4071. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.06.003>

Podesva, R. J., Sharma, D., & Schilling, N. (2014). Research Methods in Linguistics: Surveys and Interviews. En *Research Methods in Linguistics* (pp. 96-113). Cambridge University Press.

Pogrebna, G., & Kharlamov, A. (2020). *The Impact of Cross-Cultural Differences in Handwashing Patterns on the COVID-19 Outbreak Magnitude*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23764.96649>

Poirier, C., Luo, W., Majumder, M. S., Liu, D., Mandl, K. D., Mooring, T. A., & Santillana, M. (2020). The role of environmental factors on transmission rates of the COVID-19 outbreak: An initial assessment in two spatial scales. *Scientific Reports*, 10(1), 17002. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74089-7>

Poletti, P., Tirani, M., Cereda, D., Trentini, F., Guzzetta, G., Sabatino, G., Marziano, V., Castrofino, A., Grosso, F., Del Castillo, G., Piccarreta, R., Andreassi, A., Melegaro, A., Gramegna, M., Ajelli, M., Merler, S., & ATS Lombardy COVID-19 Task Force. (2021). Association of Age With Likelihood of Developing Symptoms and Critical Disease Among Close Contacts Exposed to Patients With Confirmed SARS-CoV-2 Infection in Italy. *JAMA Network Open*, 4(3), e211085. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.1085>

Pontali, E., Volpi, S., Antonucci, G., Castellaneta, M., Buzzi, D., Tricerri, F., Angelelli, A., Caorsi, R., Feasi, M., Calautti, F., Castagnola, E., Rollandi, G. A., Ravelli, A., Cassola, G., & Gattorno, M. (2020). Safety and efficacy of early high-dose IV anakinra in severe COVID-19 lung disease. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 146(1), 213-215. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.05.002>

Popp, M., Stegemann, M., Metzendorf, M.-I., Gould, S., Kranke, P., Meybohm, P., Skoetz, N., & Weibel, S. (2021). Ivermectin for preventing and treating COVID-19. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD015017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015017.pub2>

PopulationPyramid. (2023). *Population Pyramids of the World from 1950 to*

2100. PopulationPyramid.Net. <https://www.populationpyramid.net/world/2023/>

Porter, D., & Porter, R. (1988). The politics of prevention: Anti-vaccinationism and public health in nineteenth-century England. *Medical History*, 32(3), 231-252. <https://doi.org/10.1017/S0025727300048225>

Posel, D., Oyenubi, A., & Kollamparambil, U. (2021). Job loss and mental health during the COVID-19 lockdown: Evidence from South Africa. *PLOS ONE*, 16(3), e0249352. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249352>

Power, S. A., Schaeffer, M., Heisig, J. P., Udsen, R., & Morton, T. (2023). Why trust? A mixed-method investigation of the origins and meaning of trust during the COVID-19 lockdown in Denmark. *British Journal of Social Psychology*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/bjso.12637>

Pozzer, A., Dominici, F., Haines, A., Witt, C., Münzel, T., & Lelieveld, J. (2020). Regional and global contributions of air pollution to risk of death from COVID-19. *Cardiovascular Research*, 116(14), 2247-2253. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvaa288>

Prata, D. N., Rodrigues, W., & Bermejo, P. H. (2020). Temperature significantly changes COVID-19 transmission in (sub)tropical cities of Brazil. *Science of The Total Environment*, 729, 138862. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138862>

Pritchett, J. C., Borah, B. J., Desai, A. P., Xie, Z., Saliba, A. N., Leventakos, K., Coffey, J. D., Pearson, K. K., Speicher, L. L., Orenstein, R., Virk, A., Ganesh, R., Paludo, J., Halfdanarson, T. R., & Haddad, T. C. (2021). Association of a Remote Patient Monitoring (RPM) Program With Reduced Hospitalizations in Cancer Patients With COVID-19. *JCO Oncology Practice*, 17(9), e1293-e1302. <https://doi.org/10.1200/OP.21.00307>

Przysada-Sukiennik, P. (2021). Comparison of Institutional Solutions in Sweden and Poland during the COVID-19 Pandemic: A Case Study. *European Research Studies Journal*, 24(Special Issue 3), 622-633.

<https://doi.org/10.35808/ersj/2517>

Qeadan, F., Mensah, N. A., Tingey, B., & Stanford, J. B. (2021). The risk of clinical complications and death among pregnant women with COVID-19 in the Cerner COVID-19 cohort: A retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03772-y>

Qi, H., Xiao, S., Shi, R., Ward, M. P., Chen, Y., Tu, W., Su, Q., Wang, W., Wang, X., & Zhang, Z. (2020). COVID-19 transmission in Mainland China is associated with temperature and humidity: A time-series analysis. *Science of The Total Environment*, *728*, 138778. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138778>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, *33*(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Qiu, X., Nergiz, A. I., Maraolo, A. E., Bogoch, I. I., Low, N., & Cevik, M. (2021). *The role of asymptomatic and pre-symptomatic infection in SARS-CoV-2 transmission – a living systematic review* (p. 2020.09.01.20135194). <https://doi.org/10.1101/2020.09.01.20135194>

Quinn, S. C., Jamison, A., Freimuth, V. S., An, J., Hancock, G. R., & Musa, D. (2017). Exploring racial influences on flu vaccine attitudes and behavior: Results of a national survey of White and African American adults. *Vaccine*, *35*(8), 1167-1174. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.12.046>

Raamsman, M. J. B., Locker, J. K., de Hooge, A., de Vries, A. A. F., Griffiths, G., Vennema, H., & Rottier, P. J. M. (2000). Characterization of the Coronavirus Mouse Hepatitis Virus Strain A59 Small Membrane Protein E. *Journal of Virology*, *74*(5), 2333-2342. <https://doi.org/10.1128/JVI.74.5.2333-2342.2000>

Rahman, M., Islam, M., Shimanto, M. H., Ferdous, J., Rahman, A. A.-N. S., Sagor, P. S., & Chowdhury, T. (2021). A global analysis on the effect of temperature, socio-economic and environmental factors on the spread and mortality rate of the COVID-19 pandemic. *Environment, Development and Sustainability*, *23*(6), 9352-

9366. <https://doi.org/10.1007/s10668-020-01028-x>

Rajkumar, R. P. (2021). The relationship between measures of individualism and collectivism and the impact of COVID-19 across nations. *Public Health in Practice*, 2, 100143. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100143>

Ramakrishnan, S., Nicolau, D. V., Langford, B., Mahdi, M., Jeffers, H., Mwasuku, C., Krassowska, K., Fox, R., Binnian, I., Glover, V., Bright, S., Butler, C., Cane, J. L., Halner, A., Matthews, P. C., Donnelly, L. E., Simpson, J. L., Baker, J. R., Fadai, N. T., ... Bafadhel, M. (2021). Inhaled budesonide in the treatment of early COVID-19 (STOIC): A phase 2, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(7), 763-772. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00160-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00160-0)

Rapeli, L., & Saikkonen, I. (2020). How Will the COVID-19 Pandemic Affect Democracy? *Democratic Theory*, 7(2), 25-32. <https://doi.org/10.3167/dt.2020.070204>

Rayan, R. A. (2021). Seasonal variation and COVID-19 infection pattern: A gap from evidence to reality. *Current Opinion in Environmental Science & Health*, 20, 100238. <https://doi.org/10.1016/j.coesh.2021.100238>

Rebekić, A., Lončarić, Z., Petrović, S., & Marić, S. (2015). Pearson's or Spearman's correlation coefficient—Which one to use? *Poljoprivreda*, 21(2), 47-54. J.J. Strossmayer University of Osijek, Faculty of Agriculture in Osijek, Croatia. <https://doi.org/10.18047/poljo.21.2.8>

RECOVERY Collaborative Group. (2020). Lopinavir-ritonavir in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): A randomised, controlled, open-label, platform trial. *Lancet (London, England)*, 396(10259), 1345-1352. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32013-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32013-4)

RECOVERY Collaborative Group, Horby, P., Lim, W. S., Emberson, J. R., Mafham, M., Bell, J. L., Linsell, L., Staplin, N., Brightling, C., Ustianowski, A., Elmahi, E., Prudon, B., Green, C., Felton, T., Chadwick, D., Rege, K., Fegan, C., Chappell, L. C., Faust, S. N., ... Landray, M. J. (2021). Dexamethasone in Hospitalized Patients

with Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 384(8), 693-704.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>

RECOVERY Collaborative Group, Self, W. H., Semler, M. W., Leither, L. M., Casey, J. D., Angus, D. C., Brower, R. G., Chang, S. Y., Collins, S. P., Eppensteiner, J. C., Filbin, M. R., Files, D. C., Gibbs, K. W., Ginde, A. A., Gong, M. N., Harrell, F. E., Hayden, D. L., Hough, C. L., Johnson, N. J., ... Diercks, D. (2020). Effect of Hydroxychloroquine on Clinical Status at 14 Days in Hospitalized Patients With COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 324(21), 2165-2176.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.22240>

Reiter, P. L., Pennell, M. L., & Katz, M. L. (2020). Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated? *Vaccine*, 38(42), 6500-6507. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.08.043>

Reny, T. T., & Barreto, M. A. (2022). Xenophobia in the time of pandemic: Othering, anti-Asian attitudes, and COVID-19. *Politics, Groups, and Identities*, 10(2), 209-232. <https://doi.org/10.1080/21565503.2020.1769693>

Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Beltekian, D., Mathieu, E., Hasell, J., Macdonald, B., Giattino, C., Appel, C., Rodés-Guirao, L., & Roser, M. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/coronavirus>

Ritchie, H., & Roser, M. (2019, septiembre 20). *Age Structure*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/age-structure>

Rizvi, S. A., Umair, M., & Cheema, M. A. (2021). Clustering of countries for COVID-19 cases based on disease prevalence, health systems and environmental indicators. *Chaos Solitons & Fractals*, 151, 111240.  
<https://doi.org/10.1016/j.chaos.2021.111240>

Rochwerg, B., Agarwal, A., Siemieniuk, R. A., Agoritsas, T., Lamontagne, F., Askie, L., Lytvyn, L., Leo, Y.-S., Macdonald, H., Zeng, L., Amin, W., Burhan, E., Bausch, F. J., Calfee, C. S., Cecconi, M., Chanda, D., Du, B., Geduld, H., Gee, P., ... Vandvik, P. O. (2020). A living WHO guideline on drugs for covid-19. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 370, m3379. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3379>

Rochwerf, B., Agarwal, A., Zeng, L., Leo, Y.-S., Appiah, J. A., Agoritsas, T., Bartoszko, J., Brignardello-Petersen, R., Ergan, B., Ge, L., Geduld, H., Gershengorn, H. B., Manai, H., Huang, M., Lamontagne, F., Kanda, S., Kawano-Dourado, L., Kurian, L., Kwizera, A., ... Guyatt, G. (2020). Remdesivir for severe covid-19: A clinical practice guideline. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 370, m2924. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2924>

Rodriguez, C. G., Gadarian, S. K., Goodman, S. W., & Pepinsky, T. B. (2022). Morbid Polarization: Exposure to COVID-19 and Partisan Disagreement about Pandemic Response. *Political Psychology*, 43(6), 1169-1189. <https://doi.org/10.1111/pops.12810>

Rodríguez, J. L., Odriozola, S., Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), & Oficina Coordinadora Residente (OCR) en Cuba. (2020). *Impactos Económicos y Sociales de la COVID 19 en Cuba: Opciones de políticas*. <https://www.greengrowthknowledge.org/sites/default/files/downloads/resource/266%20IMPACTOS%20DE%20LA%20COVID-19%20EN%20CUBA-24%20JUNIO-2020.pdf>

Rodriguez-Villamizar, L. A., Belalcázar-Ceron, L. C., Fernández-Niño, J. A., Marín-Pineda, D. M., Rojas-Sánchez, O. A., Acuña-Merchán, L. A., Ramírez-García, N., Mangones-Matos, S. C., Vargas-González, J. M., Herrera-Torres, J., Agudelo-Castañeda, D. M., Piñeros Jiménez, J. G., Rojas-Roa, N. Y., & Herrera-Galindo, V. M. (2021). Air pollution, sociodemographic and health conditions effects on COVID-19 mortality in Colombia: An ecological study. *Science of the Total Environment*, 756. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.144020>

Rogers, S. E. (1960). Human Ecology and Health. An Introduction for Administrators. *Human Ecology and Health. An Introduction for Administrators*. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19612704652>

Roman, Y. M., Burela, P. A., Pasupuleti, V., Piscocoya, A., Vidal, J. E., & Hernandez, A. V. (2021). Ivermectin for the treatment of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, ciab591. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab591>

Romano, A., Spadaro, G., Balliet, D., Joireman, J., Van Lissa, C., Jin, S., Agostini, M., Bélanger, J. J., Gützkow, B., Kreienkamp, J., & Leander, N. P. (2021). Cooperation and Trust Across Societies During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(7), 622-642. <https://doi.org/10.1177/0022022120988913>

Romer, D., & Jamieson, K. H. (2021). Patterns of Media Use, Strength of Belief in COVID-19 Conspiracy Theories, and the Prevention of COVID-19 From March to July 2020 in the United States: Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e25215. <https://doi.org/10.2196/25215>

Rönnerstrand, B. (2013). Social capital and immunisation against the 2009 A(H1N1) pandemic in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(8), 853-859. <https://doi.org/10.1177/1403494813494975>

Roosevelt, F. D. (2015). *First Inaugural Address (excerpts)*.

Rosario, D. K. A., Mutz, Y. S., Bernardes, P. C., & Conte-Junior, C. A. (2020). Relationship between COVID-19 and weather: Case study in a tropical country. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 229, 113587. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2020.113587>

Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427-432. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>

Rosenberg, E. S., Dufort, E. M., Udo, T., Wilberschied, L. A., Kumar, J., Tesoriero, J., Weinberg, P., Kirkwood, J., Muse, A., DeHovitz, J., Blog, D. S., Hutton, B., Holtgrave, D. R., & Zucker, H. A. (2020). Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in New York State. *JAMA*, 323(24), 2493-2502. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8630>

Roser, M. (2014, julio 25). *Human Development Index (HDI)*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/human-development-index>

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and

Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00790>

Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>

Rotshenker-Olshinka, K., Volodarsky-Perel, A., Steiner, N., Rubinfeld, E., & Dahan, M. H. (2021). COVID-19 pandemic effect on early pregnancy: Are miscarriage rates altered, in asymptomatic women? *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 303(3), 839-845. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05848-0>

Roy, A., & Kar, S. (2020, abril 17). Nature of transmission of Covid19 in India. *MedRxiv: the preprint server for health sciences*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.14.20065821v1>

Roy, I. (2020, marzo 25). *Combating Recent Pandemic of COVID-19—An Urgent Solution* [Working / discussion paper]. Preprints: Basel, Switzerland. (2020); Preprints. <https://doi.org/10.20944/preprints202003.0366.v1>

Rubin, D., Huang, J., Fisher, B. T., Gasparrini, A., Tam, V., Song, L., Wang, X., Kaufman, J., Fitzpatrick, K., Jain, A., Griffiths, H., Crammer, K., Morris, J., & Tasian, G. (2020). Association of Social Distancing, Population Density, and Temperature With the Instantaneous Reproduction Number of SARS-CoV-2 in Counties Across the United States. *JAMA Network Open*, 3(7), e2016099. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.16099>

Ruck, D. J., Bentley, R. A., & Lawson, D. J. (2020). Cultural prerequisites of socioeconomic development. *Royal Society Open Science*, 7(2), 190725. <https://doi.org/10.1098/rsos.190725>

Ruck, D. J., Borycz, J., & Bentley, R. A. (2021). Cultural values predict national COVID-19 death rates. *SN Social Sciences*, 1(3), 74. <https://doi.org/10.1007/s43545-021-00080-2>

Rudolph, T. J., & Evans, J. (2005). Political Trust, Ideology, and Public

Support for Government Spending. *American Journal of Political Science*, 49(3), 660-671. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5907.2005.00148.x>

Rumpler, R., Venkataraman, S., & Göransson, P. (2020). An observation of the impact of CoViD-19 recommendation measures monitored through urban noise levels in central Stockholm, Sweden. *Sustainable Cities and Society*, 63, 102469. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2020.102469>

Rupani, P. F., Nilashi, M., Abumalloh, R. A., Asadi, S., Samad, S., & Wang, S. (2020). Coronavirus pandemic (COVID-19) and its natural environmental impacts. *International Journal of Environmental Science and Technology*, 17(11), 4655-4666. <https://doi.org/10.1007/s13762-020-02910-x>

Ryan, J., & Wretstrand, A. (2020). Improving Coherence in a Cross-Border Public Transport System: Lessons from the Greater Copenhagen Region. *Sustainability*, 12(15), Article 15. <https://doi.org/10.3390/su12156208>

Saadat, S., Rawtani, D., & Hussain, C. M. (2020). Environmental perspective of COVID-19. *Science of The Total Environment*, 728, 138870. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138870>

Sagripanti, J.-L., & Lytle, C. D. (2020). Estimated Inactivation of Coronaviruses by Solar Radiation With Special Reference to COVID-19. *Photochemistry and Photobiology*, 96(4), 731-737. <https://doi.org/10.1111/php.13293>

Saha, B., Debnath, A., & Saha, B. (2020). *Analysis and finding the correlation of air quality parameters on the spread and deceased case of COVID-19 patients in India* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-34647/v1>

Sajadi, M. M., Habibzadeh, P., Vintzileos, A., Shokouhi, S., Miralles-Wilhelm, F., & Amoroso, A. (2020). Temperature, humidity, and latitude analysis to predict potential spread and seasonality for COVID-19. *Social Science Research Network*, 3550308. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3550308>

Salah, B., Xuan, A. D., Fouilladieu, J. L., Lockhart, A., & Regnard, J. (1988). Nasal mucociliary transport in healthy subjects is slower when breathing dry air.

*European Respiratory Journal*, 1(9), 852-855.

Saleem, A. (2020, junio 23). Denial and conspiracy theories fuel coronavirus crisis – DW – 06/23/2020. *DW - Society*. <https://www.dw.com/en/how-denial-and-conspiracy-theories-fuel-coronavirus-crisis-in-pakistan/a-53913842>

Salvucci, V., & Tarp, F. (2021). Poverty and vulnerability in Mozambique: An analysis of dynamics and correlates in light of the Covid-19 crisis using synthetic panels. *Review of Development Economics*, 25(4), 1895-1918. <https://doi.org/10.1111/rode.12835>

Sánchez Somonte, L. (2022). *Cuba en internet: Transformaciones del espacio público, ciudadanía y participación*. Universidad Pontificia Bolivariana. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/10443>

Sánchez-Carrión, J. J. (1999). *Manual del análisis estadístico de los datos*. Alianza Editorial S.A.

Sanders, J. M., Monogue, M. L., Jodlowski, T. Z., & Cutrell, J. B. (2020). Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*, 323(18), 1824-1836. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6019>

Sangkham, S., Thongtip, S., & Vongruang, P. (2021). Influence of air pollution and meteorological factors on the spread of COVID-19 in the Bangkok Metropolitan Region and air quality during the outbreak. *Environmental Research*, 197, 111104. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111104>

SanJuan-Reyes, S., Gómez-Oliván, L. M., & Islas-Flores, H. (2021). COVID-19 in the environment. *Chemosphere*, 263, 127973. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2020.127973>

Sannigrahi, S., Pilla, F., Basu, B., Basu, A. S., & Molter, A. (2020). Examining the association between socio-demographic composition and COVID-19 fatalities in the European region using spatial regression approach. *Sustainable Cities and Society*, 62, 102418. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2020.102418>

Santos, H. C., Varnum, M. E. W., & Grossmann, I. (2017). Global Increases in

Individualism. *Psychological Science*, 28(9), 1228-1239.  
<https://doi.org/10.1177/0956797617700622>

Sarkanen, T. O., Alakuijala, A. P. E., Dauvilliers, Y. A., & Partinen, M. M. (2018). Incidence of narcolepsy after H1N1 influenza and vaccinations: Systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 177-186.  
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.06.006>

Sarkodie, S. A., & Owusu, P. A. (2020). Impact of meteorological factors on COVID-19 pandemic: Evidence from top 20 countries with confirmed cases. *Environmental Research*, 191, 110101. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110101>

Sarmadi, M., Marufi, N., & Kazemi Moghaddam, V. (2020). Association of COVID-19 global distribution and environmental and demographic factors: An updated three-month study. *Environmental Research*, 188, 109748.  
<https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109748>

Saroha, D. J. (2018). Types and Significance of Population Pyramids. *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 4(4), 59-69.

Saruchera, F. (2022, septiembre 11). *Social media and COVID-19 vaccine misinformation: Unpacking vaccine hesitancy in Southern Africa*.

Saunes, I. S., Vrangbæk, K., Byrkjeflot, H., Jervelund, S. S., Birk, H. O., Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I., Sigurgeirsdóttir, S., Janlöv, N., Ramsberg, J., Hernández-Quevedo, C., Merkur, S., Sagan, A., & Karanikolos, M. (2022). Nordic responses to Covid-19: Governance and policy measures in the early phases of the pandemic. *Health Policy*, 126(5), 418-426.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.08.011>

Savani, K., Markus, H. R., & Conner, A. L. (2008). Let your preference be your guide? Preferences and choices are more tightly linked for North Americans than for Indians. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 861-876.  
<https://doi.org/10.1037/a0011618>

Sayers, F. (2020, abril). *Swedish expert: Why lockdowns are the wrong policy*. The Post. <https://unherd.com/thepost/coming-up-epidemiologist-prof->

johan-giesecke-shares-lessons-from-sweden/

Schack, M. (1999). On the Multi-contextual Character of Border Regions. *ERSA Conference Papers*, Article ersa99pa134. <https://ideas.repec.org/p/wiw/wiwr/ersa99pa134.html>

Schaller, M., Murray, D. R., & Bangerter, A. (2015). Implications of the behavioural immune system for social behaviour and human health in the modern world. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669), 20140105. <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0105>

Schellekens, P., & Sourrouille, D. M. (2020). *Covid-19 Mortality in Rich and Poor Countries: A Tale of Two Pandemics?* (SSRN Scholarly Paper ID 3614141). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=3614141>

Schewel, K. (2020). Understanding Immobility: Moving Beyond the Mobility Bias in Migration Studies. *International Migration Review*, 54(2), 328-355. <https://doi.org/10.1177/0197918319831952>

Schmitter, P. C., & Karl, T. L. (1991). What Democracy Is. . . And Is Not. *Journal of Democracy*, 2(3), 75-88. <https://doi.org/10.1353/jod.1991.0033>

Schnaider, K., Schiavetto, S., Meier, F., Wasson, B., Allsopp, B. B., & Spikol, D. (2021). Governmental Response to the COVID-19 Pandemic—A Quantitative Ethnographic Comparison of Public Health Authorities' Communication in Denmark, Norway, and Sweden. En A. R. Ruis & S. B. Lee (Eds.), *Advances in Quantitative Ethnography* (pp. 406-421). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-67788-6\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-030-67788-6_28)

Schneider, S. C., & De Meyer, A. (1991). Interpreting and responding to strategic issues: The impact of national culture. *Strategic Management Journal*, 12(4), 307-320. <https://doi.org/10.1002/smj.4250120406>

Schoeman, D., & Fielding, B. C. (2019). Coronavirus envelope protein: Current knowledge. *Virology Journal*, 16(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12985-019-1182-0>

Schuessler, J., Dinesen, P. T., Østergaard, S. D., & Sønderskov, K. M. (2022).

Public support for unequal treatment of unvaccinated citizens: Evidence from Denmark. *Social Science & Medicine*, 305, 115101. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115101>

Schultz, N. H., Sørvoll, I. H., Michelsen, A. E., Munthe, L. A., Lund-Johansen, F., Ahlen, M. T., Wiedmann, M., Aamodt, A.-H., Skattør, T. H., Tjønnfjord, G. E., & Holme, P. A. (2021). Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. *The New England Journal of Medicine*, 384(22), 2124-2130. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2104882>

Schulz, P. J., Andersson, E. M., Bizzotto, N., & Norberg, M. (2021). Using Ecological Momentary Assessment to Study the Development of COVID-19 Worries in Sweden: Longitudinal Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(11), e26743. <https://doi.org/10.2196/26743>

Scotch, N. A. (1960). A Preliminary Report on the Relation of Sociocultural Factors to Hypertension Among the Zulu\*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 84(17), 1000-1009. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1960.tb39132.x>

Scott, M. (2020, marzo 30). Facebook's private groups are abuzz with coronavirus fake news. *POLITICO*. <https://www.politico.eu/article/facebook-misinformation-fake-news-coronavirus-covid19/>

Scully, M., Singh, D., Lown, R., Poles, A., Solomon, T., Levi, M., Goldblatt, D., Kotoucek, P., Thomas, W., & Lester, W. (2021). Pathologic Antibodies to Platelet Factor 4 after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. *The New England Journal of Medicine*, 384(23), 2202-2211. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2105385>

Seloilwe, E. S., Kealeboga, K. M., & Khutjwe, J. V. (2023). A coordinated health policy in response to COVID-19: A case of Botswana. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 55(1), 163-166. <https://doi.org/10.1111/jnu.12821>

Sen, S., Karaca-Mandic, P., & Georgiou, A. (2020). Association of Stay-at-Home Orders With COVID-19 Hospitalizations in 4 States. *JAMA*, 323(24), 2522-2524. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9176>

Sepulveda, E. R., & Brooker, A.-S. (2021). Income inequality and COVID-19 mortality: Age-stratified analysis of 22 OECD countries. *SSM - Population Health*, 16, 100904. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100904>

Setti, L., Passarini, F., De Gennaro, G., Barbieri, P., Perrone, M. G., Borelli, M., Palmisani, J., Di Gilio, A., Torboli, V., Fontana, F., Clemente, L., Pallavicini, A., Ruscio, M., Piscitelli, P., & Miani, A. (2020). SARS-Cov-2RNA found on particulate matter of Bergamo in Northern Italy: First evidence. *Environmental Research*, 188, 109754. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109754>

Sfîcă, L., Bulai, M., Amihăesei, V.-A., Ion, C., & Ştefan, M. (2020). Weather Conditions (with Focus on UV Radiation) Associated with COVID-19 Outbreak and Worldwide Climate-based Prediction for Future Prevention. *Aerosol and Air Quality Research*, 20(9), 1862-1873. <https://doi.org/10.4209/aaqr.2020.05.0206>

Shahsavari, S., Holur, P., Wang, T., Tangherlini, T. R., & Roychowdhury, V. (2020). Conspiracy in the time of corona: Automatic detection of emerging COVID-19 conspiracy theories in social media and the news. *Journal of Computational Social Science*, 3(2), 279-317. <https://doi.org/10.1007/s42001-020-00086-5>

Shakil, M. H., Munim, Z. H., Tasnia, M., & Sarowar, S. (2020). COVID-19 and the environment: A critical review and research agenda. *Science of The Total Environment*, 745, 141022. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.141022>

Shamsi, S., Zaman, K., Usman, B., Nassani, A. A., Haffar, M., & Abro, M. M. Q. (2021). Do environmental pollutants carrier to COVID-19 pandemic? A cross-sectional analysis. *Environmental Science and Pollution Research*. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-17004-5>

Sharif, N., Sarkar, M. K., Ahmed, S. N., Ferdous, R. N., Nobel, N. U., Parvez, A. K., Talukder, A. A., & Dey, S. K. (2021). Environmental correlation and epidemiologic analysis of COVID-19 pandemic in ten regions in five continents. *Heliyon*, 7(3), e06576. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06576>

Shaw Stewart, P. D. (2016). Seasonality and selective trends in viral acute respiratory tract infections. *Medical Hypotheses*, 86, 104-119.

<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2015.11.005>

Sheikh, A., McMenamin, J., Taylor, B., Robertson, C., & Public Health Scotland and the EAVE II Collaborators. (2021). SARS-CoV-2 Delta VOC in Scotland: Demographics, risk of hospital admission, and vaccine effectiveness. *Lancet (London, England)*, 397(10293), 2461-2462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01358-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01358-1)

Shepherd, K. (2020, marzo 19). John Cornyn criticized Chinese for eating snakes. He forgot about the rattlesnake roundups back in Texas. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/03/19/coronavirus-china-cornyn-blame/>

Shi, P., Dong, Y., Yan, H., Li, X., Zhao, C., Liu, W., He, M., Tang, S., & Xi, S. (2020). *The impact of temperature and absolute humidity on the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—Evidence from China* (p. 2020.03.22.20038919). <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20038919>

Siemieniuk, R. A., Bartoszko, J. J., Ge, L., Zeraatkar, D., Izcovich, A., Kum, E., Pardo-Hernandez, H., Qasim, A., Martinez, J. P. D., Rochwerg, B., Lamontagne, F., Han, M. A., Liu, Q., Agarwal, A., Agoritsas, T., Chu, D. K., Couban, R., Cusano, E., Darzi, A., ... Brignardello-Petersen, R. (2020). Drug treatments for covid-19: Living systematic review and network meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 370, m2980. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2980>

Singelis, T. M., Triandis, H. C., Bhawuk, D. P. S., & Gelfand, M. J. (1995). Horizontal and Vertical Dimensions of Individualism and Collectivism: A Theoretical and Measurement Refinement. *Cross-Cultural Research*, 29(3), 240-275. <https://doi.org/10.1177/106939719502900302>

Sjölander-Lindqvist, A., Larsson, S., Fava, N., Gillberg, N., Marciandò, C., & Cinque, S. (2020). Communicating About COVID-19 in Four European Countries: Similarities and Differences in National Discourses in Germany, Italy, Spain, and Sweden. *Frontiers in Communication*, 5. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcomm.2020.593325>

Smith, B. K., Janowski, A. B., Danis, J. E., Harvey, I. B., Zhao, H., Dai, Y.-N.,

Farnsworth, C. W., Gronowski, A. M., Roper, S., Fremont, D. H., & Wang, D. (2021). Seroprevalence of SARS-CoV-2 Antibodies in Children and Adults in St. Louis, Missouri, USA. *MSphere*, 6(1), e01207-20. <https://doi.org/10.1128/mSphere.01207-20>

Snow, J., & Richardson, B. W. (1936). *Snow on cholera: Being a reprint of two papers. [1855]*. Commonwealth Fund.

Söderström, Kristofer Rolf. (2023). *Transcribe* (v1.0.0). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7760511>

Solaymani-Dodaran, M., Ghanei, M., Bagheri, M., Qazvini, A., Vahedi, E., Hassan Saadat, S., Amin Setarehdan, S., Ansarifar, A., Biganeh, H., Mohazzab, A., Khalili, D., Hosein Ghazale, A., Reza Heidari, M., Taheri, A., Khoramdad, M., Mahdi Asadi, M., Nazemieh, M., Varshochi, M., Abbasian, S., ... Moazen, J. (2021). Safety and efficacy of Favipiravir in moderate to severe SARS-CoV-2 pneumonia. *International Immunopharmacology*, 95, 107522. <https://doi.org/10.1016/j.intimp.2021.107522>

Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., & Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*, 32(4), 226-228. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>

Song, X., Shi, N., Badamgarav, E., Kallich, J., Varker, H., Lenhart, G., & Curtis, J. R. (2011). Cost burden of second fracture in the US Health System. *Bone*, 48(4), 828-836. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2010.12.021>

Sørensen, J. F. L., & Christiansen, M. (2023). The Role of Economic Stress, Health Concerns, and Institutional Trust in Supporting Public Protests against COVID-19 Lockdown Measures in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010148>

Sperber, D. (1985). Anthropology and Psychology: Towards an Epidemiology of Representations. *Man*, 20(1), 73-89. <https://doi.org/10.2307/2802222>

Sperber, D. (1990). The epidemiology of beliefs. En *The social psychological*

*study of widespread beliefs* (pp. 25-44). Clarendon Press/Oxford University Press.

Sperber, D. (1994). D. Sperber: «the modularity of thought and the epidemiology of representations», en I. A. Hirschfeld y S. A. Gelman (eds), *mapping the mind. Psicothema*, 6(3), 561-566.

Spring, M., & Wendling, M. (2020, septiembre 2). How Covid-19 myths are merging with the QAnon conspiracy theory. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/blogs-trending-53997203>

Sridhar, D., & Gurdasani, D. (2021). Herd immunity by infection is not an option. *Science*, 371(6526), 230-231. <https://doi.org/10.1126/science.abf7921>

Ssewanyana, D., Abubakar, A., van Baar, A., Mwangala, P. N., & Newton, C. R. (2018). Perspectives on Underlying Factors for Unhealthy Diet and Sedentary Lifestyle of Adolescents at a Kenyan Coastal Setting. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00011>

Stephens, M. (2020). A geospatial infodemic: Mapping Twitter conspiracy theories of COVID-19. *Dialogues in Human Geography*, 10(2), 276-281. <https://doi.org/10.1177/2043820620935683>

Sternisko, A., Cichocka, A., & Van Bavel, J. J. (2020). The dark side of social movements: Social identity, non-conformity, and the lure of conspiracy theories. *Current Opinion in Psychology*, 35, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.02.007>

Stiegler, N., & Bouchard, J.-P. (2020). South Africa: Challenges and successes of the COVID-19 lockdown. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 178(7), 695-698. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.05.006>

Stokes, E. K., Zambrano, L. D., Anderson, K. N., Marder, E. P., Raz, K. M., El Burai Felix, S., Tie, Y., & Fullerton, K. E. (2020). Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance—United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(24), 759-765. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2>

Stoler, J., Jepson, W. E., & Wutich, A. (2020). Beyond handwashing: Water insecurity undermines COVID-19 response in developing areas. *Journal of Global Health, 10*(1), 010355. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010355>

Strang, J. (2020). Why do the Nordic countries react differently to the covid-19 crisis? *Nordics.info*. <https://nordics.info/show/artikel/the-nordic-countries-react-differently-to-the-covid-19-crisis/>

Strong, T., Trnka, S., & Wynn, L. L. (2021). “L’enfer, c’est les autres”: Proximity as an Ethical Problem during COVID-19. *Cultural Anthropology, 36*(3), Article 3. <https://doi.org/10.14506/ca36.3.01>

Suhaimi, N. F., Jalaludin, J., & Latif, M. T. (2020). Demystifying a Possible Relationship between COVID-19, Air Quality and Meteorological Factors: Evidence from Kuala Lumpur, Malaysia. *Aerosol and Air Quality Research, 20*(7), 1520-1529. <https://doi.org/10.4209/aaqr.2020.05.0218>

Sun, S. (2008). Organizational Culture and Its Themes. *International Journal of Business and Management, 3*(12), 5.

Sun, Y., & Monnat, S. M. (2022). Rural-urban and within-rural differences in COVID-19 vaccination rates. *The Journal of Rural Health, 38*(4), 916-922. <https://doi.org/10.1111/jrh.12625>

Sungnak, W., Huang, N., Bécavin, C., Berg, M., Queen, R., Litvinukova, M., Talavera-López, C., Maatz, H., Reichart, D., Sampaziotis, F., Worlock, K. B., Yoshida, M., & Barnes, J. L. (2020). SARS-CoV-2 entry factors are highly expressed in nasal epithelial cells together with innate immune genes. *Nature Medicine, 26*(5), Article 5. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0868-6>

Susser, M. (1973). Causal thinking in the health sciences: Concepts and strategies of epidemiology. *Causal Thinking in the Health Sciences: Concepts and Strategies of Epidemiology*, xii,181-xii,181.

Susser, M. (1993a). A South African Odyssey in community health: A memoir of the impact of the teachings of Sidney Kark. *American Journal of Public Health, 83*, 1039-1042.

Susser, M. (1993b). A South African odyssey in community health: A memoir of the impact of the teachings of Sidney Kark. *American Journal of Public Health*, 83(7), 1039-1042. <https://doi.org/10.2105/AJPH.83.7.1039>

Susser, M., & Stein, Z. (2009). *Eras in Epidemiology. The Evolution of Ideas*. Oxford University Press.

Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674-677. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.674>

Svenska Akademiens Ordbok. (1939). *Lagom*. <https://www.saob.se/artikel/?seek=Lagom>

Svensson, S. (2022, marzo 24). *How is Europe and European integration remembered?: A reflection on the Oresund/Greater Copenhagen cross-border region*. Castle Talks on European Memory Politics, European Memory Politics, European Memory versus Populism and Euroscepticism in Western Europe, Estrasburgo, Francia. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hh:diva-49034>

Syme, S. L. (1967). Social stress and cardiovascular disease. Implications and future prospects. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45(2), Suppl:175-180.

Szakács, A., Darin, N., & Hallböök, T. (2013). Increased childhood incidence of narcolepsy in western Sweden after H1N1 influenza vaccination. *Neurology*, 80(14), 1315-1321. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31828ab26f>

Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650-667. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh013>

Sztompka, P. (1999). *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge University Press.

Tabe-Ojong, M. P. Jr., Gebrekidan, B. H., Nshakira-Rukundo, E., Börner, J., & Heckelei, T. (2022). COVID-19 in rural Africa: Food access disruptions, food insecurity and coping strategies in Kenya, Namibia, and Tanzania. *Agricultural*

*Economics*, 53(5), 719-738. <https://doi.org/10.1111/agec.12709>

Tan, J., Mu, L., Huang, J., Yu, S., Chen, B., & Yin, J. (2005). An initial investigation of the association between the SARS outbreak and weather: With the view of the environmental temperature and its variation. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(3), 186-192. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.020180>

Tang, J. W. (2009). The effect of environmental parameters on the survival of airborne infectious agents. *Journal of The Royal Society Interface*, 6(suppl\_6), S737-S746. <https://doi.org/10.1098/rsif.2009.0227.focus>

Tang, L., Liu, M., Ren, B., Wu, Z., Yu, X., Peng, C., & Tian, J. (2021). Sunlight ultraviolet radiation dose is negatively correlated with the percent positive of SARS-CoV-2 and four other common human coronaviruses in the U.S. *Science of The Total Environment*, 751, 141816. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.141816>

Tang, W., Cao, Z., Han, M., Wang, Z., Chen, J., Sun, W., Wu, Y., Xiao, W., Liu, S., Chen, E., Chen, W., Wang, X., Yang, J., Lin, J., Zhao, Q., Yan, Y., Xie, Z., Li, D., Yang, Y., ... Xie, Q. (2020). Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: Open label, randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 369, m1849. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1849>

Tardif, J.-C., Bouabdallaoui, N., L'Allier, P. L., Gaudet, D., Shah, B., Pillinger, M. H., Lopez-Sendon, J., da Luz, P., Verret, L., Audet, S., Dupuis, J., Denault, A., Pelletier, M., Tessier, P. A., Samson, S., Fortin, D., Tardif, J.-D., Busseuil, D., Goulet, E., ... COLCORONA Investigators. (2021). Colchicine for community-treated patients with COVID-19 (COLCORONA): A phase 3, randomised, double-blinded, adaptive, placebo-controlled, multicentre trial. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 9(8), 924-932. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00222-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00222-8)

Taylor, L. (2021). Why Cuba developed its own covid vaccine—And what happened next. *BMJ*, n1912. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1912>

Teddie, C., & Tashakkori, A. (2010). Mixed methods research. Contemporary Issues in an Emerging Field. En *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 285-300). SAGE Publications.

Tegnell, A. (2021). The Swedish public health response to COVID-19. *APMIS*, 129(7), 320-323. <https://doi.org/10.1111/apm.13112>

Temkin, O. (1945). *The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*. (The Johns Hopkins University Press).  
[https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1946/05000/TEMKIN,\\_OWSEI\\_\\_The\\_Falling\\_Sickness\\_\\_A\\_History\\_of.16.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1946/05000/TEMKIN,_OWSEI__The_Falling_Sickness__A_History_of.16.aspx)

Teran, R. A., Walblay, K. A., Shane, E. L., Xydis, S., Gretsche, S., Gagner, A., Samala, U., Choi, H., Zelinski, C., & Black, S. R. (2021). Postvaccination SARS-CoV-2 Infections Among Skilled Nursing Facility Residents and Staff Members—Chicago, Illinois, December 2020-March 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(17), 632-638. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7017e1>

The Economist Intelligence Unit. (2021). *Democracy Index 2020. In sickness and in health?*

The Lancet Infectious Diseases. (2022). Time for Africa to future-proof, starting with COVID-19. *The Lancet. Infectious Diseases*, 22(2), 151. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00011-1)

The Times of India. (2020, agosto 20). At least 8 states using CDRs to track patients. *The Times of India*. <https://timesofindia.indiatimes.com/india/at-least-8-states-using-cdrs-to-track-patients/articleshow/77644710.cms>

The World Bank. (2021a). *Human Development Index (HDI)*. The World Bank. <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>

The World Bank. (2021b). *Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)*. The World Bank. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>

The World Bank Data. (2023). *World Bank Group—International Development, Poverty, & Sustainability* [Text/HTML]. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/home>

Tian, H., Liu, Y., Li, Y., Wu, C.-H., Chen, B., Kraemer, M. U. G., Li, B., Cai, J.,

Xu, B., Yang, Q., Wang, B., Yang, P., Cui, Y., Song, Y., Zheng, P., Wang, Q., Bjornstad, O. N., Yang, R., Grenfell, B. T., ... Dye, C. (2020). An investigation of transmission control measures during the first 50 days of the COVID-19 epidemic in China. *Science (New York, N.Y.)*, 368(6491), 638-642. <https://doi.org/10.1126/science.abb6105>

Tipnis, S. R., Hooper, N. M., Hyde, R., Karran, E., Christie, G., & Turner, A. J. (2000). A Human Homolog of Angiotensin-converting Enzyme: CLONING AND FUNCTIONAL EXPRESSION AS A CAPTOPRIL-INSENSITIVE CARBOXYPEPTIDASE \*. *Journal of Biological Chemistry*, 275(43), 33238-33243. <https://doi.org/10.1074/jbc.M002615200>

Tishelman, C., Hultin-Rosenberg, J., Hadders, A., & Eriksson, L. E. (2021). Fearing fear itself: Crowdsourced longitudinal data on Covid-19-related fear in Sweden. *PLOS ONE*, 16(7), e0253371. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253371>

Tlale, L. B., Gabaitiri, L., Totolo, L. K., Smith, G., Puswane-Katse, O., Ramonna, E., Mothowaeng, B., Tlhakanelo, J., Masupe, T., Rankgoane-Pono, G., Irige, J., Mafa, F., & Kolane, S. (2022). Acceptance rate and risk perception towards the COVID-19 vaccine in Botswana. *PLOS ONE*, 17(2), e0263375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263375>

To, T., Zhang, K., Maguire, B., Terebessy, E., Fong, I., Parikh, S., & Zhu, J. (2021). Correlation of ambient temperature and COVID-19 incidence in Canada. *Science of The Total Environment*, 750, 141484. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.141484>

Tobías, A., Carnerero, C., Reche, C., Massagué, J., Via, M., Minguillón, M. C., Alastuey, A., & Querol, X. (2020). Changes in air quality during the lockdown in Barcelona (Spain) one month into the SARS-CoV-2 epidemic. *Science of The Total Environment*, 726, 138540. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138540>

Tosepu, R., Gunawan, J., Effendy, D. S., Ahmad, L. O. A. I., Lestari, H., Bahar, H., & Asfian, P. (2020). Correlation between weather and Covid-19 pandemic in Jakarta, Indonesia. *Science of The Total Environment*, 725, 138436. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138436>

Travaglio, M., Yu, Y., Popovic, R., Selley, L., Leal, N. S., & Martins, L. M. (2021). Links between air pollution and COVID-19 in England. *Environmental Pollution*, 268, 115859. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.115859>

Triantafillou, P. (2022). Biopower in the age of the pandemic: The politics of COVID-19 in Denmark. *European Societies*, 24(5), 657-681. <https://doi.org/10.1080/14616696.2022.2061553>

Trostle, J. A. (1986). Anthropology and Epidemiology in the Twentieth Century: A Selective History of Collaborative Projects and Theoretical Affinities, 1920 to 1970. En *Anthropology and Epidemiology. Culture, Illness, and Healing* (Springer, Vol. 9, pp. 59-94). [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-009-3723-9\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-009-3723-9_3)

Trostle, J. A. (2005). *Epidemiology and Culture*. Cambridge University Press.

Truebas Acosta, S. (2022). *La inflación en Cuba: Una visión desde las principales anclas nominales de la política monetaria*. <https://www.bc.gob.cu/storage/investigaciones/December2022/6YG1SR80OAwPqiUopVxJ.pdf>

Tsatsakis, A., Petrakis, D., Nikolouzakis, T. K., Docea, A. O., Calina, D., Vinceti, M., Goumenou, M., Kostoff, R. N., Mamoulakis, C., Aschner, M., & Hernández, A. F. (2020). COVID-19, an opportunity to reevaluate the correlation between long-term effects of anthropogenic pollutants on viral epidemic/pandemic events and prevalence. *Food and Chemical Toxicology*, 141, 111418. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2020.111418>

Tucker, P., & Gilliland, J. (2007). The effect of season and weather on physical activity: A systematic review. *Public Health*, 121(12), 909-922. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2007.04.009>

Ucciferri, C., Auricchio, A., Di Nicola, M., Potere, N., Abbate, A., Cipollone, F., Vecchiet, J., & Falasca, K. (2020). Canakinumab in a subgroup of patients with COVID-19. *The Lancet. Rheumatology*, 2(8), e457-ee458. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(20\)30167-3](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30167-3)

Ullah, I., Khan, K. S., Tahir, M. J., Ahmed, A., & Harapan, H. (2021). Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: Potential effect on global vaccine refusals. *Vacunas*, *22*(2), 93-97. <https://doi.org/10.1016/j.vacun.2021.01.001>

Undela, K., & Gudi, S. K. (2020). Assumptions for disparities in case-fatality rates of coronavirus disease (COVID-19) across the globe. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, *24*, 5180-5182.

United Nations. (s. f.). *World Population Prospects—Population Division—United Nations*. Recuperado 21 de mayo de 2021, de <https://population.un.org/wpp/Graphs/>

Uriarte-Gaston, M. (2004). Social Policy Responses to Cuba's Economic Crisis of the 1990s. *Cuban Studies*, *35*(1), 105-136. <https://doi.org/10.1353/cub.2005.0023>

U.S. Customs and Border Protection. (2023). *Nationwide Encounters*. <https://www.cbp.gov/newsroom/stats/nationwide-encounters>

Uscinski, J. E., Enders, A. M., Klofstad, C., Seelig, M., Funchion, J., Everett, C., Wuchty, S., Premaratne, K., & Murthi, M. (2020). Why do people believe COVID-19 conspiracy theories? *Harvard Kennedy School Misinformation Review*, *1*(3). <https://doi.org/10.37016/mr-2020-015>

Uyeki, T. M., Bernstein, H. H., Bradley, J. S., Englund, J. A., File, T. M., Fry, A. M., Gravenstein, S., Hayden, F. G., Harper, S. A., Hirshon, J. M., Ison, M. G., Johnston, B. L., Knight, S. L., McGeer, A., Riley, L. E., Wolfe, C. R., Alexander, P. E., & Pavia, A. T. (2019). Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenza. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, *68*(6), e1-e47. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy866>

van der Weerd, W., Timmermans, D. R., Beaujean, D. J., Oudhoff, J., & van Steenberghe, J. E. (2011). Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands. *BMC Public Health*, *11*(1), 575.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-575>

Vandenberg, O., Martiny, D., Rochas, O., van Belkum, A., & Kozlakidis, Z. (2021). Considerations for diagnostic COVID-19 tests. *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), 171-183. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00461-z>

Vaux, S., Van Cauteren, D., Guthmann, J.-P., Le Strat, Y., Vaillant, V., de Valk, H., & Lévy-Bruhl, D. (2011). Influenza vaccination coverage against seasonal and pandemic influenza and their determinants in France: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-30>

Venditto, B., Kamwanyah, N. J., & Nekare, C. (2022, noviembre). COVID-19 and inequality in Namibia: A vicious syndemic? *Namibian Journal of Social Justice*, 2.

Venkateswaran, R. T., & George, R. (2020). When does culture matter? A multilevel study on the role of situational moderators. *Journal of Business Research*, 116, 99-122. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.04.052>

VIPER Group COVID19 Vaccine Tracker Team. (2022). *COVID19 Vaccine Tracker*. <https://covid19.trackvaccines.org/>

Virchow, R. (1848). Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. *Patholog. Anatomie u. Physiologie u. für klin. Medicin*, II(1 y 2).

Vo-Thanh, T., Vu, T.-V., Nguyen, N. P., Nguyen, D. V., Zaman, M., & Chi, H. (2022). COVID-19, frontline hotel employees' perceived job insecurity and emotional exhaustion: Does trade union support matter? *Journal of Sustainable Tourism*, 30(6), 1159-1176. <https://doi.org/10.1080/09669582.2021.1910829>

Voto, C., Berkner, P., & Brenner, C. (2020). Overview of the Pathogenesis and Treatment of SARS-CoV-2 for Clinicians: A Comprehensive Literature Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.10357>

Wallin Aagesen, H., Järv, O., & Gerber, P. (2022). The effect of COVID-19 on cross-border mobilities of people and functional border regions: The Nordic case study from Twitter data. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 0(0), 1-

23. <https://doi.org/10.1080/04353684.2022.2101135>

Walrand, S. (2021). Autumn COVID-19 surge dates in Europe correlated to latitudes, not to temperature-humidity, pointing to vitamin D as contributing factor. *Scientific Reports*, *11*(1), 1981. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81419-w>

Wang, B., Liu, J., Fu, S., Xu, X., Li, L., Ma, Y., Zhou, J., Yaoc, J., Liu, X., Zhang, X., He, X., Yan, J., Shi, Y., Ren, X., Niu, J., Luo, B., & Zhang, K. (2020). *An effect assessment of Airborne particulate matter pollution on COVID-19: A multi-city Study in China* (p. 2020.04.09.20060137). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.04.09.20060137>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), Article 5. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, C., Tee, M., Roy, A. E., Fardin, M. A., Srichokchatchawan, W., Habib, H. A., Tran, B. X., Hussain, S., Hoang, M. T., Le, X. T., Ma, W., Pham, H. Q., Shirazi, M., Taneepanichskul, N., Tan, Y., Tee, C., Xu, L., Xu, Z., Vu, G. T., ... Kuruchittham, V. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on physical and mental health of Asians: A study of seven middle-income countries in Asia. *PLOS ONE*, *16*(2), e0246824. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246824>

Wang, D., Chonody, J. M., Krase, K., & Luzuriaga, L. (2021). Coping With and Adapting to COVID-19 in Rural United States and Canada. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, *102*(1), 78-90. <https://doi.org/10.1177/1044389420960985>

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B., Xiang, H., Cheng, Z., Xiong, Y., Zhao, Y., Li, Y., Wang, X., & Peng, Z. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, *323*(11), 1061-1069. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>

Wang, J., Tang, K., Feng, K., & Lv, W. (2020). High Temperature and High Humidity Reduce the Transmission of COVID-19. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3551767>

Wang, L., He, W., Yu, X., Hu, D., Bao, M., Liu, H., Zhou, J., & Jiang, H. (2020). Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *Journal of Infection*, 80(6), 639-645. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.019>

Wang, M., Cao, R., Zhang, L., Yang, X., Liu, J., Xu, M., Shi, Z., Hu, Z., Zhong, W., & Xiao, G. (2020). Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Research*, 30(3), 269-271. <https://doi.org/10.1038/s41422-020-0282-0>

Wang, M., Jiang, A., Gong, L., Lu, L., Guo, W., Li, C., Zheng, J., Li, C., Yang, B., Zeng, J., Chen, Y., Zheng, K., & Li, H. (2020). *Temperature Significantly Change COVID-19 Transmission in 429 cities* (p. 2020.02.22.20025791). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.02.22.20025791>

Wang, P., Chen, K., Zhu, S., Wang, P., & Zhang, H. (2020). Severe air pollution events not avoided by reduced anthropogenic activities during COVID-19 outbreak. *Resources, Conservation and Recycling*, 158, 104814. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2020.104814>

Wang, Q., & Su, M. (2020). A preliminary assessment of the impact of COVID-19 on environment – A case study of China. *Science of The Total Environment*, 728, 138915. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138915>

Wang, Y. (2021). Government policies, national culture and social distancing during the first wave of the COVID-19 pandemic: International evidence. *Safety Science*, 135, N.PAG-N.PAG. Academic Search Complete.

Wang, Y., Zhang, D., Du, G., Du, R., Zhao, J., Jin, Y., Fu, S., Gao, L., Cheng, Z., Lu, Q., Hu, Y., Luo, G., Wang, K., Lu, Y., Li, H., Wang, S., Ruan, S., Yang, C., Mei, C., ... Wang, C. (2020). Remdesivir in adults with severe COVID-19: A randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet (London, England)*,

395(10236), 1569-1578. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9)

Ward, J. H. (1963). Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function. *Journal of the American Statistical Association*, 58(301), 236-244. <https://doi.org/10.1080/01621459.1963.10500845>

Warkentin, T. E., & Cuker, A. (2021, Spet). *COVID-19: Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT)*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-vaccine-induced-immune-thrombotic-thrombocytopenia-vitt/contributors>

Wassenberg, B. (2020). The Schengen Crisis and the End of the “Myth” of Europe Without Borders. *Borders in Globalization Review*, 1(2), Article 2. <https://doi.org/10.18357/bigr12202019599>

Webb, N. E., & Osburn, T. S. (2021). Characteristics of Hospitalized Children Positive for SARS-CoV-2: Experience of a Large Center. *Hospital Pediatrics*, 11(8), e133-e141. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2021-005919>

Wei, M., Yuan, J., Liu, Y., Fu, T., Yu, X., & Zhang, Z.-J. (2020). Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants Under 1 Year of Age in China. *JAMA*, 323(13), 1313-1314. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2131>

Weiss, M. G. (2001). Cultural epidemiology: An introduction and overview. *Anthropology & Medicine*, 8(1), 5-29. <https://doi.org/10.1080/13648470120070980>

Weissleder, R., Lee, H., Ko, J., & Pittet, M. J. (2020). COVID-19 diagnostics in context. *Science Translational Medicine*, 12(546), eabc1931. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.abc1931>

White, A. I. R. (2020). Historical linkages: Epidemic threat, economic risk, and xenophobia. *The Lancet*, 395(10232), 1250-1251. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30737-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30737-6)

WHO Solidarity Trial Consortium, Pan, H., Peto, R., Henao-Restrepo, A.-M., Preziosi, M.-P., Sathiyamoorthy, V., Abdool Karim, Q., Alejandria, M. M., Hernández García, C., Kieny, M.-P., Malekzadeh, R., Murthy, S., Reddy, K. S., Roses Periago, M.,

Abi Hanna, P., Ader, F., Al-Bader, A. M., Alhasawi, A., Allum, E., ... Swaminathan, S. (2021). Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19—Interim WHO Solidarity Trial Results. *The New England Journal of Medicine*, 384(6), 497-511. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2023184>

Wieczorek, M., Abualrous, E. T., Sticht, J., Álvaro-Benito, M., Stolzenberg, S., Noé, F., & Freund, C. (2017). Major Histocompatibility Complex (MHC) Class I and MHC Class II Proteins: Conformational Plasticity in Antigen Presentation. *Frontiers in Immunology*, 8, 292. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.00292>

Wieder, R. I. (2020, octubre 22). Evaluating what makes a U.S. community urban, suburban or rural. *Pew Research Center: Decoded*. <https://medium.com/pew-research-center-decoded/evaluating-what-makes-a-u-s-community-urban-suburban-or-rural-159f9d082842>

Wiley, A. S., & Allen, J. S. (2012). *Medical Anthropology. A biocultural approach*. Oxford University Press.

Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, 27(1), 14-27. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>

Wilson, D. J. (2020). *Weather, Social Distancing, and the Spread of COVID-19\** (p. 2020.07.23.20160911). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.07.23.20160911>

Wilt, T. J., Kaka, A. S., MacDonald, R., Greer, N., Obley, A., & Duan-Porter, W. (2021). Remdesivir for Adults With COVID-19: A Living Systematic Review for American College of Physicians Practice Points. *Annals of Internal Medicine*, 174(2), 209-220. <https://doi.org/10.7326/M20-5752>

Windsor, L. C., Reinhardt, G. Y., Windsor, A. J., Ostergard, R., Allen, S., Burns, C., Giger, J., & Wood, R. (2020). Gender in the time of COVID-19: Evaluating national leadership and COVID-19 fatalities. *PLOS ONE*, 15(12), e0244531. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244531>

Winkleby, M., Cubbin, C., & Ahn, D. (2006). Effect of Cross-Level Interaction Between Individual and Neighborhood Socioeconomic Status on Adult Mortality Rates. *American Journal of Public Health, 96*(12), 2145-2153. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.060970>

Winkler, P., Formanek, T., Mlada, K., Kagstrom, A., Mohrova, Z., Mohr, P., & Csemy, L. (2020). Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: Analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29*, e173. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000888>

Wolfe, R. M., & Sharp, L. K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *BMJ, 325*(7361), 430-432. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.430>

Wolfe, R. M., Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Content and Design Attributes of Antivaccination Web Sites. *JAMA, 287*(24), 3245-3248. <https://doi.org/10.1001/jama.287.24.3245>

Wong, A. S. Y., & Kohler, J. C. (2020). Social capital and public health: Responding to the COVID-19 pandemic. *Globalization and Health, 16*(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00615-x>

Woodworth, K. R., Olsen, E. O., Neelam, V., Lewis, E. L., Galang, R. R., Oduyebo, T., Aveni, K., Yazdy, M. M., Harvey, E., Longcore, N. D., Barton, J., Fussman, C., Siebman, S., Lush, M., Patrick, P. H., Halai, U.-A., Valencia-Prado, M., Orkis, L., Sowunmi, S., ... COVID-19 Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team (PILOT). (2020). Birth and Infant Outcomes Following Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy—SET-NET, 16 Jurisdictions, March 29–October 14, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 69*(44), 1635-1640. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e2>

World Health Organization. (2016). *Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250141>

World Health Organization. (2020a, febrero 28). *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*.

[https://www.who.int/publications-detail-redirect/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail-redirect/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))

World Health Organization. (2020b, mayo 28). *An international randomised trial of candidate vaccines against COVID-19*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/an-international-randomised-trial-of-candidate-vaccines-against-covid-19>

World Health Organization. (2020c). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report 51*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)

World Health Organization. (2020d, diciembre 1). *Advice on the use of masks in the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak*. [https://www.who.int/publications-detail-redirect/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail-redirect/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

World Health Organization. (2021a). *WHO. "Solidarity" clinical trial for COVID-19 treatments: Update on hydroxychloroquine*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>

World Health Organization. (2021b, octubre 29). *COVID-19 vaccine tracker and landscape*. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

World Health Organization. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>

World Values Survey 7. (2020). *The Inglehart-Welzel World Cultural Map. Who we are*. <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>

World Values Survey 7. (2021a). *Findings and Insights*. <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>

World Values Survey 7. (2021b). *The Inglehart-Welzel World Cultural Map. Findings and Insights*. <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>

World Values Survey 7. (2022). *World Values Survey. Inglehart-Welzel Cultural Map*. <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp?CMSID=Findings>

Wu, C. (2021). Social capital and COVID-19: A multidimensional and multilevel approach. *Chinese Sociological Review*, 53(1), 27-54. <https://doi.org/10.1080/21620555.2020.1814139>

Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S., Huang, H., Zhang, L., Zhou, X., Du, C., Zhang, Y., Song, J., Wang, S., Chao, Y., Yang, Z., Xu, J., Zhou, X., Chen, D., Xiong, W., ... Song, Y. (2020). Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, 180(7), 934-943. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>

Wu, C., Qiao, T., Qiu, H., Shi, B., & Bao, Q. (2021). Individualism or Collectivism: A Reinforcement Learning Mechanism for Vaccination Decisions. *Information*, 12(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/info12020066>

Wu, X., Nethery, R. C., Sabath, M. B., Braun, D., & Dominici, F. (2020). Air pollution and COVID-19 mortality in the United States: Strengths and limitations of an ecological regression analysis. *Science Advances*, 6(45), eabd4049. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abd4049>

Wu, Y., Jing, W., Liu, J., Ma, Q., Yuan, J., Wang, Y., Du, M., & Liu, M. (2020). Effects of temperature and humidity on the daily new cases and new deaths of COVID-19 in 166 countries. *Science of The Total Environment*, 729, 139051. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139051>

Wylie, L. L. (2021). Cuba's response to COVID-19: Lessons for the future. *Journal of Tourism Futures*, 7(3), 356-363. <https://doi.org/10.1108/JTF-10-2020-0187>

Xiao, C. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus

(COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175-176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>

Xie, J., Tong, Z., Guan, X., Du, B., Qiu, H., & Slutsky, A. S. (2020). Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. *Intensive Care Medicine*, 46(5), 837-840. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7>

Xie, J., & Zhu, Y. (2020). Association between ambient temperature and COVID-19 infection in 122 cities from China. *Science of The Total Environment*, 724, 138201. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138201>

Xu, B., Wang, J., Li, Z., Xu, C., Liao, Y., Hu, M., Yang, J., Lai, S., Wang, L., & Yang, W. (2021). Seasonal association between viral causes of hospitalised acute lower respiratory infections and meteorological factors in China: A retrospective study. *The Lancet Planetary Health*, 5(3), e154-e163. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30297-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30297-7)

Xu, H., Yan, C., Fu, Q., Xiao, K., Yu, Y., Han, D., Wang, W., & Cheng, J. (2020). Possible environmental effects on the spread of COVID-19 in China. *Science of The Total Environment*, 731, 139211. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139211>

Xumei, L. (2020). *Patterns of IgG and IgM antibody response in COVID-19 patients*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22221751.2020.1773324>

Yaffe, H. (2021, abril 20). LSE Latin America and Caribbean Blog: Cuba's five COVID-19 vaccines: The full story on Soberana 01/02/Plus, Abdala, and Mambisa. *LSE Latin America and Caribbean*. <https://blogs.lse.ac.uk/latamcaribbean/2021/03/31/cubas-five-covid-19-vaccines-the-full-story-on-soberana-01-02-plus-abdala-and-mambisa/>

Yamey, G., & Gonsalves, G. (2020). Donald Trump: A political determinant of covid-19. *BMJ*, 369, m1643. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1643>

Yan, B., Zhang, X., Wu, L., Zhu, H., & Chen, B. (2020). Why Do Countries Respond Differently to COVID-19? A Comparative Study of Sweden, China, France, and Japan: *The American Review of Public Administration*. <https://doi.org/10.1177/0275074020942445>

Yan, J., Guo, J., Fan, C., Juan, J., Yu, X., Li, J., Feng, L., Li, C., Chen, H., Qiao, Y., Lei, D., Wang, C., Xiong, G., Xiao, F., He, W., Pang, Q., Hu, X., Wang, S., Chen, D., ... Yang, H. (2020). Coronavirus disease 2019 in pregnant women: A report based on 116 cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(1), 111.e1-111.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.014>

Yan, X., Wang, Z., Wang, X., Zhang, X., Wang, L., Lu, Z., & Jia, Z. (2021). Association between human coronaviruses' epidemic and environmental factors on a global scale. *Environmental Science and Pollution Research*. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-16500-y>

Yao, Y., Pan, J., Wang, W., Liu, Z., Kan, H., Qiu, Y., Meng, X., & Wang, W. (2020). Association of particulate matter pollution and case fatality rate of COVID-19 in 49 Chinese cities. *Science of The Total Environment*, 741, 140396. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140396>

Yip, W., Subramanian, S. V., Mitchell, A. D., Lee, D. T. S., Wang, J., & Kawachi, I. (2007). Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Social Science & Medicine*, 64(1), 35-49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.027>

Yndigeñ, C. (2011). Between Debordering and Rebordering Europe: Cross-Border Cooperation in the Øresund Region or the Danish-Swedish Border Region. *Eurasia Border Review*, 2(1), 47-59.

Yonker, L. M., Shen, K., & Kinane, T. B. (2020). Lessons unfolding from pediatric cases of COVID-19 disease caused by SARS-CoV-2 infection. *Pediatric Pulmonology*, 55(5), 1085-1086. <https://doi.org/10.1002/ppul.24748>

You, S., Sonne, C., & Ok, Y. S. (2020). COVID-19's unsustainable waste management. *Science*, 368(6498), 1438-1438. <https://doi.org/10.1126/science.abc7778>

Zachary, K. C. (2021, octubre 28). *Treatment of seasonal influenza in adults*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-seasonal-influenza-in->

adults?sectionName=ANTIVIRAL%20THERAPY&search=covid19%20tratamiento&topicRef=127429&anchor=H2855203171&source=see\_link#H2855203171

Zambrano, L. D., Ellington, S., Strid, P., Galang, R. R., Oduyebo, T., Tong, V. T., Woodworth, K. R., Nahabedian, J. F., Azziz-Baumgartner, E., Gilboa, S. M., Meaney-Delman, D., & CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team. (2020). Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(44), 1641-1647. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e3>

Zambrano-Monserrate, M. A., Ruano, M. A., & Sanchez-Alcalde, L. (2020). Indirect effects of COVID-19 on the environment. *Science of The Total Environment*, 728, 138813. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138813>

Zhang, Q., Bastard, P., Liu, Z., Le Pen, J., Moncada-Velez, M., Chen, J., Ogishi, M., Sabli, I. K. D., Hodeib, S., Korol, C., Rosain, J., Bilguvar, K., Ye, J., Bolze, A., Bigio, B., Yang, R., Arias, A. A., Zhou, Q., Zhang, Y., ... Casanova, J.-L. (2020). Inborn errors of type I IFN immunity in patients with life-threatening COVID-19. *Science (New York, N.Y.)*, 370(6515), eabd4570. <https://doi.org/10.1126/science.abd4570>

Zhang, Z., Xue, T., & Jin, X. (2020). Effects of meteorological conditions and air pollution on COVID-19 transmission: Evidence from 219 Chinese cities. *Science of The Total Environment*, 741, 140244. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140244>

Zhao, J., Yang, Y., Huang, H., Li, D., Gu, D., Lu, X., Zhang, Z., Liu, L., Liu, T., Liu, Y., He, Y., Sun, B., Wei, M., Yang, G., Wang, X., Zhang, L., Zhou, X., Xing, M., & Wang, P. G. (2021). Relationship Between the ABO Blood Group and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Susceptibility. *Clinical Infectious Diseases*, 73(2), 328-331. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1150>

Zheng, P., Liu, Y., Song, H., Wu, C.-H., Li, B., Kraemer, M. U. G., Tian, H., Yan, X., Zheng, Y., Stenseth, N. C., Dye, C., & Jia, G. (2020). Risk of COVID-19 is associated with long-term exposure to air pollution.

<https://medrxiv.org/cgi/content/short/2020.04.21.20073700>

Zhou, P., Yang, X.-L., Wang, X.-G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., Si, H.-R., Zhu, Y., Li, B., Huang, C.-L., Chen, H.-D., Chen, J., Luo, Y., Guo, H., Jiang, R.-D., Liu, M.-Q., Chen, Y., Shen, X.-R., Wang, X., ... Shi, Z.-L. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, *579*(7798), 270-273. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>

Zhu, Y., Xie, J., Huang, F., & Cao, L. (2020). Association between short-term exposure to air pollution and COVID-19 infection: Evidence from China. *Science of The Total Environment*, *727*, 138704. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138704>

Zielhuis, G. A., & Kienemeny, L. A. (2001). Social epidemiology? No way. *International Journal of Epidemiology*, *30*(1), 43-44. <https://doi.org/10.1093/ije/30.1.43>

Zietz, M., Zucker, J., & Tatonetti, N. P. (2020). Associations between blood type and COVID-19 infection, intubation, and death. *Nature Communications*, *11*(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19623-x>

Zimmermann, P., & Curtis, N. (2020). Coronavirus Infections in Children Including COVID-19: An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, *39*(5), 355-368. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002660>

Zvolensky, M. J., Garey, L., Rogers, A. H., Schmidt, N. B., Vujanovic, A. A., Storch, E. A., Buckner, J. D., Paulus, D. J., Alfano, C., Smits, J. A. J., & O'Cleirigh, C. (2020). Psychological, addictive, and health behavior implications of the COVID-19 pandemic. *Behaviour Research and Therapy*, *134*, 103715. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103715>