

“No hay nada seguro”.

Personal de salud frente al virus desconocido y la atención en la pandemia en México

GEORGINA ROJAS GARCÍA, MARGARITA ESTRADA IGUÍNIZ
Y LISA WARN CRUZ

“Nothing is Certain.” Health Practitioners Facing the Unknown Virus and Care in the Pandemic in Mexico¹

GEORGINA ROJAS GARCÍA

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Unidad Ciudad de México, Ciudad de México, México
gina_rg2002@yahoo.com.mx

MARGARITA ESTRADA IGUÍNIZ

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Unidad Ciudad de México, Ciudad de México, México
margaritaestrada2011@gmail.com

LISA WARN CRUZ

Investigadora independiente, Ciudad de México, México
lisawarn@hotmail.com

Desacatos 65,
enero-abril 2021, pp. 190-201

A final de cuentas, cuando eres médico sabes que eventualmente te vas a topar con una situación así, y que tienes que dar el ancho física, emocional, mental y técnicamente.²

Todo trabajador de salud tiene derecho a estar seguro en su trabajo y es un escándalo que tantos estén pagando el precio máximo.

Steve Cockburn (citado en AI, 2020b).

Hasta el 3 de septiembre de 2020, al menos 7 000 trabajadores de la salud habían fallecido en el mundo víctimas del contagio del virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19). De ese total, México había sido el país con la cifra más alta, con al menos 1 320 personas —18.9%—, seguido por Estados Unidos, con 1 077, y Brasil, con 634. Esto quiere decir que casi uno de

- 1 Agradecemos profundamente a todas las personas que participaron en este estudio por su disposición y apertura al compartir su experiencia sobre la atención en la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19) en México. Sirva este artículo como un pequeño homenaje a todos los que han perdido la vida como consecuencia de los riesgos que su trabajo implica.
- 2 Entrevista con anestesióloga 2, 28 años, Secretaría de Salud, Ciudad de México, junio de 2020. Para preservar la identidad de quienes participaron en este estudio, no incluimos nombres sino su especialidad y el número de secuencia en nuestro listado, más otros datos que permitan caracterizar a quienes citamos.

cada cinco trabajadores del sector salud fallecidos en el mundo por Covid-19 había muerto en México, en una proporción que por sí sola es devastadora. El total de trabajadores sanitarios mexicanos contagiados había sido, también hasta ese momento, de 97 632, según los reportes del gobierno mexicano (AI, 2020b).³

En este artículo, nuestro objetivo es referir algunas de las condiciones materiales en las cuales el personal de salud enfrentó los primeros casos de pacientes con Covid-19 en México. La información empírica que presentamos es resultado de una investigación más amplia que llevamos a cabo entre abril y junio de 2020, con la finalidad de documentar las condiciones en las que, en general, el personal del sector salud estaba realizando su trabajo al comienzo de la pandemia. De la información recabada, nos centraremos en los primeros días de la crisis sanitaria, no sólo porque en esos momentos se establecieron cadenas de contagio que, de hecho, dieron lugar a algunos brotes epidemiológicos en el interior de los hospitales, sino también porque dejan ver el contexto laboral de los trabajadores de la salud cuando la enfermedad se presentó.

La pandemia de Covid-19 llegó a México en un momento en el que el sector salud del país vivía cuatro décadas de escasez de inversión. De acuerdo con el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), “en 2016 se destinó el 5.8% del PIB [producto interno bruto] al gasto en salud, del cual sólo 3% fue gasto público” (2018: 3). Esta cantidad es menor que la de cualquier otro país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y muestra una tendencia a la privatización. Desde los primeros años del siglo XXI, el déficit de financiamiento ha provocado la ausencia de servicios de salud modernos y accesibles para los ciudadanos mexicanos (OCDE, 2016), lo que se ha traducido en problemas de desabasto de medicamentos y equipo médico,⁴ deterioro de las instalaciones hospitalarias, y en consecuencia, menoscabo de la atención médica (Menéndez, 2005).

A ello se suma la disponibilidad de personal de salud. En 2010 había en México 2.1 médicos por cada 1 000 habitantes, mientras que en Cuba y Grecia, por ejemplo, había siete y seis médicos por cada 1 000 habitantes, respectivamente. En cuanto al personal de enfermería, ese mismo año había 3.9 enfermeras⁵ por cada 1 000 habitantes en México, mientras que en Cuba había 8.6 y en Uruguay 5.5. Una vulnerabilidad adicional de nuestro sistema de salud es que alrededor de 70% de las unidades de primer nivel de atención de las instituciones públicas están a cargo de personal médico en etapa de formación exclusivamente (CESOP, 2017). Por otra parte, expertos de la OCDE (2016) piensan que el problema de México no es sólo la escasez de presupuesto sino la falta de eficiencia, notoria en la forma en la que se adquieren los bienes y servicios del sector salud.

En este contexto, los trabajadores de la salud no sólo han laborado en un sistema caracterizado por el deterioro y la carencia, sino que han sido “expuestos, silenciados y atacados” (AI, 2020a). En México, el desconocimiento de las condiciones de transmisión del virus por la mayor parte de la población no sólo ocasionó una falta de reconocimiento —y consideración— de la labor del personal de salud, sino que llegó a la agresión abierta. Esto último, al contrario de lo observado en otros países. En abril, la Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración de la Secretaría de Gobernación señalaba lo siguiente:

3 Amnistía Internacional (AI) alerta sobre una muy probable subestimación en estas cifras, dado el subreporte observado en muchos de los países incluidos en su análisis.

4 Por ejemplo, las deficiencias en el suministro de medicamentos a los derechohabientes de las instituciones de salud del sector público alcanzaron 35.6% de las recetas prescritas en 2012 (CESOP, 2017).

5 En adelante nos referiremos genéricamente al personal de enfermería en femenino, toda vez que la mayor parte de ese personal son mujeres.



PROMETEO LUCERO ▶ Hospital Naval de Especialidades, Veracruz, 11 de diciembre de 2020.

Se han registrado al menos 47 casos de agresiones contra personal de salud, en 22 estados de la República. Predominan el personal de enfermería (80% de las agresiones registradas) y las mujeres (70% de las agresiones registradas). Jalisco es el estado con el mayor número de agresiones registradas (siete eventos) [...]. El Instituto Mexicano del Seguro Social ha registrado 21 agresiones al personal de enfermería en 12 entidades del país: Ciudad de México, Estado de México, Yucatán, San Luis Potosí, Sinaloa, Jalisco, Puebla, Morelos, Coahuila, Guerrero, Quintana Roo y Durango (Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración, 2020: 8).

Para una mejor exposición de los hechos, hemos organizado este texto de la siguiente manera: después de presentar una obligada nota metodológica, los testimonios se centran, primero, en las circunstancias en las que se presentaron las primeras personas contagiadas en los hospitales, con las consecuentes cadenas de contagio entre el personal; después abordamos las capacidades médicas frente a la incertidumbre y la falta de conocimiento sobre la enfermedad, que dieron lugar a protocolos cambiantes; por último, en los comentarios finales, enunciamos lo que consideramos retos que el personal de salud ha enfrentado en el desempeño de su trabajo para la atención de la pandemia de Covid-19 en México.

Metodología del estudio

Debido al confinamiento obligatorio, esta investigación implicó el desarrollo de estrategias de construcción de información cuantitativa y cualitativa que hicieran viable nuestro acceso a la población que nos propusimos estudiar, y al mismo tiempo, nos permitieran respetar la cuarentena. Las vías que encontramos fueron, respectivamente, una encuesta y entrevistas semiestructuradas.

Diseñamos la encuesta en la plataforma de Google llamada Formularios. Las secciones del cuestionario fueron: 1) información sociodemográfica; 2) institución de adscripción y especialidad; 3) atención de la pandemia por Covid-19; 4) contexto familiar, y 5) estrés y apoyo psicológico. Hicimos circular el cuestionario durante mayo y junio de 2020. Para su distribución utilizamos la técnica de bola de nieve. En un primer momento recurrimos a nuestros propios contactos. Estas personas, a su vez, nos ayudaron a difundirlo con mayor amplitud, lo que se logró sobre todo por WhatsApp o correo electrónico. Dadas estas circunstancias, se trata de una encuesta no probabilística, autoadministrada.

Casi al final del cuestionario incluimos una invitación a participar en una entrevista que complementaría la información obtenida por medio de la encuesta. Las personas que respondieron afirmativamente nos proporcionaron un medio de contacto —correo electrónico o número telefónico— para concretar una cita. Realizamos un par de entrevistas por videoconferencia y el resto fueron por vía telefónica. En todas ellas solicitamos autorización para grabar el audio.⁶ Así fue como recabamos la información cualitativa.

En un principio, contactar a población con características tan específicas —trabajar en el sector salud, en servicios en los que se atendía a pacientes con Covid-19— era difícil; no obstante, logramos una muestra de 99 participantes en la encuesta. De manera muy general, la muestra estuvo

compuesta por 78 mujeres —77.2%— y 21 hombres —20.8%—, con una media de edad de 38.2 años.⁷ La forma en la que hicimos circular el cuestionario nos permitió contar con participantes que residen en 13 entidades federativas, si bien la gran mayoría habita en la Ciudad de México —39.6%—, el Estado de México —19.8%— y Jalisco —9.9%—. Respecto de sus áreas de trabajo dentro de los hospitales, la intención era llegar a todas; en especial a medicina y enfermería, pero también paramédicos y personal administrativo y de limpieza, pero esto no fue posible. La mayor parte de la muestra está compuesta por médicos de ambos sexos —78%— o enfermeras —15%—; sólo 3% trabaja en el área administrativa, y el resto —4%— en otras áreas. De la misma manera, buscamos incluir a personal de salud tanto de servicios públicos como privados, pero si bien algunos de los participantes combinan su trabajo en los dos sistemas, en el momento del estudio la atención a la Covid-19 sólo se brindaba en el sistema público. La mayoría de los que participaron en la encuesta se desempeña en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y en menor medida en la Secretaría de Salud, ya sea federal o en los servicios estatales. Consideramos que, a pesar de

6 La grabación del audio fue aceptada en todos los casos, excepto uno. La entrevista que no fue grabada se eliminó porque la doctora había atendido por telemedicina privada sólo a tres pacientes que no requirieron hospitalización. Estas condiciones eran completamente diferentes a las del resto de los participantes en el estudio.

7 Esta edad, joven en promedio, se corresponde con algunos ajustes que se hicieron para hacer frente a la pandemia, por los cuales el personal con cualquier condición considerada factor de riesgo obtuvo licencia para ausentarse del hospital o no atender casos de Covid-19. De esa manera, las embarazadas y los adultos mayores o quienes presentan obesidad, hipertensión, diabetes o algún padecimiento cardíaco, enfermedades crónicas u otras condiciones de salud, pudieron tener licencia. Otra medida de ajuste fue la contratación temporal de personal médico y de enfermería —por lo regular, jóvenes—.

que no logramos la diversidad que perseguíamos, la información recabada es muy reveladora.

La principal fuente de información en la que nos basamos en este texto son las 16 entrevistas semiestructuradas que llevamos a cabo. De las personas entrevistadas, 13 son médicas y médicos y tres son enfermeras. Entre las enfermeras, dos son especialistas en neonatología y la tercera es enfermera general. Las especialidades del personal médico son: anestesiología, urgencias, terapia intensiva, medicina interna, cirugía, endocrinología, ortopedia y medicina general. Con dos médicas pudimos tener dos sesiones de entrevista, con todos los demás sólo una. La duración de las entrevistas osciló entre 45 y 80 minutos. Una vez realizadas, las transcribimos.

Agradecemos —y seguiremos agradeciendo— su generosidad a todos los participantes, pues algunos de ellos nos concedieron la entrevista apenas unas horas después de haber concluido sus extenuantes jornadas de trabajo; otros, incluso, estaban contagiados de Covid-19 cuando los entrevistamos, y la mayoría nos agradeció el interés por documentar la situación en la que se hallaban trabajando.⁸

Primeros casos y cadenas de contagios

La pandemia de SARS-CoV-2, desde el momento de su aparición, ha supuesto un gran reto para la ciencia médica. Al principio se desconocían su evolución, las formas de transmisión, los tratamientos y los efectos adversos que podían tener, la inmunidad, su letalidad. Su especificidad hizo que conceptos aprendidos oportunamente, relacionados con la infectología, parecieran errados si se los aplicaba al nuevo virus (Pidone, 2020). Era una amenaza ante la cual sólo había incertidumbre.

Cuando apareció el primer caso en México, el 27 de febrero de 2020, por la información de lo que sucedía en otros países, así como por instancias

oficiales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, ya se sabía que la enfermedad era altamente contagiosa, aunque menos letal que la influenza; que la población más vulnerable eran los adultos mayores o aquellos con un sistema inmunológico comprometido, y que aún no había tratamiento probado.

Entre el personal de salud, en general, había expectativa y nerviosismo. Dependiendo del hospital donde trabajaran, tanto la fecha como la organización interna para recibir a los primeros pacientes variaron. En el recuento de Cecilia Úrsula Mendoza-Popoca y Mario Suárez-Morales (2020), sobre el proceso de reconversión hospitalaria en el país, se destaca que el proyecto se lanzó el 29 de marzo y estaban contempladas diferentes fases, durante las cuales tanto el personal como las áreas físicas dentro de los hospitales se dedicarían de manera exclusiva, o en forma híbrida, a la atención de la pandemia. Si bien la reconversión hospitalaria es una estrategia recomendada por la OMS para favorecer la contención y el tratamiento de la pandemia, poco más de un mes antes —durante el mes de febrero— ya se estaban presentando algunos casos de personas contagiadas en los hospitales.

Ese periodo fue crucial, según las declaraciones de nuestros informantes, por la exposición inicial a la que estuvo sujeto el personal de los hospitales. De esa manera, el “encuentro” con el primer caso de Covid-19 no fue del todo claro, pues algunos, tanto en el IMSS de la Ciudad de México como en

8 En virtud de que una integrante de este equipo de trabajo, Lisa Warn Cruz, es terapeuta, con amplia experiencia “atendiendo a los que atienden” en situaciones críticas como ésta, ofrecimos a todos los participantes de la encuesta y la entrevista que se pusieran en contacto con ella si sentían la necesidad de apoyo psicológico. Lo agradecieron y algunos la buscaron.



ALEXAS_FOTOS-PIXABAY ▶ Desechos de pandemia.

Monclova, Coahuila,⁹ atendieron al primer paciente infectado en marzo, pero no necesariamente lo supieron en el momento, sino cuando, unos días después, diversos compañeros de trabajo empezaron a sentir un malestar que, al realizarse la prueba, se confirmó como Covid-19.

A continuación, presentamos un ejemplo de dos cadenas de contagio más o menos simultáneas en un hospital del IMSS de la Ciudad de México:

Al [primer] paciente lo habían operado de apendicectomía. Se había regresado a su casa, pero tuvo complicaciones inesperadas: tos, fiebre, falla respiratoria. El médico interno [de pregrado] que tenía acceso al paciente fue el primero en contagiarse y nosotros, como médicos adscritos, tenemos mucho contacto con los médicos internos porque ellos son

nuestra primera línea con los pacientes. El interno me avisó que se estaba poniendo mal el paciente.

Basados en los síntomas y en las guías que estaban en ese tiempo —como ustedes saben, las

9 Sobre la propagación del virus en Monclova, recuperamos la información tanto de la prensa como por medio de comunicaciones personales con conocidos residentes en aquella ciudad. Según estas comunicaciones, el primer portador de la Covid-19 en Monclova fue el conductor de un tráiler, quien buscó atención en el IMSS porque se sentía mal. El personal que tuvo contacto con él se contagió y al mismo tiempo esparció el contagio. Un médico residente de Torreón, que se encontraba en Monclova realizando una supervisión, fue uno de los contagiados. Falleció posteriormente en Torreón. Según *Animal Político* (2020), hasta el 29 de marzo se reportaban 20 casos de Covid-19 en Monclova, de los cuales ocho eran médicos y ocho enfermeras.

recomendaciones cambiaban cada dos-tres semanas—, buscamos al subdirector del hospital. Como la definición operativa de un caso [de Covid-19] sospechoso o confirmado cambiaba, nosotros, como médicos, teníamos que estar preparados, pero nuestras autoridades —las del hospital, internas— tomaron todo esto a la ligera.

Tuve que ver al paciente. Como pude, me cubrí la boca, porque todavía no nos daban los equipos de protección, y pues eventualmente al paciente se le tuvo que intubar. Pero no lo aislaron porque, según ellos [las autoridades], no cumplía con la definición operativa, así que estuvo en contacto con otros pacientes.

Ese mismo día, curiosamente, el interno se puso mal, tenía las características de una gripa. Pero le hicieron la prueba y dio positivo. Al paciente le hicieron la prueba tres días después de su reingreso al hospital. Su resultado salió positivo siete días después, pero él había muerto cuatro días antes. Así fue como empezó esto. Yo empecé con síntomas tres-cuatro días después, le estoy hablando de un sábado; yo fui a mi clínica el viernes 3 de abril, ahí me dieron mi incapacidad y me tomaron la prueba rápido. Di positivo de coronavirus. El martes 7 de abril me dieron el resultado (entrevista con cirujano 1, 36 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 28 de mayo de 2020).

En ese mismo hospital, por otra parte:

[Otra médica interna atendió a una paciente que] tuvo contacto con una persona que tenía un familiar infectado, pero no nos dijo. Venía de ver a su familiar, tuvo contacto con todo mundo y ahí fue donde se empezó a regar... Pero nosotros [en el área de cirugía] “la sacamos barata” porque son los de Medicina Interna donde el 90% de los residentes se infectó, e inclusive los [médicos] adscritos (entrevista con cirujano 1, 36 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 28 de mayo de 2020) .

Al preguntarle al cirujano 1 sobre el total de personal contagiado en su hospital hasta entonces —28 de mayo—, contestó: “al menos 50 compañeros, entre camilleros, enfermeras y médicos, se enfermaron. Fue un brote. En el hospital estamos médicos, el personal de limpieza, de enfermería, personal administrativo, y los familiares de los pacientes, se pueden imaginar la cadena” (entrevista con cirujano 1, 36 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 28 de mayo de 2020).

Otro médico que trabaja en el mismo hospital, al referirse a esos eventos, enfatizó lo estresante que resulta ver a los propios compañeros de trabajo en terapia intensiva. A finales de mayo, al momento de la entrevista, en ese hospital habían fallecido por Covid-19 un enfermero del turno nocturno y un trabajador de intendencia.

Capacidades médicas frente a la enfermedad misteriosa y los protocolos cambiantes

Tanto los médicos como las enfermeras se encontraron con definiciones operativas que cambiaban constantemente, y por lo tanto, con falta de protocolos claros para manejar la infección. El temor que despertaba lo que se sabía de la enfermedad se sumaba al que despertaba lo que se ignoraba. La información que habían recibido de sus jefes y en las capacitaciones era que los síntomas se parecían a los de la influenza. Sin embargo, empezaron a recibir pacientes con síntomas diferentes. Lo reportaron al servicio de epidemiología de su hospital pero éste rechazó que se tratara de Covid-19. En este caso, ni la doctora entrevistada ni sus compañeros tenían protección y empezaron a contagiarse, como ocurrió en el hospital referido en el apartado anterior. Ella y las seis personas de su turno en urgencias se contagiaron, así como los de otros pisos y turnos (entrevista con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020).

En relación con la enfermedad y los protocolos de atención, esta misma doctora expresó lo siguiente:

No se dio la información de cómo era la enfermedad, tal vez porque no se sabía. Sabíamos lo que hacían en China, pero lo que hicieron en España es diferente [...]. Los síntomas cambiaban de paciente a paciente; la verdad, nunca había visto algo así. Por ejemplo, el primer paciente [que recibí] no tenía una neumonía, no cuadraba con la influenza. La saturación de oxígeno era muy baja, como de 40%, con eso el paciente se ahoga. Entonces el tratamiento tampoco puede ser uno solo, de hecho, no hay nada seguro (entrevista con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020).

Así, la atención de la pandemia de Covid-19 ha puesto en juego diversas habilidades y capacidades del personal de salud.

Respecto de los efectos del virus en el organismo, la urgencióloga 1 nos dijo: “[ha sido] frustrante pelear contra el virus porque es una enfermedad sugestiva, o sea, los síntomas no son los mismos en todas las personas. Para tratar a la enfermedad le pones mucho trabajo, todo el equipo [personal médico y de enfermería] lo hace y el paciente no responde” (entrevista con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020). También señaló que reciben información y tratan de estar actualizados, y entre ellos circulan diferentes artículos de estudios que se han hecho, sobre cuáles medicamentos ayudan a una mejor respuesta del paciente y cuáles no; sin embargo, “no se sabe”. Cuando escucha que descartan este medicamento o aquél, se ha preguntado: “¿entonces, qué hago? ¿Les echo agua bendita, o qué?”; y en cuanto al tratamiento, nos dijo: “tus conocimientos de medicina y farmacología tienen que ayudarte, debemos tener confianza en que sabemos para qué sirve un tratamiento u otro” (entrevista

con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020).

Cuando ella y su equipo tratan por diferentes medios a los pacientes y de cualquier manera éstos no responden, se juntan, analizan qué hicieron y qué pudieron haber hecho de otra forma. Todo ello con la finalidad de mejorar la atención en otros casos, aunque no saben si les va a funcionar. En su reflexión, insiste en que, a pesar de que se realizan muchos estudios, “todavía no se conoce a la enfermedad, hay algo en la maquinaria viral que lo desencadena [en el organismo] pero no se sabe qué es, por ejemplo, no sabemos qué es lo que produce el trombo o dónde va a aparecer” (entrevista con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020).

Sobre la diversa sintomatología de esta enfermedad, otro médico complementó esta visión:

Inicialmente se pensó que [el problema] era puramente respiratorio. Actualmente hemos visto afecciones a todos los niveles, entonces, estamos revisando al paciente siempre con la sospecha de encontrar datos de Covid, no solamente respiratorios. Desde mi punto de vista, la parte respiratoria es la parte final, por así decirlo, es la parte más sintomática, pero puede haber sintomatología a cualquier nivel: intestinal, cardíaca, renal, respiratoria, hepática (entrevista con cirujano 2, 49 años de edad, área de urgencias, IMSS, Ciudad de México, 29 de mayo de 2020).

Cuando a pesar de “estar junto al paciente”, para observarlo y ayudarlo a mejorar, no se obtienen los resultados esperados, los médicos sienten desesperación y decepción (entrevista con intensivista 1, 40 años de edad, Servicios Estatales de Salud, Guadalajara, Jalisco, 4 de junio de 2020). Cuando tratan de una manera y no funciona, y de otra y el paciente no reacciona, se sienten agobiados porque no tienen “nada para ayudar”; y en el caso de la urgencióloga 1,



PROMETEO LUCERO ▶ Trabajadores de seguridad del Senado de la República mantienen un cerco de control, Ciudad de México, 7 de octubre de 2020.

eso la ha hecho sentirse “desanimada, frustrada, triste, enojada” (entrevista con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020).

Toda esta presión ha tenido repercusiones en la salud mental del personal, tanto del área de medicina y enfermería como de las áreas de laboratorio, de limpieza, administrativa y de manejo de alimentos, así como en sus interrelaciones personales,¹⁰ pero no sólo eso, también les ha hecho cuestionarse su papel y su responsabilidad frente a los pacientes. Propiamente, se ha puesto en juego la vocación y la formación.

Entre los médicos de la muestra, una experiencia es generalizada: el primer paciente con Covid-19 que atendieron murió. El desconocimiento de la

enfermedad y la desinformación retardaban la llegada de los pacientes al hospital, y cuando arribaban o cuando volvían, si no se les había diagnosticado Covid-19 en primera instancia, era poco lo que el personal sanitario podía hacer por ellos. Varios entrevistados coincidieron al afirmar que: “en la carrera te educan para no dejar morir a nadie. Si es que alguien muere, tú sabes que hiciste todo lo humanamente posible para evitar la muerte” (entrevista con anestesióloga 1, 28 años de edad, IMSS/ Servicios Estatales de Salud, Tapachula, Chiapas, 29 de abril de 2020).

10 Desarrollaremos estos aspectos en un texto ulterior.

No obstante, la errática evolución de la enfermedad de paciente a paciente y el alto riesgo de contagio que implica cada intubación, hacen que la lucha por salvar vidas sea muy difícil.

Al preguntarle a la urgencióloga 1 si esta enfermedad ha hecho al personal de salud enfrentarse a la muerte de otra manera, contestó:

A nosotros nos entrenaron para esto. Cuando estudias ves videos de desastres, de guerras, y piensas que en México eso nunca va a pasar —tal vez los médicos en zonas donde el narcotráfico está fuerte, sí lo ven—. Esto [la Covid-19] no es una guerra, aunque parece guerra biológica. Sí nos toca ver muertos. A veces, cuando piensas que tu turno estuvo feo es porque se te mueren una o dos personas, pero ver un muerto cada hora y media no es viable, es muy desgastante (entrevista con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020).

De acuerdo con esta misma doctora, en el entrenamiento se aprende a tomar decisiones rápidas, “porque de eso puede depender que la gente viva”; y cuando se trata de rescatar vidas, “el rescatador debe tratar de rescatar a los más que se pueda, pero sin volverse uno de ellos [una de las víctimas]” (entrevista con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020).

Los datos indican, sin embargo, que en esta misión muchos no han podido evitar convertirse en víctimas.

Retos para el personal de salud frente a la pandemia: comentarios finales

En los primeros meses de la pandemia, cuando se ampliaba la propagación del virus en el ámbito internacional, se vaticinó en la radio pública de Estados Unidos que la eficacia en la atención variaría de país

a país, de acuerdo con la robustez de su sistema de salud pública. En México, la pandemia llegó a “un país enfermo” —como lo afirmó un funcionario de la Secretaría de Salud en una conferencia de prensa vespertina—, dados los altos índices de diabetes, hipertensión y obesidad, que han resultado ser factores de riesgo considerables. Además, como apuntamos en la introducción, llegó a un país en el que se destinan menos recursos al sistema de salud pública, en comparación con otros países latinoamericanos.

Si bien “ningún país estaba preparado para una pandemia de esta naturaleza”, como lo afirmó uno de los médicos participantes en el estudio, en México la atención a la Covid-19 dejó que desear en sus momentos iniciales, tanto en lo que se refiere a los pacientes como al personal de salud mismo (entrevista con cirujano 2, 49 años de edad, área de urgencias, IMSS, Ciudad de México, 29 de mayo de 2020). El personal de salud ha estado expuesto al riesgo de contagio desde antes de que se tomaran medidas de contención como la reconversión hospitalaria. El desconocimiento de la enfermedad, la falta de protocolos oportunos y claros, así como la dificultad para el diagnóstico, ocasionaron contagios comunitarios en el interior de algunos hospitales. Otro factor que propició las infecciones fue el equipo de protección personal, que no siempre llegó a tiempo y no siempre fue suficiente o de buena calidad. Esta enfermedad altamente contagiosa ha implicado, según los cálculos de uno de los médicos participantes en el estudio, que entre 20% y 30% de la población infectada, aproximadamente, tenga que hospitalizarse, mientras que el resto puede recuperarse en su hogar; y alrededor de 10% del total de contagiados tiene que intubarse, pero sólo 1% de los pacientes intubados tiene probabilidad de recuperarse —de ser extubado— (entrevista con cirujano 2, 49 años de edad, área de urgencias, IMSS, Ciudad de México, 29 de mayo de 2020).

Asimismo, aunque el personal de salud que trabaja en áreas críticas como urgencias y terapia

intensiva no es el único que está en riesgo de contagiarse, sí es el que tiene la mayor probabilidad de contraer el virus. En general, este personal trata de mejorar las condiciones del paciente y evitar la intubación, si es posible, dada la alta probabilidad de fallecimiento en esa circunstancia. Una de las técnicas de ayuda es la pronación —que el paciente esté boca abajo— y se le pide su colaboración para no tener que intubarlo: “ayúdeme, para que yo pueda ayudarlo” (entrevista con urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020). Pero a veces la intubación es inevitable y con cada intubación el riesgo de contagio es alto —además, claro, del manejo de los pacientes contagiados en general— debido a la creación de aerosoles cuando el paciente abre la boca para ser intubado.

Pero el estrés no queda ahí. Por una parte, el personal del área de medicina y enfermería lidia constantemente con la burocracia que representa la estructura de mando de los hospitales, que decide todo lo referente a la dotación de los equipos médicos, de tratamiento y de protección personal, y organiza los recursos humanos con los que se

cuenta; por la otra, debe ser el portavoz de las malas noticias. De acuerdo con uno de los médicos entrevistados:

Lo más estresante es decirle al familiar: “tu paciente es sospechoso [de Covid-19]”. Pero creo que es más estresante que el familiar te diga: “sí, mi mamá está allá adentro también” o “mi mamá falleció” y “tenemos la sospecha porque ha habido dos-tres familiares que inclusive han fallecido”. Es lo más estresante. Y la gente no lo entiende. Es probable que, al ingresar su familiar, ya no lo vuelvan a ver (entrevista con cirujano 2, 49 años de edad, área de urgencias, IMSS, Ciudad de México, 29 de mayo de 2020).

Otro factor de estrés, enojo y desesperación se produce al terminar la jornada, cuando —tal vez— salen a la calle y ven por todas partes que no toda la gente sigue las medidas de cuidado recomendadas, y piensan, como dijo la intensivista 1 (40 años de edad, Servicios Estatales de Salud, Guadalajara, Jalisco, 4 de junio de 2020): “así, ¿cuándo vamos a acabar?”. **D**

Bibliografía

- Agencia EFE, 2020, “La oms subraya la importancia de invertir en salud pública para afrontar pandemias”, en Yahoo! Noticias, 14 de septiembre. Disponible en línea: <<https://espanol.yahoo.com/noticias/oms-subraya-importancia-invertir-salud-122853645.html>>. Consultado el 14 de septiembre de 2020.
- Amnistía Internacional (AI), 2020a, “Global: Trabajadores de la salud silenciados, expuestos y atacados”, en Amnistía Internacional México, 13 de julio. Disponible en línea: <<https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/global-trabajadores-de-la-salud-silenciados-expuestos-y-atacados/>>. Consultado el 13 de septiembre de 2020.
- , 2020b, “Global: Amnesty Analysis Reveals Over 7,000 Health Workers Have Died From COVID-19”, en Amnesty International, 3 de septiembre. Disponible en línea: <<https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/amnesty-analysis-7000-health-workers-have-died-from-covid19/>>. Consultado 13 de septiembre, 2020.
- Animal Político*, 2020, “8 Médicos y 8 enfermeras han dado positivo en pruebas de coronavirus en Monclova, Coahuila”, en *Animal Político*, 29 de marzo. Disponible en línea: <<https://www.animalpolitico.com/2020/03/coahuila-casos-covid-19-coronavirus-monclova/>>. Consultado el 27 de abril de 2020.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), 2017, *La calidad en los servicios de salud en México*, Documento de trabajo núm. 269, Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión-LXIII Legislatura/Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, México. Disponible en línea: <<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Centros-de-Estudio/CESOP/Estudios-e-Investigaciones/Documentos-de-Trabajo/Num.-269-La-calidad-en-los-servicios-de-salud-en-Mexico>>. Consultado el 15 de septiembre de 2020.

- Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), 2018, "Pequeños pasos para transformar al sistema de salud", 21 de mayo. Disponible en línea: <https://imco.org.mx/pequenos-pasos-transformar-al-sistema-salud/?gclid=EAlalQobChMlxv6O66js6wIVDvDACH2MBAj4EAAYASA AEgK8GPD_BwE>. Consultado el 15 de septiembre de 2020.
- Mendoza-Popoca, Cecilia Úrsula y Mario Suárez-Morales, 2020, "Reconversión hospitalaria ante la pandemia de Covid-19", en *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 43, núm. 2, pp. 151-156. Disponible en línea: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2021.pdf>>. Consultado el 14 de septiembre de 2020.
- Menéndez, Eduardo, 2005, "Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales", en *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 2, pp. 195-223. Disponible en línea: <<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n2/195-223>>. Consultado el 15 de septiembre de 2020.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 2016, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones*. Disponible en línea: <<https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>>. Consultado el 15 de septiembre de 2020.
- Pidone, Claudio Luis, 2020, "Covid-19: entre el desconocimiento y la desinformación", Universidad Maza-Facultad de Ciencias Veterinarias y Ambientales. Disponible en línea: <http://repositorio.umaza.edu.ar/bitstream/handle/00261/1349/Pidone_COVID-19%20Entre%20el%20desconocimiento%20y%20la%20desinformación_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado el 19 de septiembre de 2020.
- Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración, 2020, *Observaciones sobre violaciones a derechos humanos durante la contingencia sanitaria por Covid-19*, Gobierno de México-Secretaría de Gobernación, México. Disponible en línea: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/549605/OBSERVACIONES_SOBRE_VIOLACIONES_A_DERECHOS_HUMANOS_DURANTE_LA_CONTINGENCIA_SANITARIA_POR_COVID-19__1__1_.pdf>. Consultado el 20 de septiembre de 2020.

Entrevistas

- Anestesióloga 1, 28 años de edad, IMSS/Servicios Estatales de Salud, Tapachula, Chiapas, 29 de abril de 2020.
- Anestesióloga 2, 28 años de edad, Secretaría de Salud, Ciudad de México, 8 de junio de 2020.
- Cirujano 1, 36 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 28 de mayo de 2020.
- Cirujano 2, 49 años de edad, área de urgencias, IMSS, Ciudad de México, 29 de mayo de 2020.
- Intensivista 1, 40 años de edad, Servicios Estatales de Salud, Guadalajara, Jalisco, 4 de junio de 2020.
- Urgencióloga 1, 42 años de edad, IMSS, Ciudad de México, 1 de junio de 2020.