

## La producción de la cultura organizacional epidémica en la atención al Covid-19<sup>1</sup>: una aproximación antropológica a los hospitales de la Ciudad de México

### Rubén Muñoz Martínez

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)

México

rubmuma@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0631-8816>

### Renata Gabriela Cortez Gómez

Escuela Nacional de Antropología e Historia

México

rcortezgomez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1943-1842>

### RESUMEN

Desde los primeros meses de la pandemia de Covid-19 en México, personal de salud denunció ante los medios de comunicación diversos problemas en la gestión de las autoridades hospitalarias y sanitarias, que afectaban a la adecuación y calidad de la atención proporcionada y a su percepción de riesgo ante una potencial infección nosocomial. A partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a médicas y médicos de hospitales "Covid" e "híbridos" de la Ciudad de México, en este artículo se propone la categoría *cultura organizacional epidémica* de atención en salud, con el objetivo de analizar cómo se produce esta nueva reorganización de la atención hospitalaria desde las representaciones sociales y prácticas de estos actores sociales. Para ello se analizan sus representaciones respecto a ciertas dimensiones que consideran significativas en la gestión de la pandemia, a nivel gubernamental y hospitalario, y del comportamiento de la población; así como sus prácticas autoorganizadas para enfrentar la ausencia de protocolos y de medios materiales para una atención médica adecuada, y mitigar el riesgo de infecciones hospitalarias. Recuperar el punto de vista y las prácticas de los actores implicados en la atención médica, permite visibilizar las contradicciones del sistema de salud y mejorar las respuestas, actuales y futuras, ante emergencias sanitarias.

### PALABRAS CLAVE

Covid-19, médicos, cultura organizacional, atención hospitalaria, pandemias.

1 En este artículo escribimos Covid, en lugar de COVID, para evitar reproducir el estigma social, como ocurre cuando nos referimos al sida.



## The production of epidemic organizational culture in the care of Covid-19: an anthropological approach to hospitals in Mexico City.

### ABSTRACT

From the first months of the Covid-19 pandemic in Mexico, health workers reported to the media various problems in the management of hospitals and health authorities, which affected the adequacy and quality of care provided and their perception of risk of potential nosocomial infection. Based on semi-structured interviews with doctors from "covid" and "hybrid" hospitals in Mexico City, in this article we propose the category of epidemic organizational culture of health care, with the aim of analyzing the new reorganization of hospital care from the social representations and practices of these social actors. For this purpose we analyze their representations regarding certain dimensions that they consider significant in the management of the pandemic, at the government and hospital level, and related to the cultural behavior of the population; as well as their self-organized practices to face the absence of protocols and material means for adequate medical care, and mitigate the risk of nosocomial infections. Recovering the point of view and practices of the actors involved in medical care allows to highlight the contradictions of the healthcare system and improve current and future responses to health emergencies.

### KEYWORDS

Covid-19, doctors, organizational culture, hospital care, pandemics

FECHA DE RECIBIDO 12/07/2020

FECHA DE ACEPTADO 22/12/2020

### COMO CITAR ESTE ARTICULO

Muñoz Martínez, R. y Cortez Gómez, R.G. (2021) La producción de la cultura organizacional epidémica en la atención al Covid-19: una aproximación antropológica a los hospitales de la Ciudad de México. Revista de la Escuela de Antropología, XXVIII, pp. 1-30. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.144

### Introducción

El 31 de diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, China, se alertó de la presencia de una nueva enfermedad respiratoria, a la que se denominó como *Covid-19*, ocasionada por un nuevo virus, el SARS-CoV-2. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo oficial la declaración de "pandemia". América es la región del mundo en la que el personal de salud ha sufrido más casos de infección por *Covid-19*, y México a nivel mundial



tiene la cifra más alta de profesionales de la salud muertos por esta causa (Chertorivsky et al., 2020).

Desde los primeros meses de la pandemia en México, profesionales de la salud de diversos hospitales denunciaron ante los medios de comunicación la falta de equipo de protección personal, entre otros problemas, por lo que exigían a sus respectivas autoridades hospitalarias y a las sanitarias respuestas inmediatas para reducir el riesgo de contagio y garantizar una atención adecuada a la población<sup>2</sup>. Estas denuncias han continuado desde entonces, por lo que es importante analizar la gestión de la pandemia desde los ojos del personal de primera línea, con la finalidad de identificar los principales problemas que ellos han detectado, y en muchos casos, sobre los que han intervenido directamente. Este análisis permite elucidar las respuestas de un personal de salud que se percibe como históricamente vulnerado por las políticas neoliberales que han ido recortando el gasto en salud de México (Ugalde y Homedes, 2005). De hecho, las autoridades sanitarias actuales han reconocido que “la falta de desarrollo y la baja inversión del sector salud” han afectado negativamente su eficiencia, traduciéndose en falta de instalaciones y en los escasos profesionales de salud que se forman anualmente, por lo que los recursos disponibles son insuficientes (Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Informe diario coronavirus en México, Secretaría de Salud, México, 02 de mayo de 2020). En estas condiciones estructurales, en las que una pandemia es una amenaza real y una potencial catástrofe para el sistema de salud, se inscriben diversas respuestas del personal médico –en términos de denuncias, quejas, trabajo bajo protesta o huelgas– al percibir una gestión deficiente que repercute en la atención adecuada y en su seguridad y la del paciente.

La categoría cultura organizacional biomédica (COB) ha sido utilizada por la antropología médica desde años atrás. Sus primeros usos se remontan a las investigaciones sobre educación de Pettigrew

2 Gilet, E. (2020). Quién y para qué se creó la Unión de Trabajadores de Salud de México en plena pandemia. En Sputnik (28 mayo 2020), disponible en: <https://mundo.sputniknews.com/20200528/quien-y-para-que-se-creo-la-union-nacional-de-trabajadores-por-la-salud-de-mexico-en-medio-de-la-1091561866.html>



(1979) a finales de los años 70, y de otros autores coetáneos en la sociología industrial, siendo uno de sus exponentes Schein (1988). En el estudio de otras pandemias, como el VIH, se han llevado a cabo algunas investigaciones de tipo etnográfico cuyo eje de análisis está centrado en la cultura organizacional de los hospitales o clínicas de atención, por ejemplo en Canadá (Seaborn, 2010) o en México (Muñoz, 2014). Algunas investigaciones sobre personal de salud e infecciones respiratorias, previas al *Covid*, han utilizado marcos de análisis que abordan algunos aspectos de la COB, como la cultura laboral (ver Houghton et al. 2020). Hasta la fecha, no conocemos investigaciones publicadas que apliquen esta categoría al análisis de la atención del *Covid-19* en México. En este artículo proponemos la categoría cultura organizacional epidémica (COE) en la atención en salud, como una manifestación específica de la COB, a partir de la llegada de una emergencia sanitaria internacional, como en este caso el *Covid-19*, que implica la reorganización de los sistemas de salud para priorizar la atención a los afectados por la pandemia. La COE ha supuesto a nivel mundial, y en el caso específico de México, procesos de reconversión hospitalaria y de reorganización profesional al interior de los hospitales, pero también del primer nivel de atención en salud, con implicaciones simbólicas y materiales respecto a las representaciones sociales y condiciones de la práctica médica. La nueva COE, tiene implicaciones diferenciadas, respecto a la COB preexistente en dos aspectos: primero, en la calidad y adecuación de la atención en salud al abordar una nueva patología desconocida con anterioridad centralizando sus funciones en su atención y excluyendo o secundarizando temporalmente la atención a otras patologías. Segundo, en la producción de vulnerabilidad del personal de salud y de los pacientes (no *Covid*), al instituirse como una forma de gestión y mitigación del riesgo a la exposición del virus.

La COE, inscrita y reproducida por las representaciones y prácticas de los actores sociales, está constituida por los siguientes procesos en interacción, internos y externos a la institución médica: a) los productos y artefactos materiales: como los espacios, los aparatos



tecnológicos, los protocolos, las normativas, o por ejemplo, los formularios, así como, entre otros, los medicamentos o el dinero; b) las expresiones simbólicas, valorativas y comportamentales: los rituales, las narrativas fundacionales, los códigos de interacción, los valores, las ideologías y, por ejemplo, las normas que se manifiestan en el entorno de la institución; o, entre otras, las concepciones de la enfermedad y de la atención y su puesta en práctica; c) las personas que forman parte de la institución entendidas como conjuntos sociales receptores y generadores de sus artefactos materiales y simbólicos; y, d) los procesos mencionados con anterioridad, reorganizados para la gestión y mitigación del riesgo ante la epidemia, así como para una atención biomédica adecuada, mediada por la estratificación social.

El objetivo de este artículo<sup>3</sup> es analizar las representaciones sociales<sup>4</sup> y prácticas de los médicos del tercer nivel de atención en salud, que atienden *Covid-19* en la Ciudad de México, respecto a la producción política, social y técnica, en términos de Menéndez (2005), de la COE en los hospitales en los que trabajan, en dos sentidos. Por un lado, entendiendo a los médicos como nuevos sujetos vulnerables a los efectos de la pandemia<sup>5</sup>, por la naturaleza

3 Esta investigación fue posible gracias a la financiación de CONACYT en el marco de la Convocatoria 2020-1, "Apoyo para proyectos de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación en salud ante la contingencia por Covid-19".

4 De acuerdo con Jodelet (en Esparza-Serra, 2003), las representaciones sociales aluden a "un tipo de saber práctico y cotidiano", que los sujetos construyen a través del contacto o la convivencia con los otros, es decir, gracias a las prácticas que desarrollan en el entorno de sus relaciones sociales, que pueden ser científicas, religiosas, políticas, etc. Estas representaciones sociales les permiten interpretar el mundo en el que viven, puesto que se trata de conocimientos socialmente construidos que a su vez generan discursos sobre los problemas o situaciones que les aquejan o importan, es decir, que son nociones compartidas. Esto no evita que el sujeto construya sus propias interpretaciones, pero éstas siempre estarán en diálogo o interpelando a esos conocimientos culturales/sociales. Las representaciones sociales moldean actitudes, por lo que son guías para la acción de los sujetos, y pueden perpetuar y naturalizar una variedad de inequidades en salud cuando tienen un trasfondo ideológico (Radley y Billig, 1990).

5 Organización Panamericana de la Salud. Directora de la OPS llama a proteger a los trabajadores de la salud ante el avance de COVID-19 en la región de las Américas (07 de abril de 2020). Consultado el 25 de marzo de 2021. Disponible en [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15773:paho-director-calls-for-protection-of-health-workers-in-face-of-the-advancing-covid19-pandemic-in-the-region-of-the-](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15773:paho-director-calls-for-protection-of-health-workers-in-face-of-the-advancing-covid19-pandemic-in-the-region-of-the-)



y condiciones de su trabajo, y, por otro lado, como actores clave que producen respuestas resolutorias para la adecuada atención hospitalaria. Para ello, se abordan cuatro niveles de análisis: las representaciones sociales respecto a: a) la reconversión hospitalaria y el incierto futuro de la atención médica pública en las condiciones materiales actuales; b) procesos sociales en los hospitales de tipo estructural y coyunturales vinculados a la pandemia; c) la toma de decisiones gubernamentales, respecto a la prevención y la atención oportuna, y el comportamiento cultural de la población relacionado con la exposición al virus; d) las prácticas autoorganizadas de los médicos para enfrentar la ausencia de protocolos y de medios materiales para una atención adecuada, y mitigar el riesgo de adquirir una infección nosocomial ellos y los usuarios.

### Metodología

Esta investigación es de tipo cualitativo, está basada en la teoría fundamentada (Glasser & Strauss, 1967) y tiene un carácter exploratorio. Se realizaron entrevistas semiestructuradas vía telefónica a médicas y médicos, que han colaborado en "equipos Covid" de hospitales "Covid" e "híbridos" de la Ciudad de México, de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Entendemos estos tres sistemas públicos como la misma unidad de análisis respecto a la atención del Covid-19, ya que todos los hospitales tienen en común que pasaron por el proceso de reconversión hospitalaria, que implicó especializarse en la atención de pacientes con sospecha y diagnóstico de Covid-19, y ampliar su capacidad con el incremento de camas de hospitalización, ventiladores mecánicos, entre otras acciones. Los hospitales "Covid" son aquellos que las autoridades sanitarias destinaron exclusivamente a la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de Covid-19; los hospitales "híbridos"

se refieren a los que establecieron un área o piso para la atención

---

-americas&Itemid=1926&lang=es



exclusiva de estos pacientes, mientras mantuvieron la atención del resto de las especialidades y servicios médicos

A partir de referencias personales, el investigador principal realizó el acercamiento con los primeros informantes, éstos a su vez proporcionaron otros contactos, y así de manera sucesiva. Se solicitó la colaboración de 70 personas, de las cuales aceptaron y realizaron la entrevista 42. Se detuvieron las entrevistas al detectar saturación teórica. En este artículo se incluye el análisis de 37 entrevistas, 2 de los informantes estaban en puestos directivos, 16 son médicos residentes y 16 médicos adscritos de diferentes especialidades médicas. Todos atienden *Covid-19*. 17 de las informantes eran mujeres y 18 hombres. En los testimonios de este artículo se incluye la especialidad del médico para su mejor identificación preservando su anonimato. El rango de edad de los informantes es de 26 a 55 años, con una mediana de edad de 33, lo cual se debe a que en todas las instituciones se autorizó que el personal con factores de riesgo y/o mayores de 65 años se ausentara de sus actividades laborales. No obstante, 6 (17%) de los informantes tenían factores de riesgo, pero decidieron no ausentarse de su trabajo ya que percibían que quedarse en casa sería contraproducente para su salud mental o una irresponsabilidad; en el caso de los residentes, se les impidió hacerlo. 7 de los entrevistados (20%) fueron diagnosticados con *Covid*<sup>6</sup>.

El periodo de trabajo de campo abarca de mayo a septiembre de 2020. La duración de las entrevistas osciló entre 1 y 2 horas, y fueron transcritas textualmente para su posterior codificación con el programa Atlas.ti 8. Para la codificación y el análisis de la información se consideraron categorías previas, co-ocurrentes y emergentes. El material obtenido se trianguló entre los datos ofrecidos por los diferentes informantes, recurrentes en las unidades de análisis seleccionadas, y, cuando fue posible, con otros existentes en la literatura científica y en otras fuentes como

6 No encontramos una mediación de la especialidad médica, el género o la edad en las representaciones sociales y prácticas relacionadas con la COE sujeto de estudio.



la información oficial<sup>7</sup>.

Las limitaciones de la investigación residen en las condiciones impuestas por el *Covid-19* respecto al "trabajo de campo a distancia", sin observación participante, y sin poder entrevistar a ningún usuario.

### **Consideraciones éticas**

A todos los entrevistados se les proporcionó información, mediante un documento en un mensaje de *WhatsApp* y antes de la entrevista de forma oral, sobre el proyecto, su derecho a la confidencialidad, a retirarse del estudio y a recibir los resultados. Para el trabajo de campo y posterior uso investigativo de la información se siguieron los lineamientos de la Declaración de Helsinki. Se solicitó a las y los informantes su consentimiento informado y autorización para grabar la llamada (no se utilizó videollamada por respeto a su privacidad). Se garantizó el anonimato de los entrevistados no registrando datos personales, se evitó ahondar en temas que pudieran resultar lesivos y se les informó de las estrategias existentes para la atención en salud mental (del personal médico) a aquellos que lo demandaron.

### **Resultados**

#### **La llegada de la pandemia y la reconversión hospitalaria**

La llegada de la pandemia supuso un desafío para el sistema de salud y su adecuación desde la perspectiva de la gestión del riesgo de infección por *Covid-19* entre el personal de salud y los usuarios, su mitigación y la atención adecuada a una patología infecto-contagiosa desconocida hasta el momento. Las representaciones sociales respecto a la adecuada gestión de la atención médica en el nivel hospitalario se dividen en dos grandes bloques, relacionados con los subsistemas especializados surgidos a partir de la reconversión hospitalaria. La mayoría de los entrevistados consideran que los hospitales designados originalmente como "*Covid*" tuvieron una

<sup>7</sup> De marzo a octubre se documentaron las conferencias de prensa que la Secretaría de Salud de México realiza en el marco del Informe diario por Coronavirus en México para informar del desarrollo de la pandemia a nivel mundial y nacional.-





respuesta, en forma de reconversión “rápida”, en el sentido de que en marzo ya estaban recibiendo casos sospechosos y confirmados, el personal había recibido alguna capacitación básica, habían sido dotados de equipo médico y estaban usando EPP, además de haber reducido la consulta externa. Un ejemplo de este tipo de hospitales es el 20 de noviembre del ISSSTE. Estas representaciones sociales son distintas respecto a los hospitales que fueron designados “Covid-19” o “híbridos” posteriormente, cuando los designados originalmente no se dieron abasto. En estos últimos, según los entrevistados, las capacitaciones, la dotación de material y la reconversión fueron más complicados y lentos, lo que atribuyen a la planeación que incide en la calidad de la atención que proporcionan y en su percepción de riesgo, siendo mejor en los primeros.

Jefe de Urología/H: Tomaron desde mucho tiempo atrás todas las medidas, las precauciones, la preparación, estaban listos y todavía no llegaban casos. Sí puedes tener fallas, pero yo me atrevo a decir que lo han sabido llevar de una manera impecable... como hicieron la reconversión desde un inicio, todo se planeó, no fue como en algunos hospitales que les agarró la urgencia, “k”, [nuestro] hospital, lo hizo con mucho tiempo de anticipación.

Residente de Cirugía Oncológica/H: Mi hospital, al ser un hospital oncológico, no se consideró nunca hospital Covid. En un principio sí fue muy desordenada la manera de atender a pacientes. Inclusive la manera en que se presentó fue en un brote, de repente un paciente empezó con sintomatología y dentro de la hospitalización nos habían dado sana distancia, lavado de manos, uso de cubre bocas, uso del N95, pero no había un protocolo establecido en el hospital. Se demoraron en establecerlo, se confiaron en que no iba a ser hospital Covid. Siempre se manejó la información de que en algún momento iban a haber pacientes Covid. Pero les agarró por completo desprevenidos, y de ahí se empezaron a implementar el *triage* respiratorio, que muchísimas ocasiones falló, el traslado de pacientes y el equipo de protección personal.

Los médicos entrevistados tanto en los hospitales “Covid” como en los “híbridos” comparten la percepción de que, a pesar de las diferentes respuestas en cada hospital, la pandemia “los rebasó”,



lo cual responde a tres razones: un sistema de salud de por sí deficiente y desfinanciado, la falta de experiencia del personal que nunca imaginó la dimensión de la pandemia y las limitaciones de crear sistemas diferenciados de atención *Covid* y no *Covid* para una infección que rebasa las barreras impuestas por las COEs de los hospitales.

Patóloga/M: Eso ya venía de atrás, la mayoría comenta que esto viene a relucir las deficiencias que ya tenían... Sí, querer tapar el sol con un dedo, porque todos los demás nos podíamos dar cuenta de que hay una mala administración, se estaban llevando el dinero, ya no había medicamentos, el creciente aumento de la población de derechohabientes sin haber tantos compañeros atendiendo, ya es una cuestión crónica.

Médica Internista/M: Al principio fue caos total ... mi hospital no fue asignado para *Covid*, pero llegaban pacientes y eso era un problema porque no había protocolo. La gente administrativa no sabe de medicina, y es difícil saber quién tiene y quién no. Entonces llegaban y no éramos *Covid*, pero de pronto ya teníamos varios pacientes *Covid*, y como no había un área establecida para estos pacientes, no había aislamiento, estaban junto a otros pacientes no *Covid*, y no teníamos pruebas, etc. Entonces fue un contagiadero de personal impresionante. De 20 médicos que éramos en el turno matutino, 4 no nos hemos contagiado. Y uno lamentablemente falleció. (...) Al final nunca fue posible separar bien a los pacientes, y más porque al inicio de la pandemia el gobierno tardaba mucho en darnos la prueba, hasta 7 días (...)

La realidad de tener que lidiar con una enfermedad totalmente nueva implicó, para los entrevistados, diversos desafíos entre los cuales refieren no tener, en un principio, ninguna información probada científicamente respecto a los tratamientos, a la imprevisibilidad de los cuadros clínicos y de su evolución así como los cambios diarios en la información epidemiológica. Todo ello incidió en que las capacitaciones iniciales fueron obsoletas, en que los tratamientos empleados no daban resultados y las definiciones operacionales de un "caso sospechoso" dejaron fuera casos positivos, con signos y síntomas no considerados en la definición inicial, entre otras consecuencias negativas para la producción de



la COE y la atención adecuada.

Residente de Pediatría/H: Pasó con un niño que tenía un tumor, había recibido quimioterapia, llegó solo por dolor abdominal. Entonces lo pasaron a admisión continua, y tenía neutropenia, lo trataron y cuando le hicieron la tomografía de abdomen, como está chiquito también salió la parte de tórax, estaba llenísimo de lesiones. Ese niño no estuvo aislado, tuvo contacto con personas de laboratorio, camilleros, enfermería, médicos, familiares...

La referencia más cercana que los médicos entrevistados tenían de la experiencia de una pandemia, en algunos casos siendo a su vez personal de salud, es la influenza H1N1. Desde el punto de vista de algunos participantes, si bien se trata de dos pandemias muy diferentes la influenza se gestionó mejor siendo las medidas de contención más oportunas, comparativamente en el *Covid-19* se percibió como muy tardía. En este sentido, un aspecto significativo que media en las representaciones sociales de los médicos es la temporalidad de la llegada de la epidemia a México. Algunos médicos y médicas consideran que los ejemplos de China, España e Italia debieron haberles dado la pauta a las autoridades sanitarias para actuar de manera más eficiente y oportuna y pensar en el peor escenario. Otros y otras opinan que la actuación fue oportuna y eficiente, considerando los grandes problemas de financiamiento del sector salud y las características de la enfermedad.

Residente de Medicina Interna/H: Debimos de ser un poquito más precavidos para estar mejor preparados, porque fuimos generando protocolos en la marcha. Ahí siento que fallamos, porque sí tuvimos tiempo para prepararnos, no fue como la pandemia de influenza, que empezó en México; sino que empezó en China, se fue a Europa y llegó a América Latina, tuvimos tiempo para prepararnos, para generar nuestras directrices. Pecamos en pensar que no nos iba a llegar, ahí sí siento que fallamos.

La temporalidad del desarrollo de la pandemia y los distintos momentos de la gestión organizacional en los hospitales es un proceso que incide a su vez en las distintas representaciones sociales de los médicos. A medida que pasaron los meses, los informantes



fueron normalizando las medidas para evitar los contagios, incluyendo el uso de EPP, con las actualizaciones de información y evidencia científica. Las percepciones de los participantes cambiaron respecto al riesgo de infección ocupacional, las rutas críticas de manejo de los pacientes y especialmente con relación al *triage*.

Jefe de Terapia Intensiva/H: Al principio era como una petición del equipo usar estas cápsulas (que recubren el cuerpo y la cabeza de los pacientes que ingresan al hospital, aislándolos). Conforme fue saliendo la evidencia, la verdad es que no vimos necesidad, y vimos que incomodaba al paciente. [Para] nosotros es más trabajo hacerlo y para el paciente es más molesto, además de todo es innecesario, y dejamos de hacerlo.

### **La producción de la COE en los hospitales**

Si bien en la evidencia encontrada existen dos bloques de representaciones sociales respecto a la eficacia de la producción de la COE, en los términos descritos anteriormente relativos a la adecuada atención y gestión del riesgo, según el tipo de hospital y el momento de la reconversión, hay una diversidad de representaciones al respecto al interior de los hospitales "Covid" e "híbridos" que la atribuyen a procesos micro –del universo hospitalario– y macro –externos al mismo–. Entre los primeros, de tipo micro, algunos son de carácter estructural y otros responden a coyunturas específicas en las COE de ciertos hospitales. Los de tipo estructural, transversales al conjunto de los hospitales estudiados, son: las condiciones laborales; las licencias de los médicos adscritos y la reasignación de todos los especialistas a la atención del Covid; y, las diferencias entre las áreas Covid y las no Covid en los hospitales híbridos. Los que responden a coyunturas específicas de cada hospital refieren a la implicación de sus directivas/os con el adecuado funcionamiento de la COE y respecto a las demandas de los médicos. Los procesos macro relatados por los entrevistados se relacionan con la gestión gubernamental (a nivel nacional) de la pandemia respecto a las medidas de prevención y atención oportuna y también con el comportamiento cultural de la población.



## Los procesos micro en la producción de la COE

La creación de una nueva COE de atención en salud se apoya en los elementos materiales y simbólicos existentes en el sistema de atención hospitalaria antes de la pandemia. Según las y los entrevistados, las y los residentes son un pilar fundamental en el tercer nivel de atención en un país con grandes carencias de profesionales de la salud. A esta situación se le añaden las licencias laborales, denominadas "Covid", de las y los especialistas adscritos con factores de riesgo que prefieren no atender la pandemia<sup>8</sup> o enfermaron de Covid y la dificultad, cuando no imposibilidad, de que los médicos residentes o de contrato disfruten de este tipo de permisos por las posibles consecuencias negativas que puede tener en su futuro profesional. Principalmente, refieren a las represalias por parte de sus superiores:

Residente de Medicina Interna, H: Los hospitales más grandes de la ciudad de México, que tienen posgrado, se mueven por residentes, generalmente hay residentes en la tarde, en la noche, en todas las áreas y los que mueven al hospital son los residentes desde las 6 de la mañana, ha sido antes de esta situación. Los que se quedan a la guardia, los que hacen lo más esencial, son los residentes y está bien, es tu formación como médico, pero eso no sale en las noticias, ahí los héroes son los adscritos. Solo son seis los adscritos que dirigen en la mañana.

Residente de Psiquiatría/H: Fue "*necesitamos su apoyo para el hospital, ¿quién de ustedes quiere integrarse a los que vamos a apoyar a la pandemia Covid?*". Se nos pide firmar una hoja y nos dicen que no es obligatorio, algunas personas las firmamos y otras no. A la semana se nos envía un comunicado de los jefes de residentes en el que nuestro trabajo es obligatorio. A mí me enseñaron un video en el que mi jefe de residentes dice que va a haber represalias para los que no apoyen, tal cual.

Las resistencias de las y los médicos residentes y adscritos a participar en la atención del Covid están relacionadas con la percepción de riesgo respecto a la exposición a la infección, lo cual

<sup>8</sup> Sin embargo, según hemos podido observar durante diversas visitas a hospitales privados (no vinculadas al trabajo de campo), algunos continúan trabajando en sus consultorios privados.



se vincula con la improvisación en la formación de la COE y con la escasa evidencia respecto a las formas de transmisión. Las y los residentes de más experiencia refieren que participaron impulsados por su sentido de responsabilidad, ya que finalmente estudiaban para esto, y también por dar ejemplo a los residentes de menos experiencia. Los incentivos utilizados para la participación de las y los médicos fueron los bonos –percibidos como un estímulo ineficaz ya que la cantidad de dinero recibida era escasa– y las notas en los expedientes.

Oftalmólogo/H: Están incentivando al personal para que entren al área *Covid*, y al área de notas o a la informativa, con un bono y con notas estrictas en el expediente. Es la forma en las que los directivos están incentivando al personal. Yo creo que lo del bono ni siquiera te alcanzaría para las cenizas, la incineración. Yo solo estuve una semana, no quiero imaginar que sería estar cada tercer día.

Residente de Medicina Interna/M: Pero aquí realmente desde origen no tenían un protocolo de salud laboral, organizacional, que generara cierta tranquilidad. Entonces, al principio la verdad nos daba miedo, pero yo creo que nos ganaba más el sentido de responsabilidad, éramos los R grandes, y teníamos que poner el ejemplo.

La reasignación obligatoria de los especialistas que se encuentran en otras áreas *Covid-19* se fue realizando, con excepciones puntuales en las que se llevó a cabo desde el comienzo, a medida que se constató la dimensión de la pandemia y las carencias del sistema de salud para atenderla articuladas a las licencias laborales de los adscritos. Además de las resistencias referidas por las y los médicos adscritos, las y los residentes refieren que fue un desafío formar a las y los especialistas que realizaban guardias puntuales en el área *Covid* y desconocían los procedimientos. En este sentido, tuvo lugar una suerte de inversión de roles en la cual quienes estaban de guardia en el área *Covid*, formaban a los especialistas externos, que por lo general no estaban acostumbrados a estos pacientes y patologías infecto-contagiosas (Dermatología, Patología, Pediatría, etc.), en este tipo de atención. El objetivo de esto era, según



refieren, que pudiesen desempeñar adecuadamente su trabajo, que no se expusiesen a una infección ocupacional y evitar que ralentizasen el trabajo de los demás.

Residente de Psiquiatría/H: Cuando convivo con los doctores que son de otras especialidades y están cubriendo su guardia, ellos no saben las actividades que se tienen que llevar a cabo ahí. Entonces se apoyan mucho en nosotros porque ya tenemos mucho tiempo dando las consultas. Les explicamos a los adscritos qué hacer, esto merma las actividades porque pasan la mitad del tiempo aprendiendo y la otra mitad nos apoyan. Los residentes y el adscrito que contrataron para el *triage* son los que hacen la mayor carga de trabajo.

La percepción de una desigual gestión en las áreas *Covid* y no *Covid* de los hospitales denominados como "híbridos", es análoga a la referida respecto a los hospitales "Covid", en el sentido de que se percibe que la definición inicial de la división entre áreas *Covid* y no *Covid* fue hecha sin considerar que todos los pacientes podían ser potencialmente portadores del virus, sin que ello implicase presentar signos y síntomas relacionados con una enfermedad respiratoria aguda. Esto conllevó que muchos pacientes de áreas "no Covid" se enfermasen, así como el personal de salud que en ellas trabajaba y no tenía medidas de profilaxis utilizadas en el área *Covid*.

Residente de Medicina Interna/H: Lo que empezamos un poquito mal fue la protección en el área no *Covid*. En el área *Covid*, fue excelente, se nos brindó el equipo de protección como dice en las guías internacionales y nacionales, y no hubo problemas... áreas de aislamiento, protocolo, se fue planeando. En el área no *Covid*, donde seguimos viendo pacientes no *Covid*, muchas veces preguntaban "¿ay, que salió positivo Covid?", y los pasábamos para allá. Hubo ocasiones en las que hubo contagiados afuera del área *Covid*, en el bloque de hospitalización de mis compañeros residentes y no teníamos equipo de protección allá afuera.

Esta situación implicó que se tuviesen que reducir servicios considerados como urgentes, como sucedió en las intervenciones realizadas en el área de oncología, suponiendo un desafío para la atención pero también para el acompañamiento por parte de los



familiares cuando era necesario como fue el caso de los niños.

Residente de Cirugía Oncológica/H: Durante dos semanas tuvieron que disminuir hasta 70% las cirugías programadas, porque empezaron a haber brotes hospitalarios, casos de residentes, médicos de base infectados, del equipo de enfermería. Entonces sí considero que faltó como más compromiso por parte de los directivos.

Residente de Pediatría/M: Creo que con los recursos que teníamos se afrontó de la mejor forma que se podía y seguimos sobre la marcha mejorando cosas que vemos que hacen falta o que sobran. [Un problema fue que] en el hospital se quedaron pacientes oncológicos y fue difícil ubicarlos para que no estuvieran en contacto con pacientes *Covid*. A los niños, que sus papás pudieran verlos y no tuvieran riesgo de contagiarlos porque venían de fuera. Creo que fue un reto ver y organizar todo eso.

Las y los entrevistados refieren que un proceso que incide de forma diferenciada en la producción de la COE de cada hospital es el compromiso de las y los directivos con el buen funcionamiento de la atención hospitalaria y respecto a las necesidades del personal de salud. Algunos entrevistados tienen una percepción negativa de los directivos de sus hospitales, los cuales nunca han visitado las áreas *Covid* ni escuchado a sus trabajadores, y otros consideran que su gestión fue acertada en el sentido mencionado. Estas percepciones pueden estar mediadas por el lugar que ocupa el entrevistado en la estructura laboral y política-administrativo del hospital, por ejemplo, en función de su acceso a conocer las medidas que los directivos implementan o no, o de haber ocupado puestos directivos con anterioridad y tener conflictos con la actual dirección.

Médico familiar/H: Primero, los directivos nunca se han interesado por el área. Es interés por el papel, pero no han ido a hacer una supervisión o ir directamente con el trabajador y preguntarle qué es lo que siente o qué inquietudes tiene. Yo iría a las áreas críticas y preguntaría "oye, ¿cómo van o qué les hace falta?, o ¿cómo se sienten?". Creo que falta más interés de nuestras autoridades, a ir a ver cómo está el trabajador.





Jefe de Terapia Intensiva/H: En las reuniones se dio la oportunidad de que los que estamos de operativos opináramos cómo debía de dirigir el hospital, cómo darle la vuelta. Preguntarle al trabajador permitió mucho a los directivos del hospital planear los recursos que sabíamos que en algún momento se iban a agotar. Y nos han oído. Hay algo que reconozco enormemente en el hospital, nunca nos ha faltado equipo de protección. [En septiembre] llegamos a tener casi 100 ventiladores [cuando antes tenían 30] porque el hospital gestionó los convenios con la empresa que renta los ventiladores, y se contrató personal de inhaloterapia, se habilitaron espacios, todo el equipo de ingeniería biomédica y tecnovigilancia adaptaron tomas de oxígeno donde no existían, eso nos permitió expandir la capacidad de camas de ventilador.

### **La gestión gubernamental y el comportamiento cultural de la población**

La percepción de la gestión gubernamental de la pandemia se refiere a ciertas medidas de prevención y de atención oportuna. Respecto a la prevención, por un lado, varios médicos entrevistados consideran que la falta de EPP, al inicio de la pandemia, o la recepción de equipo no adecuado tuvo que ver con la deficiente gestión gubernamental sumada, en ciertos casos, a la inadecuada gestión en su hospital. Esta carencia o inadecuación del EPP<sup>9</sup> referida implicó una percepción de desprotección por parte de los entrevistados y la compra de equipo con recursos propios. Por otro lado, referían una inadecuada estrategia comunicativa por parte del presidente de México al minimizar los riesgos del *Covid* alentando a salir a la calle, anunciando que había un descenso en la curva de contagios (lo cual invitaba, según los entrevistados, a “*bajar la guardia*”) o no llevando cubrebocas en sus apariciones públicas.

Residente de Medicina Interna/M: Fue una mala organización desde la presidencia de la república. Nuestro presidente decía, cuando ya estábamos atendiendo pacientes con *Covid*, que todavía era momento de salir a la calle (...) Las autoridades no están dándonos el ejemplo que debiera ser. Tú no puedes decirle

9 En algunos casos se trataba de las caretas que tenían un tamaño no adecuado o de los cubrebocas que recibían, denominados KN95, considerados por ellos de menor calidad que los N95.



a la gente, "*protéjense, no salgan*", cuando nuestro presidente está haciendo giras por sureste o no se pone una mascarilla.

También perciben que la estrategia relacionada con el uso del cubrebocas fue errónea, ya que el Subsecretario de Salud no invitaba a usarlo al decir que "*las personas no saben cómo ponérselo*", y priorizó la promoción de otras medidas de prevención como la "*sana distancia*". Para ellos, esta confusión en los mensajes emitidos, cuando ya se conocía que el medio principal de transmisión es aéreo, influyó para que la población no tomara estas medidas.

Médica Internista/M: [Es necesaria] una campaña y una estrategia para que la gente sepa lo que está haciendo y porqué. Si tú le dices a la gente que se ponga una mascarilla, y no le enseñas cómo hacerlo, no lo va a hacer. Si el mismo presidente de la República dice que solo se va a poner una mascarilla cuando acabe la corrupción, pues la gente cree que es juego. El mismo subsecretario de salud dice que la mascarilla no funciona si no la usan bien, pero sí funciona si la usan bien, entonces eduque a la población para que la use bien.

Las representaciones sociales respecto a la atención oportuna refieren a dos procesos. En primer lugar, a la estrategia promovida por el gobierno que reside en el mensaje "*quédate en casa*" para aquellas personas que tienen signos y síntomas de *Covid-19*. La persistencia en esta estrategia implicó que los pacientes llegaran tardíamente al hospital, con el resultado de una mayor mortalidad, o que no llegaran y murieran en sus casas o a las puertas del hospital.

Residente de Medicina Interna/H: En México la distribución de información de cuándo te debes de atender está muy mal, porque la información es "*te debes de atender cuando te empieza a faltar el aire*". Normalmente cuando ya un paciente está en esta etapa, ya está iniciando la etapa de inflamación, muchos llegan prácticamente a intubarse, y nos limitan mucho una intervención adecuada. Cuando se ha visto que hemos tenido un poquito más de efectividad de un tratamiento es cuando lo agarras antes de que estén inflamados, al inicio de síntomas.



En segundo lugar, los y las médicas entrevistadas atribuyen las carencias en el material médico, como los ventiladores y los medicamentos, a la histórica desfinanciación del sistema de salud, que en la actual administración se agudizaron por las reformas al sistema de adquisición de dichos recursos en aras de "*combatir la corrupción*".

Directora de Programas Médicos/M: El presupuesto de salud se redujo a pasos agigantados, la compra de medicamentos, la compra de equipo se vio retrasada debido a las reformas del sistema fiscal. Uno de los factores más importantes para que esta pandemia retrasara la atención fue que no hay presupuesto [de salud]. En todas las pandemias se hacían compras emergentes, en este sexenio fue diferente porque no había dinero asignado. La Secretaría de Hacienda era la encargada de hacer las compras que no se habían hecho. Entonces todo se retrasó, fue un problema de fondo, pero no del instituto sino de todo el gobierno general.

Otro de los procesos sociales cuya incidencia en la producción de la COE es percibida como significativa reside en el comportamiento cultural de la población, el cual, según una minoría de los entrevistados, responde a factores estructurales como la desigualdad económica cuya consecuencia es el empleo informal, que los expone más al virus. La mayoría de las y los entrevistados consideran que este comportamiento remite a la "*falta de educación y de responsabilidad*" de las personas, lo cual está vinculado a "*lo mexicano*" en un sentido con frecuencia referido a los sectores populares que son la mayoría de sus pacientes. Estos médicos sugirieron que se debió hacer uso de la fuerza pública, como en Italia, para obligar a las personas a quedarse en casa. La saturación de los hospitales es vinculada con la mayor dificultad de proporcionar una atención adecuada a los usuarios y, además, la relacionan con un mayor deterioro de su salud física y mental así como con una mayor percepción de riesgo a una infección ocupacional, por sus condiciones laborales referidas anteriormente.

Directora de Programas Médicos/M: ...la población en general



a la fecha no cree en el virus, y anda en la calle como loquita contagiándose (...) la cultura de nuestro país no está preparada, no estamos listos por las mismas carencias sociales, o sea nuestras barreras sociales son muy importantes porque uno lo ve, la gente se va a comer al tianguis, ¿dónde se lavan las manos?

### **Respuestas autoorganizadas de las y los médicos**

Las situaciones descritas con anterioridad, respecto a la producción de la COE de atención en salud, conllevaron una serie de respuestas de las y los médicos entrevistados para enfrentar situaciones de ausencia de protocolos y de medios materiales para llevar a cabo la atención médica de forma adecuada, y mitigar el riesgo a una infección nosocomial. Estas respuestas autoorganizadas tuvieron lugar en todos los hospitales estudiados. En algunos casos, fueron parte de la implementación de los lineamientos y acciones de la dirección. En otros, consistieron en declaraciones de posibles huelgas o llamadas a los medios de comunicación con el objetivo de comprometer a la dirección del hospital con dichas demandas.

Residente de Medicina Interna/H: Negociando y a punta de huelga, de paro. Hay cosas que no nos parecen. Cuando salió el segundo piso no teníamos ni una silla donde sentarnos, todo se hacía a mano, no había ni siquiera una máquina de escribir, menos computadoras. Ingresaban veinte pacientes al mismo tiempo, entre ellos una mujer embarazada, y *“que se metan a medicina interna”*, cuando estamos al borde. Esto desgasta mucho, ¡qué pena que tengamos que salir a la luz pública, no por algo digno si no porque no nos pudimos poner de acuerdo, o no pudimos organizarnos! Es así como poco a poco fuimos llegando, porque parecía que no había rumbo ni dirección, de arriba para abajo. Al final, cada vez que salgo y veo un letrero que dejamos, o la ruta que establecimos, o X procedimiento para plasma, digo *“bueno, de algo sirvió”*.

Con frecuencia las respuestas consistieron en crear protocolos de mitigación del riesgo durante la atención en las recién implementadas áreas *Covid* o guías para el uso del EPP.

Residente de Medicina Interna/M: Al principio de la pandemia no



se involucraron otras áreas. Urgencias hizo su propia estrategia de manejo de los pacientes desde *triage*, Medicina Interna hizo lo suyo. Después se logró, pero tardó bastante tiempo. Para el 6-8 de abril se logró un protocolo y nosotros ya habíamos empezado a entrar al área aislada desde tres semanas antes. No había una visión de lo que podría venir, de entender el proceso del contagio. Si algo ha caracterizado a los directivos es la poca visión y falta de respuesta ante el problema, ya teníamos abierta el área aislada y no existía un mecanismo para tomar las muestras dentro y procesarlas laboratorio.

Médica internista/M: Cuando lo hicieron hospital híbrido, crearon una zona específica para *Covid*, un piso completo de aislamiento. Y nosotros lo que fuimos haciendo fue organizarnos, como nuestro jefe de servicio estaba en juntas y así, casi no estaba con nosotros, decidimos hacer un rol para ir entrando al área *Covid*, de manera que disminuyéramos la exposición (...) Afortunadamente en el equipo tenemos una infectóloga y somos internistas. La infectóloga y nosotros fuimos con la información que se va publicando, que vamos viendo, ajustando nuestros esquemas, los imprimimos, lo ponemos para que todos los vean, y con eso vamos dejando el tratamiento a los pacientes.

También se documentaron algunas prácticas autoorganizadas de atención en salud, entre médicos, como la revisión y dotación de cremas por parte de los equipos de dermatología para curar lesiones ocasionadas por el uso de EPP; y otras tenían que ver con la optimización del trabajo administrativo u operativo (colocar sondas, realizar electrocardiogramas, etc.), que los médicos de apoyo realizaron para liberar tiempo a las y los que dirigen el área *Covid* y toman las principales decisiones.

### **El futuro incierto de la atención médica pública en los hospitales**

Según las y los médicos entrevistados, la histórica desfinanciación del sistema público de salud y su actual dedicación casi exclusiva a atender la pandemia tiene consecuencias devastadoras en el control de otras patologías, cuyas intervenciones y consultas han sido postergadas. La llegada del *Covid-19*, la COE actual para gestionar el riesgo y la atención, y el sistema público de salud



mexicano saturado de pacientes, con largas filas de espera y que centraliza en la capital la atención especializada, hacen inviable la atención médica previa a la pandemia. Las y los entrevistados no imaginan cómo será posible mantener medidas como la sana distancia en consultorios pequeños compartidos por varios médicos que atienden sesenta pacientes al día, sin generar más demora en la atención y repercusiones negativas para la salud de los usuarios.

Residente de Psiquiatría/H: No creo que se pueda regresar a como se veían pacientes antes, al menos en mi hospital. Nuestros consultorios eran dobles. Había dos médicos en el mismo cuarto, atendiendo a dos pacientes dentro porque no teníamos más. Actualmente dudo que eso sea imaginable. Hay que ver cómo se adecúan, cada cuánto se va a ver un paciente.

Residente de Pediatría/H: No ha habido consulta de endocrinología pediátrica. Los endocrinólogos están con nosotros en el *triage* respiratorio. Nosotros tenemos el servicio de medicina interna pediátrica y vemos pacientes con problemas enzimáticos, les damos la enzima que les hace falta para que tengan una vida normal y sigan viviendo, y en dos meses no se les ha dado. Algunos tienen una afección ocular, cardíaca, renal, puede mermar un poco su función renal, perder un grado de visión, llegar a un grado de insuficiencia cardíaca leve. Pero si los niños se contagian yo creo que mueren o serían candidatos a hospitalizar.

## Discusión

La conceptualización y el análisis de la COE desde la antropología médica, permite dilucidar las articulaciones de los diferentes niveles de la gestión de la pandemia involucrados en la atención hospitalaria, a partir de las representaciones y prácticas de los y las médicos que atienden *Covid* como nuevos sujetos vulnerables a los efectos de la pandemia, por la naturaleza y condiciones de su trabajo; y, a su vez, como actores clave que producen respuestas resolutivas para la atención hospitalaria y la mitigación del riesgo. La llegada de la pandemia ha visibilizado e intensificado las contradicciones materiales y simbólicas existentes al interior del sistema público de salud, apelando (por activa o por pasiva) a la



participación de los y las médicos en la nueva COE a partir de las respuestas descritas. Los análisis antropológicos respecto a otras pandemias –como el VIH– han producido valiosas aportaciones de tipo teórico y aplicado que permiten conocer sus comportamientos desde nuevos enfoques conceptuales, por ejemplo, desde la denominada como sindemia (Singer, 1996) así como realizar valiosas propuestas de carácter sociocultural y estructural para enfrentarlas. El concepto Cultura Organizacional Epidémica (COE) de atención en salud se inscribe en ambos propósitos teórico-prácticos, entendidos como un continuum no dicotómico, desde una perspectiva crítica que incorpora las articulaciones entre sujeto/estructura, visibles en los puntos de vista y en las prácticas de los actores sociales. Dichas representaciones y prácticas de las y los médicos del tercer nivel de atención en salud, que atienden *Covid-19* en la Ciudad de México, respecto a la producción política, social y técnica de la COE en los hospitales en los que trabajan, refieren a los siguientes procesos sociales, de tipo macro y micro: El sistema de salud de México se caracteriza por su precarización: apenas el 5.5% del PIB se destina al gasto en salud, por debajo del promedio de 8.8% de los países de la OCDE, lo que se refleja en que cuenta con 2.4 médicos y 2.9 enfermeros por cada 1000 personas, cifras por debajo del 3.5 y 8.8, respectivamente, que son los promedios para los países de la OCDE en ambos indicadores (OCDE, 2019). Asimismo, solo 51% de los gastos en salud son cubiertos por agencias gubernamentales –el resto lo aportan las personas de su bolsillo– lo que representa un gasto elevado, mientras otros países de la OCDE aportan el 71% en promedio. A ello hay que sumarle que más del 70% de la población mexicana sufre sobrepeso y/u obesidad, lo cual incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas y morir por estas causas (OCDE, 2019). En estas condiciones y tomando como referencia lo que ya ocurría en Europa a principios de 2020, donde la saturación de hospitales y la mayor mortalidad en personas con enfermedades crónicas eran la norma, la pandemia de *Covid-19* apuntaba a una situación catastrófica en México. Las autoridades sanitarias y gubernamentales anunciaron las reconversiones hospitalarias para



la atención médica, que, si bien son evaluadas positivamente por algunos de los informantes, otros las perciben como insuficientes y tardías. En este contexto de emergencia, fue indispensable no solo la disposición de las y los médicos a acatar las nuevas normativas y protocolos orientadas hacia una adecuada atención y gestión del riesgo ante la infección hospitalaria; sino también su iniciativa para producir una nueva cultura organizacional de atención en salud (Muñoz, 2018), que aquí hemos denominado como Cultura Organizacional Epidémica (COE).

De 2800 hospitales públicos en el país, en julio de 2020, 903 se habían reconvertido para incrementar la capacidad operativa y cubrir con la demanda de los pacientes con *Covid-19* (Informe diario coronavirus en México, Secretaría de Salud, 03 de julio de 2020). En la Ciudad de México, en marzo se habían destinado 7 hospitales *Covid*, cuya capacidad pronto fue rebasada, por lo que hubo que reconvertir más unidades, lo que implicó renta de equipo médico, adaptaciones en la infraestructura, compras de EPP y contratación de 50 mil trabajadores de salud hasta el mes de julio de 2020. Todo ello conllevó que la reconversión se realizase en los principales hospitales públicos de segundo y tercer nivel del país. En los hospitales que se designaron tempranamente, la percepción del personal médico es favorable en términos de capacitación oportuna, cambios en la infraestructura hospitalaria y dotación de EPP. El personal de los hospitales –que se vieron obligados a reconvertirse posteriormente– tiene una opinión muy diferente, donde la búsqueda individual de bibliografía científica sobre *Covid* trató de solventar la falta de capacitaciones institucionales. Otras medidas se percibieron como necesarias e implicó amenazas de huelgas y declaraciones a medios de comunicación para presionar a las autoridades.

Cabe subrayar que México ha sido el país con mayor letalidad en el personal de salud; la vulnerabilidad a la infección y la percepción de riesgo de los médicos es un proceso significativo en su producción de la COE. En este sentido, en Portugal encontraron que el personal de salud se sentía más proclive a enfermar de *Covid-19* que la población en general, en parte porque percibían que los servicios





de salud estaban “mal preparados” para la pandemia (Péres et al., 2020). En China, por su parte, encontraron que la capacidad de resiliencia del personal de salud durante la pandemia mejoraba cuando perciben apoyo de sus empleadores (Liu, Hasse, Guo et al., 2020). Es decir, que las características del sistema de salud y la actuación de los directivos inciden en la performance de los y las médicos, por lo que sus exigencias son comprensibles cuando conocen sus deficiencias, y sabiendo a qué se enfrentan exigen mejores condiciones.

La carencia de personal de salud se ha tratado de compensar históricamente con el trabajo de las y los residentes y en el contexto de la pandemia esto no ha sido una excepción, a pesar de tratarse de estudiantes de especialidades como Psiquiatría o, entre otras, Pediatría, no habituados a atender este tipo de pacientes. La reasignación de los médicos adscritos a los roles de guardia de los equipos *Covid* y *triage* respiratorio fue a su vez de ayuda, sin embargo –según los residentes entrevistados– no estuvo libre de contratiempos y a veces aumentó su carga laboral. Contrariamente a lo que señalan algunos estudios sobre la supuesta horizontalidad de la participación de los residentes ante la respuesta al *Covid* (ver Cardo et al. 2021), la inversión de roles aquí subrayada del residente que enseña al especialista adscrito, puede ser analizada como una forma más de explotación laboral de los médicos subordinados. En las condiciones mencionadas, las y los médicos residentes y adscritos entrevistados invocaban a la responsabilidad como una de las razones principales por las que decidieron trabajar en la atención de la pandemia. Esto también ha sido documentado en China (Liu et al., 2020), donde el sentido del “deber” y “responsabilidad” del personal lo llevó a trabajar de manera voluntaria, y ha sido observado en epidemias anteriores (Gallbraith et al., 2020). Sin embargo, también se ha sugerido que el desgaste que de por sí genera la residencia médica podría empeorar durante la pandemia (Vinueza-Veloz et al., 2020). Las respuestas de las y los médicos también se observan en que ellos mismos organizaron los turnos y los roles de guardias, de manera que disminuyeran la exposición y aseguraran suficiente descanso,



estrategias que a su vez implementaron en China (Yin et al, 2020). La comunicación de riesgo es una obligación del Estado y debe realizarse de manera responsable, asertiva y con información suficiente de la pandemia de *Covid-19*, "con el objetivo de que las personas tomen las decisiones correctas en torno a su salud física, mental y social" (OMS 2005, en Observatorio Nacional Ciudadano, 2020). Los informantes consideran que el Estado mexicano falló en estos términos ya que los mensajes de las autoridades, respecto al uso del cubrebocas o el confinamiento, eran contradictorios, teniendo en cuenta la situación que enfrentaba el personal de primera línea. Sus consecuencias para la COE se articulan al comportamiento cultural de la población, atribuido por los entrevistados. La percepción de la falta de insumos se asocia al cambio en la política gubernamental de compra de medicamentos<sup>10</sup> que, si bien ha influido en el desabasto de los mismos desde 2019, en el contexto de la pandemia está asociado a un desbaste mundial que afecta también a insumos como el EPP, desinfectantes, material para cultivo nasofaríngeo, etc. En abril, México únicamente pudo consolidar compras con China, que para entonces tenía la epidemia bajo control y estaba en posibilidad de vender los insumos.

La autoorganización colectiva de las y los médicos para generar protocolos, guías, rutas críticas, entre otras, ha sido fundamental en la producción de la COE de los hospitales sujeto de estudio. Una investigación en el primer nivel de atención en respuesta al *Covid* realizada en España, señala la importancia de este tipo de prácticas ante la percepción del personal de salud de una ausencia de liderazgo por parte de la administración, la carencia de recursos materiales y la tardanza a la hora de recibir protocolos y directrices (Cardo-Miota et al. 2021). González et al. (2020), en el contexto de la actual reconversión hospitalaria en Guanajuato, mencionan cómo la premura para habilitar espacios para la atención ha reducido los márgenes de planeación y toma de decisiones (a nivel

10 La actual política de lucha contra la corrupción implica que los subsistemas de salud (IMSS, ISSSTE, SSA) dejen de comprar a empresas distribuidoras, consideradas como "intermediarias", para que las haga de manera "consolidada" la Secretaría de Hacienda y Crédito Público



estatal), implicando una importante colaboración del personal de salud.

Los médicos entrevistados expresaron su preocupación respecto a la desatención de los pacientes desplazados por la priorización del *Covid* articulada con la escasez de medios materiales y humanos preexistente. El reporte más reciente indica que en el último año se observa un 49.3% de exceso de muertes respecto a años anteriores, la mayoría (70.6%) atribuibles a *Covid-19*<sup>11</sup>, y se infiere que un 30% podría ser por los efectos de la mencionada desatención. Además, los entrevistados perciben con incertidumbre la compatibilidad entre la, denominada por nosotros, nueva COE con dichas condiciones de atención considerando inviable su práctica médica (con consultorios saturados de pacientes) previa a la pandemia. Expertas han señalado que las medidas profilácticas de distanciamiento físico deberán continuar durante un tiempo, incluso en condiciones de vacunación general de la población<sup>12</sup>. Ante este panorama presente y futuro, en la actual pandemia o en otras posibles de características similares, la inversión en la creación de nuevos hospitales de tercer nivel eficientes y con personal<sup>13</sup> y equipo especializado no puede ser aplazada. La nueva cultura organizacional epidémica de atención en salud, y su por ahora desconocido carácter temporal o permanente, no solo es una caja de resonancias de las desigualdades estructurales en la atención en salud sino también una oportunidad histórica para afrontarlas.

### Consideraciones finales

Los datos e información generada durante la emergencia sanitaria

11 Gobierno de México. Exceso de mortalidad por todas las causas, durante la emergencia por COVID-19, México, 2020-2021. Actualizado al 15 de marzo de 2021. Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>

12 Sarmiento, J. (2021). Vacuna COVID-19: ¿Por qué hay que seguir usando mascarilla después de recibirla? Noticias ONU (12 de febrero 2021). Disponible en <https://news.un.org/es/story/2021/02/1488042>

13 Recientemente las autoridades sanitarias de México han anunciado un proyecto para acelerar la formación de médicas y médicos especialistas, duplicando el número de becas para residencias médicas (Conferencia coronavirus en México, Secretaría de Salud, 05 de noviembre de 2020).



deben recuperar las buenas prácticas, evaluando su efectividad e incorporándolas en la próxima emergencia sanitaria, fomentando la "memoria pandémica", algo que ha sido visible en países de África los cuales, a partir de la experiencia de la polio, han mejorado la respuesta ante el ébola y la propia *Covid-19* (Chomali & Arguello, 2021). Esto implica tomar en cuenta el punto de vista de las y los actores implicados, en este caso consideramos a las y los médicos de primera línea que han demostrado su capacidad de acción y disponibilidad para aprender, innovar y adaptarse con la finalidad de mejorar la respuesta del sector salud, mitigando el riesgo potencial de infecciones hospitalarias. Lo cual debe ir a la par del fortalecimiento del sistema público de salud y del apoyo a investigaciones antropológicas para entender y atender adecuadamente las emergencias sanitarias internacionales y sus múltiples consecuencias para la atención médica. En este sentido, desde la evidencia aquí analizada, la propuesta teórico-conceptual de la Cultura Organizacional Epidémica de atención en salud puede ser analíticamente generalizada a otros contextos con problemáticas análogas permitiendo subrayar el peso que las representaciones y prácticas de los actores sociales, condicionadas por procesos estructurales, tienen en el devenir de la organización y gestión de la atención en salud. Como señala Jaffré (2012), si la epidemiología se encarga de las prioridades, la antropología nos permite explorar las posibilidades.

## Referencias bibliográficas

- CARDO MIOTA, A. et al. (2021) Respuesta de un centro de salud ante la pandemia *COVID-19*: percepciones de la plantilla médica. *Comunidad*, 22(3). Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-195072>
- CHERTORIVSKI, S. et al. (2020) *La gestión de la epidemia en México: Covid-19 análisis preliminar y recomendaciones urgentes*. Ciudad de México, Consejo Consultivo Ciudadano.
- CHOMALI, M. y ARGUELLO, C. (2021) Algunas consideraciones sobre la organización del sistema sanitario frente a una pandemia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32 (1), pp. 30-35.



- ESPARZA-SERRA, L.L. (2003) Entrevista a Denise Jodelet, realizada el 24 de octubre de 2002 por Óscar Rodríguez Cerda. *Relaciones, Estudios de Historia y Sociedad*, 24 (93), pp. 116-132.
- GALLBRAITH, N. et al. (2020) The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bulletin*. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>
- GLASSER, B.G. y STRAUSS, A.L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. U.S.A., Aldine Transaction.
- GONZÁLEZ, E. et al. (2020) Operación y Gestión del Departamento de Ingeniería Biomédica en el Hospital Estatal de Atención COVID-19 del estado de Guanajuato. Ponencia presentada en el XLIII Congreso Nacional de Ingeniería Biomédica, Villahermosa, 15 -17 de octubre.
- HOUGHTON, C. et al. (2020) Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD013582. DOI: 10.1002/14651858.CD013582.
- JAFFRÉ, Y. (2012) Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa. *Social Anthropology*, 20(1):3-18.
- LIU, Q. et al. (2020) The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8: e790-98.
- MENÉNDEZ, E. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1), pp. 9-32
- MUÑOZ, R. (2014) Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas. *Liminar, Revista de Estudios Sociales y Humanísticos*, 12 (2), pp. 46-66.
- MUÑOZ, R. (2018) Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y sida en Guayaquil, Ecuador. *Andamios, Revista de Investigación Social*, 15 (36), pp. 311-341.
- OCDE México (20 de marzo de 2021). Health at a glance 2019. Recuperado de <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>
- ONC, Observatorio Nacional Ciudadano (2020). Responsabilidades y corresponsabilidades en las agresiones a personal sanitario en México en el contexto de la COVID-19. 06 de agosto. <https://onc.org.mx/uploads/AgresionesMedicos.pdf>
- PERES, D. et al. (2020) Risk perception of COVID-19 among Portuguese healthcare professionals and the general population. *Journal of Hospital Infection*, 105 (3), pp. 434-437.
- PETTIGREW, A. (1979) On studying Organizational cultures. *Administrative*



*Science Quarterly*, 24 (4), pp. 570-581.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2477>

RADLEY, A. y M. BILLIG (1990) Accounts of health and illness: Dilemmas and representations. *Sociology of Health and Illness*, 18 (2), pp. 220-240.

SCHEIN, E. (1988) *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

SINGER, M. (1996) A Dose of Drugs, a Touch of Violence, a Case of AIDS: Conceptualizing the SAVA Syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 24 (2), pp. 99-110.

SEABORN, E. (2010) Access to HIV/AIDS treatment services among urban aboriginal peoples in Vancouver, B.C.: a cultural safety perspective" (Tesis de Maestría). Simon Fraser University, British Columbia.

UGALDE, A., HOMEDES, N. (2005) Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (3), pp. 202-209.

VINUEZA-VELOZ, A.F. et al. (2020) Burnout síndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic. *Scielo pre-prints* [Online ahead of print] Publicado 05 junio 2020. doi: 10.1590/SciELOPreprints.708

YIN, Q. et al. (2020) Posttraumatic stress symptoms of health care workers during the corona virus disease 2019 (COVID-19). *Clinical Psychology Psychotherapy*, publicado el 15 de mayo.

