

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



CONFIANZA Y CUMPLIMIENTO: UN ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS DE SALUD EN LA
PANDEMIA DE COVID-19

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN ECONOMÍA

PRESENTA

ALAN LOERA QUINTOS

DIRECTORA DE TESINA: DRA. ERICKA RASCÓN RAMÍREZ

CIUDAD DE MÉXICO

2024

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que me han acompañado y apoyado a lo largo de estos años.

A Sofía, mi pareja, por su amor, comprensión y paciencia, siempre brindándome ánimo en los momentos más difíciles.

A mi familia, por su amor y por creer en mí, brindándome la fuerza necesaria para completar esta etapa de mi vida.

A Mariana y Rodrigo, mis amigos que siempre me apoyaron y estuvieron a mi lado durante toda la carrera, compartiendo alegrías y desafíos.

A la profesora Ericka Rascón, mi asesora, por su orientación durante la carrera y constante apoyo durante todo el proceso de elaboración de esta tesis.

A los profesores Fausto Hernández y Eva Arceo, por sus valiosos comentarios y sugerencias que enriquecieron significativamente este trabajo.

A todos ustedes, gracias de todo corazón por su apoyo y por ser parte fundamental en la culminación de esta etapa de mi vida.

Resumen

Esta tesis examina la relación entre la confianza en el gobierno y en los ciudadanos y el cumplimiento de las medidas de salud pública durante la pandemia de COVID-19. Utilizando datos recopilados de individuos en México, Argentina, Chile, Australia y el Reino Unido, este estudio explora cómo la confianza influye en la adherencia a las directivas de salud. La investigación emplea una metodología cuantitativa robusta, incorporando análisis de datos transversales y de panel. Los hallazgos indican una correlación positiva significativa entre la confianza y el cumplimiento de las medidas de salud pública, destacando el papel crucial del capital social en la gestión de crisis sanitarias. Este estudio contribuye a la literatura existente al analizar simultáneamente la confianza en el gobierno y en los ciudadanos dentro de un único conjunto de datos y al abordar una amplia gama de indicadores de comportamiento. Los resultados sugieren que las políticas públicas orientadas a mejorar la confianza social y la cohesión son esenciales para una gestión efectiva de crisis. Se discuten las implicaciones para futuras estrategias de salud pública y se ofrecen recomendaciones para fortalecer la confianza en las instituciones gubernamentales.

Índice general

1.	Introducción	1
2.	Revisión de Literatura	3
3.	Metodología	6
4.	Resultados	9
4.1.	Confianza y Cumplimiento: Análisis de Corte Transversal en 5 Países . . .	9
4.1.1.	Descripción de los Datos de Corte Transversal	9
4.1.2.	Modelos de Adopción de Medidas de Salud Agregadas	10
4.1.3.	Modelos de Adopción de cada Medida de Salud y la Confianza en Ciudadanos	14
4.1.4.	Modelos de Adopción de cada Medida de Salud y Confianza en el Gobierno	19
4.2.	Confianza y Cumplimiento: Análisis panel en Reino Unido	23
4.2.1.	Descripción de Datos Panel	23
4.2.2.	Modelos de Efectos Fijos y Efectos Aleatorios en la Adopción de Medidas de Salud	25
5.	Discusión	29
6.	Conclusiones	32
7.	Bibliografía	34
8.	Anexos	36
8.1.	Anexo 1	36
8.2.	Anexo 2	37

Índice de cuadros

4.1. Estadísticas Descriptivas de Datos de Corte Transversal	9
4.2. Relación de la Confianza en el Gobierno y en los Ciudadanos con los Índices de Medidas de Salud	11
4.3. Modelo de Probabilidad Lineal - Confianza en Ciudadanos y Adopción de cada Medida de Protección Personal	14
4.4. Modelo de Probabilidad Lineal - Confianza en Ciudadanos y Adopción de cada Medida Colectiva	16
4.5. Modelo de Probabilidad Lineal - Confianza en Gobierno y Adopción de cada Medida de Protección Personal	19
4.6. Modelo de Probabilidad Lineal - Confianza en Gobierno y Adopción de cada Medida Colectiva	21
4.7. Comparación de las muestras de panel y corte transversal para el Reino Unido. .	24
4.8. Modelos de Efectos Aleatorios - Confianza y Medidas de Salud	25
4.9. Modelos de Efectos Fijos - Confianza y Medidas de Salud	26
8.1. Modelo Probit - Confianza en Ciudadanos y Medidas de Protección Personal . .	37
8.2. Modelo Probit - Confianza en Ciudadanos y Medidas Colectivas	39
8.3. Modelo Probit - Confianza en Gobierno y Medidas de Protección Personal . . .	41
8.4. Modelo Probit - Confianza en Gobierno y Medidas Colectivas	43

1. Introducción

La pandemia de COVID-19 ha sido uno de los mayores desafíos globales recientes, afectando diversos aspectos de la sociedad, incluyendo la salud, la economía y la educación. Esta crisis sanitaria ha puesto a prueba la resiliencia de los sistemas de salud, la capacidad de respuesta de los gobiernos y la solidaridad entre los ciudadanos. En este contexto, las medidas de salud pública, como el aislamiento social y el uso de equipos de protección personal, surgieron como estrategias clave para contener la propagación del virus. Sin embargo, la efectividad de estas medidas varió considerablemente entre países, lo que plantea interrogantes sobre los factores que influyen en su cumplimiento por parte de la población.

La literatura existente sugiere que la efectividad de las medidas de salud pública depende en gran medida del cumplimiento de la población, el cual está influenciado por la confianza en las autoridades gubernamentales y entre los conciudadanos. Por ejemplo, el estudio de Brodeur et al. (2021) en los Estados Unidos documenta cómo la confianza y el capital social influyeron en la implementación y cumplimiento de las órdenes de quedarse en casa durante el COVID-19. Utilizando datos de teléfonos móviles para medir los cambios en los desplazamientos, los autores encontraron que la movilidad disminuyó significativamente más en los condados con altos niveles de confianza después de la implementación de dichas órdenes, con efectos más significativos para órdenes más estrictas.

La confianza no solo facilita el cumplimiento de las medidas de salud pública, sino que también fomenta la cooperación social en la provisión de bienes públicos. Anderson et al. (2004) demostraron que la confianza está significativamente relacionada con las contribuciones al bien común, sugiriendo que la confianza actúa como un factor social que permite a los individuos cooperar en la provisión de bienes públicos. Kocher et al. (2015) complementan este hallazgo al mostrar que tanto las creencias sobre la cooperación de otros como la confianza están positivamente asociadas con la cooperación en un juego de bienes públicos.

Ante esta situación, el presente estudio propone explorar la relación entre la confianza en el gobierno y entre los individuos, y el grado en que dicha confianza está asociada con el cumplimiento de las medidas de salud pública durante la pandemia. A través de una encuesta llevada a cabo en México, Argentina, Chile, Australia y el Reino Unido, este estudio examina cómo las percepciones de confianza hacia el gobierno y entre los conciudadanos están asociadas con

acciones individuales para mitigar la propagación del virus.

Este estudio emplea una metodología cuantitativa utilizando encuestas distribuidas en los países mencionados, con preguntas sobre la confianza en el gobierno, en los conciudadanos, la evaluación de la gestión gubernamental durante la crisis y las medidas de salud pública adoptadas. Para el análisis de datos se utilizan modelos de regresión múltiple y probabilidad lineal, con las medidas de salud como variable dependiente y la confianza en el gobierno y en los conciudadanos como variables independientes, ajustadas por covariables relevantes. Además, se emplean datos panel para el Reino Unido para examinar cómo la confianza y su impacto en las medidas de salud cambian a lo largo del tiempo.

Los hallazgos sugieren una correlación positiva entre la confianza en el gobierno y entre los conciudadanos con el cumplimiento de las medidas de salud pública. Esto indica que, en contextos donde prevalece una mayor confianza institucional y social, es más probable que las personas cumplieran con las medidas sanitarias, lo cual podría traducirse en una mejor gestión de la crisis sanitaria. Estos resultados resaltan la importancia del capital social y la confianza en la efectividad de las políticas de salud pública, especialmente en momentos de crisis.

Este estudio contribuye a la literatura existente sobre la gestión de crisis sanitarias y el papel del capital social, ofreciendo resultados valiosos para la formulación de políticas públicas. La evidencia generada subraya la necesidad de fortalecer la confianza en las instituciones gubernamentales y fomentar la solidaridad entre los ciudadanos como pilares fundamentales para enfrentar eficazmente emergencias de salud pública.

Esta tesis está estructurada en cinco secciones principales. La primera sección presenta una revisión de la literatura existente, donde se examinan investigaciones previas sobre la confianza y el cumplimiento de medidas de salud pública. La segunda sección describe la metodología empleada en el estudio, detallando el diseño de la encuesta, la recolección de datos y los modelos de análisis utilizados. La tercera sección presenta los resultados obtenidos, divididos en índices de medidas de salud, confianza en los conciudadanos y confianza en el gobierno. La cuarta sección discute los hallazgos, analizando cómo los factores sociodemográficos y económicos, así como la confianza en el gobierno y los conciudadanos, influyen en la adopción de medidas de salud pública. Finalmente, la quinta sección concluye el estudio, resaltando las implicaciones de los resultados para la formulación de políticas públicas y sugiriendo áreas para futuras investigaciones.

2. Revisión de Literatura

La pandemia de COVID-19 ha impulsado el análisis de las dinámicas entre economía, sociedad y políticas de salud pública, evidenciando la complejidad y heterogeneidad de los desafíos en crisis sanitarias a escala global. En este escenario, la investigación sobre la confianza, tanto en instituciones gubernamentales como entre los individuos, se vuelve relevante debido a su impacto significativo en la efectividad de las respuestas colectivas frente a emergencias sanitarias. La literatura académica previa ha aportado perspectivas enriquecedoras acerca de cómo la confianza y la cooperación social influyen en la gestión eficiente de bienes públicos, estableciendo una base teórica para analizar la adopción de medidas de salud pública durante la pandemia.

La evidencia empírica aportada por experimentos económicos ha demostrado que el capital social, en particular la confianza, juega un papel crucial en fomentar la cooperación entre individuos. Anderson et al. (2004), en su experimento sobre el capital social y las contribuciones a bienes públicos, descubrieron que las medidas tradicionales de capital social, específicamente la confianza, están significativamente y positivamente relacionadas con las contribuciones al bien común. Este hallazgo se complementa con el trabajo de Kocher et al. (2015), quienes investigaron el papel de las creencias, la confianza y el riesgo en las contribuciones a un bien público. Sus resultados indican que tanto las creencias sobre la cooperación de otros como la confianza están positivamente asociadas con la cooperación en un juego económico de bienes públicos. Las implicaciones de estos trabajos sugieren que la confianza actúa como un factor social que permite a los individuos cooperar en la provisión de bienes públicos.

Knack (2002) profundiza en la relación entre el capital social y la calidad del gobierno, demostrando cómo ciertas formas de capital social, como la confianza y la cooperación, pueden mejorar significativamente el desempeño gubernamental. Esto complementa el argumento de Hetherington (1998), que demuestra que una disminución en la confianza no solo refleja la insatisfacción con los actores políticos actuales, sino que también contribuye significativamente a un entorno político en el que es más desafiante para los líderes gubernamentales alcanzar el éxito. Asimismo, Hetherington y Husser (2012) argumentan que la confianza política ha cambiado en su relevancia, afectando la capacidad de los gobiernos para implementar políticas efectivas en tiempos de crisis. Este enfoque sobre la dinámica de la confianza subraya su importancia en la capacidad del gobierno para funcionar eficazmente, señalando que la disminución en la

confianza puede llevar a una serie de desafíos gubernamentales y descontento público.

En cuanto a observar cómo la confianza influye significativamente en las acciones de mitigación adoptadas por los individuos en tiempos de crisis, la pandemia de 2009 de la influenza H1N1 sirve como un precedente importante para entender la relación entre la percepción de confianza y la cooperación ciudadana ante emergencias de salud pública, como lo ha sido la reciente pandemia de COVID-19.

Durante la pandemia de influenza H1N1, Prati et al. (2011) exploraron cómo diferentes factores psicosociales, incluyendo la percepción del riesgo, la preocupación, la percepción de control sobre el riesgo de infección y la confianza, así como la exposición a campañas educativas, influían en el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias en Italia. Encontraron que la confianza en los medios de comunicación y en el Ministerio de Salud, junto con el nivel de preocupación y la percepción de la severidad de la enfermedad, estaban fuertemente asociados con el cumplimiento de las conductas recomendadas. van der Weerd et al. (2011) también investigó los cambios y factores asociados con las intenciones del público durante la pandemia. Sus resultados indicaron que la confianza y la vulnerabilidad estuvieron asociadas con la intención de adoptar medidas protectoras solo durante el primer periodo. Los niveles más altos de intención de recibir la vacunación se asociaron con un mayor nivel de confianza en el gobierno, temor y vulnerabilidad percibida. Estos hallazgos subrayan la importancia de la confianza en las autoridades y en los canales de información para promover respuestas efectivas ante crisis sanitarias.

Por otro lado, el estudio de Taha et al. (2013) en Canadá resaltó el papel del temor, las estrategias de afrontamiento y la confianza en los medios sobre las intenciones de vacunación contra el H1N1. A pesar de la preocupación existente por el virus, la intención de vacunarse fue relativamente baja, en parte debido a una sensación de invulnerabilidad personal frente a la enfermedad y a la severidad de sus síntomas. Este estudio destaca cómo la desconfianza en los medios de comunicación y las percepciones minimizadas del riesgo pueden influir en las decisiones relacionadas con la salud pública.

En el contexto de la pandemia del COVID-19, investigaciones actuales profundizan en el papel de la confianza en el gobierno en el cumplimiento de las medidas de salud. Bargain y Aminjonov (2020) investigaron su relación con las políticas de salud pública durante la pandemia de COVID-19, utilizando datos sobre la movilidad humana, la confianza política a nivel regional en Europa y estimaciones de diferencias en diferencias. Encontraron que las regiones con un alto nivel de confianza en los responsables políticos experimentaron una disminución significativamente mayor en la movilidad relacionada con actividades no esenciales en comparación con las regiones de baja confianza, lo que indica una mayor adherencia a las políticas de confinamiento. Este estudio subraya y reafirma cómo la confianza en las autoridades puede

afectar la efectividad de las respuestas políticas en tiempos de crisis.

Con un enfoque similar, Brodeur et al. (2021) exploran cómo la confianza y el capital social influyen en la implementación y el cumplimiento de las órdenes de quedarse en casa en los Estados Unidos. Utilizando datos de movilidad basados en el uso de teléfonos celulares para medir cambios en viajes no esenciales y distancias promedio recorridas, los autores descubren que la movilidad disminuye significativamente más en condados con altos niveles de confianza tras la implementación de dichas órdenes.

Asimismo, Apeti (2022) examina cómo la confianza en el gobierno antes de la crisis puede influir en el manejo de la pandemia, utilizando datos de 41 países. Los resultados revelan que un alto nivel de confianza en el gobierno se asocia con una mejor gestión de la crisis, evidenciado por niveles relativamente bajos de casos y fallecimientos. Este hallazgo también subraya que construir y mantener la confianza entre los individuos y las autoridades es esencial para la gestión de crisis.

Esta literatura revela la importancia de la confianza en la gestión de crisis sanitarias, destacando cómo influye en la cooperación social, el cumplimiento de las medidas de salud pública y, en última instancia, en el manejo de pandemias globales. Desde la evidencia empírica que vincula la confianza con la contribución a bienes públicos hasta los estudios que exploran la dinámica de la confianza durante la pandemia de COVID-19, queda claro que la confianza actúa como un factor importante que está relacionado con respuestas efectivas a emergencias de salud pública.

La presente tesina aporta significativamente a la comprensión de la dinámica entre la confianza y la cooperación en bienes públicos en un contexto como la pandemia de COVID-19. A través de datos recabados de individuos en México, Argentina, Chile, Australia y el Reino Unido, este estudio verifica la correlación entre la confianza hacia el gobierno y los ciudadanos con el cumplimiento de las medidas de salud pública. Como novedad, este estudio examina simultáneamente la confianza en el gobierno y en los ciudadanos en una sola base de datos, además de analizar una amplia gama de indicadores de comportamiento. Asimismo, al incorporar una metodología cuantitativa robusta y un análisis de shocks exógenos, esta investigación amplía la literatura existente sobre gestión de crisis sanitarias, enfatizando la necesidad de políticas públicas que fortalezcan el capital social y la confianza.

3. Metodología

Este estudio emplea un análisis cuantitativo para investigar la relación entre la confianza en el gobierno y en los conciudadanos con el cumplimiento de las medidas de salud durante la pandemia de COVID-19. Los datos utilizados para el análisis provienen de una encuesta distribuida de manera online, en la que se reclutó a participantes vía Facebook que se encontraban en México, Argentina, Chile, Reino Unido y Australia durante los meses de abril y mayo de 2020.¹ Esta encuesta fue diseñada para capturar actitudes y comportamientos relacionados con las medidas de salud durante la pandemia, incluyendo la confianza en el gobierno y en los conciudadanos.

El análisis de los datos para los propósitos de este estudio está estructurado en tres partes principales. En la primera parte, utilizando los datos de los cinco países mencionados, se realiza un análisis de regresión múltiple para explorar la relación entre la confianza en el gobierno y la confianza en los conciudadanos y dos índices que miden el cumplimiento de medidas de salud. Estos índices están contruidos a partir de las respuestas de los encuestados y están divididos por tipos de medidas de salud: el índice 1 está contruido a partir de medidas personales de protección (el uso de equipo de protección, quitarse la ropa al llegar a casa, ducharse inmediatamente) y el índice 2 con medidas de salud colectivas (cancelar viajes, trabajar desde casa, autoaislamiento, lavarse las manos, limpiar la casa, mantener el distanciamiento social). Todas estas medidas eran especialmente relevantes en esos momentos de la pandemia, ya que se sabía muy poco sobre el virus y cómo se transmitía, lo que hacía crucial la adopción de diversas estrategias de protección.

Las medidas de salud adoptadas por los individuos durante la pandemia del COVID-19 pueden variar ampliamente en su naturaleza, consecuencias y motivaciones subyacentes. Por lo tanto, dividir las medidas de salud capturadas por la encuesta en distintos índices permite un análisis más detallado de cómo la confianza influye en comportamientos específicos. En este análisis, el índice 1 corresponde a medidas personales de protección y se caracterizan por ser acciones que un individuo realiza para protegerse a sí mismo. Aunque algunas de estas medidas pueden tener beneficios indirectos para otros, su principal motivación radica en la autoprotección. Por otro lado, el índice 2 corresponde a medidas colectivas diseñadas para reducir la propagación del virus dentro de la comunidad. A diferencia de las medidas del índice 1, las acciones del índice

¹ Los datos utilizados en este estudio provienen de una base de datos privada y no son de acceso público.

2 tienden a generar externalidades positivas significativas, ya que su cumplimiento beneficia no solo al individuo, sino también a la sociedad en su conjunto al reducir las tasas de transmisión del virus.

Asimismo, para la división de las medidas en índices, se analizaron las relaciones de las medidas de salud y la confianza utilizando gráficas de suavizado local (LOWESS, por sus siglas en inglés). Este análisis mostró que efectivamente las medidas del índice 1 y el índice 2 se comportaban de manera diferente: las del índice 1 tenían una relación negativa con la confianza en los conciudadanos y una relación en forma de U con la confianza en el gobierno. En contraste, el índice 2 mostraba una relación en forma de U invertida con ambas formas de confianza. Esta distinción permitió un análisis más preciso de cómo distintos tipos de confianza influían en diferentes comportamientos de salud pública (ver Anexo 1 para las gráficas detalladas).

Los índices se generaron de la siguiente manera: se creó el primer índice a partir de las medidas personales de protección (el uso de equipo de protección, quitarse la ropa al llegar a casa, ducharse inmediatamente) sumando una unidad por cada medida adoptada por el encuestado, y luego se normalizó a una escala de 100. El mismo procedimiento se aplicó para el segundo índice, que incluía medidas colectivas de salud (cancelar viajes, trabajar desde casa, autoaislamiento, lavarse las manos, limpiar la casa, mantener el distanciamiento social). Este enfoque permite comparar consistentemente los niveles de adopción de medidas de salud entre los individuos.

Además, para controlar por posibles factores de confusión que podrían afectar tanto la confianza como el comportamiento de salud, se incluyen en el modelo diversas variables de control, como características demográficas (edad, género, etnia y país de residencia), situación económica, nivel educativo y factores de salud (experiencias previas con enfermedades graves).

La estimación se realiza utilizando el método de mínimos cuadrados ordinarios (MCO), así como errores estándares robustos para corregir cualquier heterocedasticidad en los modelos. Este enfoque proporciona estimaciones claras de cómo la confianza en el gobierno y en los conciudadanos se asocian con en la adopción de medidas de salud, ajustando por otros factores relevantes.

Para la segunda parte del análisis, también utilizando la información de los cinco países, se emplean modelos de probabilidad lineal para cada una de las medidas de salud que forman parte de los índices. Estos modelos permiten estimar la probabilidad de adopción de medidas de salud (como lavarse las manos, usar equipo de protección, mantener la distancia social, cancelar viajes y trabajar desde casa), en función de la confianza en el gobierno y los conciudadanos, mientras se controla por las mismas variables sociodemográficas y económicas consideradas en la primera parte del análisis. Tras la estimación de los modelos, es posible interpretar cuánto cambia la probabilidad de adoptar cada medida de salud con un cambio en la unidad de confianza en el

gobierno o en los conciudadanos.

La tercera parte del análisis se enfoca exclusivamente en el Reino Unido, utilizando un conjunto de datos panel que incluye observaciones de dos periodos distintos: la primera recolección de abril y mayo de 2020, y una segunda en noviembre y diciembre del mismo año. Este enfoque permite analizar cómo cambios en la confianza en el gobierno y en los conciudadanos están asociados con el cumplimiento de medidas de salud a lo largo del tiempo. Para esta sección del análisis, se aplican modelos de datos panel utilizando una estimación efectos fijos y efectos aleatorios. El modelo de efectos fijos permite controlar todas las variables invariantes en el tiempo por individuo, eliminando así la influencia de todas las características constantes no observadas que podrían estar correlacionadas con la confianza. Por su parte, el modelo de efectos aleatorios asume que las diferencias individuales no observadas no están correlacionadas con las variables independientes, permitiendo identificar la relación de variables que no cambian a través del tiempo como género y educación, con la probabilidad de cumplir con ciertas medidas.

4. Resultados

4.1. Confianza y Cumplimiento: Análisis de Corte Transversal en 5 Países

4.1.1. Descripción de los Datos de Corte Transversal

La muestra de corte transversal incluye observaciones de individuos de cinco países: México, Argentina, Chile, Australia y el Reino Unido. Las variables principales de interés incluyen la confianza en el gobierno y en los conciudadanos, además de varias características demográficas y socioeconómicas.

Cuadro 4.1: Estadísticas Descriptivas de Datos de Corte Transversal

	Media	SD	Mín.	Máx.
Confianza en el gobierno	50.10	34.57	0.00	100.00
Confianza en los ciudadanos	48.31	25.43	0.00	100.00
Familiar mayor	0.88	0.33	0.00	1.00
Enfermedad grave	0.21	0.40	0.00	1.00
Edad	51.60	13.90	18.00	100.00
Mujer	0.74	0.44	0.00	1.00
Otro género	0.02	0.14	0.00	1.00
México	0.16	0.36	0.00	1.00
Argentina	0.18	0.39	0.00	1.00
Chile	0.06	0.23	0.00	1.00
Australia	0.07	0.26	0.00	1.00
Reino Unido	0.53	0.50	0.00	1.00
Blanco	0.69	0.46	0.00	1.00
Latino	0.24	0.43	0.00	1.00
Otras etnias	0.06	0.25	0.00	1.00
Educación por debajo de preparatoria	0.13	0.33	0.00	1.00
Preparatoria	0.10	0.30	0.00	1.00
Educación superior	0.25	0.43	0.00	1.00
Universidad	0.36	0.48	0.00	1.00
Posgrado	0.16	0.37	0.00	1.00
Empleado	0.42	0.49	0.00	1.00
Empleador	0.02	0.13	0.00	1.00
Autoempleado	0.13	0.34	0.00	1.00
Estudiante	0.05	0.22	0.00	1.00
Jubilado	0.23	0.42	0.00	1.00
Ama de casa	0.08	0.27	0.00	1.00
Desempleado	0.07	0.25	0.00	1.00

Continúa en la siguiente página

	Media	SD	Mín.	Máx.
Observaciones	7,487			

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

El Cuadro 4.1 resume las características clave de los datos de corte transversal utilizados en este estudio. La muestra analizada se caracteriza por su notable diversidad sociodemográfica y geográfica. La muestra está principalmente compuesta por mujeres, con una menor representación de otros géneros. La edad promedio de los participantes es de 51.6 años, abarcando un rango significativo desde los 18 hasta los 100 años. El 21 % de los encuestados ha experimentado una enfermedad grave, y el 88 % tiene familiares mayores a 60 años. La distribución geográfica de los participantes es mayoritariamente del Reino Unido, seguido por Argentina, México, Australia y Chile. En términos étnicos, la mayoría se identifica como blanca, seguida por personas de origen latino y otras etnias. La muestra abarca una amplia gama de niveles educativos, desde baja educación y preparatoria hasta educación superior y posgrado. En cuanto a la situación laboral, la mayoría de los participantes están empleados, aunque también se incluyen empleadores, autoempleados, estudiantes, jubilados, amas de casa y desempleados.

4.1.2. Modelos de Adopción de Medidas de Salud Agregadas

En el análisis de regresión múltiple con mínimos cuadrados ordinarios para el Índice 1 (medidas personales de protección, como el uso de equipo de protección, quitarse la ropa al llegar a casa y ducharse inmediatamente), se examinaron las relaciones con la confianza en el gobierno y la confianza en los conciudadanos, junto con las variables sociodemográficas, educativas y económicas relevantes (ver Cuadro 4.2). Debido a la correlación entre ambas medidas de confianza, se corrieron dos modelos por separado para cada índice: uno con confianza en el gobierno y otro con confianza en los conciudadanos. Por un lado, los resultados muestran que la variable confianza en el gobierno tuvo una relación marginalmente significativa con el Índice 1, lo que indica que la confianza en el gobierno influyó negativamente en la adopción de medidas personales de salud, por lo que a mayor confianza en el gobierno, menor cumplimiento en las medidas de salud personales. Por otro lado, el término cuadrático no fue significativo, lo que sugiere que no hay una relación no lineal entre la confianza en el gobierno y la adopción de estas medidas.

Cuadro 4.2: Relación de la Confianza en el Gobierno y en los Ciudadanos con los Índices de Medidas de Salud

	<i>Variable dependiente:</i>			
	Índice 1		Índice 2	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Confianza gobierno	-0.0828** (0.0416)		0.0973*** (0.0262)	
Confianza gobierno ²	0.000444 (0.000408)		-0.000680*** (0.000255)	
Confianza ciudadanos		-0.0370 (0.0551)		0.169*** (0.0345)
Confianza ciudadanos ²		-0.000462 (0.000558)		-0.00151*** (0.000353)
Familiar mayor	-1.473 (1.077)	-1.315 (1.076)	0.668 (0.702)	0.590 (0.705)
Enfermedad grave	5.405*** (0.891)	5.323*** (0.892)	1.451*** (0.556)	1.462*** (0.556)
Edad	0.0340 (0.0354)	0.0517 (0.0353)	-0.00840 (0.0225)	-0.0167 (0.0227)
Mujer	6.223*** (0.816)	6.037*** (0.811)	3.887*** (0.555)	3.940*** (0.554)
Otro género	6.953** (3.050)	7.004** (3.037)	-0.839 (1.903)	-1.101 (1.909)
México	24.01*** (1.702)	22.92*** (1.727)	-3.316*** (1.030)	-2.972*** (1.047)
Argentina	34.78*** (1.252)	34.06*** (1.240)	-3.457*** (0.752)	-2.984*** (0.746)
Chile	40.46*** (2.032)	39.52*** (2.055)	-0.559 (1.216)	-0.449 (1.229)
Australia	-1.912 (1.256)	-2.083* (1.238)	-0.191 (0.822)	0.342 (0.815)
Latino	1.137 (1.473)	1.472 (1.475)	-1.089 (0.878)	-1.150 (0.881)
Otras etnias	2.000 (1.798)	2.282 (1.795)	-1.728 (1.077)	-1.666 (1.079)
Preparatoria	-0.583 (1.490)	-0.739 (1.491)	0.558 (0.983)	0.497 (0.981)
Educación superior	2.615** (1.249)	2.639** (1.249)	4.273*** (0.791)	4.125*** (0.790)
Universidad	1.736 (1.206)	2.041* (1.204)	8.414*** (0.763)	8.021*** (0.762)
Posgrado	4.174*** (1.398)	4.658*** (1.393)	14.05*** (0.866)	13.56*** (0.863)
Empleado	4.331*** (1.558)	4.167*** (1.562)	6.480*** (0.936)	6.671*** (0.939)
Empleador	8.965*** (3.351)	8.876*** (3.361)	8.531*** (1.971)	8.775*** (1.960)
Autoempleado	1.706 (1.790)	1.726 (1.794)	6.260*** (1.082)	6.315*** (1.086)
Estudiantes	0.568 (2.208)	0.368 (2.207)	5.426*** (1.439)	5.561*** (1.445)

Continúa en la siguiente página

	Índice 1		Índice 2	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Jubilado	-3.760** (1.741)	-3.891** (1.745)	2.756*** (1.040)	2.899*** (1.043)
Ama de casa	2.645 (1.958)	2.779 (1.964)	4.728*** (1.130)	4.669*** (1.132)
Constante	10.86*** (2.736)	10.81*** (2.781)	51.97*** (1.751)	51.08*** (1.780)
Observaciones	7,487	7,487	7,487	7,487
R ²	0.231	0.233	0.092	0.092

Errores estándar robustos en paréntesis
*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco, debajo de preparatoria y desempleado.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

En cuanto a la confianza en los conciudadanos, esta no mostró una relación significativa con el Índice 1, y el término cuadrático tampoco fue significativo. Esto indica que la confianza en los conciudadanos no está relacionada con la adopción de medidas personales de salud. Sin embargo, algunas variables de control sí mostraron relaciones significativas. La variable enfermedad grave, que indica si algún miembro del hogar ha estado gravemente enfermo en los últimos 24 meses, tuvo un coeficiente positivo y altamente significativo, sugiriendo que la presencia de enfermedades graves recientes aumenta la probabilidad de adoptar medidas personales de salud. Sin embargo, el tener un familiar mayor de 60 años (familiar mayor) no mostró una relación significativa con el Índice 1, lo que sugiere que esta variable no está relacionada con la adopción de estas medidas.

El nivel educativo mostró algunas diferencias, teniendo como categoría de referencia a aquellos con nivel por debajo de preparatoria. Mientras que la educación de nivel preparatoria no tuvo una relación significativa, la educación superior mostró una relación positiva y marginalmente significativa en las medidas personales de salud. La educación universitaria no fue significativa, pero la educación de posgrado tuvo una relación positiva y altamente significativa. Esto sugiere que, a mayor nivel educativo, particularmente a nivel de posgrado, mayor es el cumplimiento de las medidas de salud personales en comparación con aquellos de baja educación.

En cuanto a la situación económica, los resultados indican que ser empleado y empleador tiene una relación positiva y altamente significativa con la adopción de medidas personales de salud, en comparación con los desempleados, que es la categoría de referencia. Sin embargo, ser trabajador por cuenta propia (autoempleo) y ser estudiante no mostró relaciones significativas. Por otro lado, ser jubilado tuvo una relación negativa y marginalmente significativa, lo que sugiere que los jubilados son menos propensos a adoptar medidas personales de salud en comparación con los desempleados. La variable ama de casa, que indica a las personas que se quedan en casa, no fue significativa.

Para el Índice 2, se encontraron diferentes resultados. La confianza en el gobierno mostró

una relación positiva y altamente significativa con el Índice 2, indicando que, a mayor confianza en el gobierno, mayor es la adopción de medidas colectivas de salud. Sin embargo, el término cuadrático mostró una relación negativa y significativa, sugiriendo una relación en forma de U invertida, tal como se observa en el análisis LOWESS. Esto implica que tanto los niveles muy bajos como muy altos de confianza en el gobierno están asociados a una menor adopción de medidas colectivas, lo que indica que un excesivo nivel de confianza en el gobierno podría estar generando que las personas sientan una menor necesidad de cumplir con estas medidas de salud.

La confianza en los conciudadanos también tuvo una relación positiva y altamente significativa con el Índice 2, con un coeficiente positivo y altamente significativo, lo que indica que la confianza en los conciudadanos impulsa la adopción de medidas colectivas de salud. Esta relación sugiere que cuando las personas confían en que sus conciudadanos también están adoptando medidas de salud, se sienten más motivadas a cumplir con dichas medidas, disminuyendo el comportamiento de “free riders”. De igual forma, su término cuadrático mostró una relación significativa pero negativa, sugiriendo una relación en forma de U invertida, acorde con el análisis LOWESS, donde los niveles extremos de confianza en los conciudadanos están asociados con una menor adopción de medidas colectivas. Esto implica que, aunque la confianza es generalmente beneficiosa, una confianza excesiva puede llevar a la complacencia, donde los individuos asumen que otros seguirán las medidas, permitiéndose a sí mismos no cumplir con ellas.

La variable enfermedad grave mostró un coeficiente positivo y altamente significativo, indicando que la presencia de enfermedades graves recientes en el hogar aumenta la adopción de medidas colectivas. Este resultado sugiere que las experiencias directas con enfermedades graves sensibilizan a los individuos sobre la importancia de las medidas de protección, motivándolos a actuar de manera más cuidadosa. En contraste, tener un familiar mayor de 60 años no mostró una relación significativa con el Índice 2. Este hallazgo inesperado puede indicar que, a pesar de que las complicaciones graves están asociadas con la edad avanzada, contar con un familiar que sea mayor no es un factor suficientemente motivador para aumentar la adopción de medidas colectivas. Es posible que esto sea causado porque el familiar no necesariamente se encuentra en el mismo hogar que el individuo.

El nivel educativo y la situación económica mostraron relaciones significativas con la adopción de medidas colectivas de salud. La educación superior, universitaria y de posgrado, así como ser empleado, empleador, autoempleado, estudiante, jubilado y ama de casa, se asociaron positivamente y de manera significativa con el Índice 2, indicando que un mayor nivel educativo y ciertas ocupaciones favorecen la adopción de estas medidas en comparación con los desempleados.

4.1.3. Modelos de Adopción de cada Medida de Salud y la Confianza en Ciudadanos

En la primera parte del análisis de los modelos de probabilidad lineal (LPM) se evaluó cómo la confianza en los conciudadanos está relacionada con la probabilidad de adoptar diversas medidas de salud pública.² Las variables dependientes incluyen el uso de equipo de protección, quitarse la ropa al llegar a casa, ducharse inmediatamente, cancelar viajes, trabajar desde casa, autoaislamiento, lavarse las manos, limpiar la casa, mantener el distanciamiento social (ver Cuadros 4.3 y 4.4).

Cuadro 4.3: Modelo de Probabilidad Lineal - Confianza en Ciudadanos y Adopción de cada Medida de Protección Personal

	<i>Variable dependiente:</i>		
	Usar equipo de protección (1)	Quitarse ropa (2)	Ducharse inmediatamente (3)
Confianza ciudadanos	0.00115 (0.000720)	-0.00131* (0.000763)	-0.000947 (0.000680)
Confianza ciudadanos ²	-2.33e-05*** (7.33e-06)	4.98e-06 (7.71e-06)	4.45e-06 (6.85e-06)
Familiar mayor	-0.0301* (0.0159)	-0.0159 (0.0152)	0.00651 (0.0126)
Enfermedad grave	0.0635*** (0.0125)	0.0535*** (0.0125)	0.0427*** (0.0110)
Edad	0.00238*** (0.000486)	-0.000322 (0.000494)	-0.000506 (0.000435)
Mujer	0.0417*** (0.0118)	0.0885*** (0.0113)	0.0509*** (0.00973)
Otro género	0.0702* (0.0426)	0.0666* (0.0383)	0.0734** (0.0356)
México	0.359*** (0.0225)	0.175*** (0.0243)	0.154*** (0.0219)
Argentina	0.537*** (0.0158)	0.309*** (0.0182)	0.175*** (0.0162)
Chile	0.586*** (0.0227)	0.350*** (0.0296)	0.250*** (0.0281)
Australia	-0.0495*** (0.0183)	-0.00756 (0.0176)	-0.00548 (0.0142)
Latino	0.0402** (0.0180)	-0.00778 (0.0212)	0.0118 (0.0194)
Otras etnias	0.0233 (0.0242)	0.0128 (0.0250)	0.0324 (0.0228)
Preparatoria	0.0189 (0.0210)	-0.0249 (0.0210)	-0.0162 (0.0184)
Educación superior	0.0691*** (0.0173)	0.00711 (0.0175)	0.00299 (0.0153)
Universidad	0.0599*** (0.0166)	0.00445 (0.0168)	-0.00309 (0.0147)
Posgrado	0.0870***	0.0401**	0.0127

Continúa en la siguiente página

² Los resultados son similares con probit (ver Anexo 2)

Cuadro 4.3 – Continúa de la página anterior

	Usar equipo de protección (1)	Quitarse ropa (2)	Ducharse inmediatamente (3)
	(0.0192)	(0.0192)	(0.0168)
Empleado	-0.00708 (0.0223)	0.0602*** (0.0221)	0.0719*** (0.0187)
Empleador	0.0575 (0.0432)	0.0937* (0.0490)	0.115** (0.0450)
Autoempleado	-0.000592 (0.0254)	0.0362 (0.0253)	0.0162 (0.0215)
Estudiante	-0.0166 (0.0309)	0.00715 (0.0312)	0.0205 (0.0272)
Jubilado	-0.0481* (0.0251)	-0.0399 (0.0249)	-0.0288 (0.0207)
Ama de casa	0.0237 (0.0270)	0.0242 (0.0272)	0.0355 (0.0240)
Constante	0.0792** (0.0391)	0.158*** (0.0385)	0.0872*** (0.0337)
Observaciones	7,487	7,487	7,487
R ²	0.274	0.109	0.078

Nota: Errores estándar robustos en paréntesis
*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01
Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco,
educación por debajo de preparatoria y desempleado.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

La confianza en los conciudadanos mostró una relación positiva y significativa con varias medidas de salud. Un incremento en la confianza en los conciudadanos aumenta la probabilidad de lavarse las manos, de limpiar la casa, de autoaislamiento y de mantener el distanciamiento social (ver Cuadro 4.4). Esto puede deberse a que la confianza genera un sentido de responsabilidad compartida y cooperación, lo cual motiva a los individuos a actuar en beneficio del bienestar colectivo. En otras palabras, cuando las personas confían en que sus conciudadanos están cumpliendo con las medidas de salud, se sienten más obligadas a hacer lo mismo, disminuyendo así el comportamiento pasivo o la inacción.

Cuadro 4.4: Modelo de Probabilidad Lineal - Confianza en Ciudadanos y Adopción de cada Medida Colectiva

	<i>Variable dependiente:</i>					
	Cancelar viajes (4)	Trabajar en casa (5)	Autoaislamiento (6)	Lavarse las manos (7)	Limpiar la casa (8)	Distanciamiento social (9)
Confianza ciudadanos	0.000511 (0.000440)	0.00150** (0.000693)	0.00177*** (0.000599)	0.00224*** (0.000543)	0.00147* (0.000820)	0.000804* (0.000474)
Confianza ciudadanos ²	-6.23e-06 (4.57e-06)	-8.70e-06 (7.09e-06)	-1.75e-05*** (6.08e-06)	-1.94e-05*** (5.55e-06)	-1.47e-05* (8.47e-06)	-9.35e-06* (4.91e-06)
Familiar mayor	0.00667 (0.00765)	-0.00712 (0.0140)	0.0108 (0.0127)	0.0114 (0.0106)	-0.00992 (0.0173)	0.00847 (0.00864)
Enfermedad grave	0.00580 (0.00600)	-0.00967 (0.0117)	0.0175* (0.00945)	0.0182** (0.00800)	0.0499*** (0.0141)	0.00451 (0.00683)
Edad	0.000530** (0.000265)	-0.000810* (0.000482)	-0.000114 (0.000402)	0.00157*** (0.000348)	-0.000438 (0.000555)	0.000688** (0.000295)
Mujer	0.0162** (0.00639)	0.00913 (0.0113)	0.0634*** (0.0102)	0.0375*** (0.00862)	0.128*** (0.0136)	0.0218*** (0.00716)
Otro género	-0.0107 (0.0249)	-0.0180 (0.0369)	-0.00881 (0.0348)	-0.0186 (0.0311)	0.0452 (0.0429)	-0.0134 (0.0267)
México	-0.0649*** (0.0137)	-0.00754 (0.0216)	0.0260 (0.0162)	-0.00993 (0.0154)	0.118*** (0.0246)	-0.0869*** (0.0150)
Argentina	-0.0273*** (0.00800)	-0.0190 (0.0158)	0.0412*** (0.0117)	-0.0246** (0.0112)	0.162*** (0.0181)	-0.0272*** (0.00889)
Chile	-0.0114 (0.0154)	0.0163 (0.0251)	0.0255 (0.0191)	0.00940 (0.0180)	0.183*** (0.0287)	-0.0261 (0.0169)
Australia	0.00959 (0.00594)	0.0479** (0.0199)	0.0338** (0.0148)	-0.0207 (0.0133)	-0.0715*** (0.0225)	0.0157** (0.00723)
Latino	-0.0315*** (0.0113)	0.00423 (0.0182)	0.00316 (0.0133)	-0.00126 (0.0132)	-0.0148 (0.0207)	-0.0189 (0.0121)
Otras etnias	-0.0498*** (0.0140)	-0.00698 (0.0219)	0.0207 (0.0161)	-0.0333** (0.0168)	-0.0251 (0.0251)	-0.0473*** (0.0149)
Preparatoria	0.0125 (0.0136)	-0.0358** (0.0173)	-0.0201 (0.0172)	0.0296* (0.0157)	-0.00143 (0.0239)	0.0122 (0.0148)
Educación superior	0.0355*** (0.0105)	0.0467*** (0.0150)	0.00660 (0.0139)	0.0398*** (0.0127)	0.0291 (0.0198)	0.0437*** (0.0113)
Universidad	0.0499***	0.141***	0.0381***	0.0482***	0.0686***	0.0551***

Continúa en la siguiente página

Cuadro 4.4 – Continúa de la página anterior

	<i>Variable dependiente:</i>					
	Cancelar viajes (4)	Trabajar en casa (5)	Autoaislamiento (6)	Lavarse las manos (7)	Limpiar la casa (8)	Distanciamiento social (9)
	(0.0101)	(0.0147)	(0.0131)	(0.0123)	(0.0189)	(0.0110)
Posgrado	0.0648***	0.324***	0.0493***	0.0718***	0.0704***	0.0617***
	(0.0102)	(0.0176)	(0.0152)	(0.0129)	(0.0219)	(0.0117)
Empleado	0.0183	0.346***	-0.139***	0.0469***	0.0294	0.0140
	(0.0132)	(0.0147)	(0.0144)	(0.0167)	(0.0243)	(0.0141)
Empleador	0.0592***	0.313***	-0.123***	0.0533*	0.0442	0.0567**
	(0.0196)	(0.0443)	(0.0378)	(0.0298)	(0.0492)	(0.0230)
Autoempleado	0.0156	0.256***	-0.0760***	0.0330*	0.00854	0.0116
	(0.0150)	(0.0191)	(0.0166)	(0.0187)	(0.0275)	(0.0160)
Estudiante	0.0204	0.294***	-0.0725***	0.0487**	-0.0500	0.0177
	(0.0177)	(0.0289)	(0.0224)	(0.0239)	(0.0350)	(0.0192)
Jubilado	0.00862	-0.0339**	0.0136	0.0227	0.0176	0.00112
	(0.0142)	(0.0163)	(0.0156)	(0.0182)	(0.0275)	(0.0153)
Ama de casa	0.0232	0.0624***	0.0133	0.0449**	0.0465	0.0273
	(0.0162)	(0.0183)	(0.0150)	(0.0199)	(0.0296)	(0.0170)
Constante	0.868***	-0.00302	0.803***	0.666***	0.340***	0.837***
	(0.0223)	(0.0342)	(0.0293)	(0.0308)	(0.0438)	(0.0244)
Observaciones	7,487	7,487	7,487	7,487	7,487	7,487
R ²	0.043	0.218	0.053	0.024	0.040	0.041

Nota:

Errores estándar robustos en paréntesis

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco, educación por debajo de preparatoria y desempleado.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

El término cuadrático de la confianza en los conciudadanos mostró relaciones significativas y negativas con varias medidas, sugiriendo una relación en forma de U invertida. Esto significa que, aunque la confianza inicialmente incrementa la probabilidad de adoptar medidas como lavarse las manos y mantener el distanciamiento social, niveles muy altos de confianza disminuyen esta probabilidad. Específicamente, esto sucede para todas aquellas medidas en las que la variable de confianza en conciudadanos en su forma lineal es positiva y significativa, a excepción de quitarse la ropa y tabajar en casa, indicando que niveles extremadamente altos de confianza pueden llevar a una percepción de menor riesgo y, por ende, a una menor adopción de estas medidas.

En términos de variables de control, haber tenido un miembro del hogar gravemente enfermo en los últimos 24 meses aumenta significativamente la probabilidad de usar equipo de protección, de quitarse la ropa al llegar a casa, limpiar la casa y de ducharse inmediatamente. Esto sugiere que la experiencia reciente con enfermedades graves motiva a adoptar medidas de autoprotección más estrictas. La variable que indica tener familiares mayores de 60 años en el hogar mostró una relación negativa y no significativa con la probabilidad de adoptar medidas de salud, a excepción de usar equipo de protección, lo que podría indicar que no afecta en la adopción de casi todas las medidas de salud.

El nivel educativo también desempeñó un papel importante. La educación superior está asociada con un aumento en la probabilidad de cancelar viajes, de trabajar desde casa, usar equipo de protección, lavarse las manos y practicar el distanciamiento social. Estudios a nivel de universidad y posgrado mostraron efectos positivos y significativos en prácticamente todas las medidas, menos en bañarse inmediatamente al llegar del exterior y quitarse la ropa. Esto sugiere que, a mayor nivel educativo, mayor es la adopción de medidas de salud personales y colectivas.

En cuanto a la situación económica, ser empleador aumentó significativamente la probabilidad de trabajar desde casa, bañarse inmediatamente, quitarse la ropa al llegar, lavarse las manos y distanciamiento social, mientras que ser empleado tuvo un efecto positivo similar. Ser trabajador por cuenta propia y ser estudiante también mostró aumentos significativos en la probabilidad de trabajar desde casa y de adoptar varias medidas de salud. Estos resultados indican que la actividad económica influye en la capacidad de los individuos para adoptar medidas de salud, posiblemente reflejando mayores recursos y flexibilidad.

En resumen, los resultados de los modelos de probabilidad lineal indican que la confianza en los conciudadanos juega un papel crucial en la adopción de medidas de salud pública, aunque su impacto puede disminuir a niveles muy altos de confianza. Además, factores como la presencia de enfermedades graves recientes, el nivel educativo y la situación económica también son determinantes importantes en la adopción de estas medidas.

4.1.4. Modelos de Adopción de cada Medida de Salud y Confianza en el Gobierno

En los modelos de probabilidad lineal (LPM) que analizan la relación entre la confianza en el gobierno y la adopción de medidas de salud pública, se examinaron las mismas medidas de salud (ver Cuadro 4.5 y 4.6).³ Los resultados muestran que la confianza en el gobierno también tiene una relación significativa en la adopción de varias de las medidas.

Cuadro 4.5: Modelo de Probabilidad Lineal - Confianza en Gobierno y Adopción de cada Medida de Protección Personal

	<i>Variable dependiente:</i>		
	Usar equipo de protección (1)	Quitarse ropa (2)	Ducharse inmediatamente (3)
Confianza gobierno	-0.00107* (0.000566)	-0.000549 (0.000579)	-0.000861* (0.000506)
Confianza gobierno ²	3.60e-06 (5.54e-06)	2.69e-06 (5.73e-06)	7.04e-06 (5.01e-06)
Familiar mayor	-0.0322** (0.0159)	-0.0175 (0.0152)	0.00550 (0.0126)
Enfermedad grave	0.0633*** (0.0125)	0.0551*** (0.0125)	0.0437*** (0.0110)
Edad	0.00221*** (0.000485)	-0.000524 (0.000493)	-0.000666 (0.000434)
Mujer	0.0463*** (0.0118)	0.0889*** (0.0113)	0.0515*** (0.00978)
Otro género	0.0706* (0.0428)	0.0656* (0.0385)	0.0724** (0.0357)
México	0.370*** (0.0222)	0.189*** (0.0239)	0.161*** (0.0217)
Argentina	0.550*** (0.0159)	0.315*** (0.0183)	0.178*** (0.0164)
Chile	0.593*** (0.0224)	0.363*** (0.0293)	0.258*** (0.0278)
Australia	-0.0444** (0.0185)	-0.00747 (0.0179)	-0.00553 (0.0144)
Latino	0.0364** (0.0180)	-0.0114 (0.0212)	0.00912 (0.0194)
Otras etnias	0.0188 (0.0242)	0.0107 (0.0250)	0.0306 (0.0228)
Preparatoria	0.0217 (0.0211)	-0.0238 (0.0210)	-0.0154 (0.0184)
Educación superior	0.0687*** (0.0173)	0.00671 (0.0175)	0.00299 (0.0153)
Universidad	0.0556*** (0.0166)	0.00121 (0.0169)	-0.00472 (0.0147)
Posgrado	0.0800*** (0.0193)	0.0352* (0.0194)	0.0101 (0.0168)
Empleado	-0.00240 (0.0223)	0.0601*** (0.0221)	0.0723*** (0.0186)

Continúa en la siguiente página

³ Los resultados son similares con probit (ver Anexo 2)

Cuadro 4.5 – Continúa de la página anterior

	Usar equipo de protección (1)	Quitarse ropa (2)	Ducharse inmediatamente (3)
Empleador	0.0576 (0.0428)	0.0951* (0.0490)	0.116*** (0.0448)
Autoempleado	-0.000367 (0.0253)	0.0356 (0.0253)	0.0159 (0.0214)
Estudiante	-0.0115 (0.0310)	0.00759 (0.0312)	0.0209 (0.0272)
Jubilado	-0.0438* (0.0251)	-0.0404 (0.0249)	-0.0287 (0.0206)
Ama de casa	0.0238 (0.0270)	0.0215 (0.0271)	0.0340 (0.0239)
Constante	0.109*** (0.0385)	0.137*** (0.0379)	0.0798** (0.0329)
Observaciones	7,487	7,487	7,487
R ²	0.273	0.107	0.077

Nota: Errores estándar robustos en paréntesis
*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01
Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco,
educación por debajo de preparatoria y desempleado.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

Para las medidas de protección personal, la confianza en el gobierno mostró una relación poco significativa y negativa, excepto con quitarse la ropa (ver Cuadro 4.5). Esto sugiere que la probabilidad de adoptar estas medidas, centradas en la autoprotección individual, disminuye cuando los individuos confían en que las autoridades están manejando adecuadamente la crisis sanitaria, perciben un menor riesgo personal. Este resultado indica que cuando las personas confían en el manejo gubernamental de la crisis, pueden sentirse más seguras y, por lo tanto, menos inclinadas a tomar medidas de protección personal estrictas, asumiendo que el riesgo de contagio ha sido mitigado efectivamente por las políticas y acciones del gobierno.

Cuadro 4.6: Modelo de Probabilidad Lineal - Confianza en Gobierno y Adopción de cada Medida Colectiva

	<i>Variable dependiente:</i>					
	Cancelar viajes (4)	Trabajar en casa (5)	Autoaislamiento (6)	Lavarse las manos (7)	Limpiar la casa (8)	Distanciamiento social (9)
Confianza gobierno	0.000171 (0.000292)	0.00124** (0.000538)	0.000580 (0.000464)	0.00169*** (0.000401)	0.00105 (0.000641)	0.000143 (0.000328)
Confianza gobierno ²	-9.13e-07 (2.93e-06)	-9.41e-06* (5.31e-06)	6.91e-07 (4.40e-06)	-1.34e-05*** (3.88e-06)	-9.26e-06 (6.32e-06)	-3.16e-07 (3.25e-06)
Familiar mayor	0.00665 (0.00765)	-0.00572 (0.0140)	0.0117 (0.0127)	0.0125 (0.0106)	-0.00959 (0.0172)	0.00851 (0.00863)
Enfermedad grave	0.00613 (0.00600)	-0.0108 (0.0117)	0.0189** (0.00943)	0.0178** (0.00798)	0.0497*** (0.0141)	0.00484 (0.00683)
Edad	0.000511* (0.000263)	-0.000611 (0.000480)	-0.000160 (0.000396)	0.00172*** (0.000348)	-0.000367 (0.000553)	0.000664** (0.000293)
Mujer	0.0162** (0.00637)	0.00812 (0.0113)	0.0623*** (0.0102)	0.0364*** (0.00865)	0.128*** (0.0136)	0.0220*** (0.00717)
Otro género	-0.00973 (0.0249)	-0.0162 (0.0368)	-0.00496 (0.0348)	-0.0152 (0.0311)	0.0475 (0.0430)	-0.0120 (0.0267)
México	-0.0635*** (0.0135)	-0.0172 (0.0213)	0.0253 (0.0159)	-0.0146 (0.0152)	0.118*** (0.0243)	-0.0859*** (0.0147)
Argentina	-0.0284*** (0.00811)	-0.0243 (0.0159)	0.0304** (0.0119)	-0.0300*** (0.0113)	0.160*** (0.0184)	-0.0290*** (0.00899)
Chile	-0.00908 (0.0151)	0.00798 (0.0248)	0.0304 (0.0187)	0.00744 (0.0180)	0.184*** (0.0285)	-0.0238 (0.0166)
Australia	0.00695 (0.00611)	0.0459** (0.0200)	0.0203 (0.0149)	-0.0267** (0.0134)	-0.0749*** (0.0226)	0.0122* (0.00739)
Latino	-0.0322*** (0.0113)	0.00734 (0.0181)	0.00121 (0.0132)	0.000299 (0.0132)	-0.0144 (0.0207)	-0.0198 (0.0121)
Otras etnias	-0.0508*** (0.0140)	-0.00515 (0.0218)	0.0175 (0.0161)	-0.0332** (0.0167)	-0.0256 (0.0251)	-0.0488*** (0.0149)
Preparatoria	0.0131 (0.0137)	-0.0365** (0.0173)	-0.0184 (0.0172)	0.0301* (0.0157)	-0.000752 (0.0239)	0.0131 (0.0148)
Educación superior	0.0362*** (0.0105)	0.0473*** (0.0149)	0.0102 (0.0139)	0.0413*** (0.0127)	0.0300 (0.0198)	0.0448*** (0.0113)
Universidad	0.0512***	0.145***	0.0460***	0.0527***	0.0707***	0.0571***

Continúa en la siguiente página

Cuadro 4.6 – Continúa de la página anterior

	Variable dependiente:					
	Cancelar viajes (4)	Trabajar en casa (5)	Autoaislamiento (6)	Lavarse las manos (7)	Limpiar la casa (8)	Distanciamiento social (9)
	(0.0102)	(0.0148)	(0.0131)	(0.0123)	(0.0189)	(0.0110)
Posgrado	0.0663***	0.328***	0.0591***	0.0777***	0.0729***	0.0639***
	(0.0103)	(0.0176)	(0.0152)	(0.0130)	(0.0219)	(0.0117)
Empleado	0.0175	0.345***	-0.143***	0.0442***	0.0280	0.0131
	(0.0132)	(0.0148)	(0.0144)	(0.0168)	(0.0243)	(0.0141)
Empleador	0.0584***	0.311***	-0.127***	0.0501*	0.0422	0.0556**
	(0.0195)	(0.0444)	(0.0376)	(0.0298)	(0.0493)	(0.0230)
Autoempleado	0.0152	0.257***	-0.0777***	0.0324*	0.00811	0.0111
	(0.0150)	(0.0192)	(0.0166)	(0.0187)	(0.0275)	(0.0160)
Estudiante	0.0199	0.293***	-0.0762***	0.0470**	-0.0506	0.0172
	(0.0177)	(0.0288)	(0.0224)	(0.0239)	(0.0350)	(0.0193)
Jubilado	0.00799	-0.0347**	0.00981	0.0206	0.0166	0.000496
	(0.0142)	(0.0162)	(0.0157)	(0.0182)	(0.0276)	(0.0153)
Ama de casa	0.0229	0.0641***	0.0125	0.0458**	0.0468	0.0271
	(0.0161)	(0.0183)	(0.0149)	(0.0199)	(0.0295)	(0.0169)
Constante	0.869***	0.00682	0.808***	0.674***	0.345***	0.842***
	(0.0219)	(0.0330)	(0.0290)	(0.0301)	(0.0430)	(0.0239)
Observaciones	7,487	7,487	7,487	7,487	7,487	7,487
R ²	0.043	0.217	0.055	0.025	0.040	0.041

Nota:

Errores estándar robustos en paréntesis

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco, educación por debajo de preparatoria y desempleado.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

En contraste, la confianza en el gobierno sí mostró una relación positiva y significativa con lavarse las manos y trabajar en casa (ver Cuadro 4.6). Sin embargo, el término cuadrático de la confianza en el gobierno indicó una relación en forma de U invertida para algunas de estas medidas, sugiriendo que niveles extremadamente altos de confianza pueden reducir la adopción de estas medidas. Esto podría deberse a una percepción de menor riesgo y una excesiva confianza en la efectividad de las acciones gubernamentales.

Las variables de control también mostraron efectos significativos. La presencia de un miembro del hogar gravemente enfermo en los últimos 24 meses tuvo un impacto positivo y significativo en la adopción de medidas personales y colectivas de salud, indicando que las experiencias recientes con enfermedades graves motivan a las personas a adoptar medidas más estrictas. Tener un familiar mayor de 60 años mostró una relación negativa y no significativa.

El nivel educativo y la situación económica jugaron un papel importante en la adopción de medidas de salud pública. La educación superior, universitaria y de posgrado se asociaron con una mayor probabilidad de adoptar medidas como usar equipo de protección, cancelar viajes, trabajar desde casa, lavarse las manos, autoaislamiento y mantener el distanciamiento social. Asimismo, ser empleado o empleador también se relacionó positivamente con la adopción de estas medidas, a excepción de autoaislarse, mientras que los estudiantes y trabajadores por cuenta propia mostraron una mayor adopción, aunque en menor medida. En contraste, los jubilados mostraron una relación negativa con algunas medidas de autoprotección, aunque esta solo fue marginalmente significativa en usar equipo de protección y trabajar en casa, sugiriendo que su situación económica no afecta significativamente en la adopción de la mayoría de medidas de salud (ver Cuadros 4.5 y 4.6).

En resumen, los resultados indican que la confianza en el gobierno es crucial para la adopción de medidas colectivas de salud pública, aunque su impacto puede disminuir a niveles muy altos de confianza. La educación y la situación económica también son factores determinantes en la adopción de estas medidas, subrayando la necesidad de políticas de salud pública que consideren estas variables para ser efectivas durante una pandemia.

4.2. Confianza y Cumplimiento: Análisis panel en Reino Unido

4.2.1. Descripción de Datos Panel

Para profundizar en la relación entre la confianza y la adopción de medidas de salud pública, se utilizó un análisis de datos panel con 634 individuos en dos periodos distintos en el Reino Unido: la primera recolección en abril y mayo de 2020 y la segunda en noviembre y diciembre del mismo año. Este enfoque permite analizar cómo cambios en la confianza en el gobierno y en los conciudadanos, así como esta relacionado con el cumplimiento de las medidas de salud a

lo largo del tiempo.

Primero, se realizaron t-tests para comparar las muestras de panel y corte transversal en el Reino Unido (ver Cuadro 4.7). Los resultados muestran diferencias significativas en edad y nivel educativo. En términos de edad, la media del panel es de 54.5 años, mientras que la media del corte transversal es de 52.7 años, indicando que los participantes del panel tienden a ser ligeramente mayores. En términos de educación por debajo de preparatoria, la proporción del panel es de 8.0 % comparada con 12.3 % del corte transversal, indicando que una menor proporción de individuos con baja educación permanecen en el panel. En nivel preparatoria, la proporción del panel es de 6.2 % comparada con 9.5 % del corte transversal, sugiriendo una menor proporción de participantes del panel con solo preparatoria. Para educación universitaria, la proporción del panel es de 37.1 % mientras que la del corte transversal es de 33.1 %, indicando que los participantes del panel son ligeramente más propensos a tener educación universitaria. En términos de posgrado, la proporción del panel es de 23.8 % comparada con 18.6 % del corte transversal, señalando que una mayor proporción de los participantes del panel tiene estudios de posgrado.

Cuadro 4.7: Comparación de las muestras de panel y corte transversal para el Reino Unido.

Variable	Media CT	Media Panel	p-valor	Significativa
Edad	52.681	54.487	0.003	Sí
Mujer	0.739	0.730	0.636	No
Blanco	0.972	0.968	0.575	No
Otras etnias	0.028	0.032	0.575	No
Educación por debajo de preparatoria	0.123	0.080	0.002	Sí
Preparatoria	0.095	0.062	0.007	Sí
Educación superior	0.266	0.249	0.384	No
Universidad	0.331	0.371	0.048	Sí
Posgrado	0.186	0.238	0.002	Sí
Empleado	0.497	0.500	0.892	No
Empleador	0.012	0.005	0.116	No
Autoempleado	0.088	0.077	0.361	No
Estudiante	0.051	0.049	0.856	No
Jubilado	0.253	0.278	0.187	No
Ama de casa	0.054	0.049	0.586	No
Desempleado	0.045	0.043	0.761	No

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

Los participantes que permanecen en el panel tienden a ser mayores y más educados en comparación con los del corte transversal. Las diferencias en la edad y el nivel educativo, aunque estadísticamente significativas, varían en su magnitud. Mientras que la diferencia de edad es relativamente pequeña, las diferencias en niveles educativos son más marcadas, especialmente en la proporción de individuos con estudios de posgrado y baja educación. Por lo tanto, los resultados sugieren que el panel está compuesto por individuos con mayor educación, lo cual podría influir en su continuidad en el estudio y su disposición a participar en investigaciones a largo

plazo. Por último, las diferencias en otras variables como género, etnicidad, y situación laboral no fueron estadísticamente significativas, indicando que estos factores no difieren notablemente entre las dos muestras.

4.2.2. Modelos de Efectos Fijos y Efectos Aleatorios en la Adopción de Medidas de Salud

Para evaluar cómo la confianza en el gobierno y en los conciudadanos influye en la adopción de medidas de salud durante la pandemia de COVID-19 en el panel de Reino Unido, se aplicaron modelos de efectos fijos y efectos aleatorios a los datos panel. Además, se realizó la prueba de Hausman para comparar la consistencia y eficiencia de los estimadores de ambos modelos, asegurando así la validez de los resultados obtenidos.

Primero, se presentan los resultados de los modelos de efectos aleatorios (Cuadro 4.8), los cuales permiten incorporar tanto las variaciones individuales específicas como las variables observadas en el análisis. La prueba de Hausman se utilizó para determinar la adecuación de los modelos de efectos aleatorios frente a los de efectos fijos. Según los resultados de la prueba de Hausman, solo uno de los modelos mostró valores p significativos, indicando que los estimadores de efectos fijos son más consistentes para ese caso específico. Dado que el modelo de efectos fijos es más robusto por tener menos supuestos y presenta resultados similares al de efectos aleatorios en términos de la confianza, se utilizará este para la interpretación principal de los resultados.

Cuadro 4.8: Modelos de Efectos Aleatorios - Confianza y Medidas de Salud

	<i>Variable dependiente:</i>			
	Índice 1		Índice 2	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Confianza gobierno	0.0248 (0.0858)		0.138* (0.0651)	
Confianza gobierno ²	-0.000772 (0.000905)		-0.000370 (0.000687)	
Confianza gobierno		0.0737 (0.112)		0.200* (0.0865)
Confianza gobierno ²		-0.00262* (0.00119)		-0.000550 (0.000917)
Mujer	2.333 (1.775)	1.712 (1.765)	1.773 (1.318)	2.554* (1.298)
Preparatoria	-8.587* (3.825)	-8.155* (3.782)	-3.447 (2.909)	-3.963 (2.890)
Educación superior	-4.644 (2.966)	-4.427 (2.945)	3.312 (2.236)	2.793 (2.220)
Universidad	-7.678** (2.886)	-6.828* (2.858)	5.397* (2.171)	3.688 (2.146)
Posgrado	-6.689* (3.070)	-5.445 (3.019)	9.006*** (2.307)	6.482** (2.263)

Continúa en la siguiente página

Cuadro 4.8 – Continúa de la página anterior

	Índice 1		Índice 2	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Con trabajo	2.852 (2.705)	2.287 (2.687)	4.256* (2.029)	5.009* (2.009)
Estudiante	6.088 (4.284)	4.216 (4.260)	2.068 (3.211)	4.617 (3.183)
Jubilado	-0.582 (2.892)	-0.767 (2.870)	1.334 (2.169)	1.847 (2.144)
Constante	27.33*** (3.999)	30.07*** (4.323)	54.37*** (3.002)	51.42*** (3.258)
Observaciones	1,268	1,268	1,268	1,268
Prueba de Hausman (p-valor)	0.8025	0.2331	0.0051	0.5312

Errores estándar en paréntesis
*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Categorías de referencia: hombre, educación por debajo de preparatoria y sin trabajo.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

Dado esto, los resultados de los modelos de efectos fijos (Cuadro 4.9), que permiten controlar las características invariables en el tiempo de cada individuo, eliminando el sesgo causado por variables omitidas constantes. Los resultados de estos modelos indican que las conclusiones principales se mantienen consistentes, aunque hay algunas diferencias en la magnitud y significancia de los coeficientes.

Los resultados del índice 1, que representa las medidas personales de protección, indican que ni la confianza en el gobierno ni la confianza en los conciudadanos tienen una relación significativa con estas medidas. Esto sugiere que, en el contexto del panel, estas medidas no están influenciadas por el nivel de confianza en las autoridades o en los conciudadanos.

Las variables de control también proporcionan información relevante. La variable mujer no muestra una significancia estadística, indicando que no hay diferencias significativas en la adopción de medidas personales entre hombres y mujeres. En términos de educación, no se observa un impacto significativo en las medidas personales, lo que sugiere que el nivel educativo no es un factor determinante en la adopción de estas prácticas. Las variables económicas, como con trabajo, estudiante y jubilado, tampoco muestran relaciones significativas consistentes con las medidas de salud personal.

Cuadro 4.9: Modelos de Efectos Fijos - Confianza y Medidas de Salud

	<i>Variable dependiente:</i>			
	Índice 1		Índice 2	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Confianza gobierno	-0.0265 (0.136)		0.494*** (0.106)	
Confianza gobierno ²	-0.00238		-0.00170	

Continúa en la siguiente página

Cuadro 4.9 – Continúa de la página anterior

	Índice 1		Índice 2	
	(1)	(2)	(3)	(4)
	(0.00139)		(0.00108)	
Confianza ciudadanos		-0.174 (0.152)		0.250* (0.122)
Confianza ciudadanos ²		-0.00159 (0.00156)		0.000436 (0.00125)
Mujer	-41.53 (32.78)	-56.93 (32.18)	15.15 (25.49)	21.36 (25.84)
Preparatoria	-5.698 (5.809)	-4.077 (5.676)	-5.233 (4.516)	-8.043 (4.557)
Educación superior	-6.221 (5.626)	-3.895 (5.522)	1.373 (4.374)	-0.755 (4.433)
Universidad	-4.122 (7.085)	-2.864 (6.950)	-1.811 (5.508)	-2.647 (5.580)
Posgrado	-7.466 (8.724)	-3.293 (8.562)	-1.134 (6.783)	-5.867 (6.875)
Con trabajo	-1.812 (6.283)	-3.118 (6.170)	0.159 (4.885)	1.588 (4.954)
Estudiante	5.092 (10.29)	3.325 (10.05)	-13.01 (7.999)	-8.684 (8.070)
Jubilado	2.301 (7.092)	1.391 (6.963)	1.775 (5.514)	1.044 (5.590)
Constante	66.56* (26.07)	81.64** (25.62)	42.51* (20.27)	42.12* (20.57)
Observaciones	1,268	1,268	1,268	1,268
Prueba de Hausman (p-valor)	0.8025	0.2331	0.0051	0.5312

Errores estándar en paréntesis
*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Categorías de referencia: hombre, educación por debajo de preparatoria y sin trabajo.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

En contraste con el índice 1, los resultados del índice 2, que agrupa las medidas colectivas de salud, revelan que la confianza en el gobierno tiene una relación positiva y significativa. Esto sugiere que una mayor confianza en el gobierno está asociada con un mayor cumplimiento de medidas colectivas como el distanciamiento social y la higiene colectiva. Este hallazgo subraya la importancia de la confianza en las autoridades para fomentar comportamientos colaborativos durante una crisis sanitaria. La confianza en el gobierno podría generar una percepción de legitimidad y eficacia de las medidas, motivando a las personas a seguir las recomendaciones oficiales.

La confianza en los conciudadanos también muestra una relación positiva con el índice 2, aunque esta relación es marginalmente significativa. Esto sugiere que la percepción de que los conciudadanos cumplen con las medidas de salud puede fomentar un comportamiento similar. La presión social y la reciprocidad pueden desempeñar un papel importante, donde los individuos adoptan medidas colectivas al observar que otros también lo hacen, fortaleciendo la cohesión social en tiempos de crisis.

Las variables de control muestran que, en general, los niveles más altos de educación no tienen un impacto significativo en las medidas colectivas. La situación económica, representada por variables como con trabajo, estudiante y jubilado, tampoco muestra relaciones significativas consistentes con las medidas de salud colectivas.

La confianza en el gobierno se muestra como un elemento fundamental para el cumplimiento de las medidas colectivas de salud, mientras que la confianza entre los conciudadanos también tiene un impacto, aunque más limitado. En cuanto a las medidas personales de protección, los resultados indican que ni la confianza en el gobierno ni la confianza en los conciudadanos tienen una influencia significativa, sugiriendo que estas decisiones son más independientes y autónomas. La falta de significancia de las variables de educación y situación económica sugiere que estos factores no son determinantes en la adopción de medidas de salud. Estos hallazgos indican que las políticas públicas deberían enfocarse en fortalecer la confianza en las autoridades y fomentar la cohesión social para lograr una mayor adherencia a las recomendaciones sanitarias durante crisis como la pandemia de COVID-19.

5. Discusión

Los resultados pintan un cuadro claro: la confianza en el gobierno y en los conciudadanos es fundamental para el cumplimiento de las medidas de salud pública, pero debe ser manejada cuidadosamente. Mientras que la confianza moderada fomenta el cumplimiento, niveles extremos de confianza, ya sea muy bajos o altos, pueden ser contraproducentes. Hay dos posibles explicaciones para esto: en el caso de la confianza en los conciudadanos, niveles muy altos podrían generar una sensación de sobreconfianza en el comportamiento de los demás. Las personas podrían creer que si la mayoría está siguiendo las medidas de salud pública, su propio cumplimiento no es necesario. Esta percepción de que la responsabilidad puede ser delegada a otros puede llevar a una disminución en la adherencia individual a las medidas preventivas, ya que cada persona se siente menos obligada a seguir las directrices debido a la confianza excesiva en que otros lo harán por ellos.

Por otro lado, niveles muy bajos de confianza en los conciudadanos pueden inducir una sensación de desconfianza y desaliento. Si las personas perciben que sus conciudadanos no están cumpliendo con las medidas, pueden sentir que sus propios esfuerzos son inútiles. Esto puede llevar a un comportamiento de abandono, donde los individuos piensan que no vale la pena seguir las medidas de salud pública si otros no lo están haciendo. Esta falta de reciprocidad y cooperación social reduce la motivación personal para adherirse a las recomendaciones sanitarias, ya que se percibe una falta de compromiso colectivo.

En cuanto a la confianza en el gobierno, niveles muy altos pueden llevar a una complacencia, donde las personas confían ciegamente en que las autoridades están manejando adecuadamente la situación y, por lo tanto, sienten menos necesidad de seguir las medidas por sí mismas. Al contrario, niveles muy bajos de confianza pueden generar escepticismo hacia las recomendaciones gubernamentales, disminuyendo la adherencia a las medidas de salud pública debido a la desconfianza en la gestión de la crisis por parte de las autoridades.

Además, los factores sociodemográficos y económicos juegan un papel significativo, destacando la necesidad de estrategias de comunicación y políticas de salud pública que consideren estas variaciones. Estos hallazgos sugieren que las políticas de salud pública deben ser diseñadas para no solo incrementar la confianza en las instituciones, sino también para mantener niveles óptimos de confianza que eviten la complacencia. La educación y la comunicación efectiva

son esenciales para asegurar que todas las comunidades, independientemente de su nivel socioeconómico, puedan acceder y adherirse a las recomendaciones de salud pública.

A través de todos los modelos, se identificaron varios factores sociodemográficos y económicos que influyen en la adopción de medidas de salud. La presencia de enfermedades graves en el hogar aumenta significativamente la adopción de medidas de salud, reflejando una mayor percepción del riesgo. Un mayor nivel educativo se asocia con una mayor adopción de medidas de salud, destacando la importancia de la educación en la comprensión y la respuesta a las recomendaciones de salud pública. Ser empleado, empleador, trabajador por cuenta propia o estudiante está asociado con una mayor adopción de medidas de salud en comparación con los desempleados, lo que puede reflejar mayores recursos o acceso a información y medios para cumplir con estas medidas.

La actividad económica de los individuos juega un papel crucial en la adopción de medidas de salud pública durante la pandemia. Los resultados de los modelos de probabilidad lineal revelan varias tendencias importantes que deben considerarse al diseñar políticas de salud pública. Ser empleado o empleador está asociado con una mayor probabilidad de adoptar medidas de salud como trabajar desde casa y cancelar viajes. Esto sugiere que estos grupos tienen más recursos y flexibilidad para seguir las recomendaciones de salud pública. Además, los empleadores y empleados pueden tener acceso a políticas organizacionales que faciliten el cumplimiento de estas medidas. Los trabajadores por cuenta propia y los estudiantes también mostraron una mayor adopción de medidas de salud en comparación con los desempleados. Esto puede deberse a una combinación de factores, como la necesidad de proteger su capacidad de generar ingresos y el acceso a información y recursos educativos. Los desempleados, siendo el grupo de referencia, generalmente mostraron una menor adopción de medidas de salud. Esto resalta la necesidad de políticas específicas y apoyo para este grupo, que puede enfrentar barreras económicas y de información que dificultan el cumplimiento de las recomendaciones de salud pública.

El nivel de educación se revela como un factor determinante en la adopción de medidas de salud pública, destacando la importancia de la educación en la respuesta a la pandemia. Los individuos con educación superior, universidad y posgrado tienen una mayor probabilidad de adoptar medidas de salud como cancelar viajes, trabajar desde casa y mantener el distanciamiento social. Este grupo tiende a tener una mayor comprensión de la importancia de las medidas de salud pública y es más probable que confíe en la información científica y en las recomendaciones del gobierno. Aunque estos niveles de educación muestran una mayor adopción de medidas de salud en comparación con los individuos con baja educación, la magnitud del impacto es menor para aquellos con educación superior y universidad que para aquellos con posgrado. Esto sugiere que, aunque la educación mejora la adherencia a las medidas de salud pública, hay un beneficio adicional significativo asociado con niveles más altos de educación.

La narrativa clave que emerge de estos resultados es que tanto la educación como la actividad económica son factores críticos que influyen en la capacidad y la disposición de los individuos para adoptar medidas de salud pública. La educación proporciona a los individuos las herramientas necesarias para comprender la importancia de las medidas de salud pública y para discernir información fiable. Las personas con niveles más altos de educación están mejor equipadas para evaluar riesgos y seguir recomendaciones de salud pública, lo que resulta en tasas más altas de cumplimiento. Esta tendencia destaca la necesidad de invertir en educación pública y en campañas informativas que puedan llegar a todos los niveles educativos, asegurando que todos los segmentos de la población tengan acceso a la información y recursos necesarios para proteger su salud. La situación económica de los individuos también juega un papel fundamental. Aquellos con empleo, especialmente en roles que permiten la flexibilidad de trabajar desde casa, y aquellos con recursos económicos suficientes, tienen una mayor capacidad para seguir las recomendaciones de salud pública. Los desempleados y aquellos con menos recursos económicos pueden enfrentar mayores desafíos, desde la falta de acceso a equipos de protección hasta la necesidad de salir a trabajar en condiciones que aumentan su riesgo de exposición.

6. Conclusiones

A partir del análisis detallado de los datos y resultados obtenidos de los modelos con confianza en los conciudadanos y en el gobierno, se derivan conclusiones que tienen importantes implicaciones para la gestión de futuras pandemias. La confianza en el gobierno y en los conciudadanos ha demostrado tener un impacto significativo en la adopción de medidas de salud pública. Sin embargo, se observó que niveles extremadamente altos de confianza pueden llevar a una menor adopción de estas medidas, posiblemente debido a una percepción de menor riesgo o una falsa sensación de inmunidad colectiva, donde las personas creen que la mayoría ya está cumpliendo con las medidas y que su propio cumplimiento no es necesario.

Para fortalecer esta confianza, es crucial que los gobiernos mantengan una comunicación clara, coherente y transparente sobre las medidas de salud pública. Las acciones gubernamentales deben ser consistentes con los mensajes comunicados, ya que cualquier inconsistencia puede erosionar la confianza y reducir la adherencia a las medidas de salud pública. Asimismo, la promoción de la cohesión social y la visibilidad de las acciones de cumplimiento de otros ciudadanos son fundamentales para fomentar la confianza entre los conciudadanos y promover la adopción de medidas de salud pública.

Las estrategias educativas también desempeñan un papel vital en este contexto. Programas de educación continua y el acceso a información fiable y clara sobre las razones científicas detrás de las medidas de salud pública pueden mejorar significativamente la comprensión y el cumplimiento de estas medidas, especialmente entre aquellos con niveles educativos más bajos. Proveer material educativo accesible y comprensible ayuda a aumentar la percepción de riesgo y la importancia de seguir las recomendaciones de salud pública.

Considerar las diferencias económicas es igualmente esencial. Proveer subsidios y apoyos financieros para aquellos que no pueden trabajar desde casa o que están desempleados puede facilitar el cumplimiento de las medidas de salud pública. Los resultados obtenidos muestran que los desempleados, siendo el grupo de referencia, generalmente mostraron una menor adopción en ambos grupos de medidas de salud”. La implementación de políticas de protección laboral que permitan a los empleados seguir las medidas sin temor a perder sus trabajos o ingresos también es crucial. Además, es importante desarrollar políticas específicas para grupos vulnerables, como los jubilados y las personas con enfermedades crónicas, asegurando que tengan los

recursos y el apoyo necesarios para seguir las medidas de salud pública.

La preparación y planificación a largo plazo son vitales para enfrentar futuras pandemias. Invertir en la infraestructura de salud pública y en la capacitación continua del personal de salud es crucial para manejar aumentos repentinos en la demanda de atención médica. También es necesario desarrollar y mantener actualizados planes de contingencia que incluyan protocolos claros para la implementación de medidas de salud pública y la comunicación con la población. El uso de tecnologías avanzadas para el rastreo de contactos y el análisis de datos en tiempo real puede mejorar la efectividad de las medidas de salud pública.

En resumen, la combinación de confianza en las instituciones y en los conciudadanos, junto con estrategias educativas y económicas adecuadas, es fundamental para manejar eficazmente una pandemia. Las políticas públicas deben ser inclusivas y considerar las diferencias socio-demográficas y económicas para asegurar una alta adherencia a las medidas de salud pública. Prepararse para futuras pandemias requiere una inversión en infraestructura de salud, educación pública y el desarrollo de planes de contingencia robustos y flexibles. Aplicar estos principios puede mejorar significativamente nuestra capacidad para enfrentar crisis de salud pública y proteger a la población. Este estudio subraya la importancia del capital social y la confianza en la efectividad de las políticas de salud pública, ofreciendo resultados valiosos para la formulación de políticas públicas que fortalezcan la confianza en las instituciones gubernamentales y fomenten la solidaridad entre los ciudadanos como pilares fundamentales para enfrentar eficazmente emergencias de salud pública.

7. Bibliografia

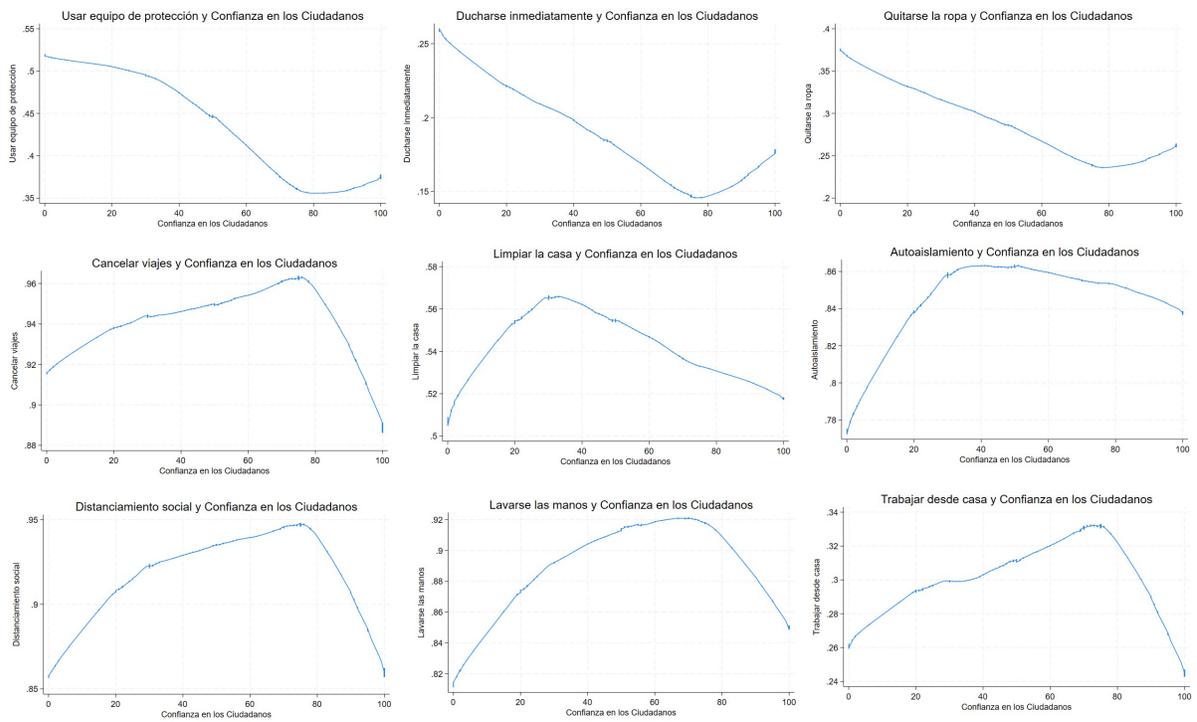
- Anderson, L. R., Mellor, J. M., & Milyo, J. (2004). Social Capital and Contributions in a Public-Goods Experiment. *The American Economic Review*, *94*(2), 373-376. <http://www.jstor.org/stable/3592913>
- Apeti, A. E. (2022). Does trust in government improve Covid-19's crisis management? *SN Social Sciences*, *2*(10), 202. <https://doi.org/10.1007/s43545-022-00505-6>
- Bargain, O., & Aminjonov, U. (2020). Trust and compliance to public health policies in times of COVID-19. *Journal of Public Economics*, *192*, 104316. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104316>
- Brodeur, A., Grigoryeva, I., & Kattan, L. (2021). Stay-at-home orders, social distancing, and trust. *Journal of Population Economics*, *34*, 1321-1354. <https://doi.org/10.1007/s00148-021-00848-z>
- Hetherington, M. J. (1998). The Political Relevance of Political Trust. *The American Political Science Review*, *92*(4), 791-808. <https://doi.org/10.2307/2586304>
- Hetherington, M. J., & Husser, J. A. (2012). How trust matters: The changing political relevance of political trust. *American Journal of Political Science*, *56*(2), 312-325. <https://www.jstor.org/stable/23187102>
- Knack, S. (2002). Social Capital and the Quality of Government: Evidence from the States. *American Journal of Political Science*, *46*(4), 772-785. <https://doi.org/10.2307/3088433>
- Kocher, M. G., Martinsson, P., Matzat, D., & Wollbrant, C. (2015). The role of beliefs, trust, and risk in contributions to a public good. *Journal of Economic Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2015.10.001>
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Zani, B. (2011). Compliance with recommendations for pandemic influenza H1N1 2009: the role of trust and personal beliefs. *Health education research*, *26*(5), 761-769. <https://doi.org/10.1093/her/cyr035>
- Taha, S. A., Matheson, K., & Anisman, H. (2013). The 2009 H1N1 Influenza Pandemic: the role of threat, coping, and media trust on vaccination intentions in Canada. *Journal of health communication*, *18*(3), 278-290. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.727960>
- 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, 575. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-575>

8. Anexos

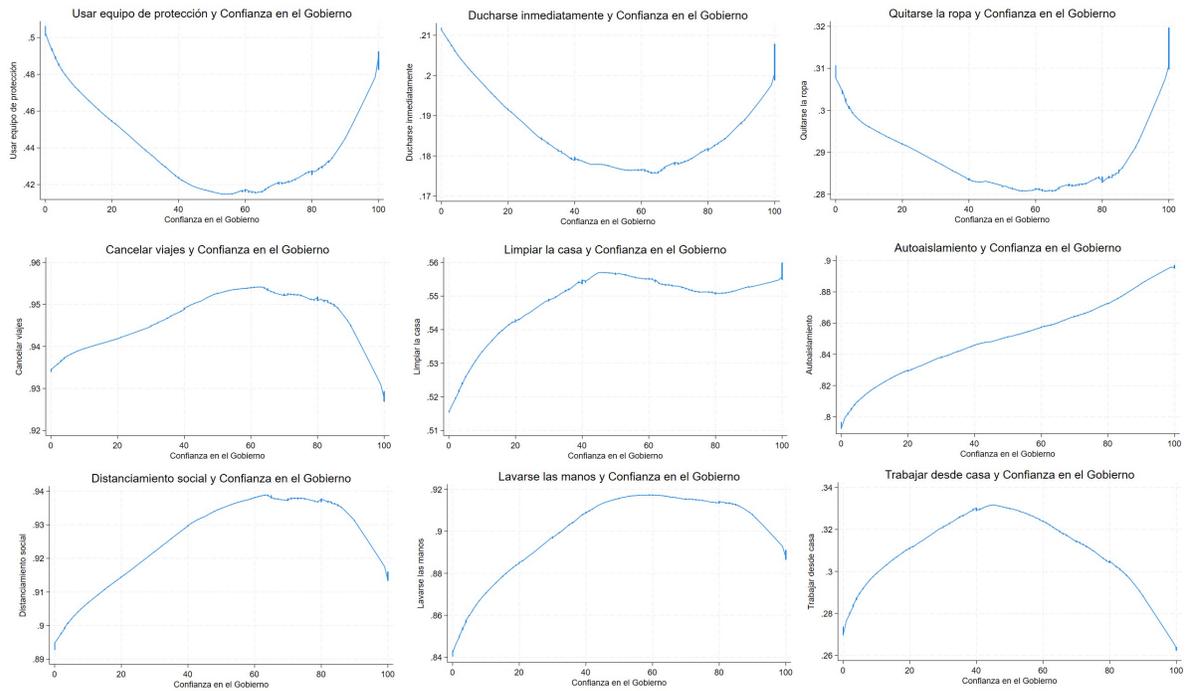
8.1. Anexo 1

Figura 8.1: Medidas de salud y confianza en los ciudadanos.



Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

Figura 8.2: Medidas de salud y confianza en el gobierno.



Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

8.2. Anexo 2

Cuadro 8.1: Modelo Probit - Confianza en Ciudadanos y Medidas de Protección Personal

	<i>Variable dependiente:</i>		
	Usar equipo de protección	Quitarse ropa	Ducharse inmediatamente
	(1)	(2)	(3)
Confianza ciudadanos	0.00119* (0.000710)	-0.00109 (0.000710)	-0.000699 (0.000602)
Confianza ciudadanos ²	-2.35e-05*** (7.28e-06)	2.64e-06 (7.42e-06)	1.83e-06 (6.40e-06)
Familiar mayor	-0.0303* (0.0155)	-0.0163 (0.0157)	0.00766 (0.0141)
Enfermedad grave	0.0618*** (0.0121)	0.0525*** (0.0121)	0.0408*** (0.0104)
Edad	0.00235*** (0.000486)	-0.000287 (0.000479)	-0.000465 (0.000414)
Mujer	0.0416*** (0.0118)	0.0931*** (0.0124)	0.0549*** (0.0110)
Otro género	0.0696* (0.0419)	0.0731** (0.0370)	0.0755** (0.0305)
México	0.274*** (0.0202)	0.167*** (0.0204)	0.147*** (0.0173)
Argentina	0.442***	0.278***	0.170***

Continúa en la siguiente página

Cuadro 8.1 – Continúa de la página anterior

	Variable dependiente:		
	Usar equipo de protección (1)	Quitarse ropa (2)	Ducharse inmediatamente (3)
	(0.0137)	(0.0144)	(0.0133)
Chile	0.521*** (0.0298)	0.300*** (0.0230)	0.210*** (0.0192)
Australia	-0.0511** (0.0201)	-0.00801 (0.0215)	-0.00677 (0.0201)
Latino	0.0408** (0.0190)	-0.00506 (0.0169)	0.00934 (0.0141)
Otras etnias	0.0244 (0.0237)	0.0117 (0.0217)	0.0253 (0.0182)
Preparatoria	0.0204 (0.0213)	-0.0246 (0.0216)	-0.0154 (0.0188)
Educación superior	0.0706*** (0.0178)	0.00837 (0.0176)	0.00502 (0.0153)
Universidad	0.0611*** (0.0169)	0.00582 (0.0168)	-0.000780 (0.0146)
Posgrado	0.0866*** (0.0192)	0.0422** (0.0193)	0.0162 (0.0171)
Empleado	-0.00643 (0.0225)	0.0587*** (0.0211)	0.0681*** (0.0176)
Empleador	0.0546 (0.0417)	0.0866** (0.0432)	0.0978*** (0.0347)
Autoempleado	-0.000568 (0.0253)	0.0329 (0.0237)	0.0139 (0.0201)
Estudiante	-0.0165 (0.0314)	0.00674 (0.0306)	0.0188 (0.0264)
Jubilado	-0.0472* (0.0253)	-0.0528** (0.0249)	-0.0520** (0.0216)
Ama de casa	0.0230 (0.0271)	0.0207 (0.0250)	0.0297 (0.0211)
Constante	0.0792** (0.0391)	0.158*** (0.0385)	0.0872*** (0.0337)
Observaciones	7,487	7,487	7,487
R ²	0.274	0.109	0.078

Nota:

Errores estándar robustos en paréntesis

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco, educación por debajo de preparatoria y desempleado.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

Cuadro 8.2: Modelo Probit - Confianza en Ciudadanos y Medidas Colectivas

	<i>Variable dependiente:</i>					
	Cancelar viajes (4)	Trabajar en casa (5)	Autoaislamiento (6)	Lavarse las manos (7)	Limpieza la casa (8)	Distanciamiento social (9)
Confianza ciudadanos	0.000389 (0.000338)	0.00142** (0.000698)	0.00166*** (0.000550)	0.00186*** (0.000439)	0.00148* (0.000821)	0.000647* (0.000370)
Confianza ciudadanos ²	-4.67e-06 (3.56e-06)	-7.91e-06 (7.20e-06)	-1.65e-05*** (5.72e-06)	-1.60e-05*** (4.72e-06)	-1.48e-05* (8.47e-06)	-7.51e-06* (3.90e-06)
Familiar mayor	0.00643 (0.00762)	-0.00592 (0.0141)	0.0101 (0.0119)	0.0110 (0.00971)	-0.00992 (0.0171)	0.00830 (0.00843)
Enfermedad grave	0.00618 (0.00665)	-0.00927 (0.0120)	0.0171* (0.0103)	0.0192** (0.00881)	0.0500*** (0.0142)	0.00485 (0.00732)
Edad	0.000438* (0.000257)	-0.000708 (0.000441)	-8.48e-05 (0.000370)	0.00144*** (0.000315)	-0.000436 (0.000554)	0.000614** (0.000284)
Mujer	0.0156*** (0.00560)	0.00342 (0.0111)	0.0565*** (0.00860)	0.0345*** (0.00748)	0.126*** (0.0131)	0.0206*** (0.00621)
Otro género	-0.00349 (0.0152)	-0.0241 (0.0398)	-0.00974 (0.0273)	-0.00972 (0.0202)	0.0440 (0.0420)	-0.00636 (0.0166)
México	-0.0529*** (0.0102)	-0.00164 (0.0216)	0.0273 (0.0177)	-0.0111 (0.0137)	0.118*** (0.0252)	-0.0662*** (0.0109)
Argentina	-0.0302*** (0.00833)	-0.0162 (0.0166)	0.0461*** (0.0138)	-0.0223** (0.0103)	0.163*** (0.0187)	-0.0295*** (0.00891)
Chile	-0.0210 (0.0133)	0.0197 (0.0266)	0.0262 (0.0219)	0.00681 (0.0178)	0.186*** (0.0308)	-0.0307** (0.0144)
Australia	0.0265 (0.0175)	0.0465** (0.0185)	0.0336** (0.0166)	-0.0211 (0.0134)	-0.0697*** (0.0219)	0.0343* (0.0180)
Latino	-0.0258*** (0.00856)	0.00217 (0.0187)	0.00155 (0.0156)	-0.00174 (0.0116)	-0.0159 (0.0218)	-0.0179* (0.00936)
Otras etnias	-0.0357*** (0.00928)	-0.00840 (0.0216)	0.0215 (0.0183)	-0.0242* (0.0125)	-0.0260 (0.0256)	-0.0343*** (0.0101)
Preparatoria	0.00813 (0.00837)	-0.0327 (0.0245)	-0.0160 (0.0156)	0.0225* (0.0124)	-0.00116 (0.0236)	0.00866 (0.00962)
Educación superior	0.0229*** (0.00762)	0.0677*** (0.0193)	0.00744 (0.0136)	0.0313*** (0.0103)	0.0289 (0.0196)	0.0326*** (0.00879)
Universidad	0.0383***	0.156***	0.0378***	0.0395***	0.0684***	0.0443***

Continúa en la siguiente página

Cuadro 8.2 – Continúa de la página anterior

	Variable dependiente:					
	Cancelar viajes (4)	Trabajar en casa (5)	Autoaislamiento (6)	Lavarse las manos (7)	Limpiar la casa (8)	Distanciamiento social (9)
	(0.00727)	(0.0179)	(0.0132)	(0.00973)	(0.0187)	(0.00824)
Posgrado	0.0651***	0.303***	0.0478***	0.0695***	0.0699***	0.0534***
	(0.0113)	(0.0184)	(0.0151)	(0.0129)	(0.0216)	(0.0109)
Empleado	0.0122	0.387***	-0.139***	0.0351***	0.0296	0.0101
	(0.00869)	(0.0300)	(0.0201)	(0.0118)	(0.0242)	(0.0101)
Empleador	0.0577**	0.362***	-0.127***	0.0406	0.0447	0.0527*
	(0.0290)	(0.0433)	(0.0326)	(0.0295)	(0.0496)	(0.0289)
Autoempleado	0.00947	0.319***	-0.0894***	0.0220	0.00872	0.00757
	(0.00984)	(0.0319)	(0.0221)	(0.0138)	(0.0275)	(0.0115)
Estudiante	0.0119	0.340***	-0.0851***	0.0369**	-0.0491	0.0116
	(0.0146)	(0.0358)	(0.0271)	(0.0180)	(0.0347)	(0.0163)
Jubilado	0.00173	-0.0410	0.0270	0.0115	0.0181	-0.00401
	(0.0104)	(0.0356)	(0.0236)	(0.0142)	(0.0275)	(0.0120)
Ama de casa	0.0154	0.128***	0.0422	0.0317**	0.0472	0.0201
	(0.0111)	(0.0371)	(0.0292)	(0.0156)	(0.0300)	(0.0130)
Constante	0.868***	-0.00302	0.803***	0.666***	0.340***	0.837***
	(0.0223)	(0.0342)	(0.0293)	(0.0308)	(0.0438)	(0.0244)
Observaciones	7,487	7,487	7,487	7,487	7,487	7,487
R ²	0.043	0.218	0.053	0.024	0.040	0.041

Nota:

Errores estándar robustos en paréntesis

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco, educación por debajo de preparatoria y desempleado.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

Cuadro 8.3: Modelo Probit - Confianza en Gobierno y Medidas de Protección Personal

	<i>Variable dependiente:</i>		
	Usar equipo de protección	Quitarse ropa	Ducharse inmediatamente
	(1)	(2)	(3)
Confianza en el gobierno	-0.000992* (0.000556)	-0.000510 (0.000563)	-0.000802* (0.000487)
Confianza gobierno ²	2.94e-06 (5.50e-06)	2.29e-06 (5.57e-06)	6.51e-06 (4.81e-06)
Adultos mayores	-0.0321** (0.0153)	-0.0183 (0.0154)	0.00663 (0.0137)
Enfermedad grave	0.0619*** (0.0122)	0.0542*** (0.0122)	0.0417*** (0.0104)
Edad	0.00221*** (0.000483)	-0.000530 (0.000479)	-0.000646 (0.000413)
Mujer	0.0464*** (0.0117)	0.0923*** (0.0122)	0.0551*** (0.0107)
Otro género	0.0651 (0.0402)	0.0701* (0.0373)	0.0735** (0.0311)
México	0.299*** (0.0202)	0.182*** (0.0203)	0.156*** (0.0172)
Argentina	0.469*** (0.0140)	0.288*** (0.0150)	0.174*** (0.0136)
Chile	0.538*** (0.0271)	0.320*** (0.0235)	0.221*** (0.0198)
Australia	-0.0464** (0.0199)	-0.00797 (0.0209)	-0.00747 (0.0188)
Latino	0.0373** (0.0188)	-0.00869 (0.0174)	0.00737 (0.0146)
Otras etnias	0.0205 (0.0231)	0.0111 (0.0220)	0.0248 (0.0186)
Preparatoria	0.0215 (0.0211)	-0.0238 (0.0214)	-0.0145 (0.0185)
Educación superior	0.0693*** (0.0176)	0.00785 (0.0175)	0.00522 (0.0152)
Universidad	0.0553*** (0.0167)	0.00154 (0.0167)	-0.00233 (0.0145)
Posgrado	0.0796*** (0.0191)	0.0355* (0.0192)	0.0127 (0.0168)
Empleado	-0.00364 (0.0219)	0.0588*** (0.0211)	0.0733*** (0.0178)
Empleador	0.0549 (0.0422)	0.0913** (0.0433)	0.106*** (0.0357)
Autoempleado	-0.00230 (0.0247)	0.0321 (0.0237)	0.0158 (0.0202)
Estudiante	-0.0137 (0.0310)	0.00653 (0.0306)	0.0213 (0.0263)
Jubilado	-0.0445* (0.0247)	-0.0537** (0.0246)	-0.0483** (0.0212)
Ama de casa	0.0227 (0.0265)	0.0159 (0.0253)	0.0296 (0.0215)
Constante			
Observaciones	7,487	7,487	7,487

Continúa en la siguiente página

Cuadro 8.3 – Continúa de la página anterior

<i>Variable dependiente:</i>		
Usar equipo de protección (1)	Quitarse ropa (2)	Ducharse inmediatamente (3)
<i>Nota:</i>		
Errores estándar robustos en paréntesis *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01		
Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco, educación por debajo de preparatoria y desempleado.		

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.

Cuadro 8.4: Modelo Probit - Confianza en Gobierno y Medidas Colectivas

	<i>Variable dependiente:</i>					
	Cancelar viajes (4)	Trabajar en casa (5)	Autoaislamiento (6)	Lavarse las manos (7)	Limpiar la casa (8)	Distanciamiento social (9)
Confianza en el gobierno	0.000137 (0.000270)	0.00117** (0.000538)	0.000492 (0.000446)	0.00158*** (0.000376)	0.00147* (0.000820)	0.000804* (0.000474)
Confianza gobierno ²	-5.67e-07 (2.69e-06)	-8.45e-06 (5.38e-06)	1.92e-06 (4.45e-06)	-1.25e-05*** (3.75e-06)	-1.47e-05* (8.47e-06)	-9.35e-06* (4.91e-06)
Adultos mayores	0.00590 (0.00757)	-0.00321 (0.0142)	0.0120 (0.0118)	0.0117 (0.00979)	-0.00992 (0.0173)	0.00847 (0.00864)
Enfermedad grave	0.00461 (0.00648)	-0.0107 (0.0119)	0.0187* (0.0101)	0.0176** (0.00859)	0.0499*** (0.0141)	0.00451 (0.00683)
Edad	0.000433* (0.000249)	-0.000557 (0.000446)	-0.000198 (0.000368)	0.00157*** (0.000318)	-0.000438 (0.000555)	0.000688** (0.000295)
Mujer	0.0147*** (0.00561)	0.00121 (0.0112)	0.0567*** (0.00876)	0.0339*** (0.00757)	0.128*** (0.0136)	0.0218*** (0.00716)
Otro género	-0.00530 (0.0161)	-0.0189 (0.0387)	-0.00828 (0.0281)	-0.00605 (0.0218)	0.0452 (0.0429)	-0.0134 (0.0267)
México	-0.0509*** (0.00974)	-0.00580 (0.0213)	0.0276 (0.0173)	-0.0144 (0.0136)	0.118*** (0.0246)	-0.0869*** (0.0150)
Argentina	-0.0289*** (0.00795)	-0.0152 (0.0166)	0.0329** (0.0135)	-0.0267** (0.0106)	0.162*** (0.0181)	-0.0272*** (0.00889)
Chile	-0.0177 (0.0126)	0.0215 (0.0262)	0.0337 (0.0212)	0.00483 (0.0176)	0.183*** (0.0287)	-0.0261 (0.0169)
Australia	0.0216 (0.0145)	0.0501*** (0.0186)	0.0180 (0.0162)	-0.0262** (0.0133)	-0.0715*** (0.0225)	0.0157** (0.00723)
Latino	-0.0259*** (0.00837)	0.000406 (0.0187)	-0.00120 (0.0153)	-0.000853 (0.0117)	-0.0148 (0.0207)	-0.0189 (0.0121)
Otras etnias	-0.0370*** (0.00938)	-0.0101 (0.0216)	0.0177 (0.0179)	-0.0255* (0.0132)	-0.0251 (0.0251)	-0.0473*** (0.0149)
Preparatoria	0.00774 (0.00882)	-0.0392* (0.0235)	-0.00994 (0.0158)	0.0227* (0.0129)	-0.00143 (0.0239)	0.0122 (0.0148)
Educación superior	0.0256*** (0.00771)	0.0574*** (0.0187)	0.0133 (0.0136)	0.0332*** (0.0106)	0.0291 (0.0198)	0.0437*** (0.0113)
Universidad	0.0416***	0.149***	0.0485***	0.0440***	0.0686***	0.0551***

Continúa en la siguiente página

Cuadro 8.4 – Continúa de la página anterior

	Variable dependiente:					
	Cancelar viajes (4)	Trabajar en casa (5)	Autoaislamiento (6)	Lavarse las manos (7)	Limpiar la casa (8)	Distanciamiento social (9)
	(0.00740)	(0.0175)	(0.0132)	(0.0101)	(0.0189)	(0.0110)
Posgrado	0.0636*** (0.0104)	0.300*** (0.0183)	0.0589*** (0.0151)	0.0732*** (0.0128)	0.0704*** (0.0219)	0.0617*** (0.0117)
Empleado	0.0110 (0.00900)	0.366*** (0.0254)	-0.141*** (0.0184)	0.0334*** (0.0124)	0.0294 (0.0243)	0.0140 (0.0141)
Empleador	0.0533** (0.0269)	0.338*** (0.0412)	-0.125*** (0.0323)	0.0401 (0.0291)	0.0442 (0.0492)	0.0567** (0.0230)
Autoempleado	0.00873 (0.0103)	0.297*** (0.0276)	-0.0858*** (0.0205)	0.0234 (0.0144)	0.00854 (0.0275)	0.0116 (0.0160)
Estudiante	0.0112 (0.0144)	0.319*** (0.0322)	-0.0870*** (0.0256)	0.0337* (0.0187)	-0.0500 (0.0350)	0.0177 (0.0192)
Jubilado	-0.000415 (0.0107)	-0.0410 (0.0304)	0.0192 (0.0215)	0.0104 (0.0148)	0.0176 (0.0275)	0.00112 (0.0153)
Ama de casa	0.0142 (0.0114)	0.115*** (0.0320)	0.0332 (0.0254)	0.0345** (0.0161)	0.0465 (0.0296)	0.0273 (0.0170)
Constante						
Observaciones	7,487	7,487	7,487	7,487	7,487	7,487

Nota:

Errores estándar robustos en paréntesis

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Categorías de referencia: hombre, Reino Unido, blanco, educación por debajo de preparatoria y desempleado.

Fuente: Elaboración propia con base de datos privada.