



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**DE ESTUDIANTES DE MEDICINA A
COVIDÓLOGOS**

LA EXPERIENCIA DE JÓVENES MÉDICOS GENERALES
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CDMX

EL CASO DE LA UNIDAD TEMPORAL CENTRO
CITIBANAMEX (UTC-19)

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTOR EN ANTROPOLOGÍA

P R E S E N T A

GUNTHER ADOLFO HASSELKUS SÁNCHEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. RUBÉN MUÑOZ MARTÍNEZ

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE DE 2023

Dedicada con afecto a mis queridos padres Adolfo y María, a mi hermano Dieter, fuerza perenne en mi vida. A mis tíos Malena y Jesús, acaecidos durante la pandemia, y, sobre todo, al personal de salud que enfrentó y sigue enfrentando a la Covid-19 desde muy diversas trincheras.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Realizar un doctorado siempre conlleva un esfuerzo significativo, pero hacerlo durante los años de una pandemia, considero que es aún mayor. Como lo he dicho en trabajos previos, las tesis son en realidad producto de un esfuerzo compartido, la conjugación de distintas variables y se logran gracias al aporte teórico-práctico de los profesores, a la solidaridad de nuestros amigos y familiares, a la curiosidad y determinación propias, y por supuesto, como dice mi director de tesis, se alcanzan con y a pesar de nuestros mismos asesores.

Si bien como he dicho, las tesis son fruto del empeño propio, y la motivación, orientación y conocimientos que otros nos han compartido, este logro sería impensable sin la existencia de una base material que sustente y cubra las necesidades de una manutención, ya que, a través de ello, tuvimos la certeza de un ingreso económico estable en tiempos sumamente convulsos lo que nos permitió disponer de suficiente tiempo para la dedicación y compleción de este trabajo. Por ello, agradezco al CONAHCYT no por mero compromiso institucional, sino por una convicción absoluta en su relevancia para el desarrollo de proyectos de investigación que nutran el acervo epistemológico, generen discusión y aporten a la solución de problemáticas nacionales e internacionales.

No puedo dejar de lado, la confianza y apoyo recibido por mi ahora alma mater, el CIESAS, encomiable institución que hace ya seis años, cuando inicié la maestría, me abrió las puertas para consolidar mi convicción por la investigación en ciencias sociales. De manera muy especial, agradezco a todos mis profesores de la línea de “*Antropología*

de la salud y la enfermedad; cultura, poder y estrategias de vida”, nunca, como ahora, comprendí la pertinencia de nombrar a la línea con este título tan exhaustivo.

Gracias eternas al Dr. Eduardo Menéndez, por su férreo compromiso con la docencia, por compartir su conocimiento, inteligencia y pasión por la investigación antropológica, su legado es inmenso y me entusiasma reconocerme como uno de sus discípulos. A la Dra. Rosa María Osorio, no puedo más que agradecerle por su franqueza, capacidad crítica, rectitud y calidez humana, ella me entrevistó en las dos etapas de selección que viví en el CIESAS y en ambas depositó su confianza en mi persona, creo no haberla defraudado. De manera puntual, agradezco a la Dra. Claudia Zamorano por su acompañamiento como coordinadora del posgrado, su apertura y solidaridad fueron cruciales durante estos años del doctorado.

Quiero agradecer de manera muy especial a mi director de tesis, el Dr. Rubén Muñoz por aceptar dirigir mi tesis una vez más, por su elocuencia, consejos, paciencia y empatía durante el desarrollo de este proyecto. Quiero reconocer públicamente la importancia de tener un director de tesis comprometido, solidario, no persecutorio, con quien poder establecer un diálogo sincero, que te exhorte a cuestionar la realidad y a generar propuestas propias. Sin su valiosa guía, este trabajo no habría sido posible.

A continuación, nombraré a una serie de personas e instituciones que también fueron sumamente significativas durante el proceso de gestación de esta tesis y a quienes les reconozco su valiosa aportación:

A mi colega Itzel Gómez por su amistad sincera, nuestras pláticas durante el confinamiento enriquecieron esta tesis, gracias por el acompañamiento durante momentos difíciles. A mi amigo, el médico y antropólogo Emmanuel Camino, por su interés en colaborar en esta investigación, gatekeeper, informante clave y covidólogo de cabecera, a quien agradezco enormemente su disposición y consejos; esta tesis no habría sido posible sin tu participación. Mención especial a la Dra. Alejandra Sánchez, a la Dra. Paola Sesia y a la Dra. Anabella Barragán por mostrar interés en este proyecto, por haber aceptado comentar mis avances en los coloquios, y por ser parte de mi comité de tesis, sus aportaciones han sido nodales para enriquecer este trabajo. No quisiera omitir el agradecimiento a la valiosa aportación de la Dra. Montserrat Salas, quien aceptó

comentar mi proyecto en un primer coloquio, cuando apenas esbozaba algunas líneas muy incipientes.

Extiendo mi más sincero agradecimiento a los miembros del Colegio Internacional de Graduados (CIG) por haber seleccionado mi proyecto de tesis y permitirme ser becario del programa “Temporalidades del futuro” durante este último año. Esto permitió enriquecer mi proyecto a través de los seminarios interdisciplinarios y por medio de los coloquios organizados en México vía el COLMEX, como en Alemania, a través de la Escuela de Estudios Latinoamericanos de la Universidad Libre de Berlín, donde pude presentar avances de mi tesis, en acompañamiento del Dr. Lasse Hölck y la tutoría de la Dra. Stephanie Schütze.

Finalmente, quiero agradecer especialmente la valiosa participación de todos los médicos que con sus testimonios dieron vida a los hallazgos empíricos e inspiraron el análisis y las reflexiones que aquí se muestran. En momentos críticos donde el estrés, el cansancio y la escasez de tiempo eran una constante, ellos y ellas me concedieron un espacio para conversar respecto a sus experiencias, representaciones e imaginarios. Esta tesis es sin dudar, de ustedes, para ustedes y por ustedes.

Diciembre de 2023

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

¿Qué inspiró esta tesis?.....	10
Resumen de la investigación.....	14
Principales aportaciones.....	25
Estructura de la tesis.....	27

CAPÍTULO I. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

1.1 Planteamiento del problema.....	29
1.2 Contexto de la investigación.....	34
1.2.1 La pandemia por SARS-CoV-2.....	36
1.2.2 El inicio de la pandemia en México y en el mundo.....	37
1.2.3 La reconversión hospitalaria, los hospitales temporales y otras colaboraciones público-privadas durante la pandemia.....	38
1.2.4 La formación profesional del médico en México.....	41
1.2.5 La precarización laboral del médico general en México.....	43
1.2.6 La salud del médico general durante la etapa formativa.....	46
1.3 Antecedentes.....	48
1.4 Justificación.....	49
1.5 Objetivos generales y específicos.....	52
1.6 Hipótesis.....	53
1.7 Diseño metodológico.....	54

1.8 Universo de estudio.....	55
1.9 Consideraciones éticas.....	55
1.10 Síntesis del diseño.....	56
1.11 Codificación y análisis	59
1.12 Marco teórico conceptual.....	60

CAPÍTULO II. UNA UTOPIA SANITARIA. LA UNIDAD TEMPORAL COVID-19 CENTRO CITIBANAMEX (UTC-19).....71

2.1 La gestación del proyecto híbrido. Los inicios de una inédita colaboración público-privada en una emergencia sanitaria.....	71
2.2 Los números de la pandemia al cierre de la UTC-19.....	73
2.3 Los inicios de la UTC-19; convocatoria y capacitación de urgencia.....	75
2.4 Motivos para participar en la crisis sanitaria.....	77
2.5 Motivos específicos para participar en la UTC-19.....	81
2.6 Experiencias desde el Covitario en la UTC-19.....	84
2.6.1 Los módulos del triage; recepción y clasificación.....	84
2.6.2 Hospitalización; la contención y el seguimiento.....	88
2.6.3 Terapia intermedia; puntas de alto flujo, una esperanza.....	92
2.6.4 Terapia intensiva; “el umbral”, entre la vida y la muerte.....	95
2.7 ¿Qué hizo diferente a la UTC-19?.....	100
2.7.1 Los protocolos de seguridad bajo estándares de calidad.....	101
2.7.2 Capacitación y actualizaciones sobre la Covid-19.....	106
2.7.3 Equipo de protección de calidad, disponible 24/7.....	107

2.7.4 Sueldos altamente competitivos, por arriba del promedio.....	110
2.7.5 Una mayor horizontalidad laboral.....	111
2.8 Discusión y conclusiones del capítulo.....	116

CAPÍTULO III. LA SALUD DEL MÉDICO GENERAL EN LA UTC-19. PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y ESTRATEGIAS DE AUTOATENCIÓN.....130

3.1 ¿Soy población de riesgo? Contagio y percepción de vulnerabilidad.....	131
3.2 Mudanza profiláctica; ¿quedarse en casa o mudarse para proteger a otros?...133	
3.3 Microexposición, el contagio profiláctico y las pruebas de anticuerpos.....	140
3.4 La mayoría de los contagios se dieron fuera de la UTC-19.....	144
3.5 La vida en los hoteles.....	148
3.6 Padecer la Covid-19 y su atención en la UTC-19.....	152
3.7 La hospitalización preventiva en la UTC-19 como médicos.....	155
3.8 Secuelas post-covid y tratamiento.....	157
3.9 Canalización de familiares y conocidos a la UTC-19.....	158
3.10 “Somos ratas de laboratorio”; representaciones sobre las vacunas.....	163
3.11 La experiencia de la vacunación en la UTC-19.....	168
3.12 Cambios en la percepción del riesgo tras la vacunación.....	171
3.13 Entre box-lunch y dietas hipercalóricas; una alimentación inadecuada.....	176
3.14 Escasez de tiempo para el ejercicio y horas de sueño insuficientes.....	179
3.15 Salud mental de los médicos durante la atención a la crisis sanitaria.....	182
3.16 Salud mental deteriorada y afectaciones a la atención del paciente.....	188
3.17 El sacrificio; una transacción legitimada	189

3.18	Discusión y conclusiones del capítulo III.....	192
------	--	-----

CAPÍTULO IV. UTC-19; UNA EXPERIENCIA TRANSMUTADORA. CAMBIOS EN SUS TRAYECTORIAS FORMATIVAS, LABORALES Y ESTILOS DE VIDA.....209

4.1	Trabajar en la UTC-19; una disrupción en sus trayectorias profesionales.....	210
4.2	Un aprendizaje inesperado o segundo internado.....	213
4.3	Covidólogos; especialistas empíricos temporales.....	216
4.4	Cambios en el imaginario de la especialidad.....	217
4.5	Ruptura con la especialidad; un mayor espectro de posibilidades.....	218
4.6	La UTC-19; un potenciador económico y cambios en sus estilos de vida.....	219
4.7	¿En qué invirtieron sus ganancias?.....	221
4.8	La experiencia en la UTC-19; símbolo de prestigio y orgullo.....	225
4.9	Emprendimiento laboral; visitas domiciliarias y clínica de secuelas.....	228
4.10	Discusión y conclusiones del capítulo IV.....	230

CAPÍTULO V. LA MEMORIA PANDÉMICA Y SUS APRENDIZAJES. RETROSPECTIVAS SOBRE LA PANDEMIA E IMAGINARIOS DE ASPIRACIÓN Y ANTICIPACIÓN SOBRE EL FUTURO.....239

5.1	Representaciones sobre la gobernanza y manejo de la pandemia.....	240
5.2	Representaciones sobre el comportamiento de la población en la pandemia....	243
5.3	Representaciones sobre la pandemia por Covid-19 hacia el futuro.....	249
5.4	Representaciones sobre el cierre de la UTC-19.....	250
5.5	La vida laboral tras el cierre de la UTC-19.....	251

5.6 Un legado para enfrentar futuras crisis sanitarias.....	254
5.7 Mayor horizontalidad laboral y la resignificación del médico general.....	255
5.8 Nuevos imaginarios para cuidar la salud de los médicos.....	258
5.9 Estrategias para evitar iatrogenias en futuras crisis sanitarias.....	259
5.10 Discusión y conclusiones del capítulo V.....	260
VI. CONCLUSIONES GENERALES Y REFLEXIONES FINALES.....	275
6.1 La experiencia profesional en la UTC-19.....	276
6.2 La salud del médico general en la UTC-1; riesgos y estrategias de autoatención..	287
6.3 Una experiencia transmutadora a nivel profesional y en sus vidas privadas.....	295
6.4 La memoria pandémica y sus aprendizajes hacia el futuro.....	299
6.5 Reflexiones finales y recomendaciones.....	305
6.5.1 Resignificar el rol del médico general en el primer nivel de atención.....	307
6.5.2 Vigilancia de la salud de los médicos durante una crisis sanitaria.....	308
6.5.3 Hospitales temporales, colaboraciones público-privadas, y otras estrategias para enfrentar futuras crisis sanitarias.....	309
BIBLIOGRAFÍA	312
ELECTROGRAFÍA.....	332
MATERIAL ANEXO.....	335
Guía de entrevista a médicos generales de la UTC-19.....	335
Formato carta invitación y consentimiento informado.....	343

“La experiencia no es lo que te sucede, sino lo que haces con lo que te sucede” – Aldous Huxley.

¿QUÉ INSPIRÓ ESTA TESIS?

Medio año presencial y tres y medio restantes detrás de un ordenador, fue el destino de un doctorado *sui generis*, que, bajo otras circunstancias, podría haber ofrecido una posición de relativa comodidad *online* al evitar la entropía de los traslados en una megalópolis como la Ciudad de México o el propio desgaste natural de la interacción humana de manera presencial. No obstante, estas supuestas bondades fueron permeadas por una creciente ansiedad e incertidumbre sobre el devenir propio y de los demás, el sisma pandémico nos obligó a adaptarnos y replantearnos tantas cosas, muchas que todavía mientras escribo estas líneas, intento metabolizar.

Una de esas cuestiones que necesité replantear fue la tesis misma, debido a que, a partir de aquel 11 de marzo de 2020, yo sabía que las condiciones no serían las mismas ni en cuanto viabilidad ni pertinencia. Cuando las alarmas se encendieron, algunos intuimos que esta irrupción de un agente minúsculo podría transformar nuestras vidas por un largo rato. Fue a partir de este pesimismo, -decía Groucho Marx que un pesimista es un optimista bien informado-, decidí revirar mi incipiente proyecto de tesis, que paradójicamente se centraba en entender grupos antivacunas en México, y enfocarme de lleno en lo que sucedería con el personal sanitario durante la crisis por Covid-19.

Ya durante la maestría había desarrollado una tesis cuyo interés había sido entender cómo cuidaban su propia salud mental los residentes de psiquiatría en un hospital de tercer nivel, por lo que, bajo una línea semejante, me comencé a preguntar sobre qué pasaría con aquellos médicos que habían decidido participar en la pandemia; es decir, *cómo se cuidarían aquellos que cuidarían de nosotros*, en qué condiciones trabajarían, cuáles serían los riesgos y cómo vivirían dicha experiencia. Bajo esta premisa, consideré, por un lado, que mi experiencia previa, podría servir como una plataforma sólida para analizar la problemática planteada. Y, por otro lado, consideré la pertinencia del momento y el compromiso ético como investigador, de aportar como estudiante a nivel doctoral, a la comprensión de una de tantas aristas que se desprenderían de un evento de salud sin precedentes, al menos durante los últimos 100 años.

De esta manera, y en función de la reconversión hospitalaria para atender la pandemia por Covid-19, comencé tocando puertas en algunas instituciones como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, (INCMNZS) en donde tuve la oportunidad de presentar mi proyecto de investigación frente a residentes y personal administrativo, aunque, desafortunadamente no logró despertar interés entre los residentes.

A partir de ello, decidí buscar alternativas y contacté a Emmanuel, un excompañero y amigo antropólogo que había decidido realizar una segunda carrera, ahora en Medicina, y de quien me había enterado en redes virtuales que estaba trabajando en la atención a la pandemia por Covid-19. Mi sorpresa fue que, él no estaba laborando en un hospital como tal, sino en un lugar que nunca imaginé, un espacio en donde un año atrás yo había asistido a un evento culinario; el centro de convenciones Citibanamex.

Aún sorprendido, me platicó sobre las particularidades de este espacio temporal e híbrido cuya gestación se logró a partir de una colaboración público-privada en tiempo récord y donde la mayoría de sus trabajadores eran jóvenes de recién egreso o de los últimos semestres. Fue entonces que consideré interesante y pertinente el trasladar mis inquietudes hacia la comprensión del fenómeno en un hospital temporal como éste, un espacio reconfigurado *ex professo* por la crisis sanitaria donde hipotetizaba que las condiciones laborales serían diferentes a las jerarquías bien establecidas de hospitales públicos y privados ya consolidados. A partir de ese momento, Emmanuel sería el portero o gatekeeper que me permitió acceder mediante la estrategia de bola de nieve a otros médicos interesados en mi investigación. Fue, con lo médicos de la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19) que encontré un mayor interés en el proyecto, una gran disposición por relatar sus vivencias que se convirtió a la par, en un espacio de desahogo y anagnórisis para ellos.

Por otro lado, es relevante mencionar que la tesis también representó un gran desafío metodológico porque exigió la planificación de un trabajo de campo a distancia para evitar la propagación del virus. Esto requirió de la incorporación de nuevas plataformas digitales para la realización de las entrevistas y grupos focales mediante videollamadas en horarios complejos y en tiempos limitados por las actividades de los propios actores.

A su vez, esta investigación tuvo obvias limitaciones en cuanto a la aproximación del fenómeno, prescindiendo de técnicas como la observación participante, por ejemplo.

Aunado a lo anterior, uno de los mayores desafíos fue que el eje temático de esta tesis, es decir, la pandemia, de manera irremediable me interpeló en todo momento, al ser todos nosotros, potenciales pacientes de los mismos médicos que entrevistaba. Al escuchar los testimonios, se despertaron en mí fenómenos transferenciales y contratransferenciales, angustias, miedos y expectativas sobre la gravedad de la situación y el devenir de la pandemia.

Quisiera destacar que, durante los últimos años, he fungido como cuidador principal de mi padre de edad avanzada y cuyas comorbilidades lo hacían particularmente susceptible al virus, por lo que las medidas de protección frente al virus que adoptamos en casa no solo fueron más estrictas sino también prolongadas. De esta manera, encontré en la narrativa de los médicos, una forma de confrontar temores y articular mis propias estrategias de autoatención, como, por ejemplo, empatizar con la existencia del covid psicológico, al reconocer la utilidad del respirador N95 por la transmisión del virus vía los aerosoles, la disyuntiva de realizar una exhaustiva desinfección de artículos procedentes del exterior o la pertinencia en la incorporación de vitaminas como la D3 o el Zinc. También logré triangular mediante las entrevistas, la aceptación o el rechazo de la empleabilidad de fármacos “milagro” como la ivermectina o la dexametasona, o indagar si la vacuna de Pfizer les parecía más segura que la de AstraZeneca para evitar reacciones secundarias o eventos adversos.

El trabajo de campo realizado para esta tesis tocó fibras muy profundas en mí, cuando, durante la segunda ola de la pandemia hacia diciembre de 2020, la saturación hospitalaria se encontraba en su pico máximo. Recuerdo el testimonio de una informante quien visiblemente frustrada y con lágrimas de impotencia, me relató que desafortunadamente no pudo ingresar al familiar de un amigo en la UTC-19 y cuando le encontraron una cama en el Hospital de Xoco, el paciente falleció a dos semáforos de éste. Yo vivo justamente dos semáforos antes de llegar a dicho hospital; las olas del tsunami habían llegado desde Wuhan hasta mi colonia y los testimonios me cimbraban.

Durante el trabajo de campo, también se despertaron en mí expectativas de, que, si fuera el caso, quizá podría atreverme a pedir un consejo médico o incluso solicitar el favor de ingresar a algún familiar en la UTC-19. Nunca olvidaré que, en vísperas de Navidad de ese año, una tía cercana enfermó de gravedad por Covid-19 y fue internada en el Hospital de Venados en la Alcaldía Benito Juárez. Ante su evidente deterioro, no solo me atreví a solicitar recomendaciones biomédicas, sino a preguntarle a un informante por la viabilidad de buscar el traslado de mi propia tía a la UTC-19, ante lo cual me respondió que no podía garantizarlo y que el mejor escenario en ese momento tan crítico de la pandemia era simple y llanamente tener una cama para poder ser atendido. Desgraciadamente, mi tía falleció unos días después de ser intubada.

Como parte de esta introducción, quisiera agregar que la presente tesis ha tenido la intención de documentar y problematizar la experiencia de los médicos covidólogos durante la pandemia, con la intención de aportar a los hallazgos y reflexiones de otras investigaciones realizadas en México y otros países. Durante este proceso, he encontrado un sinnúmero de artículos tanto cualitativos como cuantitativos enfocados, a entender el riesgo del contagio o cuestionar la falta de equipo de protección del personal sanitario durante la pandemia, e incluso abordar el desarrollo de problemas de salud mental como estrés, ansiedad o burnout; sin embargo, la mayoría de las investigaciones han quedado rezagadas en cuanto a la comprensión holística de esta experiencia que ha trascendió en la vida personal y profesional de todos aquellos quienes participaron.

Por ende, esta tesis incluye, pero no se limita meramente a entender los riesgos o carencias estructurales que tuvieron los médicos durante su trabajo en la pandemia, sino que invita a analizar y cuestionar otros fenómenos, como, por ejemplo, las estrategias de autoatención que los ellos emplearon para cuidarse y cuidar a otros. También aporta a la discusión sobre los roles y el futuro de los médicos generales dentro de la estructura de los servicios de salud a partir de ahora, y frente a futuras crisis sanitarias. Finalmente, abona a la comprensión de los beneficios y limitaciones de la existencia de los hospitales temporales y las colaboraciones público-privadas a partir de reconstrucción de las memorias de esta experiencia.

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

La pandemia por COVID-19 requirió que muchos profesionales de la salud sin mucha experiencia profesional previa se sumaran a atender la crisis sanitaria. En la presente investigación me centré en la experiencia de médicos generales de recién egreso de la carrera de Medicina que fueron invitados a participar en la UTC-19, una unidad temporal de carácter híbrido para atender pacientes con Covid-19 (es decir, fue una unidad financiada con recursos tanto públicos como privados), y, donde acorde a los propios participantes, existió una adecuada capacitación, protocolos de seguridad constantemente actualizados, equipo de protección de buena calidad, así como el suficiente material médico para poder atender a los pacientes. Esto, sumado al hecho de que el personal de salud que trabajó en la UTC-19, no solo obtuvo ingresos superiores al promedio a su profesión, sino en comparación con otros espacios sanitarios que atendieron la pandemia por Covid-19 en la Ciudad de México.

En este sentido, el presente trabajo ha tenido como propósito describir y analizar la *experiencia* de estos actores en una espacio y temporalidad definidas (UTC-19). Para fines del análisis, he retomado el concepto de experiencia de Edward Thompson, (1984) para pensarla como un ejercicio de interpretación y significación de vivencias, por lo que he dado peso a la reconstrucción de la memoria en la narrativa de los actores implicados. Desde el marco de la teoría fundamentada, y gracias a la evidencia empírica, he decidido dividir en tres dimensiones o categorías analíticas esta experiencia: En primer lugar, la *experiencia profesional*, es decir describir y analizar la gestación del proyecto de la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19), motivos de participación, las principales actividades desarrolladas por área de trabajo, dificultades, adaptaciones y relaciones laborales llevadas a cabo en este espacio laboral. Una segunda dimensión de análisis se centra en la experiencia en términos de salud y autoatención, para entender cómo entendieron el riesgo, la vulnerabilidad propia, y qué estrategias de autoatención y de reducción del daño utilizaron para atender o desatender su salud durante. Finalmente, una última categoría de análisis se centra en lo que he definido como la *experiencia transmutadora*, es decir, toda esa serie de representaciones que tienen los actores sobre las transformaciones que han experimentado tanto en su trayectoria formativa, como en

sus estilos de vidas a partir de su participación laboral en la UTC-19 durante la pandemia. Esto incluye un ejercicio de memoria pandémica prospectiva sobre expectativas con relación al futuro de esta pandemia, así como posibilidades de cambios a nivel organizacional biomédico, y necesidades que deben ser atendidas en el sistema de salud para encarar futuras crisis sanitarias.

Si bien la decisión de participar no fue fácil y significó varios ajustes en términos de interacción social y familiar, los médicos consultados utilizaron distintas estrategias de movilidad y autoatención para, 1) evitar contagiarse y, sobre todo, contagiar a otros. 2) Reducir el impacto en salud mental obra del distanciamiento de familiares y amigos. En muchos sentidos estas dos intenciones se complementaban, aunque también entraban en disputa, ya que tanto la concepción del riesgo como el de vulnerabilidad diferían mucho cuando se pensaba en términos para sí mismos o de sus familiares. Para comprender los riesgos y las estrategias que emplearon los médicos/cas para cuidar o descuidar su salud, es decir, la autoatención¹, hay que retomar algunos otros conceptos clave como percepción de vulnerabilidad y estrategias de reducción del daño. Utilizo el concepto de autoatención de Eduardo Menéndez (2005), -a pesar de que éste excluye a los curadores profesionales-, ya que, en ocasiones, como conjunto social ellos mismos utilizan elementos que contradicen las propias pautas biomédicas, y llevan a cabo transacciones entre distintos modelos para cuidar su salud como cuando utilizan psicofármacos, vitaminas o incluso bebidas alcohólicas y otro tipo de sustancias adictivas para atender y/o desatender su propia salud.

Por ejemplo, mientras prácticamente todos los médicos/cas entrevistados reconocían el riesgo de contagiarse y contagiar a otros por trabajar en una unidad de atención a pacientes con COVID-19, la realidad es que, al reconocerse como jóvenes, pocos se asumían a sí mismos como vulnerables para presentar casos graves de la enfermedad,

¹ "Conjunto de representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, paliar, curar o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales o con eficacia simbólica, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando los profesionales recomiendan ciertas prácticas para la actividad de autoatención" (Menéndez, 2005:54,55).

a pesar de que algunos de ellos presentaban desde antes de la pandemia, algunas comorbilidades como sobrepeso, obesidad o incluso, en algunos casos, diabetes o enfermedades autoinmunes. Esto se suma al hecho de que varios de los médicos consultados, consideraron que ya acarreaban previamente hábitos negativos a su salud que están asociados a la propia formación biomédica, por ejemplo, tener una mala alimentación, realizar poco ejercicio o tener un descanso insuficiente.

Sin embargo, la construcción del riesgo y la concepción de vulnerabilidad fue completamente distinta cuando se referían a sus familiares, ya que la mayoría de los médicos consultados aseguraron que la decisión de mudarse de casa o bien de quedarse partía de un mismo principio, proteger a la familia. Por un lado, al reconocerse como potenciales vectores de contagio, varios médicos decidieron mudarse de la casa que compartían con familiares vulnerables. Así, algunos médicos aceptaron el ofrecimiento de la UTC-19 de trasladarse temporalmente a hoteles cercanos a la UTC-19, y otros más, decidieron simplemente mudarse y rentar un espacio privado o compartido con gente de su misma edad. No obstante, si bien es cierto que todos los médicos consultados se reconocieron como potenciales transmisores del virus, para otros médicos consultados, su preocupación central no fue la mudanza en sí, sino el estar presentes en casa para poder diagnosticar, orientar y atender a familiares en caso de contagio, y canalizarlos oportunamente en caso de gravedad, ya fuera directamente a la UTC-19 o a otros espacios sanitarios. Para aquellos médicos que decidieron quedarse en casa, esto se tradujo en estrategias de autoatención tomadas en conjunto con la familia para reducir la probabilidad de contagio, tales como quitarse y desinfectar la ropa antes de ingresar a casa, apartarse de los demás a la hora de las comidas, portar cubrebocas en todo momento, abreviar conversaciones, encerrarse en su cuarto en caso de sospecha, así como una reducción sustancial de la convivencia con personas que no vivieran en el mismo domicilio. Esta situación en específico resultó muy distinta a la de los médicos que optaron por mudarse, ya fuera a hoteles o a otros espacios alejados de sus familiares. Estas estrategias de autoatención permitieron a los médicos reducir el daño al mitigar el riesgo de contagio, pues acorde al antropólogo médico Mark Nichter (2006), la reducción del daño puede ser entendida como “un conjunto de conductas que van

desde controlar los factores que predisponen al padecimiento hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema más grave”. (Nichter, M, 2006:115).

En el caso de los jóvenes médicos que decidieron mudarse a hoteles para reducir la probabilidad de contagio en sus familias, tanto el desgaste propiciado por el aislamiento social y familiar, así como la oportunidad de experimentar cierta independencia, motivaron la ruptura de varias medidas preventivas para evitar contagios en los espacios a donde decidieron mudarse. A partir de lo anterior, se pudo observar que varios de los médicos que decidieron mudarse, si bien se consideraban a sí mismos como potenciales vectores de transmisión, esto no significó que necesariamente les diera miedo el contagiarse y experimentar la enfermedad, pues la mayoría asumía que eventualmente se contagiarían y que, en caso de hacerlo, la enfermedad que cursarían sería asintomática o leve por cuestión de su edad. Por consiguiente, los médicos que decidieron mudarse tuvieron como prioridad el encontrar estrategias para reducir el daño ocasionado por el desgaste laboral y el distanciamiento de sus seres queridos, no tanto así para evitar contagios fuera de la UTC-19. Por lo anterior, muchas de las estrategias de autoatención fuera de la UTC-19, se enfocaron en este grupo, sobre todo en atender el desgaste obra del aislamiento social, a través de la realización de viajes cortos a destinos turísticos y la asistencia a reuniones en cuartos de hotel sin sana distancia y con un alto consumo de alcohol. Incluso, muchos médicos mencionaron buscar deliberadamente la posibilidad de un *contagio profiláctico* en dichas reuniones para: 1) Hacer frente al miedo e incertidumbre que generaba el contagio. 2) Generar anticuerpos y permitirles adquirir una relativa tranquilidad de saberse inmunes. Muchos, por ejemplo, se realizaron pruebas de anticuerpos con la intención de monitorear su inmunidad, y a partir de eso, flexibilizar sus medidas de protección ante el virus fuera de la UTC-19, como, por ejemplo, planear su movilidad para determinadas fechas y visitar amigos y familiares para los festejos de Navidad y Año Nuevo.

Nuevamente, retomando a Mark Nichter (2006) estas estrategias de autoatención no solo operaron en un terreno técnico biomédico, sino desde un imaginario donde la reducción del daño les permitió mantener cierto control de la situación y reducir la sensación de

vulnerabilidad. Por lo anterior, no es de extrañar que, bajo la propia narrativa de los médicos entrevistados, muchos mencionaran que la mayor parte de los contagios del virus SARS-CoV-2 no se dieron dentro de las instalaciones de la UTC-19, sino fuera, sobre todo en reuniones con amigos y familiares. Esta percepción de que los contagios se dan mayoritariamente en entornos fuera del hospital, la comparten algunas investigaciones realizadas en China por Liu, Q, et al., (2020) y en México por Rubén Muñoz & Cortez (2021).

También es importante señalar que muchos médicos mencionaron que les daba confianza el trabajar en la UTC-19 por contar con lo que ellos mismos llamaron “protocolos de calidad”, ya que, en caso de contagio, reconocieron que ellos podrían ser atendidos ahí mismo o incluso trasladar a sus familiares. Varios médicos entrevistados lograron saltarse algunos trámites para poder ingresar a su familiar de manera más rápida y así obtener una cama para ser atendido (sobre todo durante la segunda ola de diciembre de 2020) donde escasearon las camas en toda la ciudad. Al final, esto puede ser entendido como una estrategia de reducción del daño, una prestación implícita al trabajar en la UTC-19, para velar por su propia salud, pero también de su círculo más cercano.

Para Mark Nichter (2006), el riesgo no es constante, fluctúa dependiendo de otras circunstancias. De esta forma, a partir de haber recibido las vacunas a principios de año, para los médicos entrevistados la construcción del riesgo por covid fue todavía menor lo que reconfiguró sus estrategias de reducción del daño frente a la posibilidad del contagio. Como consecuencia, varios médicos relajaron medidas elementales, resultando contagiados a posteriori.

Por otro lado, la decisión de los médicos consultados de sumarse a este proyecto en la UTC-19, representó para varios de ellos, lo que yo defino como una *experiencia transmutadora* es decir, una serie de transformaciones tanto en su trayectoria formativa-

profesional² como en su vida privada, incluyendo la salud. Esto se tradujo en reflexiones respecto a la resignificación de la importancia del médico general en la atención primaria, cambios en intereses formativos y profesionales, así como una movilidad social transitoria. Esta experiencia transmutadora les permitió a muchos médicos adquirir todo tipo de capital, desde una perspectiva bourdiana, desde legitimar su rol como médicos generales (capital simbólico), adquirir mayor experiencia profesional (capital cultural), enriquecer su currículum y establecer contactos para su futuro profesional (capital social), y por supuesto, les permitió obtener ingresos económicos muy por encima del promedio para poder financiar distintos proyectos, desde la adquisición de un vehículo propio, hasta el hecho de financiar una futura especialidad o posgrado, así como el brindar apoyo económico a su familia (capital económico). Retomando a Turner (1988), esto podría ser concebido como un *rito de paso fantasma* en su trayectoria formativa profesional, pues, en este tránsito a convertirse en “covidólogo” (entendido como un especialista empírico), hay una separación momentánea de un estado previo como médicos generales sin experiencia profesional al de un pseudo-especialista. Pero, contrario a lo descrito por Victor Turner (1988) en este caso específico, el período liminal intermedio no permitirá que el rito de paso alcance la tercera fase, es decir, la reincorporación a un nuevo grupo (entiéndase especialistas). Al concluir su participación como covidólogos, no dejan de ser médicos generales, sin una especialidad formal que les permita ser reconocidos como tal, lo que los devolverá a un punto anterior de la estructura social.

La primera fase (de separación) comprende la conducta simbólica por la que se expresa la separación del individuo o grupo, bien sea de un punto anterior fijo en la estructura social, de un conjunto de condiciones culturales (un estado), o de ambos; durante el período liminal intermedio, las características del sujeto ritual (el pasajero) son ambiguas, ya que atraviesa un entorno cultural que tiene pocos, o ninguno de los atributos del estado pasado o venidero, y en la tercera fase, (reagregación o reincorporación) se consuma el paso. (Turner, V, 1988: 102).

Sin embargo, cuando se indagó sobre su salud física y mental debido al desgaste de la experiencia de trabajo en la UTC-19, la mayoría de los médicos entrevistados aceptó

² “Una secuencia de acontecimientos sociales que podemos definir por los roles e imputaciones que el individuo experimenta en el curso de su paso a través de distintas entidades de control social, ya sean médicas o de otro tipo”. (Freidson 1977, citado en Osorio 2001: 40).

que, a partir de los ajustes en las jornadas laborales de diciembre, su salud se había deteriorado. No obstante, la narrativa predominante mostró que este burnout no se había exacerbado por el incremento de casos en sí, ni por tener peores horarios, sino por el hecho de que, con más tiempo disponible, varios médicos optaron por diversificar sus actividades de trabajo. De esta forma, varios aseguraron trabajar demasiadas horas a la semana y en distintos espacios sanitarios aparte de su trabajo en la UTC-19.

Muchos de los médicos entrevistados reconocieron que, como médicos generales jamás obtendrían una oportunidad similar en cuanto al beneficio económico. Por lo anterior, la mayoría optó por diversificar sus actividades laborales en otras instituciones a la par de su trabajo en la UTC-19 o bien emprendieron negocios propios bajo el esquema de realizar visitas domiciliarias a pacientes con Covid-19 para realizar pruebas de detección o bien para atender secuelas. El diversificar actividades laborales en varios lugares a la par de su trabajo en UTC-19, incrementó sustancialmente el burnout y el riesgo de contagio, pero la mayoría consideró como prioritario, el aprovechar esta oportunidad inédita para forjar experiencia y obtener mayores ingresos. Lo anterior, nos permite dialogar respecto a cómo es la construcción social del riesgo en la cultura organizacional biomédica, cómo se prioriza la salud funcional desde una perspectiva de rendimiento y productividad, así como problematizar sobre la salud mental de trabajadores de la salud durante la pandemia, ya que, como apuntan distintas investigaciones alrededor del mundo, los trabajadores de la salud sufrieron burnout, estrés postraumático y otros problemas de salud mental (Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C, 2020); (Robles, R, et al, 2021); (Vindrola-Padros, C, et al, 2020); (Chen, Q, et al, 2020); (Kang, L, et al, 2020); (Lai, J, Ma, S, y Wang, Y, 2020); (Qianlan Y, et al, 2020); (Yeen, H, y Ning, Z, 2020) y (Dimitriu M, et al, 2020).

Sin embargo, poco se habla de la diversificación laboral de los trabajadores de la salud durante la pandemia, como un aspecto que no solo incrementa el riesgo de contagio por laborar en distintos entornos con protocolos de seguridad y equipo de protección diferentes, sino por un elemento más obvio, el desgaste laboral de tener que trabajar más tiempo y en varios lugares a la par.

En este punto y retomando el análisis de Mark Nichter (2006) sobre el concepto de riesgo como una construcción social, queda claro que no solo está asociado a un asunto meramente estadístico, es decir, la probabilidad real de que determinado conjunto social sufra un daño, sino de la percepción que se tenga sobre la amenaza (Douglas, M, 1986) y la percepción de vulnerabilidad que se tenga frente a ésta. En este caso, al ser médicos jóvenes, ellos consideraron en el balance costo-beneficio, que las oportunidades laborales coyunturales a la crisis por Covid-19 eran únicas, y más valiosas que preocuparse por el riesgo de contagio o por el deterioro de su salud debido al desgaste físico y mental producto de su intervención en esta crisis sanitaria. Estas pautas de resistencia se pueden entender como parte de la configuración de un *habitus* médico (Bourdieu, 1995) enraizado y promovido por la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) que se construye como diría Castro (2014) desde la propia carrera de Medicina que exige de sus estudiantes funcionamiento y productividad. En este caso, por un lado, se promueve la resistencia del personal de salud por la necesidad de enfrentar la crisis sanitaria, y, por otro lado, los propios médicos al reconocer el carácter temporal del fenómeno pandémico deciden continuar y/o exacerbar estas transacciones entre su propia salud y la posibilidad de alcanzar éxito económico y profesional. En otras palabras, esto es algo que el propio Mark Nichter (2006) definió como salud funcional: “la salud vista como un estado relativo que se mide en función de la capacidad que tenga un sujeto para realizar cierto tipo de actividades y tareas normales para su propia vida”. (Nichter, 2006:113).

En los médicos de la UTC-19 se pudo observar la presencia y desarrollo de un *habitus médico autoritario* (Castro, R, 2014), que también condicionó y orientó sus estilos de vida, y por supuesto, las estrategias de autoatención que los médicos generales emplearon durante la crisis sanitaria. Este *habitus* bourdiano lo retoma Roberto Castro (2014) para adaptarlo y entenderlo como un *habitus médico*, gestado desde el comienzo de su formación como médicos, lo que ha configurado todo tipo de violencias estructurales y adaptaciones culturales como, por ejemplo, la resistencia a largas jornadas laborales, y hasta cierta normalización del burnout donde se afirma la frase “no pain, no gain”, siendo

prioritario aprovechar la oportunidad laboral, por encima del desgaste físico y mental, incluido el riesgo de contagio. De esta forma Castro (2014) retoma a Bourdieu (1995) y se apoya en los conceptos de campo y de *habitus* para definir el *habitus médico autoritario* de la siguiente manera, “como una serie de predisposiciones del campo médico que van a configurar la interacción social, y orientar maneras de pensar y actuar en los individuos”. (Castro, R, 2014: 173).

Así, en los médicos consultados, se pudo observar tanto una negativa por buscar ayuda psicológica durante la crisis pandémica, como una priorización por el rendimiento profesional sobre la salud, por intereses económicos y profesionales. Esta noción asociada a la *salud funcional* (Nichter, M, 2006), permite pensar en un síndrome culturalmente delimitado del campo biomédico como el *síndrome del superhéroe* (Hasselkus, G, 2019), que consiste en una sobre-compensación narcisista de la debilidad propia en los médicos, donde se niega para sí tanto el rol de enfermo como el de paciente, se da prioridad a la resistencia y la productividad al cuidado de la salud de terceros, y por consecuencia, se promueve la aparición de hábitos que pueden poner en riesgo la salud del sujeto. Por ejemplo, adicciones, privación del sueño, mala alimentación, sobrecarga horaria. Este síndrome para mí es el resultado del *habitus médico autoritario* (Castro, R, 2014) y de una *cultura organización biomédica* (Muñoz, R, 2014) que prioriza en los médicos la noción de *salud funcional* (Nichter, M, 2006).

Es sumamente importante señalar que, en la medicina alópata, existe una *cultura organizacional biomédica* (Muñoz, R, 2014) que ordena representaciones y prácticas, pautas y expectativas de conducta entre sus trabajadores. En este caso, los propios médicos generales de la UTC-19 relataron haber laborado bajo un esquema organizacional distinto a las dinámicas laborales biomédicas, donde las jerarquías, los roles y las actividades están claramente delimitadas y donde no hay posibilidades de establecer relaciones laborales más horizontales, lo que en ocasiones se transforma en violencia jerárquica. Estas transformaciones, cuyo carácter fue temporal, también conllevaron a una resignificación transitoria respecto a la importancia del papel del médico general, rol que es habitualmente devaluado dentro de la propia Medicina por ser

estigmatizado como insuficiente o mediocre frente a la figura del médico especialista (Hasselkus, G, 2019).

Esta serie de ajustes en la cultura organizacional biomédica (Muñoz, R, 2014) durante la crisis sanitaria por SARS-CoV-2, fueron retomados y analizados por Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021) al realizar una investigación con médicos de distintos hospitales de atención a la pandemia en la Ciudad de México. Ellos proponen el concepto de *cultura organizacional epidémica* (Muñoz, R, & Cortez, R, 2021), una variante de la *cultura organizacional biomédica* (Muñoz, R, 2014), para exponer la suerte de contradicciones y rupturas que esta última sufrió a raíz de la crisis sanitaria, propiciando reajustes en la atención hospitalaria como la aparición de prácticas autoorganizadas para compensar algunas carencias estructurales. Esta reorganización también trajo como consecuencia una serie de representaciones positivas en muchos trabajadores sanitarios, incluidos los médicos de esta investigación, quienes asombrados refirieron que en la UTC-19 habían trabajado en un ambiente mucho menos jerarquizado, solidario, recíproco y de mutuo respeto entre médicos generales y especialistas. Incluso los primeros sintieron que se distribuyeron mejor las actividades, y responsabilidades, asegurando que tuvieron una mayor libertad para tomar decisiones respecto a los pacientes, sintiéndose cobijados, y no explotados o ninguneados por los especialistas. A partir de esto último, retomo el concepto *disonancia cultural*³ para intentar explicar que, frente a una crisis como lo ha sido la pandemia, los médicos experimentaron una sensación de extrañeza dentro de su propio campo, y es que la cultura organizacional epidémica (Muñoz, R y Cortez, R, 2021) llevó a cabo reajustes necesarios para procurar resolver la entropía del momento, incluso si esto significó cambios y una falta de correspondencia con las pautas previamente establecidas, asimiladas y reproducidas dentro del campo médico, aunque éstas fueran de manera temporal. Utilizo este concepto proveniente de estudios sociológicos para intentar explicar el fenómeno de incompreensión experimentado por los médicos consultados frente al choque temporal con el propio habitus médico y la cultura organizacional biomédica, tras los ajustes en sus actividades, roles, responsabilidades,

³ Este concepto lo retomo de la sociología, aunque todavía es provisional ya que necesita ser desarrollado de mejor manera. No confundir con el concepto utilizado por el autor Bernard Lahire.

lo que incluyó distintas formas de relacionarse con otros actores como especialistas e incluso pacientes, sin dejar de lado el haber adquirido un ingreso económico muy por encima de las expectativas.

No dejo de lado, que esta experiencia profesional en la UTC-19, les generó -según los propios médicos entrevistados-, síntomas asociados al estrés, ansiedad y burnout, sin embargo, la mayoría decidió no buscar apoyo psicológico profesional, ya sea por cuestión de tiempo o tabú, asumiendo, como ha sido previamente documentado la incompatibilidad del médico tanto con el rol del enfermo como con el rol del paciente. No obstante, los médicos utilizaron algunas estrategias de *reducción del daño* (Nichter, 2006) y de *autoatención* (Menéndez, 2005) para enfrentarse al desgaste físico y mental del trabajo como la realización de viajes cortos, la incorporación paulatina del ejercicio, las reuniones con amigos, así como el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Así, la mayoría de los médicos consultados, buscaron utilizar el mayor tiempo posible para capitalizar la experiencia profesional, siendo el ingreso económico un factor neurálgico que los motivó a diversificar sus actividades laborales. Incluso, un mes antes del cierre de la UTC-19, a mediados de mayo de 2021, muchos médicos consultados comenzaron a manifestar su preocupación no por la cantidad de pacientes atendidos, sino por enterarse que la unidad iba a cerrar y no habría ninguna garantía laboral posterior. Esta misma preocupación devela que la experiencia en la UTC-19, llamada por varios actores como una “utopía sanitaria”, respondió a una urgencia que generó *disonancias culturales en la cultura organizacional biomédica*, aunque fueran de carácter transitorio para poder enfrentar la crisis. Pero, una vez “resuelta” la crisis pandémica, las representaciones de los actores, nos permiten visualizar que el sistema biomédico seguirá ofreciendo una realidad muy diferente a la experiencia vivida en la UTC-19, donde seguirán vigentes la violencia jerárquica, las escasas oportunidades laborales, los bajos sueldos, y la devaluación del médico general frente al especialista.

No obstante, la *memoria pandémica* (Chomali, M y Arguello, C, 2021), entendida como un ejercicio reflexivo que permita utilizar la serie de aprendizajes y conocimientos adquiridos durante la pandemia, podría encaminar algunas transformaciones tanto en el sistema de salud como en la *cultura organizacional biomédica* para ayudar a encarar

futuros escenarios de crisis sanitaria, pero también a visualizar necesidades en el cuidado de la salud de trabajadores de la salud, y nuevas maneras de relacionarse entre profesionales de la salud.

PRINCIPALES APORTACIONES

Los alcances y las principales aportaciones de esta tesis pueden clasificarse en dos categorías fundamentales:

Por un lado, situaría aquellas aportaciones teórico-metodológicas, que contribuyen al acervo epistemológico sobre las crisis sanitarias y la profesión médica desde y para la antropología médica crítica y otras ciencias sociales. Y, por otro lado, las aportaciones teórico-prácticas derivadas a partir del análisis del fenómeno estudiado, para beneficio de la discusión en materia de política y salud pública.

De esta manera, metodológicamente hablando, considero que la presente puede servir de paradigma para la realización de investigaciones a distancia durante situaciones críticas como lo ha sido la pandemia por Covid-19. Esto implica cuestiones esenciales como la pertinencia y viabilidad en la elección de un problema a estudiar durante una crisis sanitaria, la selección del universo de estudio, y la técnica de aproximación con los informantes. Y, sobre todo, lograr la concientización de la existencia de fenómenos transferenciales y contratransferenciales que desafían el desarrollo y terminación de una tesis cuando el fenómeno a explorar se encuentra inserto en una crisis global que irremediablemente interpela al investigador.

Ahora bien, en cuanto a las principales aportaciones teórico-prácticas, se encuentran la descripción y problematización de las estrategias de autoatención utilizadas por los médicos durante una crisis sanitaria, incluyendo procesos de atención, pero también de desatención con consecuencias deletéreas a su persona. Esto a su vez, conllevó la adopción y/o ruptura de las propias recomendaciones biomédicas lo que también me permitió profundizar en el concepto del síndrome del superhéroe, planteado en una investigación previa a nivel maestría sobre la negación del médico a adoptar el rol de enfermo y sobre todo del paciente. La descripción y análisis realizado en esta tesis sobre las estrategias de autoatención de los médicos, espero contribuya a exhortar a los

tomadores de decisiones en materia de salud pública a no relegar el cuidado de la salud de los médicos a una dimensión individual, sino atenderla de manera estructural. Esto implicaría la revisión de pautas organizacionales como la violencia jerárquica, las extenuantes jornadas laborales y, sobre todo, fomentar la concientización de la importancia de cuidar la salud física y mental, incluyendo la desestigmatización de la búsqueda de atención en salud mental, por ejemplo.

Adicionalmente, considero como una aportación significativa, el haber problematizado sobre la aparición de un código *in vivo* como el de covidólogo y conceptualizarlo como un autonombramiento diferenciador que operó en los médicos participantes como un aliciente, motivo de orgullo y reivindicación frente a médicos que decidieron no participar en la pandemia. Además, dicho pseudónimo representó una legitimación temporal y coyuntural dentro del exigente campo médico, a través del desarrollo de una especialización empírica que operativa y simbólicamente les permitió recibir reconocimientos y beneficios temporales, aunado al encubrimiento -temporal- de la estigmatización que estructuralmente experimentan los médicos generales. La reorganización que exigió la pandemia también permitió que los covidólogos, en su mayoría jóvenes, experimentaran disonancias respecto a reconocidas pautas como la percepción de una menor violencia jerárquica y una mayor horizontalidad laboral, sobre todo frente a médicos especialistas de mayor experiencia, pero también respecto a otros miembros del personal sanitario.

Considero que otra aportación relevante de esta tesis, ha sido el poder contribuir a conformar una memoria pandémica a partir de las experiencias en esta unidad temporal para pensar, replantear, y dignificar el rol de los médicos generales en México frente a la precarización laboral que experimentan en un sistema de salud cambiante y cada vez más flexible, de escasas oportunidades laborales, sueldos poco competitivos y condiciones laborales desfavorables tanto en el sector público como privado. Lo vertido en esta tesis, considero que podría contribuir a la discusión sobre el papel fundamental que tienen los médicos generales en el primer nivel de atención de manera regular y en situaciones críticas como en futuras crisis sanitarias.

Para finalizar, esta tesis contribuye al entendimiento y cuestionamiento de la creación de los hospitales temporales vis a vis con la reconversión hospitalaria durante una crisis sanitaria. Y, sobre todo, aporta a la comprensión tanto de los beneficios como de las limitaciones que tienen las colaboraciones público-privadas en materia de salud en México; en particular, los riesgos y las ventajas de estas sinergias frente a futuras crisis sanitarias con el afán de evitar fenómenos como la iatrogenia pandémica.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

En el primer capítulo se pretende explicitar las consideraciones metodológicas generales de la investigación, (planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, justificación y diseño metodológico) así como un contexto general sobre el virus SARS-CoV-2, los cambios en el sistema de salud mexicano previo a la pandemia, la evolución de la pandemia en México y en el mundo, así como una breve descripción de las estrategias federales en atención a la pandemia y la colaboración público-privado, la gestación y alcances de la UTC-19, así una semblanza sobre el papel histórico del médico general en México dentro de la estructura sanitaria del país y finalmente antecedentes de la investigación aquí presentada. Este capítulo responde a las interrogantes sobre las características del virus, contexto general de la pandemia, estudios en México y alrededor del mundo sobre las consecuencias a la salud de personal médico durante su participación en la crisis sanitaria, el panorama del médico general en México previo a la pandemia y por supuesto la planeación, descripción general y alcances de la UTC-19.

En el segundo capítulo de esta tesis, se describe la experiencia profesional de los médicos en la UTC-19. Esto incluye las representaciones de los médicos generales consultados sobre distintos momentos de su participación en la UTC-19 durante la crisis sanitaria, como, por ejemplo, la gestación del proyecto, los motivos para participar, las distintas olas de la pandemia, la llegada de las vacunas, hasta llegar al cierre de la unidad. Responde a las interrogantes sobre conocer qué representaciones tienen los médicos sobre la cronología de momentos clave durante la atención a la pandemia en la UTC-19. En este capítulo también, retomo las narrativas de los médicos consultados, incluidos códigos in vivo para describir las principales actividades y desafíos que emprendieron los actores al trabajar en distintas áreas de atención a pacientes con

Covid-19, (triage, hospitalización, terapia intermedia, terapia intensiva y área administrativa). Aquí se pretende describir la experiencia profesional diferenciada por áreas, lo que permita conocer distintos tipos de actividades, dificultades, riesgos, así como aspectos gratificantes sobre su labor profesional.

En el tercer capítulo, se responde a la interrogante sobre la experiencia de la salud que vivieron los médicos durante su praxis profesional en la UTC-19, incluyendo estrategias de reducción del daño y autoatención emplearon los médicos participantes para cuidar su salud física y mental, así como para evitar contagios. Adicionalmente este capítulo pretende describir y analizar cómo atendieron la enfermedad en caso de haber sido contagiados y las secuelas que tuvieron.

El cuarto capítulo pretende describir y analizar la experiencia de los médicos generales en la UTC-19 como una *experiencia transmutadora* con cambios en distintas dimensiones como su economía, su formación, su salud y su futuro profesional. Pretende abordar cómo se resignificó para los propios médicos la figura del médico general (aunque fuera de manera temporal) y analizar su devenir en el sistema de salud mexicano.

Por su parte, el quinto capítulo está destinado a retomar la memoria pandémica de los participantes, como un ejercicio retrospectivo y a la par prospectivo sobre los principales aprendizajes y conocimientos que ha dejado esta experiencia pandémica. Este apartado retoma reflexiones de los actores sobre el comportamiento social y las decisiones gubernamentales durante la pandemia en México, así como representaciones sobre el futuro de esta. Por otro lado, en este mismo apartado también se plantea la necesidad de concebir la memoria pandémica como un recurso paradigmático para realizar cambios en la cultura organizacional biomédica y pensar nuevas estrategias para enfrentar futuras crisis sanitarias, por ejemplo, el cuidado de la salud física y mental de trabajadores de la salud.

Finalmente, el sexto y último capítulo, se concentrará en conclusiones generales y reflexiones finales donde se incluirán algunas recomendaciones.

CAPÍTULO I. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró oficialmente la propagación del virus SARS-CoV-2 como una pandemia⁴. Acorde a los datos oficiales recuperados el 11 de junio de 2021, (un día después del cierre oficial de la UTC-19), desde el inicio de la pandemia en México, 229, 821 personas habían muerto debido al COVID-19, y de esos, al menos 44,058 habían fallecido tan solo en la Ciudad de México, epicentro de la epidemia a nivel nacional⁵. Además, y según la base de datos de la Universidad Johns Hopkins, la tasa de letalidad de COVID-19 en México se encuentra todavía entre las más altas del mundo con alrededor de 9% cuando globalmente es alrededor del 2%⁶. Aunado a ello, alrededor de 235,000 trabajadores de la salud mexicanos han dado positivo en pruebas a SARS-CoV-2 y, al menos 3800 médicos mexicanos han muerto durante la pandemia según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).⁷ Esto es un dato que pone a México como uno de los países con más decesos de trabajadores sanitarios durante la pandemia por Covid-19 (Chertorivsky et al., 2020).

Como sucedió en muchos otros países, el sistema de salud mexicano no estaba preparado para la alta demanda de atención derivada de la pandemia por COVID-19 pandemia (Frenk, J, et al, 2020). Por lo tanto, no solo fue necesario ampliar la cobertura hospitalaria en el cuidado de la Covid-19 adaptando clínicas u hospitales para la atención de la pandemia, (reconversión hospitalaria) sino también creando unidades temporales, algunas con el apoyo de la iniciativa privada. Bajo este tenor, y ante el ingente reto de brindar atención a un importante número de la población, fue necesario incorporar a muchos médicos generales y residentes (Muñoz, R y Cortez, R, 2021); (Olmedo-

⁴ World Health Organization (WHO). (2020). WHO Announces COVID-19 Outbreak a Pandemic. [WHO/Europe | Coronavirus disease \(COVID-19\) outbreak - WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic](https://www.euro.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic)

⁵ Secretaría de Salud de México (2021). Coronavirus COVID-19. Informe Técnico Diario. Secretaría de Salud. <http://coronavirus.gob.mx>

⁶ Johns Hopkins University (JHU) (2021) Mexico- COVID-19 Overview. Retomado por última vez el 28 de junio de 2022 de: <https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>

⁷ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). (2021). <http://sinave.gob.mx>

Canchola, V, et al, 2020). En el caso de médicos generales, varios fueron de recién egreso de las facultades de Medicina quienes participaron como trabajadores de salud en la primera línea de atención, con la intención de evitar la sobresaturación hospitalaria y porque muchos médicos/cas con mayor experiencia solicitaron licencias laborales por “covid”, por lo que decidieron no participar por distintas razones, ya fuera por tener factores de riesgo como por ejemplo, comorbilidades y/o edad avanzada, aunque también existieron quienes decidieron no participar por protección propia sin importar si tenían factores de riesgo o no aunque presumiblemente continuaran labores en clínicas privadas (Muñoz, R & Cortez, R, 2021).

Con base en lo anterior, en abril de 2020, y debido a la emergencia sanitaria en la Ciudad de México, un famoso centro de exposiciones al poniente de la capital fue convertido en una unidad temporal para el cuidado de pacientes con Covid-19, que sería llamada Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (a partir de ahora UTC-19). Originalmente destinada a durar tan solo tres meses, esta iniciativa híbrida, (es decir, con contribuciones tanto del sector público como del privado), inició sus actividades el 29 de abril de 2020 y el último paciente fue dado de alta el 10 de junio 2021. Durante 14 meses consecutivos, más de 3,137 profesionales de la salud, y dentro de ellos, alrededor de 400 médicos generales trabajaron en el COVID-19 unidad temporal que trató con éxito a 9088 pacientes con una tasa de letalidad del 3,7%⁸ lo que en comparación con el 9%⁹ nacional, posiciona a la UTC-19 con un porcentaje visiblemente menor, lo que respalda su éxito.

Producto de la crisis sanitaria, en la UTC-19 se convocó a la participación a distintos perfiles de trabajadores de la salud para atender a pacientes con Covid-19, entre ellos, médicos generales, la mayoría de recién egreso universitario. Los médicos generales fueron ubicados en distintas áreas de atención a la Covid-19, como la zona de *triage*, el área de hospitalización, terapia intermedia y terapia intensiva; incluso, algunos laboraron en la parte administrativa. En la UTC-19, el 60% del personal de enfermería y el 55% de

⁸ Salud Digital, Fundación Carlos Slim. <https://saluddigital.com/unidad-temporal-covid/>

⁹ Johns Hopkins University (JHU) (2021) Mexico- COVID-19 Overview. Retomado por última vez el 28 de junio de 2022 de <https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>

los médicos generales contratados, fueron pasantes de servicio social o recién egresados, la mayoría de ellos, procedentes de la UNAM. (Flores, M, et al, 2021).

Esta emergencia sanitaria, requirió de una respuesta inmediata en cuestiones de organización, logística, inversión, y distribución de personal y recursos médicos, que, por momentos fue insuficiente ante la demanda de atención, como señalan investigaciones como la realizada en la Ciudad de México por Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021) aseverando que varios hospitales covid o híbridos no recibieron el mismo apoyo, siendo la planeación el problema para distribuir de manera suficiente y oportuna, tanto las capacitaciones como los recursos materiales (Muñoz, R & Cortez, R, 2021).

El complejo escenario, desató por tanto, toda una serie de inconvenientes para que el personal de salud pueda ejercer su trabajo de manera óptima debido a escasez de equipo de protección, falta de protocolos y/o escasez de personal, pero también la crisis sanitaria ha limitado que este mismo personal pueda atender su propia salud tanto física como mental como señalan algunas investigaciones (Muñoz, R, 2022); (Robles, R, et al, 2021), lo que también incluye, el riesgo de ser contagiados y contagiar a otros (Prather, K, Wang, C y Schooley, R, 2020). Algunos estudios realizados durante la crisis sanitaria, han explorado temas de estigmatización y reconfiguración organizacional durante la pandemia (Muñoz, R, 2021), así como la exposición a fenómenos altamente estresantes que han deteriorado su salud mental como señalan diversas investigaciones nacionales e internacionales sobre personal de salud en atención a la pandemia por Covid-19; por ejemplo: (Muñoz, R, 2022); (Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C, 2020); (Vindrola-Padros, C, et al, 2020); (Chen, Q, et al, 2020); (Kang, L, et al, 2020); (Lai, J, Ma, S, y Wang, Y, 2020); (Qianlan Y, et al, 2020); (Yeen, H y Ning, Z, 2020) y (Dimitriu, M, et al, 2020).

La UTC-19, al constituirse como un proyecto de carácter temporal y con financiamiento híbrido, -esto es, con dinero tanto público como privado-, (Flores, M, et al, 2021), también ofreció elementos que la diferenciaron de otro tipo de clínicas y hospitales híbridos y temporales que atendieron la pandemia por Covid-19 en México. Acorde a Chomali, M y Arguello, C (2021), uno de los puntos neurálgicos durante la reconversión hospitalaria a nivel global, se centró en mitigar tres tipos de riesgos: 1) Riesgo de contagio de los

trabajadores de la salud. 2) Riesgo de tener escasez de personal y/o recursos insuficientes como camas, ventiladores, etc. 3) Riesgo de no contar con suficientes recursos críticos, lo que incluye equipo de protección para el personal de salud. De esta forma, los reportes apuntan a que en la UTC-19, estas tres áreas fueron cubiertas de manera satisfactoria al ofrecer de manera continua equipo de protección suficiente y de buena calidad, protocolos de seguridad actualizados respecto a la atención de los pacientes y de los propios trabajadores de la salud (Flores, M, et al, 2021). La urgente necesidad de planear, adaptar y arrancar de la UTC-19 en lo que anteriormente era un centro de convenciones, exigió la participación de muchos médicos generales de recién egreso universitario, muchos aún no se titulaban o estaban terminando su trabajo social. La propia necesidad de incorporar trabajadores de la salud para atender la crisis sanitaria¹⁰, permitió en la UTC-19, una reconfiguración temporal en las relaciones laborales entre médicos generales y especialistas, adquiriendo los primeros, mayores responsabilidades y libertades para tomar decisiones respecto a los pacientes. Esto, como describen Muñoz y Cortez, (2021) evidenció transformaciones en la cultura organizacional biomédica tradicional, lo que a mi juicio también permitió la resignificación temporal del rol del médico general, de pasar de un médico subordinado a un médico con mayor soberanía clínica, aunque esto fuera de manera transitoria mientras se mantuviera la crisis y se respondiera a las pautas de la cultura organizacional epidémica (Muñoz, R y Cortez, R, 2021).

Este reordenamiento en la organización biomédica fue producto de las propias dificultades del sistema de salud frente a una crisis sanitaria (Muñoz, R y Cortez, R, 2021). Así, los médicos generales que laboraron en la UTC-19 experimentaron una disonancia cultural biomédica, como, por ejemplo, el haber percibido un reordenamiento jerárquico temporal, traducido en una mayor colaboración y respeto entre médicos generales y especialistas, así como la resignificación temporal de la figura del médico general, al asumir mayores responsabilidades frente a los pacientes respecto a lo que anteriormente tenían frente a médicos especialistas. Esta disonancia puede entenderse

¹⁰ Cuando me refiero a crisis sanitaria, retomo a Norberto Bobbio (2007) para definir que una crisis es un quiebre o momento de ruptura respecto al funcionamiento de determinado sistema, en este caso el de salud con la posibilidad de transformaciones.

como una manifestación más dentro de lo que ya Rubén Muñoz y Renata Cortez, (2021) denominaron cultura organizacional epidémica (Muñoz, R y Cortez, R, 2021).

Finalmente, la experiencia de los médicos generales en la UTC-19, también se constituyó como una *experiencia transmutadora* para ellos, en al menos tres niveles. 1) Al experimentar cambios en su salud física y mental por el desgaste laboral, los contagios por Covid-19 y sus secuelas, incluyendo la elección de estrategias de autoatención (Menéndez, E, 2005) para cuidar, pero también descuidar su salud, como el rompimiento de medidas de protección frente al virus o al abuso en el consumo de alcohol. 2) Cambios en su vida privada, potenciados por sueldos altamente competitivos, lo que se tradujo en una mayor capacidad adquisitiva y una movilidad social temporal. Ejemplos de esto son: el haber sufragado deudas económicas, generar ahorros, ayudar financieramente a familiares, adquirir mayores créditos bancarios e incluso comprarse un automóvil propio. 3) Transformaciones en su formación y trayectoria profesional. Por ejemplo, al ampliar su aprendizaje clínico, vislumbrar nuevos horizontes formativos, realizar cambios en sus intereses de especialidad y posgrado, tras haber potenciado su currículo profesional, y establecido una importante red de contactos, e inclusive al empezar negocios propios relacionados a la atención a la Covid-19, y por supuesto, y/o al financiar diplomados, maestrías y especialidades tanto en México como en el extranjero.

Contrario a lo efímero de la disonancia cultural biomédica -propia de la vigencia de la aparición de una cultura organizacional epidémica-, la experiencia transmutadora que experimentaron los médicos generales en la UTC-19, se entiende como un hito en sus vidas que afectará de manera permanente su trayectoria formativa, profesional y de vida personal.

No obstante, sí se podría pensar en ajustes organizacionales a partir de los conocimientos adquiridos durante la pandemia, como establecen Chomali, M y Arguello, C, (2021) cuando hablan de la memoria pandémica. Esta memoria pandémica, como un elemento retrospectivo con potencial prospectivo y anticipatorio, podría permitir vislumbrar un mejor manejo de futuras crisis sanitarias, incluyendo nuevas estrategias para cuidar la salud de médicos y personal sanitario.

1.2 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró oficialmente la propagación del virus SARS-CoV-2 como una pandemia¹¹.

Previo a ello, desde el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan China ya se habían reportado los primeros 26 casos y un fallecimiento de la enfermedad que produce el virus (Ren, L.L, et al, 2020), de ahí que la patología haya sido recibida por nombre COVID-19, (**CO**rona **V**irus **D**isease del 2019).

El virus inicialmente se pensó que se transmitía únicamente por contacto con pequeñas gotas expelidas por alguien contagiado ya sea de manera directa o por superficies contaminadas, hasta que se reconoció que su transmisión es preferentemente por vía aérea en diminutas gotas llamadas aerosoles que ingresan por la boca, nariz e incluso ojos (Santillán-García, A, et al, 2020). De ahí que las medidas más recomendadas para evitar el contagio hayan sido y sean en la actualidad, el lavado de manos constante, el uso del cubrebocas en interiores, y en exteriores donde haya conglomeraciones, el distanciamiento social, el confinamiento en caso de contagio, así como la desinfección de objetos de uso cotidiano.

Teniendo como primos lejanos a las versiones anteriores del SARS y del MERS, que irrumpieron el panorama internacional casi dos décadas atrás en Asia y Medio Oriente, por ahora, no tiene un origen definitivo confirmado. La principal teoría destaca que pudo haber aparecido por medio de una zoonosis (enfermedad de un animal transmitida a un humano) en un mercado húmedo en la región de Wuhan, China (Holmes, E, et al, 2021); (Lu, H, Stratton C, y Tang Y, 2020).

Su secuenciación se logró rápidamente, no así la comprensión del impacto en el organismo humano, ya que su morbi-mortalidad se sabe que depende de factores genéticos y sociales, existiendo una mayor predisposición a causar daño en hombres que en mujeres, así como en gente con comorbilidades tales como diabetes, hipertensión

¹¹ World Health Organization (WHO). (2020). WHO Announces COVID-19 Outbreak a Pandemic. [WHO/Europe | Coronavirus disease \(COVID-19\) outbreak - WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic](https://www.euro.who.int/es/press/news-room/updates/20200311-who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic)

o inmunodeficiencias, ancianos, y personas inmunocomprometidas por tratamientos contra el cáncer o trastornos inmunológicos (Bello-Chavolla et al, 2020);(Parra-Bracamonte et al. 2020).

Concebida inicialmente como una enfermedad eminentemente respiratoria por su alto impacto en vías inferiores, (pulmones), la COVID-19 posteriormente fue descrita como multisistémica por ocasionar serios daños en distintos órganos del cuerpo como el cerebro, corazón, riñones, etc. Algunos de sus signos y síntomas más habituales son la tos seca, la pérdida de olfato (anosmia), y gusto (disgeusia), así como cefaleas, dolor de garganta, fatiga, mareos, dolor pectoral, y en casos graves, la falta de respiración ocasionada por la falta de oxígeno en la sangre (desaturación) que ha conducido a los pacientes a requerir oxígeno suplementario (Graham, C, et al, 2020). En muchos casos se han documentado, accidentes cerebrovasculares, complicaciones renales, infartos y fallas multiorgánicas. Además, se ha comprobado que alrededor del 10 al 15% de los pacientes que contrajeron el SARS-CoV-2 sufren secuelas posteriores a la infección, un fenómeno que ha sido nombrado *long-covid* o covid persistente que afecta por semanas o meses, a pacientes que incluso sufrieron casos agudos leves. Algunas de estas secuelas son la pérdida de cabello, problemas cardíacos y circulatorios como miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y taquicardias. También se han documentado trastornos mentales y neurológicos como problemas de memoria y concentración, ansiedad, depresión, insomnio, así como pérdida del gusto y el olfato de manera prolongada.¹²

El SARS-CoV-2 no solo ha impactado de manera diferenciada por género, edad o estado de salud, sino por obra de los determinantes sociales de la salud como la inequidad en el acceso a tratamientos oportunos y de manera más reciente, por el acceso desigual a las vacunas no solo entre países sino por niveles socioeconómicos y culturales (Cortés Meda, A y Ponciano-Rodríguez, G, 2021).

¹² CDC en Español, (2022). Afecciones persistentes al Covid-19 y afecciones posteriores al Covid-19. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>

1.2.2. EL INICIO DE LA PANDEMIA EN MÉXICO Y EN EL MUNDO

El SARS-CoV-2 irrumpió en el panorama mundial a pocos días del final del año 2019, aunque el paciente cero, fue detectado el 1 de noviembre en Wuhan, provincia de Hubei China. Entre enero y febrero de 2020, el virus cobró la vida de miles de chinos, y aunque el país asiático logró contener la expansión coronavirus al resto del país y evitar un desastre sin precedentes en el país más poblado del mundo, la realidad es que lo ha logrado utilizando medidas draconianas como el confinamiento de ciudades enteras ante un primer brote. No obstante, China no pudo contener el impacto al resto del mundo y la dispersión del virus fuera de su territorio se hizo irremediable hacia todos los continentes desde las primeras semanas del 2020 (Xie, J, et al, 2020).

Cuando la OMS declaró oficialmente la pandemia el 11 de marzo de 2020, el virus ya se había extendido por el mundo, impactando inicialmente en Europa occidental, y de manera específica al norte de Italia donde causó serios estragos en la población envejecida de dicho país. No obstante, el virus rápidamente se extendió por el resto del continente, afectando a España, Francia, Alemania y el Reino Unido, y cruzó el Atlántico para diseminarse por Estados Unidos, causando brotes masivos en estados al norte del país densamente poblados como Nueva York y Nueva Jersey (Xie, J, et al, 2020).

Las imágenes que circularon en noticieros respecto a las afectaciones en países europeos como Italia, España, Francia y posteriormente Estados Unidos recorrieron el mundo entero. Calles y plazas desoladas, gente confinada en sus departamentos vitoreando al personal de salud desde sus balcones, ambulancias por doquier, hospitales saturados, unidades de terapia intensiva a tope, morgues atestadas y hasta el caos por el papel higiénico en supermercados ilustraron los primeros meses de una pandemia que finalmente llegó a territorio mexicano de manera oficial el 27 de febrero de 2020 a través de un hombre de 35 años quien había retornado de manera reciente de un viaje por Italia (Suárez, V, et al, 2020).

Finalmente, el 30 de marzo de 2020, fue decretada como emergencia nacional de salud en México la expansión de la Covid-19 por no solo tener presencia de casos importados, sino debido al incremento en la transmisión local¹³.

1.2.3 LA LLEGADA DEL VIRUS Y EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Desde su llegada a la presidencia en el 2018, el gobierno de Andrés Manuel López Obrador hizo énfasis en la necesidad de eliminar el programa del Seguro Popular y crear un nuevo programa (INSABI) que atendiera a la población no derechohabiente de instituciones de seguridad social como, por ejemplo, el IMSS e ISSSTE. El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) entró en vigor los primeros días de enero de 2020, y con él, llegaron una serie de transformaciones en el sistema de salud para atender pacientes en el primer y segundo nivel de atención (Frenk, J, et al, 2020).

Aunado a este cambio, el gobierno en turno decidió modificar la manera en que se distribuían determinados medicamentos en instituciones de salud pública dentro del país, cancelando permisos a varios proveedores al aseverar que existían actos de corrupción y enriquecimiento ilícito, por lo que sería el gobierno el encargado de asumir esa responsabilidad a través de la empresa Birmex donde el Estado tiene mayor participación (Sánchez, M, 2021). Esto ha implicado serias críticas por el desabasto de medicamentos que esta medida ha ocasionado producto de los cambios en el almacenamiento y distribución de los fármacos, sobre todo oncológicos, aunque también ha permeado en medicamentos destinados al tratamiento de muchos otros padecimientos (Frenk, J & Gómez Dantés, O, 2020). Cabe destacar que esto último, también es consecuencia de una escasa producción de medicamentos oncológicos.

El cambio de enfoque hacia una desprivatización en materia de salud también se acompañó por una consecuente desconfianza del sector privado de atención a la salud, por temor a sufrir la expropiación de sus instituciones, lo que a inicios de 2020 suponía una tensa calma entre el Gobierno Federal y la iniciativa privada (Sánchez, M, 2021).

¹³ Secretaría de Salud de México (SSA). (2020). Coronavirus COVID-19. Informe Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Comunicado Mundo (COVID-19). <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario-238449>

1.2.4 LA RECONVERSIÓN HOSPITALARIA, LOS HOSPITALES TEMPORALES Y LAS COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS DURANTE LA PANDEMIA

Durante este marco de tensiones y transiciones en materia de salud pública a inicios de 2020, la aparición del SARS-CoV-2 en territorio nacional no solo cimbraría aún más la deficiente estructura de atención a la salud ya de por sí mermada por una paupérrima inversión del 2.5% del PIB (Frenk, J, et al, 2020), sino que representaría un desafío para ambas partes, (Gobierno e iniciativa privado) para poder cooperar y atender la crisis sanitaria de la pandemia, en un esfuerzo por generar colaboraciones público-privadas (Sánchez, M, 2021).

De esta manera, y como sucedió en muchos otros países, el sistema de salud mexicano no estaba preparado para la alta demanda de atención derivada de la pandemia por Covid-19 (Frenk, J, et al, 2020). Por lo tanto, no solo fue necesario ampliar la cobertura hospitalaria en el cuidado de Covid-19 adaptando clínicas u hospitales públicos para la atención de la pandemia al reconvertirlos total o parcialmente en centros de atención Covid-19, sino también fue necesaria la gestación de programas y unidades temporales con apoyo de la iniciativa privada para poder diseñar estrategias de colaboración en salud de carácter híbrido, es decir, de cooperación público-privada (Sánchez, M, 2021).

Dos ejemplos paradigmáticos de ello fueron el programa “Todos Juntos Contra el Covid” (TUCC) y la creación de la Unidad Temporal Covid-19 Centro-Citibanamex (UTC-19).

En el primer caso, el TUCC fue un convenio firmado en abril de 2020 que respondió a la necesidad de atender derechohabientes en hospitales privados, sobre todo del IMSS e ISSSTE que necesitaban alguna cirugía mayor y no podían ser atendidos en sus clínicas y hospitales habituales debido a la reconversión hospitalaria¹⁴. Este esquema de colaboración público-privado entre la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP), el consorcio Nacional de Hospitales Privados (CMHP), la Fundación para la Salud (FUNSALUD) y hospitales públicos del IMSS, ISSSTE, SEDENA entre otros fue definido como de reversión de cuotas, donde instituciones como el IMSS o ISSSTE asumieron la subcontratación temporal de hospitales privados para dotar de servicios

¹⁴ Gobierno de México. (2020). Convenio con Hospitales Privados. ¡Todos Juntos Contra el Covid!. <https://www.gob.mx/issste/articulos/convenio-con-hospitales-privados>

médicos a sus propios afiliados (Sánchez, M, 2021). Es decir, los hospitales privados afiliados al TUCC se comprometieron a atender por un plazo determinado a derechohabientes de instituciones de salud pública, y estas instituciones reembolsarían a los hospitales privados acorde a un tabulador por cirugía o intervención¹⁵. Este programa, que, aunque tuvo un relativo bajo impacto en términos de atención a la salud debido a sus características (90% fueron procedimientos obstétricos y de cirugía de vesícula) fue un parteaguas de colaboración entre el Gobierno y la iniciativa privada durante la atención a la pandemia en los primeros meses de la crisis sanitaria (Sánchez, M, 2021).

No obstante, el hecho de que los hospitales privados pudieran seleccionar a discreción qué padecimientos podrían aceptar acorde a sus intereses monetarios, generó mucha controversia y acorde a Bautista, et al, (2023) se generaron desacuerdos entre la iniciativa privada y pública que finalmente repercutieron en la atención brindada a la población.

Por otro lado, el segundo ejemplo de colaboración público-privada durante la atención a la pandemia, - y que concierne directamente a esta investigación-, fue la creación de la Unidad Temporal COVID-19 Centro-Citibanamex (UTC-19). Este modelo, se consolidó a través de un esquema de colaboración entre asociaciones públicas y privadas donde la iniciativa privada a través de Fundación Carlos Slim consiguió el lugar (Centro de convenciones Citibanamex), los insumos necesarios en términos de equipo médico, y servicios, mientras que el sector público a través del Gobierno de la Ciudad de México contribuyó con inyección financiera y con recursos humanos, tales como personal de salud, enfermeras, camilleros, médicos y personal de carácter administrativo. (Flores, M, et al, 2021).

Los hospitales temporales junto con la reconversión hospitalaria fueron parte de la estrategia nacional para dar respuesta a la demanda de camas hospitalarias en momentos de alta incidencia de contagios y se instalaron en diferentes estados del país, incluyendo la Ciudad de México. Entre los hospitales temporales que destacaron en la

¹⁵ Gobierno de México. (2020). Convenio con Hospitales Privados. ¡Todos Juntos Contra el Covid!. <https://www.gob.mx/issste/articulos/convenio-con-hospitales-privados>

capital del país, fueron la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19), el Centro de Atención Temporal (CAT) en el Autódromo Hermanos Rodríguez del IMSS, y los hospitales temporales de SEDESA, la Unidad Temporal Ajusco Medio y la Unidad Temporal Cuauhtepc “La Pastora”, este último también con una participación privada de Grupo Modelo. Por su parte, la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) también tuvo un papel fundamental durante la pandemia por Covid-19 en México, y ha sido responsable de la construcción y operación de varios hospitales temporales para atender a pacientes infectados.

Los denominados hospitales temporales tuvieron entre sus principales características, la cualidad de erigirse en espacios muy diversos (estadios de fútbol, centros de convenciones, barcos, tiendas de campaña, etc.), se habilitaron en un corto periodo de tiempo y a propósito de la emergencia sanitaria por Covid-19 por lo que su duración fue como su nombre lo indica, temporal, es decir, sujeto a las necesidades durante la pandemia.

Por lo anterior, se organizaron y acondicionaron espacios, se consiguieron camas hospitalarias, ventiladores, monitores de signos vitales, oxígeno y otros suministros médicos necesarios para la atención de pacientes con Covid-19. Conforme fue avanzando la pandemia varios de estos hospitales cerraron, donaron parte de su inmobiliaria e insumos o bien se convirtieron en hospitales híbridos, lo que les permitió seguir atendiendo pacientes con Covid-19 pero también pacientes con otras patologías.

Estos hospitales temporales permitieron aumentar la capacidad de atención médica y reducir la presión sobre los hospitales tradicionales. Sin embargo, también presentaron algunos desafíos, como la falta de personal médico especializado, la necesidad de capacitar rápidamente a trabajadores de la salud para la atención de pacientes con Covid-19 y la dificultad para garantizar el suministro de oxígeno y otros insumos médicos como señalan diversas investigaciones (Vindrola-Padros, C, et al, 2020); (Chen, Q, et al, 2020); (Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C, 2020) y (Chomali, M y Arguello, C, 2021).

La UTC-19 como hospital temporal híbrido, es decir co-financiado entre el sector público y el privado, no fue el único en su tipo y siguió algunos ejemplos paradigmáticos a nivel

mundial como el Hospital Huoshenshan en Wuhan, China, que fue el primer hospital temporal construido para atender a pacientes con Covid-19¹⁶. También fue ejemplo, el programa Nightingale, que abrió 7 hospitales temporales en distintas zonas de Inglaterra, siendo el más representativo el construido precisamente en un centro de convenciones llamado ExCeL localizado en Londres (Wise, J, 2021).

En otros países también se desarrollaron hospitales temporales ubicados en centros de convenciones, como el Javits en Nueva York, Estados Unidos, el Hospital Temporal en Fiera Milano City con donaciones de la iniciativa privada, o bien el caso del Ifema de Madrid, otro ejemplo de colaboración público-privada que fue construido en solo dos semanas gracias a la colaboración de empresas privadas, el gobierno español y el ejército (Candel, F.J, et al 2021).

El hospital temporal Ifema, se convirtió en un modelo para otros países en la construcción de hospitales temporales durante la pandemia por Covid-19. Incluso su éxito, inspiró la creación del apodado “hospital de pandemias” el Hospital Enfermera Isabel Zendal, de Madrid, España, un hospital multipropósito, destinado a atender emergencias sanitarias de manera permanente y para muchos, un paradigma de inversión en salud pública (Candel, F.J, et al, 2021).

Los hospitales temporales permitieron durante las fases más álgidas de la pandemia, reducir la sobrecarga y así evitar la saturación hospitalaria, pero su mayor éxito, según algunas investigaciones, residió en haber establecido criterios de admisión claros en función de sus propias posibilidades como hospital, el haber garantizado la seguridad de los pacientes internados y procurado atender las necesidades de atención emocional de ellos mientras estuvieron internados (Chen, S, et al, 2020), (Candel, F.J, et al 2021).

¹⁶ Plataforma Arquitectura (2021). Una mirada de cerca a los hospitales en China, construidos para controlar la pandemia del Covid-19. Retomado el 9 de julio de 2020 y disponible en: <https://www.plataformaarquitectura.cl/cl/937687/una-mirada-de-cerca-a-los-hospitales-en-china-construidos-para-controlar-la-pandemia-del-covid-19>

1.2.5 LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO EN MÉXICO

Es importante señalar que, en México, la formación médica se lleva a cabo principalmente en universidades y escuelas de medicina acreditadas por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) y la Secretaría de Educación Pública (SEP).

El proceso de formación médica en México consta de dos etapas principales: En primer lugar, se debe cursar la carrera de licenciatura en medicina para obtener el grado como médico general y posteriormente, ingresar a la residencia médica para la especialización en alguna área determinada. La carrera de licenciatura en medicina tiene una duración de seis años y se divide en dos ciclos: el ciclo básico, que incluye materias como anatomía, fisiología, farmacología y patología, y el ciclo clínico, que se enfoca en la atención médica directa y la práctica en hospitales y clínicas.

Una vez obtenida la licenciatura en medicina, los médicos pueden optar por realizar una residencia médica, que es una especialización en un área específica de la medicina. La residencia médica tiene una duración de tres a seis años y se realiza en hospitales y clínicas acreditados por el Consejo Nacional de Salud (CONASA).

Además de la formación académica, los médicos en México también deben pasar por un proceso de certificación para obtener su cédula profesional y poder ejercer legalmente la medicina en el país. La certificación incluye un examen de conocimientos y habilidades médicas, así como la presentación de un trabajo de investigación original.

Para poder acceder a una especialización, los médicos generales deben aplicar un examen denominado, ENARM, que es el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas en México, que se lleva a cabo cada año y es un requisito obligatorio para los médicos que desean realizar una residencia médica en el país.

El examen tiene como objetivo evaluar el conocimiento y las habilidades de los aspirantes en diferentes áreas de la medicina, así como su capacidad para aplicar ese conocimiento en situaciones clínicas y resolver problemas de manera efectiva. El ENARM es, finalmente, un filtro que permite el ingreso a las residencias médicas bajo un

determinado parámetro que garantice un nivel adecuado de conocimientos y habilidades médicas.

Los resultados del ENARM son utilizados por las instituciones de salud para seleccionar a los médicos que ingresarán a las residencias médicas, en función de su puntaje y las necesidades específicas de cada institución.

Así, titularse de Medicina, prepararse y pasar el ENARM para así poder ingresar a una residencia médica, son acontecimientos sociales significativos dentro de la trayectoria formativa de los médicos. Son diría Freidson (1977) imputaciones tanto simbólicas como reales para poder constituirse como médicos legitimados y reconocidos en su campo. Retomando también a Victor Turner (1988), estos ritos de paso, de transitar de médico general a especialista, ayudan a preservar el orden social y constituyen una parte esencial de la trayectoria formativa profesional del médico, y en caso de incumplir con esta serie de pautas impulsadas por la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014), el resultado se traduce en la estigmatización del médico general dentro del campo de la Medicina como un profesional insuficiente, incapaz, mediocre como he mostrado en una investigación previa respecto a médicos residentes en un hospital del tercer nivel en México (Hasselkus, G, 2019).

1.2.6 LA PRECARIZACIÓN LABORAL DEL MÉDICO GENERAL EN MÉXICO

En México existe un déficit de 188 mil médicos en México¹⁷, sin embargo, debido a las exigencias dentro del campo médico para especializarse, se prioriza la contratación de especialistas y al médico general se le relega por ser habitualmente concebido como un profesional insuficiente o mediocre hasta que consiga egresar de la residencia médica. Esta situación genera que el campo laboral para el médico general quede muy limitado, incluso en el primer nivel de atención (Akaki-Blancas, JL y López-Bárcena, J, 2018).

¹⁷ Norte Digital. México tiene déficit de 188 mil médicos: Salud Federal. Retomado el 21 de marzo de 2023 a través de: <http://bit.ly/3IJVgK7>

Existen otros autores que han abordado el tema de la precarización del médico general en México, cuyo ingreso promedio general en el IMSS es de \$8,026 pesos mensuales¹⁸, mientras que, en caso de trabajar en un consultorio adyacente a farmacia es de aproximadamente \$9,000 pesos. Estas cifras contrastan con el sueldo de un especialista A en un hospital de prestigio como el Hospital de Nutrición, es de \$18,809 pesos al mes.

19

Al referirnos a precarización, nos referimos a un conglomerado de factores como, por ejemplo, la ausencia de prestaciones sociales, derechos laborales limitados, incertidumbre laboral, y sueldos poco competitivos y riesgos a la salud, (Kreshpaj, B, et al, 2020)

Por ejemplo, el médico y académico Julio Frenk (2020) ha señalado que el médico general en México se enfrenta a una precarización laboral y salarial, lo que puede afectar la calidad de la atención médica que brinda. Además, ha destacado la falta de reconocimiento y valoración del trabajo del médico general por parte de la sociedad y las instituciones de salud.

Por otro lado, autores como Ana Morán (2017), Rosa María Osorio (2016), Leyva, M y Pichardo S, (2012) han señalado que la precarización del médico general en México se debe en gran medida a la falta de políticas públicas y a la influencia de los intereses privados en el sistema de salud. Es entonces la falta de inversión en la formación y capacitación de los médicos generales, así como la creciente privatización de la atención médica lo que ha contribuido a la precarización de esta profesión.

De esta manera, se ha develado que la aparición de los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) a principios del nuevo siglo se ha constituido como una de las

¹⁸ El Financiero (2022). “Esto ganan un médico general y un médico especialista en instituciones públicas de México”. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/18/esto-ganan-un-medico-general-y-un-medico-especialista-en-instituciones-publicas-de-mexico/>

¹⁹ El Financiero (2022). “Esto ganan un médico general y un médico especialista en instituciones públicas de México”. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/18/esto-ganan-un-medico-general-y-un-medico-especialista-en-instituciones-publicas-de-mexico/>

alternativas laborales más frecuentes entre médicos generales jóvenes y sin experiencia²⁰, lo que no necesariamente se traduce en mejores condiciones de trabajo, acorde a Díaz Portillo, et al (2015) quienes consideran que poco más del 60% de los médicos contratados en estos consultorios, no tienen prestaciones y tampoco un salario base.

Otro elemento que de manera concomitante contribuye a la precarización de la figura del médico general en México, es que el porcentaje de aprobación anual del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas en México (ENARM) es apenas del 26%,²¹ lo que limita el número de plazas, generando por consecuencia, que los médicos rechazados de cursar una especialidad encuentren trabajo en la iniciativa privada, especialmente en los CAF como sostienen Leyva, M y Pichardo, S, (2012) y Díaz-Portillo, S, et al, (2015).

Es interesante reconocer que existen estudios que apuntan que la precariedad laboral en los médicos generales del sector privado es aún mayor que en el sector público, (Román-Sánchez, Y, 2013), (Montañez-Hernández, JC, et al, 2022). Dicha situación, lleva a muchos médicos generales a incurrir en la diversificación laboral o pluriempleo lo que, a su vez, propicia la aparición de jornadas laborales más extensas y la presencia de problemas de salud a través del burnout o desgaste laboral como plantean Luz Arenas et al, (2004) en el contexto mexicano, y en otros contextos latinoamericanos, un informe realizado en 2012 por la OPS.²²

En la actualidad, los médicos generales son infravalorados en comparación con médicos especialistas y por ende encuentran menos oportunidades laborales, a pesar de que los primeros desempeñan un papel clave en el primer nivel de atención. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de la atención primaria de la salud, que es el enfoque central de la formación de los médicos generales, y los

²⁰ Fundación Mexicana para la Salud (2014). Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. Ciudad de México.

²¹ Secretaría de Salud, Gobierno de México. (2020). Resultados del XLIV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2020. Consultado el 14 de junio de 2023 a través de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/226-resultados-del-xliv-examen-nacional-deaspirantes-a-residencias-medicas-enarm2020?idiom=es>

²² Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Consultado el 14 de junio de 2023 a través de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSSCond-Trab-RHS2012.pdf>

considera como un componente clave de en los sistemas de salud efectivos y sostenibles.

1.2.7 LA SALUD DE LOS MÉDICOS DURANTE SU FORMACIÓN PROFESIONAL

En diversas investigaciones se ha descrito ampliamente que, dentro de la trayectoria formativa profesional de los médicos, comenzando con la carrera de Medicina y continuando más adelante con la etapa de especialización, la salud tanto física como mental de estos profesionales de la salud presenta un deterioro significativo Baldwin, M, et al (1997); (Arenas, L, et al, 2004); (Hasselkus, G, 2019). Esto se debe en gran medida a la adhesión de una serie de pautas de la cultura organizacional biomédica que fomentan la consolidación de un habitus (Bourdieu, P, 1997) dentro del campo médico que orienta determinadas representaciones y prácticas que van moldeando la identidad profesional, incluyendo representaciones sobre su propia salud y prácticas de autocuidado.

De esta manera la cultura organizacional biomédica (Muñoz, R, 2014) contribuiría a que el propio médico sea incapaz de reconocer sus vulnerabilidades y buscar ayuda, es decir, se fomenta la evitación del rol del enfermo, y, sobre todo, el rol de paciente como si estos roles fueran incompatibles con el rol del médico. Esto se articula con lo ya descrito por autores como Byron Good (2003) y Eliot Freidson (1977) respecto a la profesión médica, donde se gestan relaciones de poder y desigualdad, aunado a la monopolización de determinados conocimientos que en muchas situaciones impiden al propio médico reconocer su propia vulnerabilidad, lo que devendría en prácticas deletéreas con la confianza de que, bajo su propio conocimiento podrán resolver.

Por otro lado, la serie de imputaciones por las que deben atravesar los médicos durante su etapa formativa, fomentan la noción de la salud funcional, es decir, según Mark Nichter (2006) la salud vista en relación con qué tan productivos o capaces de rendir son en su entorno, lo que inhibe prácticas preventivas y la búsqueda de atención con terceros ante un problema de salud. Incluso dentro del mismo campo médico, existen todavía tabús en el gremio médico para admitir un problema de salud y atenderlo, por temor a ser concebidos dentro de su entorno como débiles e incapaces frente a una serie de

elementos estructurales tan desgastantes como el internado en pregrado, y las guardias médicas, donde la resistencia es sinónimo de éxito. Como sostienen Mingote, A, et al (2013): “Los médicos se resisten a buscar ayuda profesional por temor al estigma social y comprometer su carrera profesional “. (Mingote, A, et al, 2013:189).

Se ha documentado en investigaciones previas, que durante la etapa formativa del médico aparecen problemas de salud como el tabaquismo, (Tapia-Conver, R, et al, 1997), burnout y problemas de insomnio, (Mingote, A y Pérez-Corral, Francisco, 1999), la ingesta de alcohol y automedicación mediante psicofármacos para tratar problemas de salud mental, en particular cuadros de estrés, ansiedad o depresión, (McCue J, 1982), (Ortiz-Quesada F, 1997); (Arenas, L, et al 2004); (Hasselkus, G, 2019).

Las altas expectativas y presión por parte de los familiares; bajo ingreso económico de la familia del estudiante; el contacto con la realidad del Sistema de Salud Pública de México; conocimiento del uso de fármacos y otras sustancias; falta de sueño adecuado; abuso de alcohol como 'automedicación' para lidiar con la ansiedad y depresión; la negación y falta de consciencia de enfermedad mental por parte de líderes académicos y estudiantes; y la carrera de medicina como un evento altamente estresante por sí misma. (Velázquez, 2017: S/N).

Como explica Laín-Entralgo (1984), desde la etapa formativa del médico, se le impulsa a pensar siempre en que un otro, es decir, un tercero es quien necesitará ser atendido como prioridad, lo que más allá de una orientación vocacional, puede entenderse como una disposición organizacional dentro del campo biomédico que impide al profesional de la salud el poder reconocer que él o ella también puede ser vulnerable frente a determinados riesgos laborales y descuidar así su salud.

Nuevamente, la monopolización del conocimiento biomédico se traduce en que, durante la misma carrera de Medicina, se reproduzca una narrativa de total autonomía para el establecimiento de los diagnósticos y tratamientos, lo que incluye entonces, la voluntad en los médicos para atender o desatenderse a sí mismos, algo que resuena con lo dicho por Byron Good (2003) en su libro "Cómo construye la Medicina sus objetos":

"Los médicos tienen el poder de definir qué es un problema de salud, cómo se detecta, cómo se diagnostica, cómo se trata y cómo se previene. Esta autoridad y poder no se derivan exclusivamente de su conocimiento técnico, sino también de su capacidad para definir problemas de salud y establecer criterios de tratamiento" (Good, B, 2003:55).

Justamente la monopolización del conocimiento biomédico, la existencia de pautas que priorizan la atención hacia un otro y el habitus de la resistencia que promueve la salud funcional dentro de los médicos, permitirían la consolidación de un fenómeno de compensación narcisista, incapaz de reconocer la vulnerabilidad propia, algo que he denominado como síndrome del superhéroe (Hasselkus, G, 2019), un síndrome culturalmente delimitado (Martínez-Hernández, A, 2008) que hace eco con lo dicho previamente por otros autores como Jones (2007) quien lo definió como “complejo de Dios” o Berger (2002) que lo llamó “la arrogancia médica” con un impacto directo en cómo cuidan y descuidan su salud, en ocasiones llevando a cabo prácticas deletéreas y en otros casos demorando la atención ante la presencia de un padecimiento como lo demuestran Baldwin M, et al, (1997).

Por su parte, Arenas, L, et al (2004), concluyen en que justamente durante la etapa formativa, se les exige a los estudiantes la resistencia frente a largas jornadas de trabajo y estudio, lo que limita e incluso desalienta el poder destinar tiempo al cuidado de su propia salud.

1.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien en la actualidad existe un copioso acervo de literatura respecto a la experiencia de trabajadores de la salud en el contexto de la crisis sanitaria por el SARS-CoV-2 en México y a nivel mundial, la mayoría de los trabajos son de carácter cuantitativo que documentan el impacto a su salud, al describir las dificultades que atravesaron no solo por la alta demanda, sino por la escasa infraestructura e insumos de protección con los que contaban. No obstante, pocas investigaciones a nivel mundial se centran en analizar de manera específica hospitales temporales de carácter público-privado durante la pandemia, y mucho menos se centran de manera puntual en la salud y experiencia de médicos generales de recién egreso universitario durante la crisis sanitaria.

Dentro de las principales publicaciones mundiales respecto a las afectaciones en términos de salud tanto física como mental de trabajadores de la salud en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 se encuentran las de (Robles, R, et al, 2021), y (Prather, K,

Wang, C y Schooley, R, 2020) respecto al riesgo de contagio y de contagiar a otros. También algunos estudios realizados durante la crisis sanitaria han analizado la exposición a fenómenos altamente estresantes que han deteriorado la salud mental de trabajadores de la salud como señalan diversas investigaciones internacionales, por ejemplo: (Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C, 2020); (Vindrola-Padros, C, et al, 2020); (Chen, Q, et al, 2020); (Kang, L, et al, 2020); (Lai, J, Ma, S, y Wang, Y, 2020); (Qianlan Y, et al, 2020); (Yeen, H y Ning, Z, 2020) y (Dimitriu, M, et al, 2020).

En México, por ejemplo, Rubén Muñoz (2021) realizó una investigación respecto a la experiencia de trabajadores de salud en instituciones de salud en México durante la pandemia, al explorar temas sobre construcción social del riesgo, estigmatización y violencia jerárquica-estructural. Estos ajustes son aterrizados cuando se propone el concepto de cultura organizacional epidémica, una variante de la cultura organizacional biomédica, para exponer la suerte de adecuaciones, contradicciones, rupturas que ésta sufrió a raíz de la crisis sanitaria. (Muñoz, R, & Cortez, R, 2021). A su vez, el propio Rubén Muñoz, ha publicado el resultado de sus investigaciones respecto a construcción social del riesgo, estigmatización y salud mental de médicos tanto generales como residentes que participaron en diversos hospitales públicos dedicados a la atención de la Covid-19 en la Ciudad de México (Muñoz, R, 2021), & (Muñoz, R, 2022).

Por su parte, Rosas (2022), junto con un grupo de antropólogos y profesionales de medicina social y enfermería, realizaron un estudio multidisciplinario, centrado justamente en describir los aprendizajes tras la experiencia laboral de personal de enfermería en la Unidad Temporal Centro Citibanamex en la Ciudad de México UTC-19, (Rosas, R, et al, 2022).

1.4 JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo, se sitúa en el análisis bajo la óptica de la antropología médica crítica sobre cómo la participación de jóvenes médicos generales de recién egreso universitario durante una crisis sanitaria como la pandemia por SARS-CoV-2, se

convirtió en una experiencia significativa en tres áreas específicas: 1) Profesional, 2) en términos de salud y autoatención, y finalmente 3) como una experiencia transmutadora, es decir, con posibilidad de transformaciones tanto en su trayectoria formativa, como en su vida personal y expectativas futuras. La presente tesis, no solo abarca una descripción sobre las actividades y desafíos implicados en esta experiencia profesional en distintas áreas de un hospital temporal de carácter híbrido, (esto es, con financiamiento público-privado); sino que se analiza cómo esta inédita participación en una unidad temporal con características bien diferenciadas de otros centros de atención Covid-19, mostró algunas adaptaciones y transformaciones temporales a la cultura organizacional biomédica (Muñoz, R, 2014) como la resignificación del rol del médico general, en un marco de ajustes en términos de estructura jerárquica y remuneración.

Este trabajo también ofrece algunos indicios de posibles cambios a nivel de salud pública, como la necesidad de una mayor inversión en salud, el desarrollo y ejecución de estrategias con un mayor enfoque preventivo en crisis sanitarias, el replanteamiento de los sueldos ofrecidos a los médicos generales y la necesidad de reforzar programas para la atención a la salud mental y alimentaria de los médicos en formación. En este mismo tenor, este trabajo pretende hacer una reconstrucción narrativa respecto a las diversas estrategias de reducción del daño y de autoatención que ejercieron los jóvenes médicos para cuidar o descuidar su salud durante la crisis sanitaria, esto incluye tanto la evitación del contagio como la búsqueda deliberada del contagio profiláctico, el seguimiento a los anticuerpos generados, y por supuesto maneras de lidiar con la ansiedad y el estrés como el uso y abuso de alcohol y otro tipo de drogas.

Sin embargo, esta experiencia profesional también se constituyó como una experiencia de salud y autoatención, así como en una experiencia transmutadora al impactar en el capital social, simbólico, cultural y económico de los médicos (Bourdieu, 1995), situación que tradujo cambios tanto en su trayectoria formativa como en su estilo de vida, incluyendo la posibilidad de hacer cambios en sus expectativas formativas y laborales.

De esta manera, la presente tesis profundiza en términos etnográficos sobre la experiencia profesional y la salud de jóvenes médicos generales en un universo delimitado como lo fue la Unidad Temporal Citibanamex, abonando a lo que otros

artículos ya han contribuido respecto a la salud y cuidado de personal de salud durante la atención a la pandemia por SARS-CoV-2 como, (Muñoz, R, 2022), (Robles, R, et al, 2021), (Prather, K, Wang, C y Schooley, R, 2020) (Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C, 2020); (Vindrola-Padros, C, et al, 2020); (Chen, Q, et al, 2020); (Kang, L, et al, 2020); (Lai, J, Ma, S, y Wang, Y, 2020); (Qianlan Y, et al, 2020); (Yeen, H, y Ning, Z, 2020) y (Dimitriu, M, et al, 2020).

Se decidió realizar la presente investigación con médicos generales que atendieron la pandemia por Covid-19 en la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19) por haber sido una iniciativa híbrida con contrastes muy marcados respecto a otros centros de atención durante la pandemia, al contar con suficientes recursos, protocolos actualizados y donde la participación de médicos recién graduados fue muy significativa. La UTC-19 al tener una de las tasas más bajas de letalidad en el país, también ha servido como paradigma para la gestación de otras iniciativas y podría considerarse como una piedra de toque en la atención a la pandemia no solo en la Ciudad de México, sino en todo México e incluso Latinoamérica. Contrario a muchas otras investigaciones internacionales donde se remarcó la falta de equipo de protección y protocolos adecuados en hospitales para evitar contagios (Cita) la UTC-19 permite divisar lo que se quienes participaron en esta unidad temporal han considerado como una utopía médica mexicana desde su gestación, consolidación y alcances.

En síntesis, la presente investigación ha tenido dentro de sus para qué, los siguientes ejes:

- a) Abrir la discusión sobre el impacto en términos de salud física y mental de los médicos generales que participaron en la pandemia por SARS-CoV-2 y abonar al conocimiento respecto a cómo mejorar programas preventivos y de promoción a la salud física y mental para el personal de salud. Algo que, a su vez, podría favorecer la atención a la salud de los pacientes atendidos por los propios médicos.
- b) Discutir continuidades y discontinuidades en la cultura organizacional biomédica a partir de una crisis sanitaria como la pandemia por SARS-CoV-2, para repensar el rol del médico general y resignificar su importancia dentro del primer nivel de

atención a la salud en una estructura altamente jerarquizada que habitualmente estigmatiza al médico general como incapaz, mediocre e insuficiente.

- c) Contribuir desde la antropología médica crítica al acervo epistemológico respecto al cuidado de la salud del personal médico, las trayectorias formativas y profesionales de la práctica biomédica y, generar nuevas líneas de investigación académica.

1.5 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

- ▶ Conocer, analizar, categorizar y explicar la experiencia de jóvenes médicos generales de recién egreso universitario durante su participación laboral en una unidad temporal público-privada, incluyendo motivos de participación, principales dificultades, beneficios y aprendizajes; así como, describir transformaciones en su trayectoria formativa-profesional, y expectativas a partir de esta experiencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Indagar, analizar y explicar las principales representaciones y algunas prácticas de los médicos generales respecto al cuidado de su salud física y mental, durante su participación en la pandemia, incluyendo la construcción social del riesgo, las estrategias de reducción del daño y autoatención para cuidar/descuidar su salud durante la crisis sanitaria, tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario.
- 2) Conocer, analizar y describir los distintos ajustes en la cultura organizacional biomédica durante la crisis sanitaria que experimentaron los médicos generales en la UTC-19, incluyendo la reorganización de roles, actividades y jerarquías.
- 3) Conocer, analizar y describir las distintas representaciones sociales de los médicos generales respecto a cómo esta experiencia permitió cambios en sus estilos de vida, intereses profesionales y su futuro laboral, así como analizar sus

principales representaciones en torno al futuro de la pandemia, incluyendo el comportamiento de la población frente a ésta, la gestión política de la misma, enseñanzas y posibles ajustes en los sistemas de salud para enfrentar futuras crisis sanitarias.

1.6 HIPÓTESIS

Ante la crisis sanitaria por Covid-19, y la escasez de recursos humanos para enfrentar la pandemia, muchos jóvenes médicos generales de recién egreso universitario participaron en el proyecto público-privado de la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19). Además de sentir un compromiso profesional y social con la causa, los médicos depositaron confianza en un proyecto que también se constituyó como una inédita oportunidad laboral para ellos, que les permitió adquirir un mayor capital, cultural, económico, simbólico y social (Bourdieu, P, 1995). Esta experiencia también significó para estos médicos la oportunidad de vivir disonancias culturales, es decir, una sensación de extrañeza y choque con pautas propias de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, R, 2014) tales como un reordenamiento jerárquico, traducido en una percepción de mayor colaboración y respeto entre médicos generales y especialistas, así como una nueva distribución de roles y actividades. Aunado a ello, esta experiencia laboral permitió una nueva construcción social del riesgo respecto a la salud (Douglas, M, 1987) que junto con el habitus médico autoritario (Castro, R, 2014) orientaron en estos jóvenes médicos, determinadas estrategias de reducción del daño (Nichter, M, 2006) y de autoatención (Menéndez, E, 2005) respecto al contagio por SARS-CoV-2, pero también para atender su salud física y mental durante su ejercicio profesional, privilegiando la resistencia y la productividad de la salud funcional (Nichter, M, 2006). Finalmente, esta experiencia tuvo un carácter transmutador con cambios en la trayectoria formativa y profesional de estos médicos generales (Freidson, E, 1977), además de tener la posibilidad de utilizar las reflexiones de la memoria pandémica (Chomali, M y Arguello, C, 2021), para dilucidar nuevos horizontes profesionales, cambios en el sistema de salud y estrategias para enfrentar futuras crisis sanitarias.

1.7 DISEÑO METODOLÓGICO

En términos metodológicos, la presente investigación está situada en lo que se conoce como teoría fundamentada, (Glasser & Strauss, 1967), es decir, que, a partir de un abordaje inductivo, los propios datos empíricos sean los que permitan construir teorías para dar una interpretación respecto a la realidad social de los conjuntos sociales estudiados. Esta investigación se ha realizado desde el marco de una perspectiva de la antropología médica crítica²³, utilizando técnicas e instrumentos de enfoque cualitativo como las entrevistas semi-estructuradas de manera remota y los grupos focales virtuales. Para fines de esta investigación, se seleccionó como actores principales a médicos y médicas generales, - la mayoría de ellos resultaron ser de recién egreso universitario que laboraron en distintas áreas de atención a pacientes en la Unidad Temporal Covid-19 Citibanamex (triage, hospitalización, terapia intermedia, terapia intensiva y administración).

El objetivo de centrarme en una sola unidad de análisis, se hizo con la intención de obtener una muestra más homogénea respecto a la experiencia de jóvenes médicos generales durante su atención a la pandemia. Se eligió como unidad de análisis a la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19) por ser una unidad temporal de carácter híbrido (es decir, con financiamiento tanto público como privado), lo que la hacía poseer características distintas a otro tipo de clínicas y hospitales tanto públicos como privados ya consolidados, así como otras unidades temporales gestadas a partir de la reconversión hospitalaria.

Aunado a ello, consideré relevante aproximarme a estudiar el funcionamiento de las unidades temporales dentro de una crisis sanitaria cuando otras investigaciones apuntaban hacia otro tipo de instituciones más formales. El contacto con los médicos/cas se efectuó por medio de la estrategia metodológica de efecto bola de nieve a partir de un portero (gatekeeper), quien, a su vez, se constituyó como un informante clave dentro de la investigación.

²³ Con esto me refiero a una perspectiva de análisis estructural de tipo relacional que pretende abordar elementos éticos y políticos respecto a los procesos de salud-enfermedad, atención y prevención. La denominada Antropología Médica Crítica (AMC) considera que dichos procesos se sitúan en una dimensión sociocultural donde existen diversas formas de interacción y relaciones de poder, lo que permite generar distintos niveles de análisis sobre un fenómeno.

1.8 UNIVERSO DE ESTUDIO

Cabe destacar que el tamaño de la muestra o universo poblacional fue de 24 médicos generales quienes fueron seleccionados como primarios. De este mismo grupo, se regresó con 9 de ellos para sostener una segunda entrevista en un momento distinto de la crisis sanitaria. De manera adicional, se llevaron a cabo 5 entrevistas semiestructuradas con médicos especialistas (actores secundarios) que laboraron en la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19) de manera que se pudiera obtener una mirada complementaria respecto a la experiencia profesional de los médicos generales. Una vez recabados los datos empíricos que permitieron encontrar regularidades discursivas entre los distintos actores, lo que habitualmente se conoce como saturación teórica, (Glasser & Strauss, 1967), se decidió no continuar con entrevistas adicionales.

Finalmente, se decidió invitar a 6 médicos generales previamente entrevistados, para participar en un grupo focal virtual con la intención de hacer una devolución selectiva, es decir, indagar con mayor profundidad en temáticas o categorías que, a partir de la sistematización inicial de los datos, se consideró no se tenía suficiente información. Adicionalmente, esta devolución mediante el grupo focal, se pensó como una validación solicitada, de manera que se pudieran triangular los datos obtenidos previamente mediante preguntas detonadoras. El objetivo medular de esta intervención metodológica es el triangular las narrativas a título individual con discursos socialmente compartidos y explorar la posibilidad de una saturación teórica.

1.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es importante enfatizar que todos los participantes fueron contactados por correo electrónico o vía WhatsApp, y se les entregó el formulario de consentimiento informado para que lo leyeran, lo pudieran reflexionar, y autorizaran su participación. Todas las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo de manera remota utilizando plataformas como WhatsApp y Zoom, debido a la crisis sanitaria y por protección de ambas partes. También es importante señalar el compromiso ético en esta investigación,

respetando los lineamientos de la Declaración de Helsinki, como el hecho de anonimizar a los participantes, utilizando solo variables como la edad, el área de trabajo y el género, así como un acrónimo para poder distinguir entre los testimonios. En todo momento, el acercamiento y logística de las entrevistas se llevó a cabo en fechas y horarios consensuados, de manera que las entrevistas no interfirieran en las actividades de los médicos consultados.

Cabe destacar que toda entrevista o sesión de grupo focal ha sido grabada en audio y transcrita por mi persona, bajo consentimiento informado firmado, y el material ha sido resguardado en archivos digitales bajo absoluta confidencialidad.

1.10 SÍNTESIS DEL DISEÑO METODOLÓGICO:

Inicio de trabajo de campo: septiembre de 2020.

Fecha de la primera entrevista: 19 de septiembre de 2020.

Fecha de la última entrevista: 29 de agosto de 2021.

Universo de estudio: Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19).

Investigador: Gunther Hasselkus CIESAS- CDMX.

Actores principales: Médicos generales que laboraron en UTC-19 en distintas zonas de atención a la pandemia por COVID-19 (*Triage, Hospitalización, Terapia Intermedia, Terapia Intensiva y Administración*).

Actores secundarios: Médicos especialistas que laboraron en la UTC-19 en distintas zonas de atención a la pandemia. (*Terapia Intensiva y Administrativo*).

Total de entrevistados: 24 médicos generales y 5 especialistas. (9 médicos generales fueron entrevistados en 2 ocasiones, 15 solo una sola vez, y los 5 especialistas solo en una ocasión).

Total de entrevistas y duración: 38 con duración promedio de 1 hora, 20 minutos. (aprox 50 horas y 30 minutos de material en audio).

Total de grupos focales: 1, con la participación de 6 médicos generales previamente entrevistados en un par de ocasiones. La duración del grupo focal fue de aproximadamente dos horas.

Consentimiento informado: Sí, en todos los casos y corroborado en grabación de audio.

- a) **Instrumentos:** Como principal instrumento para obtener evidencia empírica, se decidió llevar a cabo entrevistas semiestructuradas de manera virtual a médicos/cas generales y especialistas que laboraron en la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19). El contacto con ellos se efectuó por medio de la estrategia metodológica de efecto bola de nieve a partir de un portero (gatekeeper), quien, a su vez, se constituiría como un informante clave dentro de la investigación. Como principales medios de contacto con los actores, se utilizaron el correo electrónico y la aplicación de WhatsApp, mientras que la mayor parte de las entrevistas virtuales se realizaron mediante la plataforma de videoconferencias Zoom. Esta aproximación para hacer etnografía virtual, obligado por las circunstancias de la pandemia en sí, permitió en primer lugar respetar las medidas sociosanitarias, evitar la exposición a contagio tanto del investigador como de los actores.

A su vez, la incorporación de entrevistas vía remota tuvo como uno de los mayores desafíos, la coordinación de tiempos con los médicos, para poder llevar a cabo las entrevistas en horarios disponibles para evitar interferir en las ocupaciones y no reducir aún más el escaso tiempo de descanso que tenían los actores. A pesar de estas limitaciones, el espacio destinado a las entrevistas también logró constituirse como un momento de acompañamiento, catarsis y autorreflexión de los médicos participantes respecto a esta experiencia durante una pandemia, lo que permitió establecer un mejor rapport y por consiguiente una apertura al diálogo para enriquecer los testimonios. El uso de plataformas digitales para realizar videollamadas, también permite en pantalla el presenciar la imagen propia, lo que conlleva una constante autoobservación del propio investigador

respecto a la interacción que se tiene con los entrevistados, permitiendo tener más elementos para entender fenómenos habituales como la contratransferencia.

Finalmente, cabe destacar que la imposibilidad de hacer campo presencial también impidió la realización de observación participante, situación que virtualmente queda muy limitada.

Criterios de selección: Que fueran médicos generales o especialistas que participaran en la UTC-19 en distintas áreas de atención a pacientes con COVID-19 (Triage, Área de Hospitalización, Área de Terapia Intermedia, Área de Terapia Intensiva y Administración).

Variables: Jerarquía formativa (médico general o especialista), género, edad, origen, institución formadora, si vivían solos o con familia al inicio de su participación en UTC-19.

UNIVERSO DE LA POBLACIÓN (Cuadro 1)

ÁREA	ENTREVISTADOS	JERARQUÍA	GÉNERO	PROCEDENCIA	EDAD PROMEDIO	ORIGEN	MUDANZA ²⁴
<i>Triage</i>	6	Generales: 6 Especialistas: 0	Mujeres: 2 Hombres: 4	UNAM: 6 OTRA: 0	27	CDMX: 6 INT REP: 0	3
<i>Hospitalización</i>	8	Generales: 8 Especialistas: 0	Mujeres: 5 Hombres: 3	UNAM: 7 OTRA: 1	26	CDMX: 7 INT REP: 1	4
<i>Terapia Intermedia</i>	6	Generales: 6 Especialistas: 0	Mujeres: 3 Hombres: 3	UNAM: 4 OTRA: 2	27	CDMX: 4 INT REP: 2	4
<i>Terapia Intensiva</i>	5	Generales: 3 Especialistas: 2	Mujeres: 2 Hombres: 3	UNAM: 5 OTRA: 1	28	CDMX: 4 INT REP: 1	3
<i>Administrativo</i>	4	Generales: 1 Especialistas: 3	Mujeres: 2 Hombres: 2	UNAM: 4 OTRA: 0	34	CDMX: 4 INT REP: 0	1

OTRAS VARIABLES (Cuadro 2)

ÁREA	ENTREVISTADOS	CONTAGIADOS	HOSPITALIZADOS	VACUNADOS	COMORBILIDAD	CON HIJOS
<i>Triage</i>	6	3	0	6	1	0
<i>Hospitalización</i>	8	5	1	8	1	0
<i>Terapia Intermedia</i>	6	3	1	6	0	1
<i>Terapia Intensiva</i>	5	2	0	5	0	1
<i>Administrativo</i>	4	1	0	4	2	1

²⁴ Se refiere a la pregunta sobre si cambiaron de residencia de manera temporal a razón de su participación como médicos que atienden la pandemia por COVID-19 en la Unidad Temporal Citibanamex (UTC-19). Les fue ofrecida como prestación, la alternativa de hospedarse de marzo a diciembre de 2020 en hoteles cercanos a la unidad para evitar contagios entre sus familiares.

GRUPO FOCAL (Cuadro 3)

ÁREA	PARTICIPANTES	JERARQUÍA	GÉNERO	PROCEDENCIA	EDAD	ORIGEN	MUDANZA ²⁵
<i>Triage</i>	1	Médico General	Hombre	UNAM	28	CDMX	NO
<i>Hospitalización</i>	2	Médico General	Mujer	UNAM	27	CDMX	NO
		Médico General	Hombre	OTRA	29	CDMX	SÍ
<i>Terapia Intermedia</i>	1	Médico General	Mujer	UNAM	26	INTERIOR REPÚBLICA	SÍ
<i>Terapia Intensiva</i>	1	Médico General	Hombre	UNAM	31	CDMX	SÍ

1.11 SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS

Para comenzar el proceso de codificación de la información, se ha hecho una transcripción selectiva de todo audio de entrevista y grupo focal, además de pasar en limpio los apuntes de notas de campo que se hicieron durante el trabajo de campo virtual.

En un segundo momento, se han codificado la mayoría las entrevistas para organizar los datos en categorías y subcategorías en fichas y matrices de análisis que respondan a las interrogantes y objetivos de la investigación.

Una vez concluida esta fase, el análisis ha sido triangulado con trabajo de archivo para su validación, lo que incluye la documentación a través de fuentes secundarias, como, por ejemplo, estadísticas epidemiológicas, fuentes bibliográficas, -ya sean artículos de divulgación académica y/o científica- así como material periodístico.

Cabe destacar, que la codificación se realizó tanto de manera inductiva, (rescatando códigos emitidos por los mismos informantes) como de manera deductiva, utilizando conceptos teóricos previamente trabajados en otras investigaciones y reincorporados en el presente proyecto para el posterior análisis de la información.

Es importante mencionar que las verbalizaciones plasmadas en esta tesis fueron seleccionadas por considerar que podían condensar e ilustrar de mejor manera los datos socialmente compartidos a nivel empírico. Se destaca que no existió ninguna preferencia en la elección de las verbalizaciones por cuestiones de edad o género de los participantes, sino por considerar que podían transmitir mejor, sobre otras verbalizaciones, lo encontrado en campo.

Finalmente, quisiera aclarar que, después de revisar y visitar el material empírico, no pude encontrar en los hallazgos, diferencias significativas desde la categoría del género que me exigieran abordar un análisis complementario de los datos empíricos desde una perspectiva de género. Esto no significa *a priori*, que no existieran diferencias, sino que quizá no pude detectarlas, ya sea por no tenerlo como uno de los objetivos de mi investigación, sesgos como investigador hombre, o mi falta de pericia y experiencia para hacer análisis desde una perspectiva de género. Sin embargo, me pregunto si el hecho de no haber encontrado diferencias significativas entre médicos y médicas en los hallazgos de esta investigación, podría responder a un fenómeno de homogenización en el comportamiento y conducta entre hombres y mujeres dentro del campo médico que ya han abordado otras investigaciones como la realizada por María Pozzio (2014) sobre el incremento en la presencia de médicas en la especialidad de gineco-obstetricia, donde destacó en una de sus conclusiones, que, a pesar de ser cada vez más mujeres, el comportamiento de las médicas se “masculinizó”, es decir, se volvió agresivo, competitivo, maltratador, equiparando conductas de sus compañeros con quienes compartían especialidad. Pozzio (2014) encuentra contradicciones entre los discursos de mayor empatía y horizontalidad entre mujeres, y cuestiona si en realidad son más bien un mito, asegurando que “más mujeres, no garantiza nada” en función de cambios respecto al comportamiento habitual en hombres. Este ejemplo lo retomo porque a partir de ello, podrían problematizarse futuras investigaciones, y quizá sirva como una hipótesis provisional para explicar un aparente vacío en el análisis de la categoría del género en esta tesis.

1.12 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

La pandemia por COVID-19 requirió que muchos profesionales de la salud sin mucha experiencia profesional previa se sumaran a atender la crisis sanitaria. En la presente investigación, me centro en la *experiencia* de médicos generales de recién egreso de la carrera de Medicina que fueron invitados a participar en la UTC-19, una unidad temporal de carácter híbrido para atender pacientes con Covid-19 (es decir, fue una unidad financiada con recursos tanto públicos como privados). Es menester en primer lugar,

definir que un médico general, se considera todo aquel profesionalista que ha concluido la carrera de Medicina, y ha obtenido el título y cédula correspondiente para poder laborar, y que todavía no ha realizado estudios de especialización.

Para definir el concepto de *experiencia*, me apoyo en el historiador Edward Thompson (1984) entendiendo, por un lado, la *experiencia vivida* como tal, y por otro, lo que me parece más pertinente para esta investigación, la *experiencia percibida*. De esta manera, Edward Thompson (1984) apunta a que no bastan las vivencias para hablar de *experiencia*, y lo que se busca rescatar, es la narrativa y la interpretación de las vivencias significativas, es decir, en este caso, el esfuerzo de los propios actores por ordenar y comprender distintas vivencias dentro de su participación en esta crisis sanitaria en una unidad de análisis específica, como lo fue la UTC-19. Aunado a lo propuesto por Edward Thompson (1984), retomo a Anthony Giddens (2006) para discutir que esta experiencia estuvo enmarcada en lo que el autor definiría como una *situación crítica*, es decir un escenario inesperado y disruptivo como la pandemia por SARS-CoV-2 y cuyas circunstancias como consecuencias, fueron impredecibles, lo que exigió ajustes y rupturas en el *campo médico* (Campos, R, 2015), entendido éste como un espacio social donde tanto instituciones como actores alópatas forjan relaciones de influencia y acción.

Para fines de este trabajo, esta *experiencia*, la he categorizado en tres grandes campos de análisis interrelacionados en donde me apoyaré de algunos conceptos nodales: 1) En primera instancia, considero la ***experiencia profesional***, es decir toda la serie de vivencias in situ por área dentro de la Unidad Temporal Citibanamex, considerando motivos de participación, actividades, dificultades, adaptaciones y relaciones laborales, para ello retomo conceptos de *trayectoria* (Freidson, E 1977), *habitus médico autoritario* (Castro, R, 2014), *cultura organizacional biomédica* (Muñoz, R, 2014), *cultura organizacional epidémica* (Muñoz, R y Cortez, R, 2021) y *disonancia cultural (elaboración propia)*.

2) Un segundo eje de análisis se centra en la ***experiencia de salud y autoatención***, es decir, analizar cómo afrontaron los médicos el riesgo de contagio, cómo cuidaron o

descuidaron su salud física y mental durante esta experiencia y aquí me valgo de conceptos como construcción social del riesgo (Douglas, M, 1986), estrategias de reducción del daño (Nichter, M, 2006), autoatención (Menéndez, E, 2005), salud funcional (Nichter, M, 2006) y el síndrome del superhéroe, (Hasselkus, G, 2019), este último, una aportación conceptual propia que comencé a problematizar desde mi tesis de maestría.

3) Finalmente, una tercera dimensión de la experiencia de estos médicos en la UTC-19, la he denominado **experiencia transmutadora**, para referirme a las vivencias que son significadas como facilitadoras de cambios y transformaciones tanto en su trayectoria profesional como estilo de vida, incluyendo representaciones hacia el futuro. Para ello, me valgo nuevamente del concepto de *trayectoria profesional* (Freidson, E, 1977), *estilo de vida* (Dumont, G, & Clua García, R, 2015), *capital* en sus cuatro dimensiones (económico, cultural social y simbólico) (Bourdieu, 1995), y finalmente recupero el concepto de *memoria pandémica* (Chomali, M y Arguello, C, 2021).

La **experiencia profesional** en la Unidad Temporal Citibanamex (UTC-19) estuvo enmarcada en una temporalidad histórica para la humanidad o como diría Giddens (2006) una *situación crítica*, que les encaminó a vivenciar esta experiencia no como un trabajo, sino que formó parte de una trayectoria formativa de especialización empírica o pseudo-especialización como *covidólogos*²⁶, al dedicarse durante más de un año a tratar pacientes con Covid-19. Para esto, me valgo del concepto de trayectoria acuñado por Elliot Freidson (1977) que define a la misma de la siguiente forma: “Una secuencia de acontecimientos sociales que podemos definir por los roles e imputaciones que el individuo experimenta en el curso de su paso a través de distintas entidades de control social, ya sean médicas o de otro tipo”. (Freidson (1977), en Osorio 2001: 40).

²⁶ Código *in vivo*, expresado por los propios actores en las entrevistas para autodefinirse en su tipo de conocimiento, y rol al tratar pacientes con Covid-19 durante la pandemia. Esta distinción la hacen respecto a otros médicos (fueran generales o especialistas) que no trataron casos de Covid-19, al menos de manera deliberada. Aprovecho este código para convertirlo en un concepto que describe una manifestación de especialización empírica o pseudo-especialidad en la trayectoria formativa de estos médicos, con una serie de atribuciones para distinguirse de médicos que no atendieron casos por Covid-19 entre las que se encuentran un sentido de valentía, compromiso moral, responsabilidad social, conocimiento especializado, riesgo, y orgullo.

Sin embargo, la trayectoria formativa, de los médicos, comienza desde la carrera de Medicina, donde han experimentado una serie de adaptaciones y transformaciones que orientadas por un *habitus médico autoritario* (Castro, R, 2014). Incorporo este concepto que Roberto Castro utiliza, retomando a Pierre Bourdieu (1995) para explicar la serie de predisposiciones que aparecen tras la incorporación de elementos objetivos del campo médico y que se ejemplifican en determinadas maneras de orientar representaciones y prácticas en los médicos, desde la enseñanza de la facultad de Medicina hasta la práctica hospitalaria, configurando distintas maneras de pensar y actuar en el campo médico.

“Éste es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar, los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales”. (Castro, R, 2014: 173).

Para discutir como esta *experiencia profesional* exigió continuidades, rupturas y ajustes en el campo médico, me permito retomar dos conceptos nodales que se articulan con el *habitus médico autoritario* (Castro, R 2014); el de la *cultura organizacional biomédica* (Muñoz, R, 2014) y el de *cultura organizacional epidémica* (Muñoz, R & Cortez, R, 2021). Ambos conceptos se formulan a partir del concepto original de cultura organizacional de Pettigrew (1979). La cultura organizacional biomédica, por un lado, la define Muñoz (2014) como “una serie de dimensiones socioculturales, simbólicas y materiales en las que las representaciones sociales, los discursos y las prácticas de los actores están ordenadas, e institucionalizadas, por las pautas y expectativas de conducta que las condiciones de la praxis en el campo social ponen en juego” (Muñoz, 2014:316). El segundo concepto, el de *cultura organizacional epidémica*, es una variación del primero, adaptado por Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021) en sus investigaciones sobre construcción social del riesgo, estigmatización y salud mental de médicos en hospitales “Covid” e híbridos, para exponer la suerte de contradicciones, rupturas y transformaciones que la cultura organizacional biomédica tuvo a raíz de la crisis sanitaria,

propiciando reajustes en la atención hospitalaria como la aparición de prácticas auto-organizadas para compensar algunas carencias estructurales.

Así, para Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021), la cultura organizacional epidémica, o COE, permitió reordenar todo tipo de representaciones, prácticas, pautas y expectativas de conducta en los trabajadores de la salud que han participado durante la pandemia por Covid-19, permitiendo evidenciar entre otras cosas, cambios a nivel sistema y en las relaciones de poder en un campo médico altamente jerarquizado como ha mencionado ya Roberto Castro (2014) en otras investigaciones. Por lo anterior, y en articulación con la propuesta de Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021), propongo retomar el concepto de *disonancia cultural* para discutir que bajo el contexto de una *situación crítica* (Giddens, 2006) como lo ha sido la pandemia por SARS-CoV-2, las nuevas condiciones de socialización no solo generaron confusión e incertidumbre respecto a pautas organizacionales previas, sino que posibilitaron ajustes temporales o transitorios en el campo médico, y, en algunos casos posibilidades reales de transformación hacia el futuro. Acorde a algunos abordajes sociológicos, la disonancia cultural²⁷ podría ser definida como una percepción de extrañeza, desarmonía que viven los actores producto de un cambio inesperado en su entorno cultural, en este caso del campo biomédico, dada la aparición súbita de una crisis sanitaria como la pandemia por SARS-CoV-2. Es en el marco de esta *experiencia profesional* producto de una crisis de salud pública, que busco, como diría Giovanni Berlinguer (1983, 2006) entender los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención, como espías de las contradicciones de un sistema, en este caso del campo médico.

Para discutir el segundo eje de análisis respecto a la ***experiencia en salud y autoatención*** de los médicos consultados durante su atención a la pandemia por Covid-19 en la UTC-19, he decidido utilizar el concepto de *percepción social del riesgo* propuesto por la antropóloga Mary Douglas (1986) para analizar representaciones y prácticas respecto a cómo atendieron o desatendieron su salud los médicos consultados,

²⁷ Este concepto lo retomo de la sociología, aunque todavía es provisional ya que necesita ser desarrollado de mejor manera. No confundir con el concepto utilizado por el autor Bernard Lahire.

incluyendo el riesgo de contagio por Covid-19, su propia vulnerabilidad en caso de enfermar y las estrategias que emprendieron para prevenir o reducir la probabilidad de sufrir daños. La tesis central de Mary Douglas respecto al concepto de percepción social del riesgo se centra en entender que la manera en que se concibe la aceptación o negación del riesgo depende de la pertenencia de los sujetos a determinados conjuntos sociales. Es, de esta manera, tanto un proceso social como una construcción cultural. “el riesgo no es un ente material objetivo, sino una elaboración, una construcción intelectual de los miembros de la sociedad que se presta particularmente para llevar a cabo evaluaciones sociales de probabilidades y de valores” (Douglas, M, 1987: 56).

Considero fundamental la incorporación del concepto de *construcción social del riesgo* (Douglas, M, 1987), para intentar comprender los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención que experimentaron los médicos consultados durante su participación en la crisis pandémica, refiriéndome con esto no de forma exclusiva a la Covid-19 sino a un espectro más amplio de fenómenos de salud implicados con su experiencia. Esta percepción del riesgo, por supuesto condiciona la elección tanto de estrategias de *reducción del daño* como formas de *autoatención* que emplearon para cuidarse a sí mismos y a otros. Respecto al concepto de reducción del daño, retomo al autor Mark Nichter quien lo define como “un conjunto de conductas que van desde controlar los factores que predisponen al padecimiento hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema más grave”. (Nichter, M, 2006:115). De esta manera se comprende que la percepción del riesgo, entendido como una construcción social, encaminará la elección de determinadas estrategias para prevenir o atender problemas de salud, a sabiendas de que es una manera de reducir las probabilidades de su aparición como de minimizar el impacto, y no la eliminación del riesgo en su totalidad.

Cuando me refiero al concepto de *autoatención*, problematizo la definición otorgada por Eduardo Menéndez (2005), cuando se refiere a éste como un modelo de atención de la salud, subordinado al modelo médico hegemónico, es decir la biomedicina. La *autoatención*, a pesar de ello, es para Menéndez el principal modelo de atención, el más utilizado en los conjuntos sociales, y, sin embargo, muchas veces cuestionado por la

biomedicina. Hago hincapié en que utilizo el concepto de *autoatención* en lugar de autocuidado, por ser el primero, un concepto definido como un modelo de atención que permite entenderse como un espacio de transacciones entre distintos modelos, desde el biomédico, hasta el tradicional y el alternativo. Aunado a ello, el concepto de autocuidado, contrario al de autoatención, tiene un carácter limitante y eminentemente individualista.

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. (Menéndez, 2005: 54).

Cabe destacar que utilizo el concepto de autoatención de Menéndez (2005), -a pesar de que éste justamente en su definición excluye a los curadores profesionales-, ya que, en una investigación previa realizada por mi persona (Hasselkus, G, 2019) he procurado demostrar que, en diversas ocasiones, los propios médicos como conjunto social utilizan elementos que contradicen las propias pautas biomédicas, llevando a cabo estas transacciones entre distintos modelos para atender y desatender su propia salud. Este concepto de autoatención, a momentos podría entrar en conflicto con el marco de referencia estructuralista bourdiana que yo mismo utilizo, y de donde rescato conceptos como el *habitus*; no obstante, para mí, las estrategias de autoatención empleadas por los médicos, son contradictorios con la normativa de atención biomédica respecto al cuidado de los pacientes, pero no lo son respecto al *habitus* de resistencia y de negación de la vulnerabilidad propia, muy reconocible en el campo biomédico cuando niegan su rol como paciente. De esta manera, más que hablar de mostrar agencia individual, que se asociaría justamente más al concepto de autocuidado, los médicos reproducen un *habitus* de resistencia y productividad que configura las estrategias de autoatención como un colectivo, mostrando transacciones y contradicciones con las pautas de

atención biomédica que suelen emplear para sus propios pacientes. Justamente para Paul Hersch (2021), el proceso de salud-enfermedad, no solo incluye la atención, sino también la desatención, es decir, este proceso debe ser entendido no en términos dicotómicos, sino como un fenómeno integral que, a su vez, permitirá el desencadenamiento de otros procesos como el cuidado o bien la incuria entendida como daño evitable.

Finalmente, para analizar esta *experiencia de salud y autoatención*, retomo el concepto de *salud funcional* propuesto por Mark Nichter (2006) para discutir la coyuntura entre productividad laboral y percepción de salud. Esto lo hago con la intención de analizar cómo la *percepción social del riesgo* encamina la aparición de determinadas pautas de resiliencia atribuibles a un *habitus médico autoritario* (Castro, R, 2014) que como he descrito antes, se va constituyendo desde la propia carrera de Medicina que exige de sus estudiantes resistencia y productividad, muchas veces en detrimento de su propia salud. En otras palabras, Mark Nichter (2006) definió salud funcional como: “la salud vista como un estado relativo que se mide en función de la capacidad que tenga un sujeto para realizar cierto tipo de actividades y tareas normales para su propia vida”. (Nichter, M, 2006:113).

Para complementar el concepto de salud funcional (Nichter, M, 2006), he decidido retomar una aportación propia que generé en mi tesis a nivel maestría, y que deseo seguir problematizando a partir de esta investigación. El concepto lo he definido como el *síndrome del superhéroe* (Hasselkus, G, 2019), y consiste en una sobrecompensación narcisista de la debilidad propia, donde la salud se mide en función de la productividad y resistencia y se promueve la aparición de hábitos que pueden poner en riesgo la salud del sujeto; por ejemplo, adicciones, privación del sueño, mala alimentación, sobrecarga horaria. Este síndrome para mí es el resultado del *habitus médico autoritario* (Castro, R, 2014) y de una *cultura organización biomédica* (Muñoz, R, 2014) que prioriza en los médicos la noción de *salud funcional* (Nichter, M, 2006).

Este síndrome, también tiene entre sus características principales, la negación del rol del enfermo, y, sobre todo, la negación del rol del paciente, es decir, no atender su salud a través de otros profesionales de la salud biomédica, y justamente optar por un modelo de autoatención para evitar cuestionamientos por la propia cultura organizacional biomédica que orienta valores de resistencia, productividad y sacrificio. En este sentido, en el *síndrome del superhéroe*, (Hasselkus, G, 2019), la aceptación de la vulnerabilidad propia se vuelve incompatible con los valores y pautas organizacionales biomédicas que asocian una buena salud con la productividad. A su vez, el síndrome del superhéroe priorizaría la atención de la salud de otros antes que la propia, en este caso los pacientes.

La propuesta del *síndrome del superhéroe*, lo retomo de algunos estudios previos como el de Mingote, A, et al (2013) quien a su vez retoma una descripción de Ernest Jones, (2007) en sus ensayos sobre psicoanálisis aplicado, donde él habla de la existencia del “complejo de Dios”. Esto puede ser entendido como “sentimientos irrealistas de superioridad como expresión de un persistente autoengaño patológico, que le hace vulnerable a ulteriores riesgos psicosociales y crisis más graves” (Mingote, A, et al, 2013: 190).

Para mí, el síndrome del superhéroe debe ser comprendido como un *síndrome culturalmente delimitado*²⁸ (Martínez-Hernández, A, 2008) asociado al campo médico, es decir, un fenómeno que responde a pautas culturales específicas, en este caso de la *cultura organizacional biomédica* (Muñoz, R, 2014). No obstante, el propio campo médico responde a pautas culturales más amplias del mundo capitalista occidental, que también ejercen presión como mencionan autores como el filósofo coreano Byung - Chul Han (2017) en su libro “La Sociedad del Cansancio” y el psiquiatra español Pau Pérez Sales (2001) ambos coinciden en entender al narcisismo como una manifestación cultural del mundo occidental en el Siglo XXI donde las altas expectativas a las que estamos sometidos, promueven prácticas donde la autorrealización y la autodestrucción van de la mano.

²⁸ “Conjunto de fenómenos o estructuras de la personalidad que responden a patrones culturales y parecen mostrar una especificidad y localización determinados” (Martínez-Hernández, 2008: 63).

Finalmente, para el tercer eje de análisis de la experiencia de los médicos consultados, lo que he llamado la ***experiencia transmutadora***, me apoyo en la premisa de que ésta tuvo un impacto de transformación en diversas áreas de los implicados, con posibilidades de cambios y ajustes en sus *estilos de vida y trayectoria formativa y profesional* (Freidson, E, 1977) a partir de la adquisición de un mayor capital bourdiano en sus cuatro conocidas dimensiones, económico, cultural, social y simbólico (Bourdieu, P, 1995). Esto lo analizo a partir del hecho de que los médicos que trabajaron en la UTC-19 durante el primer año de la pandemia, incrementaron su aprendizaje biomédico (*capital cultural*), obtuvieron un sueldo muy por encima del promedio como médicos generales de recién egreso (*capital económico*), también por el hecho de haber incrementado su red de contactos (*capital social*) y finalmente, tras la obtención de prestigio y reconocimiento de otros (*capital simbólico*).

Sin embargo, esta *experiencia transmutadora* también posee un horizonte prospectivo, es decir, la posibilidad de evocar esta *memoria pandémica* para visualizar futuras transformaciones dentro y fuera de la cultura organizacional biomédica, como por ejemplo, la posibilidad de resignificar la importancia del médico general en atención primaria, la violencia jerárquica en el campo biomédico, transformaciones en el sistema de salud como la necesidad de replantear cómo proteger de mejor manera la salud de personal sanitario en el cotidiano y en futuras crisis sanitarias. De esta manera, retomo el concepto de *memoria pandémica* que proponen May Chomali & Cynthia Arguello (2021) donde afirman que, tras una emergencia, la experiencia promovería una serie de nuevas reflexiones y conocimientos que sirvan para enfrentar futuras crisis sanitarias. Ellas lo ejemplifican con el aprendizaje africano respecto a enfermedades como la poliomielitis, que ha contribuido a actuar con mayor conocimiento de causa, frente a otras patologías como el ébola y la propia Covid-19, (Chomali, M & Arguello, C, 2021).

De tal manera, ampliando este concepto, se podría permitir que la remembranza sea activa y prospectiva, para visualizar transformaciones a partir de los conocimientos adquiridos y reflexiones que permitan entender que la *experiencia*, como sostiene

Edward Thompson (1984), sea entendida como un proceso de interpretación activa, y que permita, lo que dicta esta frase típicamente asociada a Soren Kierkegaard, “la vida solo puede entenderse mirando hacia atrás, pero debe vivirse hacia delante”.

CAPÍTULO 2: UNA UTOPIA SANITARIA EN MÉXICO. LA UNIDAD TEMPORAL COVID-19 CENTRO CITIBANAMEX (UTC-19)

2.1 La gestación del proyecto híbrido. *Los inicios de una inédita colaboración público-privada en una emergencia sanitaria*

Debido a la emergencia sanitaria en la Ciudad de México, la adaptación y reconversión de hospitales públicos pertenecientes a la Secretaría de Salud, SEDENA, ISSSTE, IMSS, e INSABI fue insuficiente, por lo que la participación de hospitales como el INCMNSZ y el INER, así como del 50% de la capacidad de varios hospitales privados fue necesario para cubrir la alta demanda. (Flores, M, et al, 2021). No obstante, desde inicio de la crisis, se sabía que también podría ser necesaria la creación de hospitales temporales y de campaña como ocurrió en diversas ciudades del mundo como en Wuhan, Londres, Madrid y Nueva York para que pudieran cubrir el incremento en la demanda y se lograra evitar la saturación hospitalaria por pacientes con COVID-19 (Flores, M, et al, 2021). Esta iniciativa de instalar hospitales de campaña se retomó tras lo acontecido durante la pandemia ocurrida en 1918 por influenza H1N1 como documentan diversas fuentes históricas (Erkoreka, A, 2020).

Por consiguiente, en la Ciudad de México, a principios de marzo del 2020, tres personajes en específico comenzaron a dialogar para gestar la idea de un hospital temporal localizado en la capital para enfrentar la pandemia por COVID-19. Estos fueron: El Dr. Roberto Tapia-Conyer, director general de la Fundación Carlos Slim; el Dr. Germán Fajardo, director de la Facultad de Medicina de la UNAM, así como el Dr. Alejandro Soberón, presidente y director General de la Corporación Interamericana de Entretenimiento (CIE) (Flores, M, et al, 2021). Los arriba mencionados, fueron quienes iniciaron las negociaciones entre la iniciativa privada y el sector público para delinear el proyecto de la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19), y finalmente el 30 de marzo dio a inicio el diseño arquitectónico del lugar en el recinto conocido como Centro de Convenciones Citibanamex. Ya durante el mes de abril se abrió la convocatoria para incorporar al personal de salud que atendería a los pacientes, y finalmente el 29 del

mismo mes, arrancó operaciones la UTC-19, proyecto que constó de una inversión aproximada de 1,570 millones de pesos acorde a la Dra. Claudia Sheinbaum, jefa de gobierno de la Ciudad de México (Flores, M, et al, 2021).

La iniciativa de la UTC-19 se gestó gracias a una inédita colaboración público-privada y académica donde participaron como protagonistas, la Fundación Carlos Slim, la Facultad de Medicina de la UNAM, la Corporación Interamericana de Entretenimiento (CIE), el Gobierno de la Ciudad de México, así como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), institución que coordinó y supervisó la capacitación al personal de salud. Aunado a ello, muchas otras fundaciones y empresas de la iniciativa privada donaron millones de peso a la causa, entre las que destacan Fundación Inbursa, Fundación Telmex-Telcel, BIMBO, Fundación Coca-Cola, Fundación Alfredo Harp-Helú, Citibanamex y Laboratorios Takeda, entre otras (Flores, M, et al, 2021).

De esta manera, la inversión e infraestructura para equipar a la unidad la proporcionó la iniciativa privada, siendo de manera específica, la Fundación Carlos Slim la encargada de cubrir el 50% de estos gastos operativos (camas, equipo de protección, aparatos de diagnóstico, material médico, etc). Por su parte, el sector público por medio del Gobierno de la Ciudad de México coordinó la parte médica a través de la Secretaría de Salud capitalina a través de la Dra. Rosaura Ruíz, y el Dr. Rafael Valdez Vázquez fue quien fungió como director de la UTC-19 (Flores, M, et al, 2021).

Acorde a lo mencionado en el libro “Memoria de la Unidad Temporal Covid-19”, desde la gestación del modelo, se contempló por sus propios gestores, que la UTC-19 tuviera entre sus características principales, los siguientes puntos: 1) Protocolos actualizados y equipo tecnológico de la más alta calidad. 2) Un enfoque preventivo de atención y hospitalización temprana por medio de 8 módulos de triage localizados alrededor de la capital para diagnosticar y canalizar pacientes con cuadros potencialmente graves a la UTC-19. 3) Un sistema de georreferenciación electrónico (Claro 360) para facilitar la referencia y contrarreferencia para el traslado de pacientes. 4) El uso de puntas de alto flujo para pacientes con hipoxia severa en la terapia intermedia. 5) Seguimiento a pacientes egresados vía telefónica a las 24 horas, 7, 14 y 21 días transcurridos tras haber

sido dados de alta. 6) Su carácter temporal, pensado originalmente para durar tan solo 3 meses, aunque se extendió por más de un año. (Flores, M, et al, 2021).

De esta forma, el 29 de abril de 2020, la UTC-19 inició sus operaciones en el Centro de Convenciones Citibanamex.

2.2 Los números de la pandemia al cierre de la UTC-19 en la CDMX

Acorde a los datos oficiales recuperados hacia el 11 de junio de 2021, -un día después del cierre de la UTC-19-, desde el inicio de la pandemia en México, 229,821 personas habían muerto debido a la Covid-19, y de esos, al menos 44,058 habían fallecido tan solo en la Ciudad de México, epicentro de la epidemia a nivel nacional²⁹. Además, y según la base de datos de la Universidad Johns Hopkins, la tasa de letalidad de COVID-19 en México se encontraba todavía entre las más altas del mundo con alrededor de 9% cuando globalmente era alrededor del 2%³⁰. Aunado a ello, alrededor de 235,000 trabajadores de la salud mexicanos habían resultado contagiados con SARS-CoV-2 y, al menos 3,800 médicos mexicanos habían muerto durante la pandemia según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).³¹

La Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19) originalmente destinada a prestar sus servicios durante los meses de mayo, junio y julio de 2020, esta iniciativa híbrida vio egresar a su último paciente hasta el 10 de junio 2021. Durante 14 meses consecutivos, 3,137 profesionales de la salud, y dentro de ellos, alrededor de 400 médicos generales trabajaron en la UTC-19 que trató con éxito a un total de 9088 pacientes, 6,438 procedentes de la Ciudad de México, 1790 del Estado de México y 860 residentes de otros estados de la República, con una tasa de letalidad del 3,7%³² muy por debajo de la tasa promedio en México, 9% (Flores, M, et al, 2021).

²⁹ Secretaría de Salud de México (2021). Coronavirus COVID-19. Informe Técnico Diario. Secretaría de Salud. <http://coronavirus.gob.mx>

³⁰ Johns Hopkins University (JHU) (2021) Mexico- COVID-19 Overview. Retomado por última vez el 28 de junio de 2022 de <https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>

³¹ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). (2021). <http://sinave.gob.mx>

³² Salud Digital, (2021). La Unidad Temporal Covid-19 atendió a más de 9 mil pacientes. Fundación Carlos Slim. <https://saludigital.com/unidad-temporal-covid/>

La estrategia de la UTC-19 de focalizar sus esfuerzos en una hospitalización anticipada para prevenir casos graves, ayudó a disminuir la probabilidad de intubación en un 60% y hasta un 78% para evitar fallecimientos. De los más de 9,000 pacientes atendidos, 1,793 recibieron puntas nasales de alto flujo y 790 requirieron ventilación mecánica al ingresar a terapia intensiva (Flores, M, et al, 2021).

Es importante mencionar que la UTC-19 ayudó a mitigar el impacto de la pandemia en la Ciudad de México, al evitar la saturación de hospitales, durante dos momentos claves, la primera ola desarrollada durante el verano de 2020, y segunda ola de la pandemia, a finales de noviembre de 2020 hasta mediados de febrero de 2021.

Debemos considerar que, en México, según una investigación realizada por la UNAM (Cortés Meda, A y Ponciano-Rodríguez, G, 2021) se corrobora el hecho de que, en términos de mortalidad, mueren más hombres que mujeres en un radio de 2 a 1 por Covid-19, aunado al hecho de que, por edad, los mayores de 60 años son quienes más fallecen. A su vez, en este estudio, se destaca la importancia de entender que los determinantes sociales de la salud (Marmot, M y Bell, R, 2012), jugaron y siguen jugando un papel central en las marcadas diferencias entre probabilidades de contagio y enfermedad severa entre la población mexicana, ya que las tres enfermedades más prevalentes asociadas con enfermedad grave en la Covid-19 en México, han sido hipertensión arterial, diabetes y obesidad (Bello-Chavolla et al. 2020; Parra-Bracamonte et al. 2020). Estas, además, habitualmente se asocian a niveles socioeconómicos y culturales más bajos (Cortés Meda, A y Ponciano-Rodríguez, G, 2021).

Aunado a ello, sabemos que al menos la mitad de los fallecimientos han ocurrido en personas que pertenecen a sectores socioeconómicos bajos cuya baja escolaridad (primaria terminada) y tipo de actividades laborales y económicas, no les permitían el confinamiento o el distanciamiento social adecuado como ocurrió con trabajadores esenciales, es decir, transportistas, obreros, servicios de limpieza o personas que laboraban en la informalidad como vendedores ambulantes, (Cortés Meda, A y Ponciano-Rodríguez, G, 2021). Si a lo anterior se suma, el rechazo a la hospitalización temprana por desconfianza hacia las instituciones médicas, las dificultades para acceder a servicios de salud, (Nájera, H y Ortega-Ávila, A, 2020), las desigualdades institucionales

(Sánchez-Talanquer, M, 2020), y las diferencias socioeconómicas, especialmente en comunidades marginalizadas, (Ortíz-Hernández, L y Pérez-Sastré, M, 2020), el panorama en México por Covid-19 nos ha demostrado la importancia de incorporar los determinantes sociales de la salud para entender el panorama nacional de esta crisis sanitaria.

2.3 Los inicios de la UTC-19; convocatoria y capacitación de urgencia

Ante la creciente necesidad de incorporar personal de salud en la atención a la pandemia por SARS-CoV-2, sumado a la decisión de varios médicos de mayor trayectoria profesional de no participar debido a factores de riesgo, ya fuera por edad avanzada y/o comorbilidades, la UTC-19 decidió lanzar una convocatoria dirigida a médicos generales graduados con poca o nula experiencia profesional, muchos que aún estaban terminando el servicio social y que por consiguiente no contaban con título universitario.

Por tal motivo, a finales del mes de marzo de 2020, y teniendo como centro neurálgico la Facultad de Medicina de la UNAM, se comenzaron a buscar médicos generales que desearan participar en una unidad temporal de carácter público-privada para atender pacientes con el nuevo coronavirus. Esta convocatoria, si bien incorporó en su inmensa mayoría a estudiantes de recién egreso de la Facultad de Medicina de la UNAM, también estuvo abierta a médicos procedentes de otras instituciones tanto públicas como privadas. La mayoría de los entrevistados, mencionaron que apenas estaban concluyendo su servicio social cuando aplicaron a la convocatoria. Otros, se encontraban desempleados, esperando a realizar el examen del ENARM, y unos más dijeron haber trabajado en consultorios adyacentes a farmacias o clínicas pequeñas previo a su participación en esta iniciativa. De esta manera en la UTC-19, el 60% del personal de enfermería y hasta el 55% de los médicos generales que fueron contratados, eran pasantes de servicio social o recién egresados, la mayoría de ellos, de la UNAM. (Flores, M, et al, 2021).

“Yo estaba en una pasantía de investigación y nos cancelaron varios proyectos con la pandemia, además de que estaba atravesando problemas familiares porque no había un ingreso estable y necesitaba apoyarlos. Entonces vi la convocatoria y dije, chicle y pega y

desde abril comencé todos los trámites”. (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

“Cuando comencé a trabajar en UTC por junio, todavía no terminaba mi servicio social, yo lo hacía en cuidados paliativos del Instituto Nacional de Pediatría, y de pronto me surgió la opción y después de pensarlo un fin de semana, me animé a participar”.

(Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).

“La verdad es que fueron muchos los factores que me motivaron a participar, como el deseo de participar en un evento trascendental, pero el principal, fue ahorrar dinero porque sabía que tenía que iniciar en el ámbito laboral, y ya no quería ser una carga para mi familia porque quiero hacer una maestría. Cuando vi la convocatoria, no contaba ni con el título ni cédula, pero dije, no pierdo nada con intentarlo”.

(Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

Quienes manifestaron su interés en participar en la UTC-19, debieron ser capacitados mediante cursos virtuales impartidos por la Secretaría de Salud y del IMSS a los que se sumaron especialistas de la UNAM y del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, (INCMNSZ). Estos cursos iniciales se centraron en explicar lo que hasta en este momento se conocía del virus, es decir, los indicadores patognomónicos de la enfermedad por Covid-19, las principales vías de transmisión, los medios para evitar contagio, el correcto uso de equipo de protección, así como los factores de riesgo en población vulnerable para desarrollar un cuadro de mayor severidad y, por su puesto, los métodos de diagnóstico y tratamiento disponibles para tratar el padecimiento.

Es importante mencionar que uno de los principales hallazgos, es que la UTC-19 desde el comienzo se propuso actualizar la información con la que contaban para establecer modificaciones a los criterios de ingreso y egreso, protocolos de seguridad, y uso del equipo de protección, por lo que la capacitación que recibieron los médicos fue constante y se actualizó conforme la evidencia científica permitía entender más respecto al comportamiento y afectaciones del virus. Esto se logró, según los médicos a la fuerte inversión económica y a la serie de contactos con los que trabajaron tanto a nivel nacional como internacional.

“Antes de entrar, recibimos capacitación de base en línea, uno del IMSS y otro de la Secretaría de Salud. Los cursos fueron impartidos por médicos del Hospital de Nutrición. Y, por ejemplo, también se formó un equipo de investigación y capacitación permanente con especialistas de México y otras partes que no vi en otros hospitales, con una sólida base de datos que se fue actualizando y modificando para ajustar criterios de ingreso, egreso y protocolos de seguridad”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

“He participado en los protocolos, pertenezco al equipo de Epidemiología, y hemos aprendimos de todo, desde cómo se retira un cubrebocas hasta decidir qué hacer en cada zona de atención. Aquí, te puedo garantizar que tenemos la capacitación y los protocolos más actualizados, de acuerdo con los lineamientos internacionales a los que tuvimos acceso debido a la inversión y vínculos que se generaron”. (Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).

Uno de los aspectos más interesantes dentro de esta investigación, fue el conocer los distintos motivos que compartieron los médicos para primeramente decidir participar en la atención a la pandemia por SARS-CoV-2 y en segundo plano, hacerlo de manera específica en la UTC-19.

2.4 Motivos para participar en la crisis sanitaria

Respecto a la decisión de atender a pacientes con Covid-19, las respuestas de los médicos entrevistados se situaron en varias dimensiones. La primera, respondería a un compromiso ético y profesional frente a una crisis sanitaria histórica y el sentido de orgullo y trascendencia que podría devenir de enfrentarse a ésta. La mayoría de los entrevistados coincidió en que, a pesar de la preocupación inherente a vivir un fenómeno de estas características y el temor al contagio, sintieron la necesidad de participar para ayudar a la población en general, pues perduraba una obligación moral y consecuente culpa en caso de no hacerlo, por el solo hecho de ser médicos, es decir, reconocían que estaban más preparados que el resto de la comunidad para enfrentar la crisis. Al enterarse de que otros compañeros de la facultad comenzaban a trabajar en la UTC-19, otros decidieron sumarse.

“Inicia la pandemia y ya veíamos mucha información inquietante, y eso me hizo pensar mucho. Ya estaba participando en una clínica privada, y me invitaron a un curso de capacitadores de médicos para SARS-CoV-2, me certifiqué y me invitó el Dr. Fajardo y rectoría de la UNAM a participar aquí en la unidad temporal Citibanamex. Me surgió un sentimiento nacionalista y de compromiso con mi profesión, pues he pasado por distintos sistemas de salud en México y sabía que el país no iba a estar preparado para esto, y me dije, debo participar porque vamos a estar muy vulnerables”.

(Hombre/General/25 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).

“Un amigo de la maestría que me conocía me dijo que estaban buscando a tres médicos de confianza que ingresarán a terapia intensiva. Me llaman y me dicen que me requieren en la unidad para entregar documentos. Inicé en octubre. Y es que, durante 5 meses, estuve haciendo otras actividades, y una parte de mí se sentía en deuda como médica, de no estar atendiendo a pacientes durante un evento histórico para la Medicina”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

De esta manera, encontramos a nivel discursivo de los médicos entrevistados, una respuesta al célebre juramento hipocrático enmarcado en un campo ideológico biomédico de sentirse comprometidos y hasta cierto punto obligados a participar frente a un fenómeno tan crítico como ya se avizoraba por la situación vivida en China y Europa hasta ese momento. Aunado a esto, el hecho de que varios médicos experimentados, con larga trayectoria, pero edad avanzada y/o con comorbilidades importantes hayan decidido no participar en la atención a la pandemia, generó en muchos de los jóvenes profesionales de la salud, un compromiso adicional con sus mentores, respondiendo así a una pauta propia de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, R, 2018); es decir, este caso en específico, el atender o realizar actividades que los superiores en la jerarquía no deseaban hacer como el participar en la crisis sanitaria. Para Rubén Muñoz, “la cultura organizacional biomédica se refiere a las dimensiones sociales, materiales y financieras, así como a las simbólicas e interpretativas de la atención biomédica que ocurren en un determinada institución u organización, lo que define por consecuencia las representaciones sociales y prácticas institucionalizadas de los propios actores”. (Muñoz, R, 2018).

Como bien mencionan el propio Rubén Muñoz y Renata Cortez, (2021) así como Olmedo-Canchola, V, et al, (2020), la mayor responsabilidad durante la crisis sanitaria por Covid-19 ha recaído, sobre todo, en médicos generales y especialmente médicos residentes, es decir, aquellos que estaban realizando una especialidad médica durante la crisis sanitaria, fuera o no una especialidad cercana a la atención de enfermedades infectocontagiosas como la Covid-19.

“Yo veía las noticias y quería hacer un impacto en la sociedad, era preferible que entrara yo al quite, a que médicos más grandes y con comorbilidades participaran en la primera línea”. (Mujer/General/26 años/noviembre 2020/ AGN /Hospitalización).

“Al principio tenía mucho miedo, más que por mí, por contagiar a mi familia. Pero la verdad me sentía inútil porque veía como el mundo estaba colapsando y las defunciones en personal de salud y sentía que nadie quería ser parte de esto. Y yo me preguntaba, ¿por qué estaba estudiando solo para un examen (ENARM), cuando debería de estar actuando en campo en lo que me gusta?” (Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).

Por otro lado, también se puede analizar un nivel mucho más pragmático respecto a los motivos de participación. Entre estos, se pudieron encontrar el hecho de aprovechar la oportunidad que brindaba la crisis sanitaria para consolidar los conocimientos de la formación médica de manera práctica, encontrar un primer nicho profesional con carácter curricular y por supuesto, recibir una retribución económica que les permitiera enfrentar la incertidumbre del egreso universitario ante la escasez de oportunidades laborales bien remuneradas para los médicos generales en México.

No se puede omitir el hecho de que varios médicos entrevistados sostuvieron que en parte decidieron participar en la crisis sanitaria para tener mejores conocimientos respecto al manejo de la enfermedad en caso de que alguien de su círculo cercano, ya fueran familiares o amigos llegaran a padecer la Covid-19.

“También pensé, soy el único médico en mi familia, alguien tiene que estar ahí para conocer lo que sucede y si alguien se contagia, debo ser yo quien pueda ayudarlos. La cuestión económica es importante, es una buena remuneración para ser médico general,

pero lo que más me importó fue la educación de la experiencia, y saber cómo proteger a mi familia”. (Hombre/General/25 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).

“La decisión fue fundamentada, quería conocer de primera línea lo que ocurre con los pacientes por si tenía que ayudar a alguien de mi familia. En términos de aprendizaje ha sido una maravilla porque aislado o retirado de los conocimientos y herramientas para ayudar a la gente siendo médico, era algo que no me podía permitir”.

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

No obstante, la decisión de estos jóvenes médicos por participar en la atención a la pandemia no pasó desapercibida en su núcleo familiar y social, generando respuestas ambivalentes. En un primer nivel de análisis, se entiende que, por la edad de la mayoría de los médicos generales participantes, muchos siguieran viviendo en casa de sus padres cuando irrumpió la pandemia, por lo que la decisión de participar fue de manera conjunta, discutida con los distintos miembros de la familia. Por otro lado, esta decisión no estuvo exenta de recibir críticas y ser motivo de discordia dentro de sus propias familias. Ante un clima de incertidumbre tan alto, muchos médicos entrevistados reportaron haber sido severamente cuestionados por familiares y amigos por poner en riesgo su vida y la de otros cercanos, al exponerse al contagio frente a pacientes por Covid-19. Otros más reportaron sentir el apoyo incondicional de sus parejas, familiares y amigos reconociendo su valentía, y aplaudiendo el hecho de que decidieran participar.

“Fue una decisión que tomé junto con mi familia. Los traté de convencer, pero con honestidad, porque les dije que sí iba a ser un riesgo para todos y la respuesta que me dieron fue que no me metiera. Pero unos días después, mi madre me dijo, eres médico no secretaria, si estudiaste Medicina por 7 años, es para que tu conocimiento sirva para algo más”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

“Desde el mes de junio, mi familia me apoyó. Me dijeron adquiere experiencia, haz algo que la sociedad necesita, y todo fue mucho apoyo en ningún momento lo tomaron mal. Jamás me dijeron que me fuera y solo me dijeron toma las precauciones necesarias. Incluso ellos me dijeron vas a necesitar a tu familia a tu lado. Mis amigos sí se mostraron con algo de temor, pero el apoyo siempre lo tuve y me ha llenado de confort”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

2.5 Motivos específicos para participar en la UTC-19

Si bien en párrafos anteriores desglosé algunos de los principales motivos de los médicos generales por participar en esta crisis sanitaria, a continuación, pretendo hacer un análisis del porqué decidieron participar de manera específica en la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19).

Entre los principales motivos se encontró, el entusiasmo por participar en un espacio nuevo y de carácter temporal con apoyo de la iniciativa privada, pues para muchos médicos entrevistados esto brindaría mayor respaldo al proyecto, sobre todo en cuanto a la capacitación, acceso a equipo de protección de calidad y a un sueldo competitivo. No sin dejar de lado, que muchos médicos percibieron esta participación como una excelente oportunidad para poder hacer contactos, darse a conocer en el medio, vincularse con especialistas y vivir una especie de “segundo internado” respaldados el Gobierno de la Ciudad de México y la iniciativa privada.

“Yo quería entrar a la unidad desde que comenzó la pandemia porque sabía que Slim estaba detrás y el Gobierno de la Ciudad lo apoyaba, pero no pude ingresar sino hasta junio, porque estaba haciendo el servicio social en el Instituto Nacional de Trasplantes. Después pensé, no tengo un plan específico, no pasé el examen del ENARM y quería crecer académica y laboralmente, conocer más gente, y adquirir experiencia. Ahora puedo ver que esto ha sido una especie de segundo internado para mí”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

Esto nos lleva a un segundo motivo determinante para participar en la UTC-19, y es el factor del ingreso económico. Contrario a otros espacios disponibles previo a la crisis sanitaria, e incluso durante ésta, la UTC-19 ofreció a la mayoría de los médicos generales, un contrato por 3 meses, con un sueldo ampliamente superior al promedio para médicos generales de recién egreso y con poca o nula experiencia profesional. Previo a la pandemia, según comentaron los propios entrevistados, un médico general recién egresado podría aspirar a un sueldo promedio entre \$6,000 y \$9,000 pesos mensuales, frente a la cifra cercana a los \$33,000 pesos al mes que ofreció la UTC-19 a los médicos generales. Si bien es cierto que la carrera de Medicina es una de las mejor pagadas en México, acorde al Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO) con

sueldos promedios de \$17,889 pesos al mes³³, esta cifra varía bastante acorde a la especialidad del médico, la institución donde labora y la región donde está ubicada dicha institución. Así, por ejemplo, el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C, realizó un estudio retomado por el periódico El Financiero (2022), donde se describe que un médico general A afiliado al INSABI puede percibir hasta \$24,000 pesos al mes, mientras que un médico general A del IMSS percibe apenas \$8,026 pesos mensuales³⁴. Por lo anterior, para muchos médicos generales que participaron en la UTC-19, esta oportunidad resultó invaluable para poder acceder a un sueldo impensable previo al inicio de la pandemia, siendo muy superior, por ejemplo, al sueldo promedio recibido por un médico especialista en uno de los hospitales más prestigiados del país como lo es el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) donde un especialista A, gana en promedio \$18,809 pesos al mes.³⁵

Cuadro 2: Médicos y médicas: salario bruto mensual

Unidades responsables seleccionadas	Especialista A	Especialista B	Especialista C	General A	General B	General C
Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)	32,956	33,052		24,516		
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	19,093	19,839	22,761	16,472	17,175	18,634
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	19,093	19,839	22,761	16,472	17,175	
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	19,093	19,839	22,761	16,472	17,175	18,634
Hospital Juárez de México	16,768	19,839	22,144	13,190	16,239	18,634
Instituto Nacional de Cancerología	19,093	19,839	22,761	16,472		
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	19,093	19,839	22,761	16,472		18,634
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	18,809	19,839	22,761	16,472		
Instituto Nacional de Medicina Genómica			22,761			
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	18,466		22,013	15,930		
Instituto Nacional de Pediatría	19,093	19,839	22,761	16,472		
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	40,410	42,439	46,702			40,014
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de Fuente Muñiz"	19,093	19,839	22,761		17,175	
Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra"	31,493	33,052	35,531	24,516	26,571	30,321
Servicios de Atención Psiquiátrica	40,410	42,439	46,702	34,093	36,185	40,014
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	17,867		21,299			
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	17,867	18,565	21,299	15,414		17,437
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	17,864	19,839	22,761	17,175		
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	19,123	20,204	22,750			
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	18,794	19,839	22,761	16,472		
Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	19,123	20,204	22,750	16,472		

(Tabla 4: Elaboración del CIEP, publicado por el periódico El Financiero y retomada el 18 de mayo de 2022).³⁶

³³ IMCO (2022) Retomado el 21 de marzo de 2022 de: <https://imco.org.mx/comparacarreras/carrera/711>

³⁴ El Financiero (2022). "Esto ganan un médico general y un médico especialista en instituciones públicas de México". <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/18/esto-ganan-un-medico-general-y-un-medico-especialista-en-instituciones-publicas-de-mexico/>

³⁵ El Financiero (2022). "Esto ganan un médico general y un médico especialista en instituciones públicas de México". <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/18/esto-ganan-un-medico-general-y-un-medico-especialista-en-instituciones-publicas-de-mexico/>

³⁶ El Financiero (2022). "Esto ganan un médico general y un médico especialista en instituciones públicas de México". <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/18/esto-ganan-un-medico-general-y-un-medico-especialista-en-instituciones-publicas-de-mexico/>

“Por un lado sentía mucha frustración de no hacer nada sinceramente, pero no fue una de las razones principales para participar. Lo que me motivó fue el dinero que ofrecía Citi, y aunque mis padres me dijeron: “no lo hagas, ningún dinero compra la salud”, la oportunidad era única. Pensé, soy joven, no tengo comorbilidades y si me llego a infectar no me va a ir tan mal”. (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

“También es verdad que somos una familia muy nuclear, somos muy apegados, y con la pandemia, el negocio familiar no estaba jalando bien. Yo quiero mucho a mis sobrinos que son adolescentes, y yo sentía que debía aportar a la casa. Fundamentalmente, por así decirlo, otras de las razones que me orillaron a participar es que la pandemia también afectó los ingresos de mi familia, no quería que la siguiéramos pasando mal y eso fue parte importante porque dónde más te pagan 30 al mes como médico general”. (Mujer/General/26 años/octubre 2021/ RMR /Hospitalización).

Un tercer motivo para decidirse a participar en la UTC-19 fue para muchos médicos, el hecho de que la UTC-19 ofreció hospedaje temporal en hoteles con los que estableció convenios por varios meses, esto como alternativa para evitar contagios a familiares de los médicos. Esta “prestación” ofrecía a los médicos la oportunidad de realizar su trabajo con una menor preocupación respecto al hecho de poder contagiar a sus familiares más vulnerables, aunado a que, a la par, les brindaba un espacio de independencia de la familia.

“Primero lo consulté con mi familia, porque al ofrecernos los hoteles, yo me iría de casa. Mi familia siempre me ha respetado en cuanto a mis decisiones, estaban entusiasmados, aunque con cierto temor del contagio, y la decisión final es que evitaría el contacto con ellos en la medida de lo posible. Les dije que el trabajo era seguro, con una buena paga, que el equipo de protección era el óptimo y de buena calidad, y que había protocolos estandarizados, y la verdad, sí lo ha sido hasta el momento”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

“Al principio me daba miedo participar, como a muchos más. Mi madre es diabética e hipertensa, tengo una sobrina chiquita y había muchas cosas que me decían hídole,

mejor no. Pero conforme pasó el tiempo me di cuenta de que esto no iba a acabarse rápido y eso me impulsó a formar parte de ello. Finalmente somos médicos, nos preparamos para eso y evitar la realidad no tenía mucho sentido. En el Citi se abrieron varias posibilidades más que ayudaron a tomar la decisión como ofrecernos hospedaje y esto me quitó muchas presiones con el tema de la familia”. (Mujer/General/26 años/octubre 2021/ RMR /Hospitalización).

“Todo comenzó porque en la Facultad de Medicina, se hizo un exhorto de emergencia, y nos llamaron participar aún sin el título. Yo sabía que mi padre y hermana eran población de riesgo, pero no podía aguantar la culpa moral de no hacer nada en una situación tan crítica, y luego cuando nos ofrecieron quedarnos en hoteles, no lo pensé demasiado porque así evitaría ser una fuente de contagio para mi familia”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

2.6 Experiencias desde el Covitario³⁷ en la UTC-19

Los médicos generales que trabajaron en la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19), participaron en distintas áreas de atención a pacientes con Covid-19. Algunos decidieron desde el comienzo dónde querían laborar en función del riesgo o dada su experiencia previa, mientras que otros médicos decidieron transitar por distintas áreas buscando adquirir un mayor aprendizaje, así como emprender un mayor desafío. De esta manera, se identificaron en la UTC-19, cuatro áreas clave de dónde emergieron diversas representaciones y prácticas que dan cuenta de experiencias profesionales distintas entre los médicos generales participantes. Las cuatro áreas neurálgicas fueron las siguientes: 1) Triage, 2) Hospitalización, 3) Terapia intermedia, 4) Terapia intensiva.

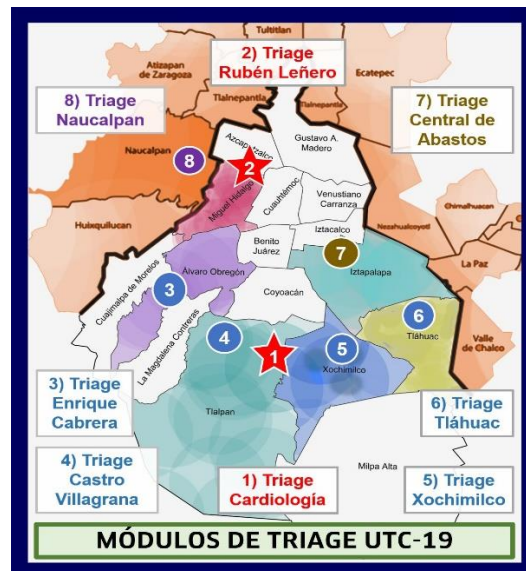
2.6.1 Los módulos del triage. “Recepción y clasificación”

La zona denominada como *triage*, cuyo nombre proviene del francés “trier”, que significa clasificar, fue el área encargada de justamente seleccionar por medio de una valoración médica, a los pacientes ameritaban un ingreso, ya fuera por ser una urgencia manifiesta

³⁷ Código *in vivo* obtenido tras las entrevistas, que se utilizaba entre algunos médicos para referirse al espacio destinado específicamente a la atención y tratamiento de pacientes con Covid-19 y, por tanto, diferenciarse de otros espacios hospitalarios.

o bien porque el paciente reunía suficientes criterios que podrían indicar un riesgo potencial de gravedad en caso de no ser atendidos con prontitud.

Es importante mencionar que uno de los pilares estratégicos de la UTC-19 desde su gestación, fue el ubicar 8 módulos de *triage* dispersos geográficamente en la Ciudad de México, con la intención de cubrir distintos puntos y permitir así canalizar a pacientes que tuvieran criterios de ingreso. De esta manera, la estrategia planteó la necesidad de reunir un equipo integrado, primordialmente por médicos generales para laborar en estos grandes espacios de valoración ubicados en explanadas de distintas alcaldías llamados *triage*.



Mapa 1. Distribución de módulos de triage UTC-19. Obtenido del portal: <https://www.centrocitibanamex.com/es/triages/>

Además de detectar pacientes con sintomatología que supusiera un riesgo inminente como, por ejemplo, una saturación de oxígeno menor a 92%, uno de los puntos centrales del *triage* fue justamente prevenir que un paciente contagiado con la Covid-19 pudiera potencialmente presentar un caso grave por tener factores de riesgo, es decir ya fuera por tener una edad avanzada, comorbilidades como diabetes, hipertensión, obesidad, o un sistema inmunológico comprometido por otro tipo de enfermedades crónicas. De esta manera, los módulos de *triage* en la UTC-19 se constituyeron como el primer nivel de atención para atender pacientes con Covid-19 lo que permitió discernir entre casos potencialmente graves que requerían internamiento, ya fuera preventivo o por urgencia,

y casos que podían ser tratados en casa con algunas recomendaciones puntuales. Por consiguiente, esta área de valoración y selección tuvo entre sus grandes beneficios el constituirse como un recurso para desahogar el sistema sanitario y contribuyó a evitar la saturación hospitalaria.

Para los médicos consultados que participaron en los módulos de triage, la mayoría comentó que eligieron participar en esta área por tres razones en específico: 1) Consideraron que el riesgo de contagio era menor, pues a pesar de tener una exposición directa con el paciente, lo hacían en carpas con ventilación adecuada y con equipo de protección de calidad. 2) Porque las actividades a desarrollar, es decir, tomar la temperatura del paciente, medir su saturación de oxígeno en sangre, y tomar muestras nasofaríngeas no eran labores desconocidas para ellos. 3) Finalmente, algunos médicos comentaron que a pesar de que a los triage llegaron pacientes graves que requirieron ingreso inmediato, ellos como médicos de esta área no veían la evolución de los casos, es decir, no daban seguimiento a casos complicados y por ende tampoco presenciaron los fallecimientos como sí sucedió en otras áreas. Con estos elementos podemos suponer, que varios de los médicos generales que decidieron participar en la zona de triage de manera estratégica, anticipándose a posibles riesgos, mientras que otros descubrieron algunos de los “beneficios” de trabajar en esta área, conforme pasó el tiempo.

“La situación en los módulos de triage del Citi es que están muy ventilados, es como una carpa de las fiestas y entonces no hay bloqueos de flujo, aun cuando se quitan el cubrebocas los pacientes, no queda encerrado y eso me parece ha hecho la diferencia del riesgo conforme otras áreas, que funcione como extractor y no se queden aerosoles flotando. En otros triages tienen un espacio muy reducido, al paciente lo tienes encima, te dan un equipo de protección de mala calidad y eso favorece que uno pueda contagiarse”. (Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

“Aquí valoramos al paciente, le tomamos la temperatura, sabemos si están oxigenando bien, les preguntamos si tienen otras enfermedades y por supuesto les hacemos pruebas para saber si son positivos. Para mí esto es más sencillo porque francamente otros compañeros allá adentro luego ven casos graves y en algunos casos fallecimientos. En el

triage nuestro mayor reto en muchas ocasiones es lograr convencer al paciente y a sus familiares, de que debe ser ingresado o a veces de lo contrario, que puede cursar la enfermedad en casa, ahí se enojan de que no los quieres atender”. (Mujer/General/27 años/ noviembre 2020/XNA/Triage).

Uno de los aspectos que más se repitió a lo largo de las entrevistas con los médicos que laboraron en los triage, fue el hecho de reconocer que en la UTC-19 llegaban pacientes de distintos niveles socioculturales y económicos, esto implicaba un mayor reto para saber cómo dialogar con pacientes y sobre todo familiares de éstos, respecto a la necesidad de ser ingresados. Las representaciones más habituales sobre este tema atribuyeron estos conflictos al miedo y la incertidumbre, sobre todo impulsados por la infodemia³⁸ en medios de comunicación, así como a experiencias contadas por terceros sobre el hecho de que una vez ingresado al hospital, difícilmente se sale con vida. A su vez, varios médicos aseguraron que también ocurría lo contrario, es decir, que cuando el paciente no tenía criterios de ingreso, el paciente y sobre todo los familiares se enojaban porque a su criterio estaban rechazando ser atendidos. En este sentido, la evidencia empírica nos permite visualizar que uno de los mayores desafíos en la zona del triage, fue decidir quién ameritaba ingresar, pero también negociar con las representaciones y reacciones que tuvieron los pacientes y/o familiares de éstos al sugerir o rechazar el ingreso hospitalario.

“Citibanamex es un mundo, porque podemos tener pacientes con alto estrato económico, buen nivel cultural, como pacientes de bajos recursos económicos que no tienen escolaridad suficiente y te enfrentas a varios mundos distintos, cada vez que te enfrentas a cada paciente. Hay de todo, pacientes o familiares amables, que reconocen que deben ir a hospitales, pero también hay quienes son agresivos, prepotentes, y que en definitiva tienes que ponerte en un papel como médico”. (Hombre/General/25 años/ octubre 2020/ RSN/ Triage).

³⁸ Acorde a la OPS (2020), la infodemia es entendida como: “la cantidad excesiva de información –en algunos casos correcta, en otros no– que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables y orientación fidedigna cuando las necesitan”.

“Yo quise trabajar aquí (triage) porque finalmente es un área de orientación donde llegan pacientitos y familiares muy desesperados, quieren respuestas y soluciones. A veces es difícil, sobre todo cuando el paciente tiene criterios, y el hijo o la hija no quieren que ingresemos a su familiar porque ha escuchado historias de que ya no salen, pero les decimos que estará en mayor riesgo si no lo hacemos (el ingreso). (Mujer/General/27 años/noviembre de 2020/APO/Triage).

“La zona del triage es algo diferente a lo que otros imaginan, pero es muy bueno porque tú ves a los pacientes de la calle, cómo se siente, como está, sus inquietudes, cómo inician. Pacientes que sabes que tienen mucha probabilidad de salir bien, y es que 99 de 100 salen adelante. Lo más difícil es la parte de tener que seleccionar quién debe ingresar y quién no, y, sobre todo, lidiar con los familiares cuando el paciente tiene criterio de ingreso y no quieren dejarlo en nuestras manos, muchas veces por desconfianza de lo que ven en los medios o les platicó alguien más. (Hombre/General/28 años/ enero 2021/MAD/Triage).

2.6.2 Hospitalización; la contención y el seguimiento

Una vez ingresado el paciente, su primera parada dentro de la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19) fue la zona de hospitalización. Aquí, el objetivo primordial fue estabilizar al paciente para evitar su agravamiento, es decir darle contención, regulando signos vitales como su temperatura, prevenir la aparición de trombos mediante el uso de anticoagulantes, regular la presión arterial mediante antihipertensivos, y monitorear los niveles de azúcar en sangre, así como el hecho de suministrar oxígeno suplementario en caso de presentar una desaturación y luego verificar si el paciente puede respirar sin la necesidad de él. Sin embargo, más allá de esto, también existió una contención emocional fundamental ya que, como mencionaron varios médicos consultados, los pacientes llegaban experimentando gran incertidumbre respecto a su propia evolución, permanecían preocupados por sus familiares en casa o bien porque también habían sido internados. Y, sobre todo, varios médicos relataron ver que muchos pacientes se sentían tristes y culpables de haberse contagiado y de haber contagiado a otros familiares y amigos.

“En general, en hospitalización los pacientes son más estables, tienes que tomar notas, checar signos, mandar a laboratorios, ajustar tratamientos, hacer pruebas sin oxígeno, ver si tolera o reiniciar inmediatamente. Pero el momento más difícil del área es cuando ves que empeoran y requieren más oxígeno. Además, están preocupados por saber cómo está su familia en casa, y no saben bien cómo les está yendo. A veces me preguntaban los pacientes que tendrían que hacer los familiares en caso de que falleciera, entonces no solo la estaban pasando mal físicamente sino también emocionalmente por la incertidumbre”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

“En esta área estamos en una zona tranquila relativamente, es menos complicado porque me gusta estar con los pacientes. Llego y siempre me tomo unos minutos extras para hablar con pacientes, hay pacientes jóvenes y muy grandes, desde los 97 a jóvenes de 30. Hay mucho sentimiento de culpa, de saber que se contagiaron, se sienten mal de eso, de que ellos contagiaron y fueron los culpables de la muerte de algunos familiares. Mucha gente necesita el apoyo cuando no hay nadie más, el celular ayuda, pero no es igual al trato humano directo, y aquí todos jugamos un papel de paño de lágrimas o bien para bromear con los pacientes, y es satisfactorio cuando ayudas a alguien que lo necesita”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

“A veces lo más difícil es la relación con los pacientes, yo no veo enfermedades, yo veo a los pacientes y aunque a veces no se tiene mucho tiempo en los pases de visita y nunca está de más preguntar, hacer conversación con ellos para saber cómo están. La gran mayoría están deprimidos, pasan por duelos y es bien difícil estar internado y saber que alguien cercano murió. No les puedes dar terapia como tal, pero te acercas y quizá puedas escucharlos y si acaso canalizarlos con alguien de psicología o psiquiatría para que los puedan tratar”. (Hombre/General/27 años/diciembre de 2020/ HLS /Hospitalización).

Para muchos médicos generales consultados, la zona de hospitalización les brindó la oportunidad de aprender a identificar más rápidamente signos de agravamiento para actuar de manera inmediata y a pesar de tener un especialista supervisando, ellos asumieron la responsabilidad de dar seguimiento al caso de cada paciente. Esta situación les permitió tomar decisiones respecto al tratamiento de sus pacientes, pero también de establecer un vínculo más estrecho con ellos. Y, salvo en las olas de

contagios, como en agosto de 2020 y en diciembre-enero de 2021 donde la saturación hospitalaria les exigió tratar con muchos más pacientes y por tanto ofrecer menos tiempo a cada uno, la mayoría de los médicos entrevistados coincidieron en que buscaron darse un tiempo para conocer al paciente y brindarle ánimos.

“Hospitalización me gustaba mucho porque le das seguimiento a los pacientes y adquieres habilidad para identificar problemas de manera temprana, saber qué hacer. Lo más difícil es cuando se juntan demasiados pacientes, porque la carga es muy alta y el tiempo es poco. Acá en los últimos meses el trabajo se duplicó para todos, mucho personal renunció después de enero y la reconstrucción no fue un proceso rápido, había salas de 60 pacientes por cada 4 médicos.”. (Hombre/General/26 años/marzo 2021/SDA/Terapia Intermedia).

“Es lo que llamamos por cábula covitario, recibimos pacientes estables, el objetivo es darles seguimiento y muchos casos, damos la oportunidad de aislarse nada más. Los mexicanos en general siento que es difícil aislarse realmente, y era lo bonito de la unidad y por eso tenía tan buenos números porque en enfoque era preventivo. En hospitalización lo que nos caracteriza, es que siento que tenemos más posibilidades de conocer a los pacientes, darnos más tiempo y checar los laboratorios con más calma”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/RMR/Hospitalización).

Esta contención emocional, complementó una estrategia de la propia UTC-19 de permitir que, en esta zona de hospitalización, los pacientes pudieran utilizar un teléfono móvil para permanecer en contacto con sus familiares. Esta opción, según relatan los propios médicos consultados, fue un gran acierto para que disminuyeran los sentimientos de abandono, soledad y tristeza de los pacientes, siendo un elemento medular para que mantuvieran buen ánimo frente a la adversidad.

“Lo más gratificante es que los pacientes te agradezcan, porque muchas personas entran angustiadas de no saber si saldrán, porque no pueden tener contacto directo, entonces aquí les dejamos pasar sus celulares para mantenerse en contacto con sus familiares, pero en muchos otros hospitales no es así y se vuelve lo más difícil. Si me preguntas, esto fue un gran acierto que benefició tremendamente a los pacientes

internados, porque así recibían ánimos para salir adelante”. (Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).

Si bien la mayoría de los pacientes en esta área permanecieron lapsos cortos de tiempo, desde unos días a un par de semanas a lo mucho, y cuyo pronóstico era favorable, otros pacientes empeoraban con rapidez y tuvieron que ser trasladados a una instancia que no muchos otros hospitales tuvieron disponible como lo fue la terapia intermedia. Una de las principales actividades que tenían los médicos generales en la zona de hospitalización, fue la de dar informes a distancia a los familiares, algo que recordaron por su carácter ambivalente, ya que se podría convertir tanto en un momento gratificante como a la par difícil dependiendo el caso. Si la evolución del paciente había sido favorable y se informaba al familiar de que el primero había dado negativo, los síntomas habían remitido y que sería dado de alta, los médicos se convertían en emisarios de buenas noticias, donde se sentían orgullosos y felices, recibiendo muestras de gratitud del paciente y sus familiares. Caso contrario, cuando el paciente empeoraba y necesitaba ser trasladado a terapia intermedia o incluso intensiva, el diálogo con los familiares se volvía complicado, no solo por las malas noticias, sino porque existían cuestionamientos e incluso amenazas, dentro del miedo e incompreensión del familiar por entender la situación de su familiar.

“Sin embargo, en los últimos meses, la situación empeoró, y veíamos pacientes mucho menos estables en hospitalización, luego te mandan un paciente bien y en lo que lo trasladan se complica, y se hace una transición rápida a terapia intermedia. Por ejemplo, todos los informes a familiares son vía telefónica, no tengo contacto presencial, pero al dar los informes he intentado ser lo más cálida posible ya sean buenas o malas noticias. Hay casos donde si todo salió bien, sientes orgullo y te reconocen. Pero luego también hay familiares que no te creen, no les inspiras confianza y hasta te amenazan, pero hay que entender que tienen miedo, no están pasando por cosas fáciles e intentar brindarles lo que necesitan”. (Mujer/General/26 años/febrero de 2021/ RMR /Hospitalización).

Respecto a la percepción del riesgo de contagio en esta zona en específico, la mayoría coincidió en que sí existía un riesgo de contagio debido a la exposición más directa con

el paciente y por compartir muchos espacios comunes, sin embargo, la mayoría reiteró que no se podía comparar con otras áreas donde se generan aerosoles, e incluso algunos mencionaron que el riesgo de contagio era mayor fuera del hospital en reuniones familiares e incluso visitando el supermercado.

“Yo estuve en el área de hospitalización y se tienen demasiadas áreas comunes, por lo que es más probable el contagio por objetos contaminados que salen fácilmente del área de hospitalización a comedores. Pero compararlo con terapia intensiva donde se generan aerosoles por los procedimientos, sería absurdo. Aun así, fíjate que te diría que uno se contagia más fuera del hospital donde se relajan las medidas, en alguna reunión o en los mismos supermercados porque imagina la cantidad de gente que entra ahí y luego no se ponen bien el cubrebocas”. (Hombre/General/26 años/noviembre 2020/DHA/Hospitalización).

“En hospitalización visitas al paciente, estas expuesto, pero como en el resto de las áreas tenemos muchas medidas de protección, y protocolos de seguridad, usamos equipo de calidad, distanciamiento social, etc. Yo estoy seguro de que me contagié visitando a mi familia, ahí simplemente bajas la guardia y es donde yo estoy seguro de que me contagié”. (Hombre/General/26 años/marzo 2021/SDA/Hospitalización).

2.6.3 Terapia intermedia; puntas de alto flujo, una esperanza

Una de las áreas que distinguieron a la Unidad Centro Citibanamex UTC-19 de otros espacios hospitalarios, fue la denominada terapia intermedia. Esta área cuyo nombre describe un espacio liminal entre las zonas de hospitalización y terapia intensiva; fue un área de atención donde llegaron pacientes que inicialmente habían cursado una patología leve, y que permanecido estables, pero desafortunadamente evolucionaron de manera desfavorable presentando un cuadro más complicado. Con la intención de evitar trasladar al paciente directamente a terapia intensiva donde se llevan a cabo procedimientos invasivos como la ventilación mecánica; en terapia intermedia se brindaron acciones muy concretas como posicionar al paciente boca abajo y, sobre todo, recibir oxigenoterapia de alto flujo. Esto último permitía en pacientes con insuficiencia respiratoria grave y una desaturación importante de oxígeno, tener más tiempo para

poder responder al tratamiento, sin la necesidad de tener que ser intubados de manera inmediata.

“En Citibanamex, he estado en las áreas de hospitalización y terapia intermedia. Ahorita estoy acá en intermedia. Lo más difícil aquí es que la relación con pacientes más graves, donde los ponemos boca abajo y con puntas de alto flujo. Las puntas de alto flujo solo Citibanamex las tiene, y evita que algunos pacientes progresen a la intubación. También es bien difícil dar informes porque acá es muy distinto a hospitalización, porque vemos pacientes pasar de estables a graves y luego requerir intubación”. (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

“En terapia intermedia solo estuve un mes, pero ahí es justamente donde se mandan los pacientes complicados y aunque me gustó mucho aprender nuevos protocolos como el manejo de las puntas de alto flujo con pacientes recibiendo hasta 40 litros por minuto, también es más desgastante ver como a pesar de todo, muchos pacientes terminan en terapia intensiva. El uso de las puntas de alto flujo es algo muy diferente a otros espacios covid, porque en pocos hospitales se tiene este equipo”. (Hombre/General/28 años/febrero 2021/ MBF /Hospitalización).

En la mayor parte de la narrativa de los médicos entrevistados, se encontró que una de las mayores dificultades de trabajar en esta área de atención, fue la difícil decisión de canalizar a pacientes con cuadros muy graves al área de terapia intensiva para recibir ventilación mecánica. Para los médicos consultados, a diferencia del área de hospitalización donde la mayoría de los pacientes permanecía estable, en terapia intermedia los pacientes llegan con un cuadro más grave, y muchos tienden a empeorar por lo que el riesgo de complicaciones se incrementaba sustancialmente, y, en muchas ocasiones, ni siquiera el uso de las puntas de alto flujo muchas lograban revertir el cuadro, por lo que muchos, inexorablemente requerían la intubación. Esta situación, según relataron los médicos, les propició sentimientos de desesperación, frustración y dolor, pues también tenían que comunicar a los familiares noticias críticas como el ingreso del paciente a la unidad de terapia intensiva, recibiendo en muchos casos reclamos e insultos.

“Me acuerdo del caso de una señora como de 80 años cuyos hijos no querían que se intubara, pero la paciente sí quería y les dijo, si es necesario voy a morir así. La hija era muy conflictiva, nos dijo que todos éramos incompetentes, que como por qué le pedíamos permiso a una señora de 80 años, pero es que ella tenía total control de sus funciones cognitivas. Una de las partes más difíciles ha sido el soportar agresiones por teléfono, gritos, ofensas y reclamos de los familiares”. (Mujer/General/26 años/noviembre 2020/ AGN /Terapia Intermedia).

Así, una de las principales representaciones de los médicos consultados sobre esta área en específico, fue el hecho de reconocer la imposibilidad de evitar el deterioro y progresión de la enfermedad en algunos pacientes, esto a pesar de sentir que contaban con aparatos de la más alta tecnología, lo cual les producía sentimientos de insuficiencia y frustración entre los médicos. En contraste con el área de hospitalización donde los pacientes mantenían mayor estabilidad, en la terapia intermedia llegaban pacientes con peor pronóstico por tener comorbilidades, e incluso se comenzó a utilizar uno de los fármacos aprobados para tratamiento de Covid de moderado a grave como lo es el Remdesivir. En esta área, la estancia de los pacientes era más breve, y el trabajo médico mucho más dinámico, ya que debían tomar decisiones rápidas en vista de ser un último recurso antes de que el paciente fuera trasladado a terapia intensiva.

“En terapia intermedia ya llegan los pacientes más graves. Ya les recetamos Remdesivir, que es lo más novedoso, antes era paracetamol y ya. Siento que Covid es una enfermedad muy compleja, y apenas estamos comprendiendo el fenómeno en realidad. Estamos viendo secuelas y síndromes con alteraciones neurológicas. Los pacientes llegan por contagio, pero muchos empeoran por tener comorbilidades”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ FGG /Hospitalización).

“Yo que he tenido la oportunidad de estar en hospitalización y terapia intermedia es muy desgastante, hagas lo que hagas a veces el paciente muere, y no encuentras un freno. Cuando te comienza a pasar, te das cuenta de que uno no controla la vida y yo esperaría que alguno se muera de vez en cuando, pero no así, esto te genera ansiedad y estrés porque te esfuerzas por hacer lo mejor, recibes capacitación, actualizaciones para dar el mejor tratamiento, pero a veces no es suficiente. Cuando era médico de hospitalización el porcentaje de muertes era más bajo, eran pacientes que el 99% les iba muy bien, pero

en terapia intermedia son pacientes delicados que a veces pasan rápidamente a terapia intensiva y ya más bien esperas que entren en paros cardiorespiratorios. El nivel de estrés aumenta conforme el área donde te encuentras". (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

Finalmente, respecto a la percepción del riesgo de contagio entre los médicos de esta área específica, fue interesante escuchar que, pese a reconocer que el riesgo se incrementaba por la generación de aerosoles por procedimientos, (es decir, partículas menores a 100 micras, que permanecen flotando en un ambiente mal ventilado), ellos se sentían seguros, considerando que contaban con protocolos adecuados y equipo de protección de calidad para evitar el contagio.

"En terapia intermedia me siento muy segura, es cierto que acá vemos pacientes más complicados y que se generan aerosoles por las puntas de alto flujo y otros aparatos hiperespecializados, pero también es verdad que contamos con el mejor equipo de protección disponible y eso nos deja más tranquilos a pesar de la existencia de aerosoles". (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

"No te voy a negar que técnicamente existe un mayor riesgo aquí (terapia intermedia) que, en hospitalización, pero acá utilizamos mascarillas N95 todo el tiempo, nos apegamos a los protocolos y procuramos utilizar el equipo de manera adecuada para evitar la contaminación por aerosoles" (Hombre/General/26 años/diciembre de 2020/ PST/ Terapia Intermedia).

2.6.4 Terapia intensiva; "el umbral", entre la vida y la muerte

Así como relataba uno de los participantes anteriormente, la mayoría de los consultados coincidió en que el nivel de estrés en el personal sanitario aumentaba según el área donde se desempeñaron. En este caso específico, los médicos aseguraron que, en el área de terapia intensiva, llegaban pacientes en una situación sumamente crítica que no habían tenido una reacción favorable en terapia intermedia a pesar de haber recibido oxigenación de alto flujo entre otros cuidados. Algunos pacientes no solo presentaban neumonía bilateral por Covid-19 sino infecciones oportunistas con bacterias resistentes y fallas multisistémicas. De esta manera, la terapia intensiva se convirtió en un espacio donde los pacientes se debatieron entre la vida y la muerte, con pronósticos

desfavorables y donde la estancia variaba desde unos días hasta semanas y en algunos casos meses. Trabajar en la unidad intensiva, implicó que la mayoría de los pacientes se encontraran intubados, situación que, para algunos médicos entrevistados, limitaba la relación médico-paciente, por lo que algunos interlocutores decidieron cambiar de área por tener esa sensación de pérdida de contacto humano con el paciente.

“Yo estuve ahí un tiempo (terapia intensiva) y todo es más difícil es mucho más pesado. Personalmente lo que no me gustó de estar ahí, es que los pacientes ya están en su mayoría intubados y se pierde esa conexión con el paciente. No significa que su mortalidad sea gigantesca, porque muchos sí salen del tubo, pero sí fallecen bastantes y el caso es que yo no me sentía cómoda sin el contacto con el paciente por lo que decidí regresar a intermedia”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ RMR /Terapia Intermedia).

Esta experiencia, marcada por una gran incertidumbre y una exposición constante a la muerte, generó en muchos médicos momentos de angustia, frustración e incluso culpa por pensar si se pudo haber hecho algo distinto o si se cometió algún error en el tratamiento. Estas sensaciones se sumaron al hecho de que una de las principales actividades del médico general en la unidad de terapia intensiva, fue la de brindar informes a los familiares, en muchos casos mencionaron que se daban atisbos de esperanza, y se lograron recuperar pacientes de manera increíble, aunque muchos más fallecieron a pesar de haber mostrado mejorías días previos. Este clima de incertidumbre y el hecho de estar encargados de emitir actualizaciones sobre el estado del paciente, fue referido por varios médicos consultados como desgastante, no obstante, la mayoría mencionó que se tomaban tiempo suficiente para explicar el estatus del paciente.

“Tenía que dar informes devastadores o esperanzadores, y aunque yo estuve en paliativos, uno nunca se acostumbra a estas situaciones y al dar las noticias generalmente malas. Luego se ponían a llorar conmigo y es frustrante porque no podemos darle inspiración decirle que no llore, etc. Yo la verdad me tardaba mucho con los informes, hasta 40 minutos porque a mí me gustaba dejarles las cosas claras, y explicarles que en cualquier momento se podía complicar su familiar. La incertidumbre acá es muy alta, porque todo puede pasar en cuidados intensivos, depende mucho del

organismo del paciente. Es importante hacerles entender eso porque muchos están en negación y luego eso les pega más. Algunos familiares me preguntan cómo es posible que esté tan mal, si ayer estaba bien pero lamentablemente así es esto. Yo a veces les pasaba números de tanatólogos, psicólogos gratuitos, donde ellos se podían expresar más porque la sobrecarga del cuidador es muy pesada". (Mujer/General/25 años/abril 2021/ NVM /Terapia Intensiva).

"Definitivamente lo más difícil acá en terapia intensiva es la defunción de los pacientes, la verdad me ha afectado mucho y es constante. Cada defunción es difícil de sobrellevar e implica sentimiento de fracaso, o deuda con el paciente porque recuerdas muchas cosas, haces una retrospectiva de todo lo que se hizo o que se pudo haber hecho mejor. Entonces definitivamente hay algo de culpa, me preocupa mucho saber qué rol jugaba la persona en su familia". (Mujer/General/26 años/marzo 2021/ VAS /Terapia Intensiva).

"Los médicos generales somos quienes en terapia intensiva damos malas noticias y, por ejemplo, tuvimos internado a un doctor que fue uno de nuestros profesores en la carrera, le di seguimiento iba a verlo, a para saber cómo estaba su evolución. Después de 50 días, no toleró la intubación y fue algo muy duro, porque estábamos muchas personas guardando esa esperanza. Para mí fue duro saber que ya no iba a estar, que toda su trayectoria se había terminado. Lo cierto es que la mayoría de las defunciones se dan en terapia intensiva". (Hombre/General/27 años/febrero 2021/ SGC /Terapia Intensiva).

Es importante recordar que uno de los principales roles de los médicos generales en esta área en específico, fue la de mantener contacto con familiares del paciente, por lo que era parte de sus actividades, el tener que comunicar al familiar noticias desfavorables como el empeoramiento o fallecimiento de su ser querido. Otro aspecto que resaltaron los médicos generales que laboraron en la unidad de terapia intensiva, fue la oportunidad que tuvieron algunos pacientes para lograr despedirse de sus seres queridos mediante el uso de plataformas de videollamadas, ya que esto les permitía tener un cierre e iniciar el proceso del duelo de mejor manera contrario a quienes no lograron despedirse de sus familiares.

“Es siempre difícil ver defunciones en área de terapia intensiva, pero ahora con el uso de las videollamadas, los familiares pueden despedirse, y aunque el paciente ya no pueda interactuar con ellos, siento que esto ha ayudado mucho a reducir la carga a las familias y que inicien su duelo sin tantas culpas. Ha sido muy duro dar las malas noticias y lo que conlleva la muerte de una persona querida, pero es mucho peor que ni siquiera puedas decir adiós a tu familiar ni en pantalla”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

Los médicos generales que decidieron voluntariamente participar en esta área en específico mencionaron desempeñar varias actividades que no querían realizar los especialistas a cargo. Por ejemplo, hacer las gasometrías, dar seguimiento a estudios, exámenes de laboratorio, suministrar fármacos, y, lo antes mencionado, les fue delegada la responsabilidad de dar los informes a los familiares.

Sin embargo, varios médicos generales mencionaron que trabajar en terapia intensiva les llenó de orgullo porque les brindó la oportunidad de observar y aprender junto con médicos especialistas de mayor trayectoria, y con el transcurso del tiempo, algunos médicos generales recibieron el voto de confianza y autorización de los especialistas para poder realizar procedimientos más especializados como la intubación y tener más libertad para tomar decisiones sobre el tratamiento del paciente. Esto último según comentaron varios médicos entrevistados, estuvo asociado al tipo de relación mantenían algunos médicos generales con los especialistas, es decir, se concibió en muchos casos como un favor del especialista.

“Cuando me invitaron a participar en terapia intensiva como médico general estaba muy nerviosa, pero como nadie quería, yo dije me animo. Al principio, el rol de médico general aquí (terapia intensiva) es solo tomar gasometrías, hacer ecocardiogramas, electros, dar informe a pacientes, dar notas de evolución, y agregar algún medicamento. Eso podíamos hacer, la carga era mucha porque la verdad no nos ayudaba los especialistas. Todas las cuestiones de laboratorio y análisis eran nuestras responsabilidades”. ***(Mujer/General/25 años/noviembre de 2020/ NVM /Terapia Intensiva).***

“Algunos médicos generales en la UCI siguen haciendo los mismo, moverle un poco al electro, al ventilador, dar informes, pero personalmente mi relación con los especialistas es muy buena, y ya me permiten poner catéter venoso central, poner líneas arteriales, intubar, ahora nos permiten actuar más, pero siempre con supervisión”.

(Mujer/General/26 años/abril de 2021/ RTK /Terapia Intensiva).

“Como médico general, yo tomo muestras, hago electros, ultrasonidos, todo el trabajo manual que los especialistas no realizan, porque ellos hacen el manejo del ventilador, ajuste de fármacos. Entonces se nos deja clara la lista de actividades por turno, entonces tienes actividades específicas y debes darle seguimiento del paciente. Entro otras cosas, debes reportar parámetros del ventilador, tomar gasometrías, pero es un libro abierto, es fascinante porque tener ahí al paciente junto con los especialistas, te permiten seguir aprendiendo”. ***(Hombre/General/27 años/marzo 2021/CGC /Terapia Intensiva).***

“La verdad es que, así como evolucionó la pandemia, los especialistas nos fueron permitiendo que, como médicos generales, pudiéramos poner catéteres, líneas arteriales, intubar, o incluso manejar el ventilador. En Citi, contrario a otros hospitales como en la SEDENA, puedes proponer cosas, te dan la libertad de analizar artículos, antecedentes, ver parámetros, y aprender a realizar determinadas maniobras”.

(Hombre/General/28 años/marzo 2021/ AGQ /Terapia Intensiva).

Respecto al riesgo de contagio en esta área en específico, las respuestas fueron similares a lo encontrado en los testimonios de los médicos que laboraron en terapia intermedia, es decir, que el riesgo por exposición a los aerosoles producto de procedimientos como la intubación, los exponía no solo al contagio, sino a presentar un cuadro más grave, debido a la carga viral. No obstante, a pesar de reconocer que el riesgo era mayor que en cualquiera de las otras áreas, nuevamente dijeron sentirse protegidos por los protocolos de seguridad y el equipo de protección con el que contaban.

“Claro que estamos más expuestos que otros compañeros de otras áreas, y no solo al contagio, sino a presentar una enfermedad más severa si aspiramos los famosos aerosoles que generamos en ciertos procedimientos. Pero este es nuestro trabajo, asumimos el riesgo, pero también confiamos en los protocolos establecidos y en el equipo de protección que nos brindan. Te puedo garantizar, porque también laboro en

clínica privada al sur y en un hospital público, que estamos más expuestos en otros lados que acá, aunque sea terapia intensiva”. (Hombre/General/27 años/marzo 2021/CGC /Terapia Intensiva).

2.7 ¿Qué hizo diferente a la UTC-19?

Acorde a los discursos socialmente compartidos por los médicos consultados, la experiencia de trabajo en la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19) se diferenció notablemente de otro tipo de centros de atención a la pandemia, ya fueran públicos o privados, por tener algunos rasgos diferenciadores en materia laboral. Cabe destacar que muchos de los interlocutores de esta investigación, no solo trabajaron en la UTC-19 durante la pandemia, sino que tuvieron la oportunidad de colaborar en distintos espacios, por lo que han podido contrastar dichas experiencias.

Cabe destacar que en la UTC-19 existieron características diferenciadoras de otros hospitales, propias del diseño original del proyecto, tales como: 1) Ofrecer sus servicios de manera gratuita a la población en general indistinto a su nivel socioeconómico y cultural, así como afiliación institucional, es decir si tenían algún tipo de seguridad social. 2) El uso de puntas de alto flujo para pacientes con una severa desaturación de oxígeno en terapia intermedia. 3) La ubicación de 8 módulos de triage ubicados en distintas partes de la ciudad con un claro enfoque preventivo para localizar, canalizar y tratar pacientes potencialmente graves. Pero al mismo tiempo, existieron acorde a los médicos entrevistados, otros rasgos que hicieron a esta unidad temporal, distinta al resto de otros espacios donde pudieron laborar como, por ejemplo, las dinámicas laborales percibidas como más horizontales, la juventud de los trabajadores dentro de este espacio, y los sueldos altamente competitivos para médicos generales de recién egreso.

“Para los pacientes ha sido una experiencia muy benéfica, porque hay mucha gente de escasos recursos, y pienso, qué padre que se le dé la oportunidad a personas cuya preocupación era atenderse porque no tenían el dinero. Aquí la atención es sumamente buena, y creo que lo más acertado de la unidad es el triage.

El tema de prevenir antes de que se compliquen, porque al principio recuerdo que, si ibas a valoración y si no estabas tan mal, te regresaban y por eso había mucha mortalidad,

ya los ingresaban cuando tenían síndrome de respiración grave”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

“Mira, hay muchos aciertos en el Citibanamex, pensando en los hospitales de campaña, es que está acondicionado para esta enfermedad en específico, y aceptas pacientes antes de que se pongan peor, y además descargas a un sistema de salud que no se da abasto, lo que permite que la letalidad sea mucho menor. Poner módulos de triage en distintos lugares de la ciudad ha sido una estrategia inteligente para los filtros y atender a la población a tiempo”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

Respecto a otros rasgos diferenciadores de la UTC-19 en materia laboral, podemos encontrar de manera específica, los siguientes: 1) Los protocolos de seguridad bajo estándares internacionales. 2) La capacitación y actualización constante respecto al manejo de la Covid-19. 3) El acceso a equipo de protección de calidad y su alta disponibilidad. 4) La obtención de un sueldo competitivo. 5) Prestaciones adicionales como la mudanza profiláctica a hoteles para evitar cadenas de contagios. 6) Una percepción de mayor horizontalidad laboral entre médicos generales y especialistas.

2.7.1 Los protocolos de seguridad bajo estándares de calidad

En este sentido, los médicos entrevistados reiteraron el hecho de que, contrario a lo que experimentaron en otros espacios como los hospitales temporales de la SEDENA o bien clínicas de primer nivel de atención del IMSS o ISSSTE, la UTC-19 tuvo una constante actualización, seguimiento e implementación de protocolos de seguridad internos bajo estándares internacionales para evitar contagios por Covid-19. Dentro de esto también se incluyó el hecho de generar una actualización constante respecto a las principales vías de transmisión del coronavirus, incluyendo modificaciones al uso de equipo de protección como relata un médico entrevistado en terapia intermedia, quien sostuvo, por ejemplo, que en la UTC-19 el cubrebocas grado N95, (esto es con capacidad de filtración de hasta el 93-95% de partículas) no se utilizó en todas las áreas, siendo obligatorio de solo en áreas donde se generaran aerosoles por el tipo de procedimientos.

“Otra cosa es la capacitación al personal de salud y la vigilancia. Considero que la parte fundamental del éxito es que somos capacitados en el uso apropiado del equipo de protección. Es decir, quitar tabúes que aún como médicos tenemos respecto al uso de equipo de protección. Por ejemplo, yo usaba el N95 todo el tiempo, y aquí te dicen que no es necesario usarlo todo el tiempo. Estas capacitaciones y pláticas no se dan en otros lados y te brindan seguridad y tranquilidad”. **(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).**

“En el comedor nos toman la temperatura, vamos al sanitario, nos lavamos las manos de forma completas, solo permiten tener 4 personas en cada mesa. Y en cuanto terminas, debes desinfectar, colocarte otro cubrebocas. Si te ven en pasillos abrazándote o algo, te llaman la atención, hay muchos protocolos para evitar contacto”. **(Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).**

Aunado a ello, la implementación, seguimiento y actualización de los protocolos de seguridad, complementado con un abastecimiento constante de equipo de protección de calidad, fortaleció en los médicos la percepción de una mayor seguridad para evitar contagios dentro de la propia unidad. Esto, al grado de considerar que la probabilidad de infectarse dentro de las instalaciones de la unidad era mucho menor en comparación con otros centros de atención covid, e incluso actividades cotidianas como ir al súper, salir por una cerveza o asistir a reuniones familiares.

“Yo creo que en otros hospitales es muy probable que se contagien dentro, pero en Citibanamex no, y es que es muy seguro, por sus protocolos y medidas. Es más probable que nos contagiemos yendo a una reunión familiar, echando una chela en bares o en el mismo hotel. En Citibanamex toman demasiadas medidas, nos están vigilando todo el tiempo, cómo te quitas el equipo, el lavado constante de manos, etc”.

(Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

“Dentro de las instalaciones nos protegen mucho porque cuando estudias Medicina te das cuenta en las rotaciones que luego se saltan ciertos protocolos o te das cuenta de las carencias de recursos y aquí no nos falta nada. Siento que dentro de Citibanamex el factor de riesgo para infectarte y contagiarte es bajo por los estándares internacionales que se manejan”. **(Mujer/General/26 años/octubre 2021/ RMR /Hospitalización).**

Aunado a lo anterior, una constante en la narrativa de los médicos consultados, fue el hecho de sentirse seguros en cuanto a los protocolos de atención en caso de contagio dentro de la unidad, ya que existía un área especial llamada APRO que atendía de manera oportuna cualquier sospecha de contagio en el personal de salud, solicitando las pruebas de diagnóstico correspondientes y en caso de confirmación, se autorizaba el aislamiento preventivo por al menos 10 días y en caso de signos de alarma, existía la opción de una hospitalización preventiva ahí mismo en la UTC-19. Esta situación, dijeron los médicos entrevistados, no ocurrió así en otros centros de atención covid donde ellos participaron. Esto generaba un clima de mayor confianza para poder trabajar en la UTC-19 y sentirse respaldados en caso de que se cursara una infección de mayor severidad, asegurando tener un espacio disponible para ser atendidos, algo que se extrapolaría con sus propios familiares como veremos en uno de los siguientes capítulos.

“En Citibanamex hay más apoyo para el personal de salud vía APRO, y se lleva un seguimiento epidemiológico, te están monitoreando y agilizan el proceso de atención en caso de que haya algún contagio. La gente es muy empática acá y te ayudan si algún familiar requiere el trato, vamos, hay mucho apoyo”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

“Conozco a varios colegas que antes de las vacunas sí querían contagiarse de una vez, decían yo prefiero que me dé covid ahora que la unidad está abierta porque sabemos de la alta calidad de acá, a luego contagiarme cuando ya no esté abierta la unidad. Acá sabemos que podemos confiarnos la vida en el otro, pero si yo trabajara en un IMSS o ISSSTE, primero no me van a atender, y luego no sé qué me va a pasar, ni quién me va a tratar”. (Hombre/General/28 años/enero 2021/ MAZ/Terapia Intermedia).

“No es que yo trabaje aquí, pero te podría compartir algunos números. En la unidad tenemos una tasa de mortalidad bajísima tanto de pacientes como de médicos. De hecho, ningún personal de salud ha fallecido. La tasa infección por covid acá, está estimado en 8%, pero es inevitable porque no puedes controlar factores adicionales como el traslado, las reuniones fuera del hospital, etc. Desde diciembre he tenido la oportunidad de trabajar también en el IMSS y SEDENA y es abismal la diferencia con Citibanamex. Aquí, el personal de salud, a diferencia de estos lugares, si tiene tos, fiebre

y cefalea es caso es sospechoso sí o sí, y si tiene signos de alarma te hospitalizan inmediatamente. Aquí hay un equipo especializado para atenderte ante el primer síntoma y no se lo toma a broma, te ponen en semáforo amarillo y se toman PCR ese mismo día. Si eres sospechoso de covid, te quedas en aislamiento 10 días por lo menos, y si requieres hospitalización se hace al momento. Pero esto no existe en el IMSS, en SEDENA, no hay protocolos claros y cuando hay sospechas, no existe un protocolo de aislamiento o seguimiento ni en SEDENA ni en el IMSS porque son laxos y dejan al trabajador hasta que llega la prueba y por eso el número de contagios es mucho mayor.

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

Inclusive un médico que fue hospitalizado de manera preventiva en Citibanamex relató su confianza en los protocolos de seguimiento y en el personal que laboraba ahí al momento del internamiento, compartiendo cifras respecto al éxito en el tratamiento de pacientes con Covid-19 y factores de riesgo, ya fuera por edad y/o por tener comorbilidades asociadas con un peor pronóstico.

“Cuando estuve internado en el Citi, estuve relativamente tranquilo que uno ya conoce a la enfermedad, cómo se presenta. Sabía que estaba en un buen lugar, y lo que se tenía que hacer si progresara. Yo siempre confío en mis compañeros, y los protocolos acá son muy buenos, incluso tenemos el 95% de éxito con personas mayores y con comorbilidades con un 87% de extubación”.

(Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

Y es que si bien, uno de los aspectos más destacados de la UTC-19 fue el factor preventivo a través de lo que denominaron Modelo de Hospitalización Anticipada, también se atendieron casos graves como mencionó el Dr. Rafael Valdez Vázquez, Director Médico de la Unidad Temporal Citibanamex (UTC-19) durante la ceremonia “Sumando voluntades. Reconocimiento a los esfuerzos emprendidos en la Ciudad de México ante la pandemia por Covid-19, 2020/2021, organizada por la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de México en junio de 2021.

“Muchas veces escuché que así solo atendíamos a pacientes que no estaban graves; nada más alejado de la realidad, en la Unidad temporal atendimos a 2 mil 596 pacientes en estado crítico; mil 793 pacientes con COVID grave fueron atendidos en la Unidad de

Cuidados Intermedios con el apoyo de puntas nasales de alto flujo; y, 803 pacientes requirieron de la Unidad de Cuidados Intensivos. Con nuestro Modelo de Hospitalización Anticipada y nuestros pilares terapéuticos estandarizados, la mortalidad global fue del 3.7 por ciento; y, en los pacientes en estado crítico fue del 13 por ciento. (Valdez, Vázquez, R (2021) en Jefatura de Gobierno del Gobierno de la CDMX). Estos datos en comparación con la tasa de 9%³⁹ en mortalidad por Covid-19 a nivel nacional, permite visualizar por qué para quienes trabajaron en la UTC-19 la tasa de letalidad de los pacientes tratados en la unidad ha sido significativamente baja en comparación con la tasa promedio nacional.

Algo en lo que coincidieron todos los médicos que participaron en la investigación, fue en destacar la importancia de tener protocolos de atención preventiva, es decir actuar a tiempo, para atender casos por Covid-19 que potencialmente puedan cursar un cuadro de mayor severidad, resaltando la necesidad de replicarlo para otros centros de atención covid, y posteriormente como legado para la atención a la salud pública en el país.

“Creo que el mayor éxito de la unidad es que implementó una estrategia preventiva, si ya empezaste con síntomas, atiéndete, no te esperes porque no hay vuelta atrás. Aquí atendernos de forma temprana y es algo que me gustaría que sembráramos en otros lugares. Si México tuviera realmente un sistema preventivo en lugar de curativo, saldría más barato, y evitaríamos muchas muertes, en lugar de esperar a que desarrollen enfermedades crónicas. (Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).

“Considero que Citibanamex es de los mejores lugares para atenderse, y creo que la clave del éxito ha sido atender prontamente. Aquí, cuando hay primeras complicaciones, el paciente es atendido con oxígeno, fármacos y vigilancia. En otros hospitales ya llegan casos muy graves y con signos de alarma, y si a eso le sumas falta de personal, de protocolos o medicamentos, pues lógicamente empeoran”. (Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

³⁹ Johns Hopkins University (JHU) (2021) Mexico- COVID-19 Overview. Retomado por última vez el 28 de junio de 2022 de <https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>

2.7.2 Capacitación y actualizaciones sobre la Covid-19

Más allá de tener 4 áreas bien diferenciadas para atender a pacientes con Covid-19 acorde al desarrollo y gravedad de la enfermedad: triage, hospitalización, terapia intermedia y terapia intensiva, (áreas que se analizarán de manera específica en un capítulo específico posteriormente), uno de los rasgos diferenciadores de la UTC-19 fue la constante capacitación para su personal de salud, mediante actualizaciones respecto a la correcta atención a pacientes con Covid-19 acorde a cada área.

Un hecho que destacan los médicos consultados fue el permitir que pacientes en la zona de hospitalización y terapia intermedia, tuvieran la posibilidad de contar en todo momento con su teléfono móvil para mantenerse en contacto con sus seres queridos durante el internamiento hospitalario, enfatizando la relevancia, sobre todo a nivel psicológico de mantener al paciente comunicado con su círculo social y familiar en momentos de tanta incertidumbre y miedo, un elemento que la UTC-19 incorporó desde muy temprano y que, según los propios médicos consultados, en otros hospitales ellos también laboraron, esta estrategia de permitir el uso del teléfono móvil fue implementada de manera parcial, con restricciones o varios meses posteriores al inicio de la crisis sanitaria. Como ejemplo, en el caso del IMSS, la institución decidió implementar la entrega de informes vía videollamadas donde el médico en turno, permitió que los familiares de los pacientes pudieran comunicarse brevemente con el paciente para verlo físicamente, dar ánimos, y hacer preguntas por un breve tiempo, no obstante, al paciente no le era permitido conservar el teléfono móvil para utilizarlo directamente cuando deseara.⁴⁰

“Yo quisiera mencionar que, en Citibanamex, contrario a otros hospitales, a los pacientes les dejamos tener su teléfono ahí, y eso les ayuda mucho psicológicamente porque la comunicación con sus familiares es vital para su recuperación”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

Dentro de las principales representaciones sociales que los médicos entrevistados compartieron respecto a la capacitación y las actualizaciones en la UTC-19, es que éstas se respaldaban con estudios internacionales que permitían incorporar o desechar nuevos

⁴⁰ IMSS Prensa. (2020). Con videollamadas, el IMSS da tranquilidad a familiares de Pacientes con COVID-19. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/358>

medicamentos acorde al principio de medicina basada en evidencia, donde la información actualizada no solo se compartía entre especialistas, sino que también los médicos generales y personal de enfermería tenían acceso a ella.

“Citibanamex nos dio una estructura y protocolos inéditos para el sistema de salud mexicano. Siempre se aplaude la experiencia, pero en Citibanamex te mostraba medicina basada en evidencia, recibíamos capacitación constante, veíamos actualizaciones, estudios novedosos que respaldaban los tratamientos y en el resto de los hospitales no es así”. (Mujer/General/25 años/noviembre de 2021/ SAR /FG/ Terapia Intermedia).

“Aquí en la unidad, por ejemplo, el Tozilizumab no está generalizado, se reserva para pacientes muy selectos, es decir, si el paciente cumple estrictamente todos los criterios y se lo brindas porque sabes que funcionará. Pero no es una receta de cocina, no ves aquí que se lo demos a todos los pacientes contrario a otros hospitales, incluso privados donde quedaban algo desfasados. Otro ejemplo es la dexametasona que mostró eficacia en reducción de severidad y mortalidad, pero no en todos los casos, acá en Citi valoramos a cada paciente, y decidimos si es candidato o no para determinado tratamiento”. (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

“Creo que Citi era una utopía en muchas situaciones, ojalá así fueran todos los hospitales por la capacitación que recibíamos todos, enfermeras, médicos generales y especialistas. Me quedo con este modelo, que nos enseñó que podemos actualizarnos, certificarnos, que nos dice que puede haber un buen hospital en países en vías de desarrollo como el nuestro”. (Mujer/General/25 años/noviembre de 2021/ SAR /FG/ Terapia Intermedia).

2.7.3 Equipo de protección de calidad disponible 24/7

Otra de las características que marcaron diferencia en la UTC-19 respecto a otras unidades temporales y hospitales de atención a la Covid-19, fue, desde la experiencia de los médicos generales entrevistados, el haber tenido siempre disponible suficiente equipo de protección y de buena calidad.

Ya fueran overoles, guantes o mascarillas, prácticamente todos los médicos consultados, coincidieron en que nunca tuvieron problemas de abastecimiento de equipo de

protección y eso les brindaba seguridad durante el trabajo ya que se reducía la probabilidad de contagio interno, lo que les motivaba a desempeñarse de mejor manera con los pacientes.

“Acá en la unidad no nos ha hecho falta nada, cosa que en otros hospitales sí sucede porque el equipo es escaso. Aquí hay gel antibacterial a cada 3 metros, siempre hay jabón y lavabos, batas quirúrgicas, guantes, caretas, guantes de nitrilo, de latex, botas, lo tienes todo y eso te da tranquilidad para trabajar mejor. En ocasiones quizá el carrito de enfermeros se retrasó, pero te esperas 2 o 3 minutos y listo, en ese sentido siempre hay equipo de protección y de calidad”. **(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).**

“Siempre hay equipo de la mejor calidad, de las batas, los N95 y los guantes. La gente cree que mientras más equipo uses es mejor, y no es así, lo importante es usarlo de manera estratégica y que el equipo sea de calidad. Por ejemplo, si te proteges bien por vía área y los ojos, que son las áreas más expuestas, estarás bien. Y más que usar guantes, el lavado de manos es lo principal, si te lavas a cada rato las manos es mejor”. **(Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).**

Según las palabras de los interlocutores, la amplia disponibilidad y confianza en el equipo de protección otorgado por la UTC-19 fue tal que, sumado a la escasez y/o mala calidad de los recursos que se ofrecían en otros lugares, hizo que varios de los médicos optaran por llevarse el equipo de protección que les era ofrecido en la UTC-19 hacia otros lugares de trabajo. Esta situación, además de darles mayor seguridad, les evitaba incurrir en gastos de bolsillo ya que en otras clínicas y hospitales destinados a atender la Covid-19, se le exhortaba al personal de salud a traer su propio respirador N95 o goggles de protección, por ejemplo.

“Tengo compañeros que trabajan a la par en hospitales privados, públicos y militares, así como unidades temporales y el equipo es escaso, cada uno debe llevar el suyo y no está bien la verdad. Incluso hay quien trabaja aquí (UTC-19) y se lleva el equipo de aquí para allá por la escasez o la poca calidad de lo que les ofrecen en otros lados”. **(Hombre /General/28 años/enero 2021/ CPH /Hospitalización).**

El hecho de sentirse más seguros al tener disponible equipo de protección de calidad, no se contrapuso, tal como han reportado otras investigaciones, que éste resultara cómodo. Varios médicos consultados coincidieron en que uno de los aspectos más molestos durante su participación en atención a la pandemia, fue el tener que portar equipo de protección que les resultaba desesperante a momentos, incómodo para trabajar, sofocante e incluso que les ocasionaba problemas en la piel, ya fueran ampollas, dermatitis, acné o alguna reacción alérgica.

“Me siento muy segura, con el mejor equipo de protección al que podría aspirar. Sin embargo, lo cierto es que al principio usábamos de todo, cubrebocas N95, batas, y hasta goggles, y esto me ha generado un serio problema de acné y reacciones dérmicas. Con todo este equipo encima en el rostro, el acné es muy doloroso y debo admitir que genera mucho estrés”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

Las representaciones sociales sobre el equipo de protección ofrecido en la UTC-19, así como su amplia disponibilidad, se articulan con la constante actualización en los protocolos y medidas de seguridad. Esto puede observarse cuando en la unidad, comenzaron a realizarse diversos ajustes respecto al uso del equipo de protección, designado para momentos y lugares específicos. Por ejemplo, de esta manera, hacia febrero de 2021, poco después de la segunda ola de contagios y tras la llegada de las vacunas contra la Covid-19, es que en la UTC-19 deciden prescindir del uso de guantes en todas las áreas y restringieron su uso exclusivamente para cuando el médico tuviera contacto directo con el paciente, promoviendo en su lugar, el constante lavado de manos, en un espacio donde nunca escasearon ni el agua, ni el jabón o los lavabos. Otro ejemplo fue el limitar el uso de los famosos trajes de bioseguridad (indumentaria tipo astronauta), priorizando el uso de overoles más sencillos, mascarillas de alta filtración o goggles en espacios donde se generaba la dispersión de aerosoles.

“No nos ha faltado nada, y siempre hemos recibido capacitación sobre el uso correcto del equipo de protección. En ningún momento me he sentido muy expuesta, aunque al principio sí me daba algo de miedo, y quería llevar guantes por todos lados. Sin embargo, acá hemos ido modificando los protocolos conforme nos muestra la evidencia

científica, y hemos relajado un poco el tema del equipo de protección porque se identificaron que algunos elementos no son tan necesarios. Entonces de esa forma siempre me he sentido segura, ya sea porque siempre tengo disponible el equipo o porque actualizamos nuestras medidas. Si te soy honesta, afuera me siento más expuesta que dentro del Citi". (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

2.7.4 Sueldos altamente competitivos por arriba del promedio

Otro aspecto neurálgico que caracterizó a la experiencia laboral en la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19), fue sin duda alguna, la remuneración económica que el personal de salud recibió y que, en el caso de los médicos generales, fue muy por arriba del promedio como recién egresados. Como se mencionó anteriormente, la carrera de Medicina es una de las mejor pagadas en México, con un sueldo promedio de \$17,889 pesos al mes⁴¹ acorde al Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO). Sin embargo, este sueldo fluctúa bastante, entre especialistas y médicos generales dependiendo de la institución en donde laboren y la región donde se encuentre la misma. De esta manera, los médicos generales reconocieron que si el sueldo promedio de un médico en México, (sin hacer distinción entre ser especialista o médico general) es de casi \$18,000 pesos al mes acorde al IMCO, el pago recibido por su trabajo en la UTC-19 fue ampliamente superior a esta cifra. Los médicos generales, indistinto al área de trabajo dentro de la unidad, firmaron contratos trimestrales por un monto cercano a los \$33,000 pesos al mes. Debido a lo anterior, muchos médicos generales jóvenes y de recién egreso universitario encontraron en la UTC-19 su primera oportunidad laboral, una que ellos describen como inigualable, por la propia experiencia, pero también por ser un potenciador económico inesperado, pues la curva de reeducción económica de un médico es larga y habitualmente un sueldo como el que les ofrecieron en la UTC-19 se aspira solo una vez que se tiene una especialidad médica.

"Aquí hay aciertos de toda índole, además del sueldo que es competitivo, para muchos es nuestro primer sueldo, y está muy por encima de lo que seguramente podríamos aspirar en una farmacia o en alguna clínica. Y siempre he pensado que, si quieres

⁴¹ IMCO (2022) Retomado el 21 de marzo de 2022 de: <https://imco.org.mx/comparacarreras/carrera/711>

resultados, pues dales a tus empleados un motivo para hacerlo mejor”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

“Si no fuera por la pandemia, la oferta laboral para un médico general seguiría siendo la misma, con amplios horarios y con bajos sueldos. Ahorita ingresamos \$30,000 al mes solo de este empleo, y muchos no solo tienen este trabajo. Pero, si no hubiera pandemia, allá afuera te quieren contratar por 8 mil pesos, así es el mercado laboral. Cuando esto termine, muchos médicos generales no volveremos a tener un trabajo como éste y tampoco el reconocimiento”. ***(Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia***

Intermedia).

Si bien es cierto que el ingreso económico ofrecido por la UTC-19 les generaba tranquilidad financiera y un aliciente motivacional, era impredecible saber por cuántos meses más se extendería esta oportunidad que, en su diseño original, contemplaba una duración de tan solo 3 meses y que terminó extendiéndose por poco más de un año. Este clima de incertidumbre les generaba cierta preocupación a los médicos, pues al considerarse como una oportunidad laboral extraordinaria, de gran aprendizaje e importante remuneración económica, varios médicos se encontraron en la disyuntiva entre desear el final de la pandemia por el bienestar colectivo, y el deseo a nivel individual de que la pandemia continuara para preservar un trabajo sui generis que les había traído beneficios inesperados en términos de experiencia e ingresos económicos.

“Nuestros contratos son por 3 meses y temporales, se estima que para verano se cierre la unidad, pero eso no lo podemos saber porque, de inicio pensaron que solo sería de abril a junio de 2020 y ya es. Por eso no es fácil saber y depende de las necesidades del país en cuanto a pacientes con covid. Puede parecer egoísta, pero una parte de mí desea que esto continúe porque ha sido una gran experiencia, y no te miento, he podido mejorar mi situación financiera. Pero, por otro lado, está la situación del país que a nadie nos gusta”. ***(Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).***

2.7.5 Mayor horizontalidad laboral

Una de las principales representaciones sociales que tuvieron los médicos generales que participaron en esta investigación, fue el percibir que en la UTC-19, existió un cambio respecto a la habitual estructura jerárquica laboral biomédica, concebida regularmente

como vertical e inflexible. Habitualmente, esta verticalidad, según relataron los propios actores, se vivencia en al menos dos dimensiones: 1) En un nivel práctico, en cuanto a la distribución de los roles y tipo de actividades respecto a la atención a los pacientes. 2) En el trato entre médicos generales y especialistas, donde son habituales prácticas agresivas de abuso, descalificación o nulificación por parte de estos últimos a los primeros.

Así, dentro de la estructura jerárquica biomédica, ya sea en hospitales o en espacios formativos como residencias, es común que el médico general se encuentre limitado tanto en el acceso a determinada información y capacitaciones, como en el ejercicio de su praxis, con escasa autonomía en su proceder médico, pues sienten que dependen de las decisiones que tome alguien en un rol superior, frecuentemente el especialista como han evidenciado investigaciones previas (Hasselkus, G, 2019). Los propios médicos consultados, expresaron que normalmente, al médico general se le limita a realizar actividades muy específicas, la mayoría de corte administrativo, sin tomar mayores responsabilidades con el paciente. Sin embargo, en la UTC-19, los médicos entrevistados, aseguraron que se desarrolló un nuevo esquema de trabajo, mucho más horizontal, con mayor diálogo y apertura a la colaboración entre distintos trabajadores de la salud, lo que les permitió a los médicos generales adquirir mayor capacidad de agencia en cuanto a las decisiones respecto al tratamiento de los pacientes, lo que a su vez trajo beneficios como el hecho de evitar retrasos en la atención a los pacientes. Esto que defino como una disonancia cultural podría explicarse como una representación legitimadora de los propios médicos frente a la innegable necesidad de hacer modificaciones en la organización biomédica de requerir que trabajadores de la salud sin especialidad se implicaran más en la toma de decisiones frente a la saturación hospitalaria y la escasez de personal para atender la crisis sanitaria.

“Yo contrasto esta experiencia en el Citi con los hospitales en la rotación del internado, donde todo era basado en jerarquías, no era trabajar juntos, sino más bien todo lo que los especialistas no querían hacer, te lo dejaban a ti. Ya estaban muy claras las bases de qué le correspondía a quién, entre médicos generales y especialistas. Acá hay mucha más horizontalidad, el trabajo es en conjunto, hay buena actitud y se discuten los casos a tratar, nos enseñan los especialistas, pero de otra manera. Acá incluso como médicos

generales podemos ser más cercanos con el paciente, hacemos modificaciones al tratamiento, y los especialistas están abiertos a los ajustes”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

“La verdad es que los especialistas nos han permitido que, como médicos generales, podamos poner catéteres, líneas arteriales, intubar, o incluso manejar el ventilador. Acá puedes proponer cosas, te dan la libertad de analizar artículos, antecedentes, ver parámetros, y aprender a realizar determinadas maniobras, algo que es imposible en otros lados”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

“En SEDENA, por ejemplo, hay un ambiente completamente diferente al de Citi, la responsabilidad, el trato, hay demasiadas jerarquías con el resto del personal. Como médico general solo eres un peón y luego, por no permitirnos decidir a tiempo, muchos pacientes se complican”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

Si bien es cierto que en la unidad temporal existió un orden jerárquico, esto no se tradujo en una violencia jerárquica tan marcada como en otros espacios hospitalarios según relataron los propios médicos consultados. En los discursos socialmente compartidos de los participantes en esta investigación, se percibe que estos cambios se atribuyeron a tres razones fundamentales: 1) La juventud del entorno laboral, tanto de médicos generales como de especialistas. 2) Que la UTC-19 no existía previo a la pandemia, por lo que al ser de recién creación y tener un carácter temporal, nadie, ni médicos generales ni especialistas habían forjado un historial laboral previo que permitiera la consolidación previa de jerarquías muy marcadas. 3) La propia crisis sanitaria, ya que al ser el SARS-CoV-2 un virus de reciente descubrimiento, ni médicos generales, ni los propios especialistas tenían conocimiento ni dominio de cómo atender la enfermedad, lo que puso a ambos grupos en relativa igualdad de circunstancias.

“Aquí (UTC-19) los médicos generales somos más independientes y estamos supervisando pacientes de manera individual. Acá por cada 40 pacientes hay un médico especialista, es decir, los generales estamos a cargo de 12 pacientes. Cuando se complica el paciente con otras enfermedades hay especialistas que te ayudan, pero es más un

trabajo más horizontal y de compañerismo. Vamos, sí hay jerarquías, pero no están marcadas". (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

"Yo creo que todos fuimos muy solidarios desde el principio, supimos acoplarnos a este nuevo modelo. Es mucho más difícil adaptarte a instituciones donde ya hay una forma determinada de trabajo, y donde hay gente que ya lleva trabajando ahí por mucho tiempo, por lo que difícilmente algo se puede cambiar. Acá los especialistas y nosotros como médicos generales tuvimos una gran disposición para trabajar en conjunto desde el día uno, enfrentando algo que todos desconocíamos". (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

Para los actores consultados, la UTC-19 se constituyó como un espacio de trabajo dinámico debido a la participación de muchos médicos jóvenes, pues la mayoría de ellos tenía una edad que comprendía entre los 25 y 30 años, mientras que la mayoría de los especialistas no rebasaban los 50 años. Según los propios médicos consultados, este factor generó que el ambiente laboral resultara más afable, cordial y propositivo entre médicos generales y especialistas, algo que se extendió a otras esferas, como enfermería, servicio social, rehabilitación, etc., algo infrecuente en la cultura organizacional biomédica.

"El modelo del Citi es el ideal porque es precisamente muy parejo, a veces hasta exageradamente horizontal. Yo estaba acostumbrada a vivir algo muy jerárquico. Y en mi experiencia, el hecho de cooperar, de escuchar es algo que lo vi desde el primer día y siento que se ha fortalecido porque los especialistas reconocen nuestro trabajo, saben que conocemos cómo se maneja el paciente con Covid y nos dan oportunidad de participar e incluso fuera de lo laboral nos llevamos mucho mejor. Se rompen barreras que no deberían de existir con compañeros de enfermería, fisioterapia, rehabilitación, etc. Creo que el beneficio es que los especialistas en Citi también soy jóvenes y piensan que el trato debe cambiar". (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

"Aquí tenemos una buena dinámica porque la mayoría somos menores de 30 años, es nuestro primer empleo, y ya nos conocíamos desde la carrera, por eso sentimos que

trabajamos y vivimos con nuestros amigos, lo cual hace más llevadero el proceso”.

(Hombre/General/27 años/noviembre 2021/ GAL /Terapia Intermedia).

De hecho, y como intentaré mostrar más adelante en uno de los siguientes capítulos, la palabra *covidólogo* emergió como un concepto de autodefinición que reafirmó una identidad para muchos médicos generales que participaron durante esta crisis sanitaria, y que expresa sentido de pertenencia. El término *covidólogo*, ha servido para defender una especialidad adquirida vía empírica, que muchas veces les permitió defender su trabajo frente a verdaderos especialistas, y que posteriormente les abrió otras oportunidades laborales como concedores del manejo de la enfermedad.

“En SEDENA si no eres médico militar, ya te ven como menos. En el IMSS, lo que entra en juego es el sindicato, y el instituto da mayores derechos a trabajadores de base y que tienen mayor antigüedad. Aquí en Citibanamex es completamente diferente, para empezar la unidad temporal no existía antes de la pandemia y la mayor parte somos médicos generales. Aquí si tienes especialidad, claro que te distingues por tener más conocimientos, pero eso no significa que tú como médico general no puedas tomar decisiones. Aquí no pasa lo que sucede en otros lados, al médico general se le da autoridad para hacer y deshacer y los especialistas son más bien supervisores o consultores entonces las jerarquías no están marcadas. E incluso pasa lo siguiente, si llegan nuevos especialistas, los que capacitamos somos los médicos generales que iniciamos desde cero, porque aquí tenemos la filosofía de que quien lleva más tiempo trabajando con covid pues tiene más conocimientos que el propio especialista, somos covidólogos. En este sentido, la experiencia de haber tenido tantos pacientes está por encima de una especialidad”. ***(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).***

“En comparación con otros hospitales donde hay mucha jerarquía, a mí me generó mucha sorpresa ver que hay una buena relación entre médicos y especialistas, todos estamos ayudando. Siempre hay rangos por supuesto, pero no por ejercer poder, sino porque hay gente que sabe más. Aquí no ha sido de que si es especialista no le puedes decir nada, como médico general puedes aconsejarle e incluso corregirlo porque en muchos casos llevamos más tiempo trabajando con covid que ellos”. ***(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).***

2.8 Discusión y conclusiones del capítulo

La emergencia sanitaria por Covid-19, requirió en la Ciudad de México, no solo de la reconversión hospitalaria, sino de la creación de hospitales temporales para poder hacer frente a la alta demanda de pacientes, muchos quienes no tenían acceso a servicios de salud (Nájera, H y Ortega-Ávila, A 2020).

La Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19), otrora un centro de convenciones y exhibiciones se convirtió en un par de meses, en un espacio hospitalario público-privado de atención a la pandemia por Covid-19 donde participaron diversos actores como la Fundación Carlos Slim, la Corporación Interamericana de Entretenimiento (CIE), el Gobierno de la Ciudad de México, la UNAM, el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán, así como otras empresas privadas de importante presencia en nuestro país (Flores, M, et al, 2021).

Debido a la alta demanda de pacientes que se avecinaba en los primeros meses del 2020, la convocatoria de ingreso a la UTC-19 permitió la participación de muchos jóvenes médicos generales de recién egreso universitario, algunos que incluso estaban terminando su servicio social. Esta situación, de incluir jóvenes como personal de salud, ya fueran enfermeros, médicos generales o residentes para atender la creciente demanda de pacientes con Covid-19, también se debió, como apuntan otras investigaciones como las de Rubén Muñoz y Renata Cortez, (2021), Olmedo-Canchola, V, et al, (2020), Rosas, R, et al (2022) y Rubén Muñoz (2022) por la falta de personal médico, debido al permiso de ausencia solicitado por mayores a 65 años y/o que tuvieran factores de riesgo frente a la Covid-19.

Acorde a cifras del libro titulado “Memoria de la Unidad Temporal COVID-19”, hasta un 55% de los médicos generales que participaron en la UTC-19, eran al momento de su contratación, estudiantes de Medicina que apenas terminaban su servicio social o bien que estaban en trámites de titulación, la inmensa mayoría de ellos, de la UNAM. (Flores, M, et al, 2021). Esto se puede ver reflejado no solo a nivel de los médicos, sino en otros profesionales de la salud en la UTC-19 como sucedió con el personal de enfermería como cita Rosas, et al (2022):

“El estado excepcional de liminalidad, que dada la incertidumbre y el desconocimiento del comportamiento de la nueva enfermedad de COVID-19, provocó que las y los enfermeros con experiencia rechazaran, en gran medida, la convocatoria a participar en la primera línea de atención a las personas afectadas. Ello obligó a la formación de nuevos equipos de trabajo, integrados por enfermeros jóvenes recién egresados o pasantes de la licenciatura, quienes nunca imaginaron insertarse en una tarea de tal envergadura”. (Rosas, R, et al, 2022: 147).

A través de este primer capítulo empírico, se ha descrito y analizado lo que se categorizó como la *experiencia profesional* de estos jóvenes médicos generales en la UTC-19, abordando distintas áreas de análisis. 1) Conocer por qué decidieron participar en la atención a la pandemia. 2) Explicar por qué decidieron hacerlo en la UTC-19. 3) Describir en qué áreas participaron y qué actividades desempeñaron. 4) Explorar qué hizo de su experiencia en la UTC-19 distinta a otros espacios hospitalarios de atención a la pandemia, y finalmente, 5) Entender los principales desafíos a los que se enfrentaron.

En cuanto a los principales motivos para participar en la atención a la pandemia, se encontraron dos principales. La primera vinculada al sentido de responsabilidad y compromiso por ser médicos, es decir, al asumir que ellos tenían la formación específica para contribuir a atender una crisis sanitaria como la pandemia por SARS-CoV-2. Este sentido obligación moral y social coincide con lo encontrado en otras investigaciones como la de Rubén Muñoz (2022) realizada en México donde incluso médicos con factores de riesgo decidieron participar a pesar de saberse vulnerables a desarrollar un cuadro grave en caso de contagio. En China, por ejemplo, al principio de la pandemia, investigaciones como la de Liu, X, et al, (2012) también documentaron ese sentido del deber, aunque más enfocado al devenir de su sociedad y de su país.

Sin embargo, para los médicos generales consultados en esta investigación, el sentido de responsabilidad también se extendió justamente al hecho de sentir la necesidad de participar para reemplazar a todos aquellos médicos de mayor edad y/o con factores de riesgo que decidieron aislarse por protección -muchos de ellos sus propios familiares o docentes-. Este llamado a sustituir a sus mentores, también se podría explicar como una pauta internalizada del *habitus* médico (Castro, R, 2014) y de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, R, 2014) en el sentido de tener que asumir roles y responsabilidades que otros con mayor jerarquía no desean ejecutar, en este caso específico, por el riesgo

de contagio y a presentar un cuadro grave. Esta construcción social respecto al virus se abordará de manera más extensa en el siguiente capítulo cuando se hable de la experiencia de manera específica en términos de salud y autoatención.

Otra de las razones principales que motivaron a los médicos a participar en la atención a la pandemia, fue el hecho de reconocer que esta crisis sanitaria era un momento histórico para la humanidad y, por tanto, sería una gran oportunidad laboral y educativa para ellos. Así, como intentaré mostrar en los siguientes capítulos, trabajar durante la crisis sanitaria se significaría para los médicos como una disrupción en su trayectoria profesional retomando a Freidson (1977), es decir un cambio en esa secuencia de acontecimientos con actividades y roles específicas de la propia formación biomédica. Esta disrupción en la trayectoria profesional de los jóvenes médicos generales, contrario a lo que encontró Rubén Muñoz (2022) con médicos residentes en la Ciudad de México, fue considerada como una oportunidad inesperada frente a la incertidumbre laboral tras el egreso universitario y frente a las dudas y desafíos del siguiente paso en su trayectoria formativa y profesional, es decir, la especialización. Muñoz (2022) encuentra en el testimonio de los residentes entrevistados, la percepción de que esta crisis sanitaria ha modificado el curso de su especialización y exigido el desempeñar roles y actividades distintas a las que tendrían que haber realizado en su residencia, e incluso se percibe el malestar e inconformidad por ser ellos (los residentes) quienes prácticamente de manera obligatoria deban atender casos por Covid-19 en las instituciones donde realizan la residencia, pese a que su especialización no relación directa con enfermedades infecto-contagiosas, como por ejemplo, Psiquiatría. En esta investigación, en específico, un par de médicos generales entrevistados se refirieron a esta experiencia en la UTC-19 como un “segundo internado”, entendido esto como una experiencia repleta de aprendizajes y desafíos que contribuyeron a enriquecer su trayectoria profesional.

Finalmente, un tercer aliciente para trabajar en la atención a la pandemia fue el factor económico, ya que muchos de los médicos consultados refirieron no tener un trabajo formal al momento del inicio de la pandemia, y algunos incluso mencionaron que en su familia empezaban a experimentar a atravesar algunos problemas económicos como consecuencia de la misma pandemia. De esta manera, se encontró que la necesidad

económica y la obligación de contribuir a cooperar en sus familias, impulsó la búsqueda de trabajo como personal de primera línea en atención a la pandemia.

Respecto a los motivos de los médicos generales para trabajar de manera específica en la UTC-19, se identificaron tres primordiales: En primer lugar, la confianza en la infraestructura y estrategia detrás del proyecto debido a la participación de instituciones reconocidas tanto del ámbito público como privado, en particular la Fundación Carlos Slim y la UNAM.

Un segundo motivo para participar en la UTC-19 fueron los sueldos altamente competitivos por encima del promedio para un médico general de recién egreso, considerando que el sueldo obtenido por los médicos consultados fue de \$33,000 pesos al mes, y según cifras recientes del Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO) el sueldo promedio de un médico general en México es de \$17,889 pesos al mes⁴². Mientras que, por ejemplo, un especialista en un hospital de tercer nivel como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) un médico especialista nivel A, obtiene en promedio \$18,809 pesos al mes.⁴³

Este elemento de los altos ingresos económicos fue mencionado por los médicos durante las entrevistas como una de las principales razones para participar en la UTC-19, aunque en algunos casos de forma velada y con temor a ser percibidos como oportunistas o materialistas, mientras que otros, declararon este motivo sin mostrar vergüenza, explicando que, difícilmente se les presentaría una oportunidad laboral que les permitiera obtener ingresos de esta magnitud como médicos generales. De hecho, varios médicos coincidieron que, de no ser por la pandemia, el médico general seguiría sin reconocimiento social y percibiendo bajos salarios.

En la narrativa de los médicos consultados, considero que el factor del ingreso económico ha podido condicionar determinadas respuestas respecto a su experiencia en

⁴² IMCO (2022) Retomado el 21 de marzo de 2022 de: <https://imco.org.mx/comparacarreras/carrera/711>

⁴³ El Financiero (2022). "Esto ganan un médico general y un médico especialista en instituciones públicas de México". <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/18/esto-ganan-un-medico-general-y-un-medico-especialista-en-instituciones-publicas-de-mexico/>

la UTC-19, dando por resultado, un cúmulo de representaciones sobre-idealizadoras respecto a la unidad y sus alcances, es decir, exagerar aciertos y no ver áreas de oportunidad o desventajas.

Finalmente, un tercer motivo de participación en la UTC-19 que describo en este capítulo, se refiere al convenio de la UTC-19 con hoteles cercanos de prestigio, pues se le ofreció a personal sanitario la posibilidad de mudarse temporalmente a cuartos de hoteles de cuatro y cinco estrellas con alimentación incluida, con la intención de evitar posibles contagios a sus familiares durante el tiempo de trabajo. Como veremos de manera más profunda en capítulos posteriores, paradójicamente, la mayoría de los médicos consultados que decidieron aprovechar esta prestación, refirieron haberse contagiado en reuniones familiares o al sostener reuniones en los cuartos de los hoteles.

Respecto a los lugares de trabajo donde se desempeñaron los médicos consultados en la UTC-19, en este capítulo se abordaron cuatro áreas que integran lo que defino como *covitario*. Este concepto lo retomo a partir de un código in vivo que emergió en un par de entrevistas para definir el lugar de trabajo donde se trataban pacientes con Covid-19. En otras investigaciones, por ejemplo, (Muñoz, 2021) se ha discutido cómo este espacio fue de alguna forma estigmatizado, junto con el personal de salud que ahí trabajó por otros profesionales de la salud que decidieron no atender pacientes con Covid-19. Terminología como “covilandia” encontrada en otras investigaciones, o en este caso “covitario”, utilizado por los propios médicos que trabajaron ahí, son palabras que evocan un espacio bien delimitado y con características específicas en un momento crítico, y aunque se pueda discutir la presencia de una connotación estigmatizadora tanto externa como interna, también podríamos encontrar la necesidad de nombrar y distinguir un espacio inédito para atender una enfermedad hasta hace poco desconocida. De esta manera, en este capítulo integro cuatro áreas neurálgicas de lo que podríamos definir como el covitario: 1) Triage, entendida como la puerta de entrada al mismo, donde se hace una evaluación y selección de pacientes que requieren hospitalización. 2) Hospitalización, un espacio de aislamiento, y contención tanto física como emocional, para tratar oportunamente a pacientes con Covid-19 de leve a moderado con la intención de evitar un empeoramiento del cuadro. 3) Terapia Intermedia, un área liminar entre las

zonas de hospitalización y terapia intensiva, destinada a suministrar oxígeno de alto flujo a pacientes que mostraban un cuadro más severo, pero a quienes se procuraba evitar el ingreso a terapia intensiva mediante estrategias todavía no invasivas. 4) Terapia Intensiva, fue ese espacio donde irremediablemente llegaban los casos más graves, y donde se realizaban procedimientos críticos e invasivos como la intubación con la intención de evitar el fallecimiento del paciente. En todas las áreas se describieron las distintas representaciones sociales de los médicos consultados respecto a responsabilidades, actividades y roles, así como aspectos significativos, incluyendo principales gratificaciones y dificultades.

El área del triage, se destacó por ser ese primer nivel de atención a la Covid-19 para el público en general con sospecha de estar contagiado con el virus SARS-CoV-2. La UTC-19 destinó desde su planeación, 8 módulos distribuidos alrededor de la Ciudad de México para atender pacientes con sospecha de Covid-19, y seleccionar por criterios diagnósticos e historia clínica, quienes ameritaban ser canalizados a la UTC-19 para ser hospitalizados, por urgencia o como carácter preventivo. Los médicos consultados que laboraron en la zona del triage, refirieron que habían elegido participar en esta área de manera específica, porque las actividades a desempeñar no eran del todo desconocidas, (tomar temperatura, presión arterial, y medición de oxígeno en sangre, por ejemplo) y porque su percepción del riesgo respecto al contagio por el SARS-CoV-2 era menor que en otras áreas de trabajo pese al contacto directo con pacientes. Esto en función de que los módulos del triage, se encontraban en carpas con suficiente ventilación y porque el equipo de protección ofrecido por la UTC-19 era suficiente y de buena calidad.

En esta área del triage, la mayor parte de los médicos generales que fueron entrevistados, aseguraron que el mayor desafío fue el tener que decidir quién ingresaba al hospital y quién no, ya que esto generó disputas con algunos pacientes y los familiares de estos. Esto se ha encontrado en otras investigaciones y publicaciones respecto a los dilemas morales de tener que finalmente hacer una discriminación entre quien deba o no ser aceptado y los conflictos que emergen de ello, como enmarcan publicaciones como la de Lisa Rosenbaum (2020) respecto a la crisis pandémica por SARS-CoV-2 en Italia donde se tenía que elegir en función de disponibilidad de camas, la edad y estado de

salud del paciente a la hora de llegar al hospital. En la presente investigación, en algunos casos, ya fueran los propios pacientes o sus familiares, desconfiaban de ser hospitalizados por representaciones que aseguraban que una vez ingresado, no se saldría vivo de ahí. Estas representaciones sociales, fueron atribuidas por los médicos consultados a la infodemia en medios de comunicación masiva y a comentarios de terceros como amigos, familiares o vecinos tras alguna experiencia cercana. En algunos casos, fue interesante escuchar que sucedió todo lo contrario, es decir, los conflictos en la relación médico-paciente y médico-familiar del paciente, se debía al hecho de que el paciente no contaba con suficientes criterios para ser ingresado. Esta respuesta más que tranquilizar al paciente y/o a sus familiares para continuar el tratamiento en casa, fue significado en ocasiones como una muestra de desentendimiento, negligencia y/o discriminación de los médicos hacia ellos.

Ya en el área de hospitalización, denominada como de contención, se iniciaba el tratamiento preventivo con oxígeno suplementario, administración de anticoagulantes, regulación de signos vitales como pulsaciones, temperatura corporal y presión arterial, pero también se daba contención emocional a los pacientes, quienes según los médicos consultados llegaban muy desconcertados por sentirse preocupados por su pronóstico, frustrados por haberse contagiado y culpables por pensar que habían contagiado a amigos y familiares. Siendo un área donde la mayor parte de los pacientes permanecía estable y egresaba sin mayores complicaciones, la relación médico-paciente fue considerado como un elemento que privilegió la decisión de muchos médicos para decidir trabajar exclusivamente en esta área.

Aunado a ello, la mayoría de los médicos entrevistados aseguró que permitir el uso de teléfonos móviles en la zona de hospitalización de la UTC-19, fue un acierto, pues permitió a los pacientes mantener contacto estrecho con sus familiares mediante llamadas y videollamadas, algo que psicológicamente contribuía a la recuperación de los ingresados. Lo más gratificante según la narrativa de los médicos participantes en esta investigación, lo situaron en el hecho de recibir el agradecimiento de pacientes y familiares, sobre todo cuando el resultado fue favorecedor, mientras que dar noticias desfavorables respecto a la evolución del paciente, fue significado como una actividad

difícil por sentir el miedo, la preocupación y desconcierto de los familiares, que, en algunos casos, se transformaba en amenazas e insultos. Respecto a la percepción del riesgo de contagio en esta área, la mayor parte de los participantes refirió sentirse seguro pues, a pesar de tener contacto con los pacientes, contaron con protocolos de seguridad y equipo de protección de buena calidad. Esto último es interesante, ya que, otras investigaciones realizadas durante el primer año de la pandemia sobre la salud física y mental de trabajadores de la salud durante la crisis sanitaria coincidieron en exponer que uno de los elementos que causaba mayor estrés en el personal sanitario fue el equipo de protección por considerarlo, incómodo, insuficiente o de mala calidad. De esta manera, fue habitual el encontrar entre las conclusiones y recomendaciones de varias publicaciones, una preocupación en términos de salud pública, de garantizar equipo de protección suficiente y de calidad para trabajadores de la salud durante la pandemia, como señalan diversos artículos: (Chen, Q, et al, 2020), (Lai, J, Ma, S, y Wang, Y, 2020), (Adams, J & Walls, R, 2020), (Vera San Juan, N, et al, 2020) y Robles, R, et al, (2021). Incluso, en una publicación realizada por Rubén Muñoz (2021) sobre el riesgo en médicos que atendieron la pandemia por Covid-19 en hospitales públicos la Ciudad de México, se menciona que varios médicos invertían sus propios recursos en la compra de material de protección de calidad, ya que consideraban insuficiente el que recibían en los hospitales públicos.

No obstante, en esta investigación, el equipo de protección no fue mencionado como un elemento que generara estrés en los participantes, sino todo lo contrario, la mayoría de los entrevistados mostró confianza en el equipo de protección ofrecido en la UTC-19, por reconocerse como suficiente y de buena calidad. Incluso, algunos mencionaron que trasladaban y reutilizaban el material que les ofrecían en la UTC-19 cuando iban a trabajar en otros hospitales o al desempeñar práctica privada; esto por considerar al equipo ofrecido en la UTC-19 de calidad y para evitar gastos de bolsillo que ya Rubén Muñoz (2022) mencionaba que ocurría con varios médicos que trabajaron en hospitales públicos en la Ciudad de México. A su vez, es interesante notar que la mayoría de los médicos refirió sentir que había un mayor riesgo de contagio en la zona de comedor que dentro de las áreas operativas del hospital, por pensar en la probable contaminación por fómites, es decir, elementos como ropa u otros objetos contaminados con el patógeno

del SARS-CoV-2. Sin embargo, la mayoría de los consultados, tal como sucedió con la mayoría de los médicos entrevistados a lo largo de la investigación, sostuvo que el mayor riesgo de contagio no fue en la UTC-19 sino en otros espacios hospitalarios con menores estándares de seguridad, y, sobre todo, refirieron sentir que los contagios se daban sobre todo fuera del ambiente hospitalario, es decir, en reuniones familiares o la asistencia a supermercados. Este tipo de representaciones serán discutidas y abordadas con mayor profundidad en el siguiente capítulo, aunque ya vislumbran semejanzas con elementos encontrados en otras investigaciones como la realizada por Rubén Muñoz (2021) sobre construcción social del riesgo y Covid-19 y atención hospitalaria en la Ciudad de México, ya que el autor encontró que los médicos, a pesar de reconocer la existencia del riesgo de contagio por trabajar en unidades Covid-19, varios aseguraron que muchas de las infecciones por Covid-19 se daban sobre todo fuera del ámbito hospitalario (Muñoz, R, 2021).

Ya en terapia intermedia, los médicos generales consultados refirieron que el estrés laboral se intensificaba debido a la necesidad de tomar decisiones rápidas para intentar detener el empeoramiento del paciente y evitar trasladarlo a terapia intensiva. Para los médicos que trabajaron en esta zona en específico, la estrategia de suministrar oxígeno de alto flujo fue un elemento destacado para evitar que muchos pacientes se complicaran al grado de ser intubados, y fue, para ellos, un rasgo diferenciador respecto a muchos otros hospitales que no contaban con esta alternativa. En general, para la mayor parte de los médicos consultados, la estancia del paciente en terapia intermedia era mucho más corta que en el área de hospitalización, y el ambiente de trabajo más dinámico por la imperiosa necesidad de tomar decisiones importantes de manera más rápida y eficiente, con menor margen de error. Nuevamente, el rol de proporcionar informes a los familiares vía telefónica fue narrado como un estresor ya que, en terapia intermedia, muchas actualizaciones incluyeron la necesidad de trasladar al paciente a terapia intensiva frente al asombro, preocupación y frustración de los familiares. La exposición al dolor ajeno ha sido documentada por otras investigaciones, por ejemplo, de manera específica respecto al síndrome de “fatiga por compasión”, por Torres-Muñoz, V, et al, (2020) respecto al desgaste de trabajadores sanitarios en Jalisco, México, por observar el deterioro de pacientes con Covid-19.

Finalmente, el área de terapia intensiva como sucedió en otros espacios hospitalarios se constituyó como un espacio destinado al cuidado y tratamiento de pacientes que presentaban un cuadro grave de Covid-19, no habían mejorado en terapia intermedia y cuyo pronóstico era reservado. En esta instancia, muchos médicos generales relataron sentir que inicialmente se les habían conferido actividades subordinadas como dar seguimiento a exámenes de laboratorio, realizar estudios de gasometría o electrocardiogramas, pero conforme pasó el tiempo, fueron adquiriendo conocimiento y oportunidades para realizar procedimientos más complejos como la intubación.

Respecto a ello, en los testimonios de los médicos en terapia intensiva, se visibiliza lo que algunos participantes refirieron como una mayor horizontalidad laboral respecto a otros espacios de trabajo previos a la pandemia. Es decir, la oportunidad de colaboración entre médicos generales, especialistas y médicos con mayor experiencia profesional, sin experimentar, la habitual violencia jerárquica que responde al *habitus* biomédico (Castro, R, 2014) y a su cultura organizacional (Muñoz, R, 2014). Para los actores entrevistados, el solo hecho de estar ahí en terapia intensiva, constituyó un espacio de importante aprendizaje que, en algunos casos, -y dependiendo del tipo de relación establecida con los especialistas y la demanda de pacientes- se podría convertir en praxis.

Por otro lado, en terapia intensiva, el estrés y la frustración por no poder ayudar a determinados pacientes y el dolor por la exposición a la muerte, fueron significados por los entrevistados como elementos que afectaron la salud mental durante su estancia en esta área de trabajo. Un hallazgo relevante en ésta y el resto de las áreas fue que los médicos generales tuvieron entre sus principales encomiendas, el ser los principales encargados de brindar los informes a los familiares. Estas dos situaciones, 1) la mayor exposición al dolor y a la frustración debido a la muerte de pacientes y 2) el tener que comunicar las malas noticias a familiares de los pacientes fueron elementos también presentes en otras investigaciones como la realizada por Norha Vera San Juan, et al, (2020) con personal del Sistema Nacional de Salud o NHS en Reino Unido. Respecto al rol de los médicos generales de comunicar el estatus del paciente a sus familiares, esto podría entenderse como un desentendimiento de los propios especialistas y médicos de mayor jerarquía por tener que comunicar actualizaciones a los familiares y evitar los

fenómenos de transferencia y contratransferencia en la interacción médico-paciente, o en este caso médico-familiar del paciente (Deveraux, G, (1977). De esta manera, fueron los médicos generales quienes tuvieron que absorber gratificaciones y elogios, pero también la ansiedad, el enojo, la frustración y dolor ajeno, y la respuesta propia ante esas sensaciones.

En esta área al igual que sucedió en terapia intensiva, el riesgo de contagio por SARS-CoV-2 se asumió como mayor que en otras áreas de trabajo por los médicos consultados, debido el tipo de procedimientos realizados que podrían generar aerosoles como la intubación. Esta situación se reconocía que podría facilitar no solo el contagio, sino una exposición a una mayor carga viral como señalan algunas investigaciones (Prather, K, Wang, C y Schooley, R, 2020). Sin embargo, nuevamente la confianza de los médicos consultados en los protocolos y en el equipo de protección proporcionado, fueron significados como elementos racionales biomédicos para disminuir la percepción del riesgo. Retomando la definición de Mary Douglas, “el riesgo no es un ente material objetivo, sino una elaboración, una construcción intelectual de los miembros de la sociedad que se presta particularmente para llevar a cabo evaluaciones sociales de probabilidades y de valores” (Douglas, M, 1987: 56).

Acorde a los participantes en esta investigación, la experiencia profesional en la UTC-19, tuvo rasgos diferenciadores respecto a otras unidades temporales y hospitales covid e híbridos, entre los que se encontraron: 1) Protocolos internacionales de seguridad constantemente actualizados, 2) los sueldos altamente competitivos, 3) la alta disponibilidad de equipo de protección y de alta calidad, 4) el enfoque preventivo de la hospitalización temprana gracias a la instalación de los módulos del triage en ocho puntos de la ciudad, 5) el uso de puntas de alto flujo en terapia intermedia, y finalmente, 6) una percepción de mayor horizontalidad laboral.

Acorde a los testimonios de los médicos entrevistados, el importante respaldo interinstitucional del proyecto, la fuerte inyección económica destinada al mismo, y la correcta planeación y ejecución del proyecto, permitieron reducir en la UTC-19, lo que ya Chomali & Arguello (2021) consideraron las tres áreas de mayor riesgo para los hospitales Covid e híbridos: 1) El riesgo de contagio de los trabajadores sanitarios, 2)

Riesgo de presentar insuficientes recursos materiales y humanos para hacer frente a la demanda y finalmente 3) El riesgo de no contar con suficientes recursos considerados críticos, es decir, equipo de protección.

Esto corresponde con las cifras que se obtuvieron respecto a la tasa de mortalidad en la UTC-19 hasta el día de su cierre, situándose en un 3.7%⁴⁴ según cifras del Gobierno de la CDMX, en comparación con la media nacional de 9%⁴⁵ según la Universidad Johns Hopkins. Aunado a ello, según el libro Memoria de la Unidad Temporal Covid-19, se establece que ningún médico que haya trabajado en la UTC-19 falleció durante su participación en la misma (Flores, M, et al, 2021), situación que llama poderosamente la atención cuando se sabe México ha sido uno de los países con mayor número de muertes de personal sanitario durante la pandemia por Covid-19 (Chertorivsky et al.,2020).

Finalmente, respecto a la percepción de mayor horizontalidad laboral entre los médicos consultados, ellos aseguraron haber vivido en la UTC-19 un espacio laboral, que rompió con la habitual verticalidad del campo biomédico, y que ya habían experimentado estos mismos médicos por ejemplo, en la rotación del internado donde percibieron violencia jerárquica algo muy habitual en el *habitus* médico que explica Roberto Castro, (2014) entendido “como una serie de predisposiciones del campo médico que van a configurar la interacción social, y orientar maneras de pensar y actuar en los individuos”.

De esta forma, eso que los médicos entrevistados llamaron denominaron como una “mayor horizontalidad laboral” y que generó sorpresa entre ellos mismos, lo considero una disonancia cultural de índole biomédica, es decir, un fenómeno de incompreensión y conflicto experimentado por los médicos consultados frente al choque temporal con el propio *habitus* médico que habitualmente remarca las jerarquías y por consiguiente las

⁴⁴ Jefatura de Gobierno de la CDMX. (2021). Sumando voluntades. Reconocimiento a los esfuerzos emprendidos en la Ciudad de México ante la pandemia por Covid-19, 2020/2021. Retomado el 17 de mayo de 2022 de: <https://jefaturadegobierno.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/mensaje-de-la-jefa-de-gobierno-claudia-sheinbaum-pardo-durante-el-evento-sumando-voluntades-reconocimiento-los-esfuerzos-emprendidos-en-la-ciudad-de-mexico-ante-al-pandemia-de-covid-19-20202021>

⁴⁵ Johns Hopkins University (JHU) (2021) Mexico- COVID-19 Overview. Retomado por última vez el 28 de junio de 2022 de <https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>

actividades, los roles y responsabilidades. Esta nueva manera de relacionarse de los médicos generales quienes son habitualmente subordinados en la estratificación biomédica como han referido investigaciones previas (Hasselkus, G, 2019), también responde a la crisis de un fenómeno incierto y novedoso como lo fue la pandemia por SARS-CoV- 2 y que requirió urgentemente como proponen Rubén Muñoz & Renata Cortez (2021), un reajuste en algunas pautas de la cultura organizacional biomédica tradicional, que ellos denominaron cultura organizacional epidémica, es decir, un modelo diseñado para enfrentar la crisis sanitaria en específico, lo que incluyó la reorganización y distribución de personal sanitario, la reconversión hospitalaria y la creación de nuevos espacios hospitalarios como la UTC-19.

Así, para mí, la cultura organizacional epidémica (Muñoz, R y Cortez, R, 2021), habla de transformaciones entendidas como disonancias culturales de carácter temporal para enfrentar una crisis, incluso si estos ajustes no corresponden a las pautas convencionales previamente establecidas, asimiladas y altamente reproducidas dentro del campo médico, como, por ejemplo, la estructura jerárquica biomédica (Castro, R, 2014).

El haber percibido una mayor horizontalidad laboral entre médicos generales y especialistas en la UTC-19, fue una disonancia cultural para los propios médicos, ya que fue algo inédito respecto a experiencias previas y representaciones del propio campo médico. Estos ajustes y percepciones, en realidad responderían a la necesidad de atender una crisis inédita por la alta demanda de pacientes y por la necesidad de organizar nuevos espacios de atención hospitalaria como lo fue la UTC-19. Así, representaciones como el sentir que se relacionaron de manera más horizontal con los especialistas, no sería únicamente obra de haber participado en un espacio juvenil donde la mayoría de los trabajadores eran menores a 50 años, sino a la necesidad de organizar un nuevo espacio frente a una nueva enfermedad, y donde, por consiguiente, no existían, al menos de manera visible, jerarquías muy marcadas como sí sucedió en hospitales con mayor historia. Así, el que los médicos consultados hayan percibido una mayor responsabilidad y agencia para decidir sobre el tratamiento del paciente o el haber percibido un mayor reconocimiento como médicos generales, incluida una mayor

remuneración económica, fueron percibidas como disonancias culturales que responderían a una temporalidad pandémica, mediadas por la cultura organizacional epidémica (Muñoz, R y Cortez, R, 2021).

En la narrativa de los médicos entrevistados se encuentran plasmadas representaciones como el hecho de que, como médicos generales, posterior a la pandemia, difícilmente puedan aspirar a acceder a un espacio laboral con las características que ha tenido la UTC-19, incluyendo protocolos de seguridad, equipo de protección y sueldos por arriba del promedio. Esto devela que los propios actores de esta investigación eran conscientes desde el comienzo de su participación, de que algunas de estas disonancias culturales vistas como oportunidades, respondían al sisma pandémico, y que debían ser aprovechadas en el momento, puesto que, en circunstancias normales, estarían fuera de su alcance.

CAPÍTULO III. LA EXPERIENCIA DE LA SALUD DEL MÉDICO GENERAL EN LA UTC-19. PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y ESTRATEGIAS DE AUTOATENCIÓN

El presente capítulo busca describir y analizar no sólo cómo los médicos generales enfrentaron el riesgo de contagiarse por SARS-CoV-2 tanto dentro como fuera del espacio hospitalario, sino qué estrategias emplearon para cuidar y descuidar su salud en general durante su participación en la crisis sanitaria, incluyendo cómo atendieron aspectos de su salud, como la alimentación, el ejercicio, las horas de sueño y la salud mental.

Inicialmente, este capítulo se centra en comprender la percepción de riesgo y vulnerabilidad de los propios médicos frente al virus, así como cuáles fueron sus estrategias para evitar contagios o bien buscar el contagio deliberado con la intención de reducir la incertidumbre, planificar salidas y así buscar proteger a terceros. Más adelante se aborda el tema de la mudanza profiláctica a hoteles, donde varios médicos generales vivieron de manera temporal, llevando a cabo dinámicas contraindicadas por el propio sistema biomédico con la intención de enfrentar el aislamiento, aunque incrementaran por otro lado, el riesgo de contagio.

Aunado a lo anterior, en este mismo capítulo se describe la experiencia del contagio como médicos de la UTC-19, dónde creen que se contagiaron, y la atención recibida en esta misma unidad temporal. Más adelante, se describe la llegada de las vacunas y las representaciones asociadas a éstas, así como las reconfiguraciones en sus estrategias de cuidado a partir de la inoculación.

También en este capítulo se describe y analiza cómo esta experiencia laboral durante la crisis sanitaria incidió en su salud de manera general y cómo cuidaron o descuidaron determinadas áreas como la alimentación, las horas de sueño y el ejercicio. En este análisis, incluyo cómo el desgaste laboral o burnout incidió en la salud mental de los médicos y qué estrategias de atención y/o autoatención incorporaron.

Finalmente, como sucede en otros capítulos, se agrega un apartado de conclusiones donde se analizan y debaten empírica y teóricamente los hallazgos.

3.1 ¿Soy población de riesgo? Contagio y percepción de vulnerabilidad

Es importante mencionar que la mayor parte de los médicos entrevistados sostuvieron que su mayor preocupación durante su estancia en la UTC-19 no era el contagio propio, sino contagiar a otros miembros de su familia. A pesar de reconocer el riesgo de contagio por el simple hecho de trabajar en una unidad temporal dedicada a la atención de pacientes con Covid-19, la mayoría de los consultados, incluso aquellos con algunos factores de riesgo, mencionaron que su mayor preocupación era contagiar a alguien más y no tanto padecer la enfermedad. Es decir, la percepción del riesgo de padecer una enfermedad grave fue menor, y por dos razones en específico: 1) La edad, y 2), por tener confianza en la institución donde laboraban y un mayor conocimiento de la enfermedad en caso de contagio. De esta manera, como se procurará mostrar en este capítulo, las estrategias de reducción del daño y de autoatención respecto a Covid-19 emprendidas por los médicos consultados, se orientaron sobre todo desde un aspecto relacional, de prevención del contagio respecto a terceros y no tanto para sí mismos, aunque se consideraran a sí mismos como un posible vector o vehículo de contagio.

“Yo tengo un factor de riesgo que es el tabaquismo, fumo aproximadamente cinco cigarrillos al día y eso sigue siendo un factor. La verdad, yo sé que, si me enfermo, no creo ser asintomática, y aunque no me complique por ser joven, mi mayor preocupación sería transmitirla a mi familia. Aunque es verdad que la Covid es una enfermedad medio rara, no sabes, no sabes cuándo sí y cuándo no”. (Mujer/General/26 años/octubre de 2021/ RMR /Hospitalización).

“Yo soy persona de alto riesgo, tengo una enfermedad autoinmune y tomo inmunomoduladores. No es que sea tan vulnerable, pero sí me puede dar más fuerte la infección, y por eso me mantengo controlada. Me fui a vivir a otro lado para no exponer a mi familia pues mis padres ya son mayores y tienen factores de riesgo”. (Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).

“Mira, no le he tenido miedo a contagiarme, primero porque soy joven y podemos decir que sano. La mayoría de los pacientes que hemos visto empeorar contaban con más enfermedades y rebasaban los 50. Por otro lado, acá en Citibanamex siento que estamos

en un lugar seguro, y tenemos el conocimiento para tomar decisiones a tiempo”.

(Hombre /General/29 años/enero 2021/ DDA/Terapia Intermedia).

Esta situación, tuvo distintos matices dependiendo de la situación familiar de cada médico y de la decisión de quedarse en casa o mudarse. En el primer caso, es decir, la decisión de quedarse en casa, se privilegió el hecho de no romper la unión familiar, y de poder tener la oportunidad de atender de manera presencial y rápida a cualquier miembro de la familia que pudiera requerir atención médica en caso de contagio. Al mismo tiempo, el hecho de reconocerse como un posible vector de contagio y de vivir bajo un mismo espacio junto con otros familiares, diversificó las estrategias para reducir la probabilidad de contagio.

“Mira, era recién egresada, terminé en febrero de 2020 la carrera, vivía con mi familia y cuando decidí participar pensé en salirme de mi casa para no contagiarlos, pero conforme pasaron las semanas decidí quedarme porque también pensé que, si pasaba algo con ellos, yo podría estar ahí para atenderlos más rápido. Por eso mejor tomé un método de no entrar con la ropa que traía, de aislarme en mi cuarto ante sospecha y comer en distintos momentos a ellos”. ***(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).***

Por otro lado, quienes optaron por mudarse de casa, lo hicieron primordialmente para evitar ser un vector de contagio, pero también para evitar un potencial sentido de culpa. Este grupo de médicos no desarrolló una serie de estrategias tan amplias más allá del propio distanciamiento, e incluso como se intentará mostrar más adelante en este capítulo, varios médicos asumieron el contagio como algo esperado, y como un fenómeno con características profilácticas para generar anticuerpos y eventualmente poder visitar a familiares y amigos con una mayor protección. En el caso de los médicos que optaron por mudarse de casa, al cumplir con el distanciamiento, decidieron emprender otro tipo de estrategias para reducir otro tipo de daños, como, por ejemplo, el estrés laboral, y las emociones por el distanciamiento de familiares y amigos.

“Yo no quería ser quien contagiara a mi familia y desde que decidí participar, sabía que debía moverme porque no iba a soportar saber que había sido yo quien trajo el virus a casa. Acá en los hoteles me he sentido más tranquila, convivimos muchos de la facultad,

se hace buen ambiente y aunque extraño a mi familia, sé que es lo mejor para ellos. Eso sí, busco hablarles casi a diario y estar ahí para recomendarles cualquier cosa que necesiten". (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

3.2 Mudanza profiláctica; ¿quedarse en casa o mudarse para proteger a otros?

Un elemento que destacaron los médicos informantes respecto a su participación en la Unidad Temporal Covid-19 Centro Citibanamex (UTC-19), fue el hecho de haber tenido como prestación laboral, el poder mudarse temporalmente a hoteles geográficamente cercanos a la unidad, esto con la intención de que el personal de salud, incluyendo a los médicos generales, tuvieran como opción el cambio de residencia para evitar exponer a su núcleo familiar durante el tiempo de su praxis profesional en la UTC-19. La oferta de poder mudarse a hoteles de manera temporal fue bienvenida por algunos médicos, pero rechazada por otros, curiosamente por la misma razón; es decir, proteger a la familia. Para aquellos que aceptaron la oferta, mudarse a los hoteles significó la posibilidad de evitar traer cualquier posible contagio a casa, lo que les dio mayor tranquilidad. Sin embargo, es interesante observar que quienes rechazaron la prestación de mudarse a hoteles, lo hicieron porque consideraron que eso les iba a impedir atender a tiempo a algún familiar en caso de sospecha de contagio.

"Mis padres en un inicio tomaron mal que me saliera de casa (a vivir en los hoteles), me decía mi mamá no te vayas, vives acá, para qué te vas, pero les hice ver el riesgo de contagio. ¿De qué servía protegerse con el tema del confinamiento si de repente yo iba a llegar con el contagio? Ha sido difícil no te lo voy a negar, pero lo hemos sabido manejar". (Mujer/General/26 años/octubre 2020/ RMR /Hospitalización).

"Es verdad que nos ofrecieron la posibilidad de trasladarnos a vivir en hoteles, pero yo preferí quedarme en casa. Pensé, si por alguna razón mis padres se contagian, yo soy el médico para saber qué hacer y atenderlos. Les comenté sobre la posibilidad, y me dijeron la decisión que tomes, te apoyamos, vamos a enfrentar esto juntos".

(Hombre/General/27 años/noviembre 2020/ DPS/Triage).

Por otro lado, la mudanza, fue para muchos médicos consultados, una decisión conjunta con el resto de los miembros de la familia, recibiendo opiniones ambivalentes ya que por un lado se comprendía el beneficio de evitar contagios, pero también existió una

preocupación mutua, tanto del médico como de los familiares respecto a la salud del otro, al separarse durante la crisis sanitaria.

“La idea de los hoteles me pareció muy buena porque gracias a ese apoyo, protegías a tu familia, te daban hospedaje y comida. El convenio duró hasta diciembre, pero creo que se extendió para compañeros que son foráneos, pero ya son muy pocos”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

De esta manera, la UTC-19 a través de diversas organizaciones de la iniciativa privada que la impulsaron, llevaron a cabo un acuerdo por un espacio de 7 meses (mayo-diciembre de 2020) con hoteles de cuatro y cinco estrellas como el Hilton y Marriott para que el personal de salud tuviera la opción de sentirse más tranquilos, al evitar regresar a casa después de la jornada laboral, con el riesgo de exponer a su familia. El espacio les permitía descansar en camas tamaño king-size y les fueron ofrecidas desayunos y comidas, pese a que algunos médicos también optaron por traer a su habitación una cafetera o un pequeño refrigerador para almacenar y preservar algunos alimentos.

Esta prestación, significaría para muchos médicos generales, no solo una opción de mudanza profiláctica para evitar una cadena de contagios, sino que, en una dimensión mucho más pragmática, le permitió al personal de salud, incluyendo los médicos consultados, organizar mejor su tiempo y mejorar sus traslados pues al menos, la mayoría de los informantes de esta investigación, residían a una distancia considerable de la UTC-19 al momento de iniciar su trabajo en esta última. Algunos, incluso provenían originalmente de estados al interior de la República, por lo que esta prestación de residir en hoteles fue de suma utilidad para ellos, para evitar pagar renta.

“En Mayo, ya nos ofrecen hospedaje en el hotel, y la verdad lo agradecemos mucho porque ya era más seguro y cómodo, porque Citi está en el norte y yo vivo en el sur, entonces los traslados eran muy pesados y si le sumamos el miedo a contagiar a la familia pues peor”. **(Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).**

“Yo ya no convivo con mi familia todos los días desde hace tiempo, porque yo vengo de otro estado y llegué acá a estudiar a la UNAM, entonces cuando nos dieron el apoyo de

*los hoteles, fue un gran apoyo, porque mi lugar de residencia es de Hidalgo”.*⁴⁶

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

No obstante, la mudanza a hoteles también significó acorde a las palabras de los médicos entrevistados, la oportunidad de encontrar un espacio de convivencia, solidaridad, catarsis y apoyo entre colegas y amigos durante la crisis sanitaria. El hecho de dejar el hogar familiar también implicó sacrificios emocionales importantes que los médicos intentaron cubrir al compartir un espacio tan íntimo con muchos que ya eran amigos o conocidos de la Facultad de Medicina de la UNAM y de otras instituciones. Esto permitió el desarrollo de un ambiente juvenil, que les permitió lidiar a momentos de mejor manera frente al desgaste físico, y sobre todo emocional de trabajar atendiendo casos por Covid-19. Como veremos también más adelante en un capítulo enfocado al cuidado y descuido de la salud de los médicos durante esta experiencia profesional, la convivencia en hoteles también significó un espacio asumido de contagio, donde se rompieron medidas de protección y reglas de confinamiento, además de asumirse como un espacio de alto consumo de alcohol y otro tipo de estimulantes.

“De manera personal, el vivir en un hotel fue un gran apoyo para llegar a un lugar cómodo para descansar, al principio fue difícil, pero siempre estuve pensando que era lo mejor para mi familia, Y entonces ya no me pesó tanto. En los cuartos, se convive mucho con los colegas, comíamos juntos, y creas un vínculo más cercano, y es que cuando convives con gente de tu edad y profesión, todo se hace más llevadero. En el hotel se daban reuniones, y yo siento que este tipo de reuniones sociales ayudaban a que sacáramos nuestra ansiedad, y es lógico”. **(Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).**

“Acá en los cuartos del hotel te echas una chela para hablar de tus problemas. Y como todos estamos expuestos todo el tiempo, nos relajamos, ya no nos da miedo convivir como cuando ves a un familiar. Estamos con nuestros amigos y ha sido una experiencia muy padre. Eso sí, me traje sartén eléctrico, cafetera y refrigerador porque no hay nada,

⁴⁶ En este sentido, me refiero a que, si bien vivieron en la CDMX durante el tiempo de la carrera, la mayoría rentaba, por lo que, al terminar su carrera, pensaron en regresar a su lugar de residencia original (en este caso específico Hidalgo). De esta manera, la prestación de los hoteles les ayudó bastante para evitar pagar renta en la CDMX o evitar regresar a sus estados de origen.

pero te vas adaptando". (Mujer/General/26 años/noviembre 2020/ AGN /Hospitalización).

"Los que nos aventamos el rollo fuimos sobre todo jóvenes, somos de la facultad, yo tengo 27, pero todos nos llevamos alrededor de 1 a 3 años de diferencia. En el hotel siento que vivo con mis amigos, comemos juntos, nos vamos a todos lados juntos, regresamos juntos. (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

Aunado a ello, para varios de los médicos generales entrevistados, la mudanza a los hoteles se convirtió en una primera experiencia de independencia del seno familiar, sobre todo para aquellos que eran originarios de la Ciudad de México. Recordemos que la mayor parte de los médicos generales que participaron en la UTC-19 acababan de graduarse y estaban en trámites de titulación, por lo que la edad promedio de los médicos consultados para esta investigación fue de 26 años, por lo que también se concibió este espacio una oportunidad para vivir la pandemia con mayor libertad de la que hubieran tenido en caso de haber decidido permanecer en casa, donde el constante temor a contagiar a otros miembros, quizá más vulnerables, hubiera implicado una adopción más rigurosa de las medidas de protección y una consecuente pérdida de libertad.

"Algunos de nuestros compañeros viven en hoteles, no tienen contacto con nadie más y por eso toman las medidas a la ligera. Yo personalmente creo que muchos decidieron mudarse para evitar contagiar a su familia, pero también para no sentirse agobiados, y poder tener más libertad de la que tendrían en sus casas". (Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

Cabe destacar que, para varios de ellos, esta primera experiencia de independencia de casa fue la que puso los cimientos para que muchos médicos generales, decidieran ya no regresar a casa una vez que el convenio con los hoteles prescribiera hacia diciembre de 2020. De esta manera, varios testimonios, describen esta oportunidad como otro elemento positivo que les dejó la experiencia de haber trabajado en la UTC-19.

"Yo antes de la pandemia vivía con mis papás, estaba esperando entrar a la residencia para ello, y aun así estaba incierta, pero Citibanamex fue un impulso para hacerlo. Desde el hecho de haber salido de casa porque tenía miedo de contagiar a la familia, porque era un foco de infección por lo que inicialmente salí de casa, pero la verdad es que ya

nunca regresé, llegó el punto en el que después de Citibanamex busqué un lugar privado, donde me siento independiente, fue como pasar de estudiante a adulto”.

(Mujer/General/25 años/noviembre de 2021/ SAR / FG/ Terapia Intermedia).

Por su parte, quienes decidieron quedarse en casa, primordialmente para velar por la salud de la familia y actuar de manera oportuna en caso de algún contagio, reconocieron tener que implementar toda una serie de estrategias para intentar reducir el riesgo, en este caso el contagio por SARS-CoV-2. De esta manera, varios de los médicos consultados quienes decidieron permanecer en sus hogares en lugar de mudarse a hoteles u a otros espacios, realizaron, sobre todo durante los primeros meses de la pandemia, diversos ajustes para evitar un potencial contagio al asumirse como probables vectores.

“Al principio llevé medidas estrictas, cambiar de ropa cada vez que llegaba a casa, dejando la ropa afuera. Y es que al inicio no sabíamos ni a qué nos enfrentábamos, yo seguía todas las medidas, el cubrebocas todo el tiempo, llegaba a casa y me bañaba todos los días, utilizaba ropa distinta para no mezclarla. Pensaba, hay que minimizar al máximo los riesgos. Y es que mi temor principal era que si me contagiaba iba a contagiar a mi familia, y luego a mi novia, eso fue así durante 6 o 7 meses”.

(Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

Algunas de estas estrategias más recurrentes se situaron sobre todo en 1) evitar el ingresar indumentaria o artículos potencialmente contaminados con fómites del virus SARS-CoV-2, por lo que se cambiaban de ropa antes de ingresar a zonas comunes de la casa, y artículos personales eran desinfectados antes de ser introducidos en los hogares. Adicionalmente, varios médicos consultados, decidieron ingresar a sus hogares por vías poco convencionales como puertas traseras o incluso ventanas, con la firme convicción de reducir riesgos. Bajo esta misma línea de no introducir fómites a sus hogares, varios médicos relataron que, al ingresar a casa, se iban directamente a bañar para así evitar ser portadores de fragmentos del virus que pudieran potencialmente saltar a otras superficies y tras el contacto, generar un contagio. Esta situación eventualmente fue cambiando conforme pasaron los meses, y tras la evidencia científica que apuntó a

que el riesgo de contagio por contacto con superficies contaminadas era mínimo como señaló el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos, (CDC, 2021).

“Al principio cuando regresaba del Centro Citibanamex, llegaba con todos los cuidados, me ponía un litro de gel antibacterial, toallitas de bebé para desinfectar mi celular, trapeaban en mi casa a diario y me metía a bañar inmediatamente. Era una rutina cansada, pero lo hacía para protegerlos y que estuvieran más tranquilos”.

(Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

“Cuando llegaba a casa, la mochila la dejaba en un área determinada, la rociaba con agua con cloro, mojaba las suelas de mis zapatos y las retiraba. Me ponía chanclas para andar por la casa. En los primeros meses tenía un biombo donde me quitaba la ropa, tenía toallas a la mano para darme una ducha y ponerme ropa limpia. Todo lo que entraba a la casa lo sanitizaba como lentes, reloj, pulseras y lo más importante es que hemos tenido siempre disponibles pruebas aleatorias de PCR para detectar casos asintomáticos”. **(Hombre/General/25 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).**

2) Otra estrategia repetida en la mayor parte de los testimonios de los informantes fue el evitar permanecer mucho tiempo en un mismo espacio de convivencia, por lo que los médicos que decidieron quedarse en casa optaron por estar la mayor parte del tiempo en sus respectivas habitaciones cuando regresaban del trabajo, e incluso comer en estos mismos espacios o bien alternar distintas horas de comida para no coincidir con el resto de los miembros de la familia.

“La mejor estrategia ha sido convivir muy poco a mi familia, aun viviendo bajo el mismo techo. Tengo medidas de cuidado muy grandes, no me quito el cubrebocas para nada. Luego mi abuela se pone sensible y me dice, te estoy perdiendo, pero le digo que no es así, sino que más bien estoy evitando que se ponga en riesgo. **(Mujer/General/26 años/octubre 2020/ RMR /Hospitalización).**

“Al principio tenía una presión brutal por no contagiarlos porque sabía que estaba expuesta y ellos no salían ni de casa y tenía miedo de que se contagiaran por mí. Al principio ya sabes, llegaba con el tapete sanitizante, llegaba directo a bañarme, y ponía mi ropa en un cesto diferente, diario metía a lavar mi ropa y así fue el primer mes. Usaba cubrebocas dentro del departamento, y me lo quitaba solo para comer y generalmente

comía ya en mi cuarto donde me encerraba o si platicaba un rato era con cubre y a dos metros de distancia”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

Un elemento interesante que quisiera puntualizar es la aparición de un código in vivo como lo fue el denominado “covid psicológico o covid mental”, algo que los médicos consultados refirieron como la sospecha o preocupación de haber contraído el virus del SARS-CoV-2, por tener algún síntoma asociado a éste, sin tener alguna prueba confirmatoria. Así, la aparición de este fenómeno de tener la sensación de haberse contagiado fue mayormente mencionado en el grupo de médicos que decidieron permanecer en casa y cuidar de manera presencial al resto de sus familiares en contraparte de aquellos que decidieron mudarse. Este fenómeno en muchos casos exigió que varios médicos se aislaran todavía más de sus familiares, hasta que la sospecha se eliminara, ya fuera por una comprobación biomédica, porque los síntomas habían sido de corta duración o se habían atribuido a otros factores.

“Los primeros seis meses sí fui muy cuidadosa, no veía a mi pareja -que no entró a atender Covid-, solo me iba a ver desde el automóvil. La verdad teníamos mucho miedo, no tanto a padecerlo, sino más bien a contagiar a otros. Fui sospechosa 4 veces, pero solo salí positiva una vez con sintomatología leve, dolores de cabeza y cuerpo cortado, las demás ocasiones fue más bien puro covid psicológico, (risas) es algo muy común entre nosotros que no está fundamentado, es el propio miedo, sobre todo de contagiar a otros”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

“Algo que fue bien común, y hasta la fecha le sigue ocurriendo a una compañera, es sentir que ya nos contagiamos ante cualquier sospecha. Luego nos andamos tomando la temperatura, o andamos probando el oxímetro para saber si realmente algo anda mal o es nuestra cabeza que nos está jugando chueco. Hay temor del contagio por supuesto, pero también mucha ansiedad de saber cuándo ocurrirá porque sabemos que estamos expuestos, y quizá lo que más nos preocupa es llevarlo a casa y contagiar a otros, digamos más vulnerables”. (Hombre/General/27 años/noviembre 2020/ JSV /Triage).

“A veces aquí el nivel de hipocondría es alto y parece muy normal. Vas y te tomas el oxímetro y te tomas la temperatura, y así, y es algo que se ha vuelto de todos los días. (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

“Todos hemos tenido en algún momento covid psicológico, en mi caso fue durante el primer mes de trabajo, estaba muy al pendiente de cualquier síntoma como garraspera o cualquier flujo nasal o dolor de cabeza, sobre todo porque no quería contagiar a mi familia. Lo bueno es que, en la unidad, todos somos jóvenes, entonces más bien existe una filosofía de no te preocupes por morir, échale al trabajo”. (Hombre/General/25 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).

3.3 Microexposición, el contagio profiláctico las pruebas de anticuerpos

Como se ha mencionado anteriormente, los médicos consultados refirieron haber desplegado distintas estrategias para evitar el contagio por SARS-CoV-2, aunque en gran medida, estas estrategias difirieron bastante respecto a los espacios donde se encontraban, pensando en dos escenarios específicos: 1) Dentro del espacio hospitalario y 2) fuera de éste. Uno de los hallazgos más significativos, fue entender que la preocupación central de los médicos consultados estribó en el hecho de considerarse a sí mismos como posibles transmisores del virus hacia otros, en específico a pareja, familiares y amigos. Por consiguiente, las estrategias no solo se centraron en el hecho de evitar el contagio inicial, sino, sobre todo, en evitar la transmisión, al asumirse ellos mismos como un riesgo latente para los demás. De esta manera, a través de sus narrativas, los médicos develaron que ellos asumían el riesgo del contagio por el trabajo que desempeñaban, sin embargo, en general la mayoría no lo consideró como un riesgo importante de vida para sí mismos, sino, sobre todo para otras personas que pudieran convivir con ellos.

“Al inicio no sabíamos ni a qué nos enfrentábamos, yo seguía todas las medidas dentro del hospital, el cubrebocas todo el tiempo, goggles, el traje blanco (tybec) el gorrito para el cabello, y en cuando llegaba a casa me bañaba, y la ropa que traía a casa toda la lavaba y utilizaba ropa distinta para no mezclarla. Mi mayor temor era ser asintomática, entonces pensé, hay que minimizar al máximo los riesgos, porque yo sabía que podía ser agente de transmisión y ni siquiera saberlo. Y es que mi temor principal es que si me contagiaba iba a contagiar a mi familia, y luego a mi novio”. (Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).

“Aunque dentro del Citibanamex existe un área designada para cuidar que el equipo de protección sea el adecuado y nos obligan a usarlo adecuadamente, por fuera tenemos que llevar a cabo otras actividades y entonces ahí ya nadie nos obliga a ponernos equipo de protección o de salir a ver amigos, vamos, es más electivo. Muchos de nosotros nos exponíamos, por cierta literatura a una microexposición frente al virus, esto es que nos infectábamos, pero con menor riesgo de carga viral, nos hacíamos pruebas y nos estábamos haciendo inmunes de manera temporal”. (Hombre/General/25 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).

De esta manera, el hecho de padecer la enfermedad no los inquietó tanto como el poder transmitir el virus a terceros, y, por consiguiente, muchas de las estrategias se concentraron en mayor medida en evitar contagiar a otros. Incluso, como pretendo mostrar en este mismo capítulo, algunos médicos previo a la llegada de las vacunas (sobre todo aquellos que decidieron mudarse de casa de sus familiares) utilizaron el contagio como brújula, o incluso, se plantearon la posibilidad de buscar el contagio de forma deliberada con la intención de generar suficientes anticuerpos contra el SARS-CoV-2 por unos meses, para así desestresarse frente a la angustia de un eventual contagio, relajar determinadas medidas de protección, pero también para planificar sus visitas con familiares y amigos al considerar que tras el contagio habían desarrollado inmunidad frente al virus, al menos de manera temporal.

“Sabemos que estamos expuestos y que nos dará en algún punto, por eso pienso que algunos compañeros de manera consciente o inconsciente se exponen, van a reuniones, viajan, se contagian y luego se hacen anticuerpos al mes para estar nivelando qué tanto pueden hacer y qué. Condiciona mucho el riesgo y las prácticas que adoptan”.

(Mujer/General/26 años/octubre 2021/ RMR /Hospitalización).

“Mis amigos más cercanos trabajaron conmigo en el Citi y ya habían tenido covid por lo que sentíamos que ya había inmunidad de rebaño pequeña. Por eso mismo siento que algunos compañeros se hacían anticuerpos para decidir pasar o no Navidad con familia”.

(Mujer/General/ 25 años/febrero 2021/ JSM/ Hospitalización).

“Sí me da miedo reinfectarme, pero me hice pruebas y mis anticuerpos siguen siendo altos, tengo una protección, aunque no sabemos por cuántos meses. Espero me alcancen

hasta diciembre para ver a mi familia porque me da miedo contagiarlos”.

(Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

La explicación que varios de los médicos entrevistados brindaron, consistió en creer que, tras el contagio, ya fuera deliberado o no, ellos tendrían un menor riesgo de contagiarse durante una temporalidad específica que coincidiera con las fechas en que ellos visitarían familiares y amigos. Cabe destacar que la temporalidad de este imaginario tras el contagio profiláctico fue variando conforme se llevaron a cabo distintas investigaciones sobre la duración de anticuerpos posterior al contagio, ya que inicialmente se habló de una temporalidad de 3 meses, aunque algunos otros estudios aseguraron que podrían ser hasta 6 meses, y otros más aventurados afirmaron en su momento, la posibilidad de tener anticuerpos de una mayor duración.

“Después del contagio en noviembre, seguí usando cubrebocas, pero una parte de mí está más tranquila, porque como médico comprendes la fisiología de los anticuerpos y generas este tipo de estrategias como hacerte pruebas de anticuerpos, ves la carga viral de anticuerpos, y mides cuántos te quedan. Cuando me dijeron que me contagié me generó estrés, pero una vez pasado, me hice la prueba de cargas, y me dije, ya la libré por lo menos unos 3 meses para ir a casa, ver a mis padres y abuelos, aunque hay datos que apuntan a inmunidad de hasta 6 meses”.

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

“Al principio, un amigo y yo dijimos, seguro al 70% de nosotros ya nos dio Covid. Al principio salieron artículos científicos que aseguraban que la protección duraba 3 o 4 meses. Entonces, por ejemplo, a mí me dio Covid en julio, entonces ahorita se me está acabando la inmunidad, pero la semana pasada me hice una prueba y todavía mis IgG están altos. Pero me voy a seguir checando porque hay quien dice que la reinfección

puede ser más grave”. ***(Mujer/General/26 años/noviembre 2020/ AGN***

/Hospitalización).

Sin embargo, a pesar de ser una práctica frecuente entre los médicos consultados, otros médicos entrevistado, reconocieron el potencial riesgo de basar un contagio previo y la realización de pruebas para medir anticuerpos como un paradigma de acción para determinar el uso o desuso de nuevas medidas de protección por considerar esta

estrategia como un sinónimo de exceso confianza que no ofrecía absoluta certeza y que además, los podría poner en mayor riesgo de una reinfección acorde a otras investigaciones que apuntaban, que para algunos, un segundo contagio podría generar un cuadro más grave que el anterior. De esta manera fue interesante reconocer que, en ambos casos, tanto en los médicos que confiaron en una inmunidad temporal posterior al contagio y su subsecuente medición anticuerpos, como en aquellos que desconfiaron de estas estrategias, ambos basaron sus estrategias en la interpretación de distintas investigaciones biomédicas, que les sirvieron como brújula para definir el riesgo.

“Muchos compañeros se hacían pruebas para medir anticuerpos antes de nos aplicaran las vacunas y siento que les daba como una especie de tranquilidad para saber si estaban protegidos o no, pero como también se manejaba el tema de la reinfección, pues no te daba ninguna garantía. Yo personalmente no lo hice porque sentía que era un exceso de confianza, medio engañoso y peligroso”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

Otra de las razones que nombraron los médicos consultados respecto al beneficio de contagiarse por Covid-19, se situó en la confianza depositada en la propia UTC-19 para ser atendidos ahí mismo en caso de presentar un cuadro grave, una representación que se extendería hacia sus propios familiares como buscaré explicar más adelante. De esta manera, para muchos médicos entrevistados, el saber que la UTC-19 estaba disponible para atenderse en caso de que así lo requirieran, ofrecía una prestación adicional frente al riesgo que implicaba la Covid-19, lo cual les daba mayor tranquilidad para desempeñar sus labores e incluso mayor confianza para relajar ciertas medidas de protección pues preferían contagiarse mientras todavía laboraban en la UTC-19 en lugar de hacerlo cuando estuvieran trabajando en otros espacios hospitalarios.

“Conozco a varios colegas que antes de las vacunas sí querían contagiarse de una vez, y sí lo llegaron a buscar porque me decían: yo prefiero que me dé covid ahora que la unidad está abierta y que trabajamos en ella porque sabemos de su alta calidad, a luego contagiarme cuando ya no esté abierta la unidad o ya no trabaje ahí. Sabemos que acá hay mayor infraestructura, protocolos y equipo, pero además podemos confiar la vida

entre colegas, pero si uno entra a un IMSS o ISSSTE, no sé qué me va a pasar, ni quién me va a tratar". (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

3.4 La mayoría de los contagios se dieron fuera de la UTC-19

Uno de los hallazgos más interesantes de esta investigación y que nos permite entender más sobre las dinámicas de atención y desatención que llevaron a cabo los médicos que atendieron la crisis sanitaria en la UTC-19, fue el hecho de que la inmensa mayoría de los entrevistados, coincidieron en que los contagios por Covid-19 que tuvieron, se dieron, sobre todo, fuera del espacio hospitalario. Al ser indagados sobre los espacios de exposición donde presumiblemente creían que se habían contagiado, o donde ellos suponían se daban la mayor parte de los contagios entre médicos, la respuesta más habitual fue que no había sido dentro de la UTC-19, sino en otros espacios ya fueran laborales o bien de convivencia. Así, la mayoría mencionó que los contagios se habían dado en reuniones con amigos y familiares, o bien, en otros espacios de práctica médica donde ellos habían participado como clínicas privadas u otros hospitales como los del IMSS o temporales como los de SEDENA. También fue interesante escuchar testimonios que atribuían el contagio a otros espacios como el haber acudido a un supermercado o al subirse al transporte público, este último fue incluso motivo suficiente para que muchos médicos que no tenían vehículo propio antes de la pandemia consiguieran uno.

"Yo que soy cercano al centro de Epidemiología del Citi, te puedo decir que se ha detectado en cuestionarios que la mayor parte de los contagios se dan fuera del ambiente hospitalario. Muchos se han contagiado en otros hospitales donde no se tienen las adecuadas precauciones, pero la mayoría como ahorita viven solos y con sueldo fijo, bajan la guardia al hacer reuniones por ejemplo en sus habitaciones para los que se fueron a vivir a los hoteles. Además, quienes no tienen un medio de transporte propio para trasladarse, pues están más expuestos, son finalmente vectores de infecciones". (Hombre/General/25 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).

"Yo creo que se ha dado sobre todo en otros hospitales, pero en Citibanamex no, y es que es muy seguro, por sus protocolos y medidas. Es más probable que nos contagiemos echando una chela en bares o en el mismo hotel. En Citibanamex toman demasiadas medidas, nos están vigilando todo el tiempo, cómo te quitas el equipo, el lavado

constante de manos, etc". (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

Respecto al posible contagio dentro de otros espacios hospitalarios que no fuera la UTC-19, los actores entrevistados mencionaron que dos de las razones específicas por las cuales había sido probable el contagio en otros espacios de práctica médica, habían sido a juicio propio: 1) Los insuficientes y deficientes protocolos de seguridad, y, por otro lado, 2) la escasez de suficiente equipo de protección de calidad. De esta manera, los médicos entrevistados compararon tanto los protocolos de seguridad como el equipo de protección que recibieron en la UTC-19 frente a lo que obtuvieron en otros espacios de práctica médica, atribuyendo a estos dos elementos, los contagios que se efectuaron fuera del ámbito de competencia de la UTC-19. Incluso en algunos casos, los médicos comentaron haber trasladado equipo de protección recibido en la UTC-19 para reutilizarlo en otros espacios laborales donde la calidad de este no era óptima según sus palabras.

"Yo estoy segura de que me contagié en SEDENA. Había muy poca atención a los médicos porque no había suficiente equipo de protección, no había protocolos. En SEDENA, no se tenía control de nada, los pacientes separados por una tela, y no había ni tiempo para comer, y si tenías, era una porquería, así que pedías en Uber Eats".

(Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

"Varios compañeros trabajan ya desde hace tiempo en otros lados, en otros hospitales donde no se siguen los mismos protocolos que aquí o les falta equipo de protección. Entonces fue fácil que se contagiaran en otros hospitales y también dentro del mismo hotel, porque vas a comer y a convivir con la misma gente que está expuesta todos los días". (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ RMR /Hospitalización).

"Yo sí he llegado a llevarme mascarillas N95 que nos dan acá (UTC-19) para trabajar en la clínica privada que te comentaba, porque el equipo es de mejor calidad. Y si eso me pasa a mí, imagínate a compañeros que también andan en el IMSS o en SEDENA que solo buscan como protegerse mejor". (Hombre/General/28 años/enero 2021/ MBN /Hospitalización).

Incluso en algunos casos, los entrevistados sugirieron que en otros espacios hospitalarios obligaron a los médicos a trabajar pese a tener sospecha o confirmación de

Covid-19, lo cual elevó la probabilidad de contagio entre personal sanitario. Según los propios médicos, esta situación no se presentó en la UTC-19 ya que, frente a cualquier sospecha, se realizaba una prueba de PCR, y en caso de resultar positivo, se les solicitaba el aislamiento domiciliario por 14 días.

“Yo estoy viviendo en el hotel, con mis mejores amigos, pero ahora con las reinfecciones, ya nos da un poco más de miedo, porque pasaron ya los cuatro meses de anticuerpos. Varios de estos amigos que te comento, trabajan en SEDENA, por ejemplo, y los hicieron ir enfermos a trabajar y creemos que varios se contagiaron por allá, y casualmente por esas fechas hubo médicos de Citibanamex que se contagiaron también. Nosotros pensamos que el brote se dio en SEDENA o en otros hospitales, pero no en el Citi”.

(Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

Es también interesante la comparación cronológica que realizaron algunos médicos, al asegurar que, mientras trabajaron exclusivamente en la UTC-19 no se habían contagiado con el virus SARS-CoV-2, pero al momento de diversificar sus actividades laborales e ingresar a trabajar en otros espacios hospitalarios a la par de la UTC-19, es que se terminaron contagiando.

“Sinceramente, la mayor parte de los contagiados aquí en Citibanamex, están laborando en otros lugares y por eso es difícil atribuirlo aquí. Pero si lo aislaras a solo los trabajadores de UTC sería menor del 0.3%. Por ejemplo, yo ya me enfermé de covid, pero estoy casi seguro de que fue en el IMSS, yo llevo trabajando aquí en Citi desde que empezó la pandemia y no me había pasado nada hasta que empecé a trabajar allá también. Yo ya soy un caso positivo que libré bien, pero justo creo que el contagio fue el IMSS”. ***(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).***

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, los contagios por SARS-CoV-2 no solo se atribuyeron a la diversificación laboral de los médicos, al atender casos de Covid-19 en otros espacios hospitalarios más allá de la UTC-19, sino al hecho de que varios médicos asistieron a reuniones con amigos, familiares e incluso entre colegas, esto último especialmente entre aquellos quienes decidieron mudarse de casa para vivir temporalmente en habitaciones de hoteles cercanos a la UTC-19 como se planteó anteriormente. De esta manera, varios médicos relataron haberse contagiado o saber de

colegas contagiados tras haber asistido a alguna reunión familiar, de amigos o bien en las propias habitaciones de los hoteles donde convivían junto con otros colegas e incluso otros trabajadores de la salud como personal de enfermería.

“Sí, yo me contagié, aunque tenemos muchas medidas de protección en el trabajo, equipo, distanciamiento social, etc., pero cuando estás en familia simplemente bajas la guardia y es donde yo estoy seguro de que me contagié”. (Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

“Fíjate que yo me contagié en diciembre que regresé con mis papás y justo ese mes me contagié. De hecho, todos en mi familia se contagiaron, tenían todos los factores, pero por suerte nadie desaturó, solo síntomas leves. Agradezco a la vida o a lo que deba agradecerse, porque tenía mucho miedo de que nos complicáramos”. (Mujer/General/25 años/febrero 2021/ JSM/ Hospitalización).

“Fue curioso porque en diciembre mi familia me insistió de pasar las fiestas allá en Oaxaca, y al principio les dije que no porque veía pacientes graves y era un riesgo, pero al final cedí, y por ahí a principios de enero, me empecé a sentir rara, acudí con síntomas, fiebre y un poco de cansancio. Luego me hice una prueba rápida y resulté positiva. En el análisis pienso que seguramente fue en alguna reunión o incluso en alguna compra, pero en la unidad (Citibanamex) no creo porque entonces trabajaba solo los fines de semana y sinceramente todo acá está muy cuidado, es más probable el descuido propio por fuera porque inevitablemente te relajas al estar en un entorno digamos menos exigente”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

En el caso de aquellos médicos que optaron por aceptar la prestación laboral, y mudarse de casa para vivir temporalmente en las habitaciones de los hoteles contiguos a la UTC-19, muchos reconocieron que se privilegió la convivencia sobre la adopción de medidas de protección frente al virus, y como se expondrá con mayor detalle en el siguiente subapartado de este capítulo, en estos espacios de convivencia también se llevaron a cabo prácticas que pusieron en riesgo su salud como el excesivo consumo de alcohol. Esto último fue reconocido como parte de un *habitus* aprendido y ejecutado desde inicios

de la carrera de Medicina, pero también como un mecanismo compensatorio para lidiar contra el estrés, la preocupación y el distanciamiento de sus parejas, familiares y amigos.

Sin embargo, es interesante reconocer que, si bien la mudanza para vivir en los hoteles fue una estrategia utilizada para reducir el riesgo de contagio hacia terceros, esta misma decisión, implicó para los médicos, el hecho de asumir el contagio propio como algo prácticamente inevitable. Esta noción junto con el hecho de que la mayoría no se percibió a sí mismos como vulnerables de presentar una enfermedad grave en caso de contagio, les permitió entre otras cosas, el privilegiar la convivencia por encima de la adopción de medidas de protección, sobre todo fuera del entorno hospitalario de la UTC-19.

“Yo mismo estoy sorprendido de no haberme infectado hasta ahora, pero procuro no quitarme el cubrebocas y me estoy lavando las manos constantemente. Donde honestamente creo que se ha contagiado la mayoría es en los hoteles, porque la mayoría no se resguarda en su habitación. Muchos de los que conozco que se metieron a hoteles, lo hicieron por cuidar a su familia, pero creo que hay una parte de sobreconfianza, de si me enfermo, pero no se enferma mi familia, con eso basta. En las habitaciones hacen reuniones y llevan a cabo otras conductas que los ponen en riesgo. Como la mayoría somos jóvenes, yo creo que piensan que pueden librarla, pero a mí parecer es una apuesta arriesgada. A mí me parece que todos rompemos de alguna forma las recomendaciones, porque es difícil mantenerlas siempre y entiendo que hay demasiado estrés sin hacer nada que lo compense”. (Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

3.5 La vida en los hoteles

Durante varios meses, (de mayo a diciembre de 2020 específicamente) muchos médicos generales de recién egreso universitario que ingresaron a trabajar a la UTC-19, decidieron mudarse de casa de sus padres para vivir temporalmente en las habitaciones de hoteles cercanos a la unidad con un objetivo tácito: evitar el contagio de sus familiares. Al aceptar esta prestación que ofreció la UTC-19 a sus trabajadores sanitarios, varios médicos entrevistados, dijeron sentirse más tranquilos al evitar exponer a sus familiares en caso de que ellos se contagiaran, pero también encontraron en estos espacios la oportunidad de convivir de manera más cercana con compañeros y amigos, varios que

se conocían desde inicios de la carrera de Medicina. Esta oportunidad, fue para muchos su primera experiencia de vivir fuera de casa, lo cual trajo para varios de ellos, sentimientos ambivalentes ya que por un lado sintieron preocupación por la pandemia en sí, por extrañar la convivencia día a día con sus familiares, pero, a la par, muchos médicos expresaron el haber sentido una mayor libertad e independencia, no solo respecto a las normas internas de sus respectivos hogares, sino también respecto a los protocolos y medidas de protección que llevaron a cabo en la UTC-19 y en otros espacios hospitalarios donde se desempeñaron laboralmente durante el primer año de la crisis sanitaria.

“La idea de los hoteles siempre me pareció muy útil porque te daban la oportunidad de evitar contagiar a tu familia y gente digamos, más vulnerable al virus, en mi caso era lo principal, mi padre padece hipertensión y diabetes entonces eso me animó a mudarme. Pero imagínate la inmensa mayoría éramos jóvenes, llegábamos cansados del trabajo, no veíamos a nadie, y pues ahí “conbebíamos” verdad. Cuando vimos que algunos daban positivos, de pronto ya tendíamos a ya no tomar tanta importancia a las medidas de sana distancia, y mucho menos si nos encontrábamos con otros que ya también habían dado positivo o que al final entendían el riesgo”. (Hombre/General/25 años/enero 2021/JCM/Terapia Intermedia).

“Ya en el hotel pues en realidad ya nos relajábamos más y convivimos muchísimo, comíamos juntos y digamos que relajé mis medidas, no nos sentíamos presionados al ser todos médicos. Y si venía alguien, era un común denominador, todos los de la UTC hemos sido relajados entre nosotros, convivíamos y asumíamos que nos podíamos contagiar. Para entonces yo no había vivido nunca fuera de casa, y ahora ya no pienso volver (risas), ahora vivo con mi roomie, e igual salimos a comer y a correr juntas, creo que me sirvió mucho para salirme de la zona de confort y decirme a mí misma que puedo ya hacer mi vida independiente”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/LPE/Terapia Intensiva).

De esta forma, y como se había mencionado anteriormente en este mismo capítulo, para la mayoría de los actores entrevistados, la preocupación nodal fue proteger a sus familiares del virus, pero no tanto el ponerse en riesgo a sí mismos, ya que prevaleció en

sus imaginarios la idea del “contagio irremediable”. Esta noción también le permitió a muchos médicos, encontrar en las habitaciones de los hoteles, un espacio sin supervisión donde ellos eran enteramente responsables de lo que ocurriera ahí, por lo que al sentir “seguros” a sus familiares, al menos de una posible transmisión del virus proviniendo de ellos como posible vector de contagio, los médicos relajaron medidas de protección y llevaron a cabo reuniones y fiestas donde por un lado, se abrieron espacio de contención y catarsis para conversar respecto a distintos temas como la exposición constante al deterioro o muerte de los pacientes, problemas de índole personal, así como preocupaciones y estrés laboral.

“Yo no estaba saliendo, pero lo cierto es que en la UTC la mayoría la gente hace su fiesta, tengo ideas encontradas al respecto. Cuando me invitaban a las fiestas en los hoteles, no entendía en qué cabeza cabe, pero era una especie de catarsis, y era un proceso de liberación de la tensión y sobrecarga y supongo que es válido. No estoy 100% de acuerdo, pero nunca digas nunca, hay una parte de mí que lo entiende porque es bien difícil ver pacientes morir todos los días, ver cómo se deterioran, que los hijos, o esposos están juntos, y la única que está afuera es la hija adolescente. Es sumamente pesado, soy una persona chillona y esto me ha pegado demasiado”. (Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).

“Llegué a vivir un rato en los hoteles, y siento que nos sirvió de catarsis, pero también existieron prácticas irresponsables. Se catapultaban problemas previos, y al final esto es un trabajo, te estaban dando un lugar para proteger a tu familia y en esas reuniones con alcohol, pues yo creo que se estaban jugando el empleo con esas pedas masivas. No digo que esté mal, porque todos lo hicimos alguna vez para dejar de pensar en el estrés porque el aislamiento social afecta y estamos chavos trabajando en un mismo lugar, pero muchos decían, al final todos nos vamos a contagiar y como que les funcionaba de pretexto para ya no cuidarse”. (Hombre/General/27 años/marzo 2021/ SAD /Terapia Intermedia).

Sin embargo, por otro lado, según comentaron los entrevistados, también se dieron todo tipo de excesos, como el consumo sustancias adictivas, sobre todo de alcohol, algo que para muchos entrevistados se significó como un desahogo o una compensación respecto

al estrés laboral y el aislamiento. Fue interesante escuchar que el alto consumo de alcohol y otro tipo de drogas, visto por ellos mismos como una compensación y evasión respecto a distintas preocupaciones, no fue algo inédito para ellos, sino que se exageró aún más respecto a lo experimentado en distintos momentos durante la carrera de Medicina, como por ejemplo durante el internado o bien, después de exámenes que requirieron cierta exigencia.

“Además, la mayoría somos jóvenes que nos hemos dedicado a estudiar tantos años, que algunos aprovechan un espacio libre y lo explotan como sucedió ahora en los hoteles, pero ya pasaba en el internado, tras un examen, o cada vez que terminábamos una rotación pues era fiesta y alcoholismo seguro. Ahora imagínate, jóvenes ganando buen dinero, no pagando renta y sin la necesidad de regresar a casa bajo supervisión, era algo realmente inédito y ya vimos varios casos de compañeros que se gastaron todo su dinero en alcohol. Creo que en general en el gremio hay mucho abuso y dependencia desde la carrera”. (Mujer/General/ 25 años/febrero 2021/ JSM/ Hospitalización).

“Sinceramente la compañía me ha ayudado mucho, le digo a un par de amigos que suban y platiquemos. La convivencia en el hotel de gente joven ha ayudado mucho a no estresarnos. Sin embargo, también es cierto que en esta convivencia hay una tendencia al alcoholismo y su abuso muy grande, muy fuerte de mis colegas e incluso me incluyo. Yo sí noto que algunos compañeros están muy al borde del colapso, y me causa un poco de tristeza porque sabemos que traerá consecuencias a nuestra salud y al trato que le damos a los pacientes. Ya antes de entrar al Citi, un amigo me contaba de las pedas todo el tiempo. En ese momento no lo entendía, pero ahora veo que sirve como desestrés y evasión de lo que uno ve y vive a diario”. (Mujer/General/26 años/octubre de 2021/ RMR /Hospitalización).

“Sí hay fiestas en el hotel, y aunque hay supuestos límites, pues como hay mucha ansiedad y estrés, la verdad es que sí ocurre. Pasa más ahora porque es un desfogue, hay que lidiar con nuestros trastornos y uno busca de dónde apoyarse, algunos usan drogas y otros se automedican, pero de manera mal empleada, los ansiosos buscan depresores o marihuana, y los que son depresivos utilizan éxtasis o cocaína que cuando se complementan con un trastorno de base, generan alguna adicción. Pero esto no es de ahora, siempre ha ocurrido en Medicina que después de un examen departamental, lo

común es irse a tomar, pero ahora sí ha sido mucho abuso. Yo no tomo diario, pero cuando tomo, tomo mucho. En Medicina hay mucho alcoholismo y trastornos de ansiedad concomitantes, pero esto es durante toda la carrera, ahora se exagera más porque están viviendo en un círculo más cercano dos o tres veces por semana”.

(Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

“La verdad en las habitaciones del hotel pasaban cosas que no deberían de pasar en confinamiento como fiestas en miércoles o jueves. Siempre había alguna fiesta en las habitaciones del hotel. Este confinamiento por la pandemia hizo que la gente entrara en ansiedad y yo pienso que, para muchos, las drogas son una forma empírica de regulación. El alto consumo de drogas y alcohol en nuestro gremio es algo que está sumamente normalizado”.

(Mujer/General/ 25 años/febrero 2021/ JSM/ Hospitalización).

3.6 Padecer la Covid-19 y su atención en la UTC-19

Como se ha expuesto anteriormente, a pesar de haberse sentido seguros en la UTC-19 por las adecuadas medidas de protección, incluyendo los protocolos y equipo de protección, la mayoría de los médicos consultados resultaron positivos por Covid-19 en algún punto durante la atención a la crisis sanitaria durante el primer año. Estos contagios, a su vez, se atribuyeron a la exposición en espacios fuera del entorno hospitalario de la UTC-19 como reuniones con amigos, colegas o familiares. Sin embargo, algunos médicos entrevistados también pensaron en la posibilidad de que los contagios se dieran dentro de espacios de trabajo como clínicas privadas y hospitales que no contaban con las adecuadas medidas de protección, al menos en comparación con las medidas que sí tuvo la UTC-19.

“En Citibanamex nos tenían muy cuidados, pero varios trabajábamos en otros lados y nos contagiábamos por fuera. Acá (Citibanamex) nos valoran clínicamente, nos hacen la prueba PCR y si sales positivo te mandan a aislar, pero nunca te abandonan, te dan seguimiento. Yo salí positiva, y en un par de días la sintomatología fue casi inmediata, lo primero fiebre, cansancio y luego mucha tos, pero nunca desaturé afortunadamente”.

(Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

Para aquellos médicos que fueron diagnosticados con Covid-19 tras haber dado positivo a una prueba de PCR realizada dentro de las instalaciones de la UTC-19, la experiencia del contagio estuvo permeada por una sensación de cuidado y empatía de la institución por medio de su centro de atención a profesionales de la salud (APRO). Y es que a los médicos que resultaban positivos por SAR-CoV-2, se les daban de 10 a 14 días de aislamiento domiciliario, con seguimiento por hasta un mes posterior a la fecha del contagio, y en caso de presentar algún indicio de un cuadro más grave, tenían la certeza de que podrían ser internados de manera preventiva en la propia UTC-19, algo que tranquilizó mucho a los médicos por la confianza depositada en su propio centro de trabajo, esta situación también se extendió a familiares y amigos como procuraré mostrar más adelante.

“Al mes que ingresé, tuve una faringoamigdalitis con síntomas aislados, pero cuando tienes síntomas asociados, acudes al servicio de la unidad APRO, en aquel momento fui y me dieron semáforo amarillo, es decir, podía continuar con mis actividades hasta que saliera positiva de PCR. Un par de días antes había cenado con alguien que había salido positivo, pero acá en todo momento me respaldaron para que pudiera hacerme las pruebas”. (Mujer/General/26 años/febrero de 2021/ RMR /Hospitalización).

“En Citibanamex hay más apoyo para el personal vía APRO, y se lleva un seguimiento epidemiológico, te están monitoreando y agilizan el proceso de atención en caso de que haya algún contagio. La gente es muy empática acá y te ayudan si algún familiar requiere el trato, vamos, hay mucho apoyo”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

En contraparte, esta situación de sentirse cuidados y protegidos por la UTC-19, es algo que según relatan los propios médicos no se vivió igual en otros espacios hospitalarios como en el IMSS o SEDENA donde también trabajaron y donde incluso los obligaron a asistir, a pesar de haber dado positivo a Covid-19. Incluso, algunos testimonios mencionaron que en estos espacios como en el IMSS, contrario a lo sucedido en la UTC-19, se dieron casos de estigmatización o discriminación entre los propios médicos por temas de contagio, algo que los entrevistados atribuyeron sobre todo a las jerarquías y la diferencia de edad entre los profesionales de la salud.

“Cuando me enfermé, solo fue un dolor de cabeza anormal, dejé pasar dos días, porque estaba estresado, y dije quizá sea otra cosa, que no he dormido bien, por ejemplo. Acudí al servicio médico de acá en el Citi, me hicieron la prueba, me mandaron a semáforo rojo, a las 24 horas me dan la prueba y me dijeron saliste positivo en el laboratorio. A partir de ahí estuve en aislamiento, luego vino el dolor de garganta, luego una sensación de fatiga, pero no extrema. En el cuarto día ya estaba mejor, por fortuna nunca desaturé y no sentí más malestares. Acá la diferencia es que saben qué hacer, y entienden la situación del contagio con normalidad. Cuando avisas, lo entienden, te hacen la prueba, te apoyan y ya recuperado regresas a trabajar y como si nada. Solo te hacen preguntas, sobre qué sentiste, cómo te fue y nada más, no te juzgan ni te obligan a trabajar estando mal como sí sucede en el IMSS o en la propia SEDENA”. (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

“La experiencia del contagio es bien diferente en el IMSS y SEDENA, ahí piensan que no puedes sentirte mal nunca, tienes que aguantar y entonces te dicen trabajas si te sientes bien, porque hay gente que se está muriendo. En el IMSS el panorama es distinto que acá en el Citi, porque incluso entre médicos dicen, seguro ese contagió a todo mundo, yo comí en el mismo lugar y él me infectó. Existe cierta discriminación tras el contagio, piensan que uno se infectó porque hizo las cosas mal y además piensan que todavía los vas a contagiar. Luego te dicen, aléjate, ya te dio covid, y no me quiero enfermar, a veces yo lo entiendo porque allá (IMSS) también hay gente más grande que uno, con familia y temen más a la enfermedad”. (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

También es interesante notar que, varios médicos consultados al momento del inicio de los síntomas pensaron en otras posibilidades como, por ejemplo, estrés por desgaste laboral o insomnio antes que un probable contagio por Covid-19. Esto se podría explicar parcialmente debido al burnout propiciado por la diversificación laboral en la que incurrieron muchos médicos consultados, sobre todo a partir del invierno del primer año de la pandemia, entre noviembre de 2020 y febrero de 2021 con el incremento de casos por la denominada segunda ola de contagios por Covid-19 donde en la Ciudad de México hubo una importante saturación hospitalaria. Adicionalmente como se ha mencionado con anterioridad, la mayoría de los médicos consultados temieron más al contagio de sus

familiares que al propio, y en general no se consideraban en riesgo de presentar un cuadro grave, por lo que, una probable negación de haber contraído el virus se podría atribuir más al temor de dejar de ser productivos y perder oportunidades laborales, que al temor de contraer el virus y el impacto que podría tener en su salud. Inclusive en algunos casos, médicos confesaron que, por ejemplo, la UTC-19 les había dado hasta 10 días para aislarse y recuperarse, pero algunos regresaron a trabajar en otros espacios clínicos, al día 5 o 6 cuando ya se sentían mejor, aunque todavía pudieran contagiar a otros.

“Tuve fiebre y mucho dolor corporal, pensaba al principio que era por cansancio porque estaba en jornadas más demandantes ya que no solo trabajaba acá en Citi sino en otros lados. Y cuando voy a la valoración, me hice la prueba PCR, y ahí salí positivo. Entonces realmente fueron 4 días donde tuve síntomas, la fiebre cedió con paracetamol, pero todavía tenía muchísimo cansancio y fue una sensación de impotencia porque aún debí tener aislamiento y con el cansancio no podía hacer nada. Me sentía peor por la incertidumbre de cuando me iba a sentir mejor para regresar a trabajar”.

(Hombre/General/26 años/marzo 2021/ AHP /Terapia Intermedia).

“Me daba algo de tranquilidad saber que en cualquier caso me podrían atender en la unidad, (Citibanamex) pero no quería perder de vista a la enfermedad. Por otro lado, también sentía la presión de saber cuándo iba a regresar a trabajar, me dieron 10 días, tras los 4 días rudos, entonces tuve que faltar a una jornada laboral de sábado y domingo, pero el problema es que también trabajaba en otros lados, y te confieso que al 5to día allá sí me presenté, aunque sabía que podía ser todavía contagiosa. Lo bueno es que acá en Citi nos dan seguimiento, porque te vigilan por un mes y medio y después te dan de alta”. **(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).**

3.7 La hospitalización preventiva en la UTC-19 como médicos

Tras el contagio por Covid-19, algunos médicos consultados, mencionaron que decidieron internarse en la UTC-19 por una cuestión preventiva, ya que habían presentado algunos datos de alerta como una disminución de la saturación de oxígeno en sangre o bien porque tenían algunas patologías previas, e incluso la variable del género fue un elemento que para algunos médicos lo tomaran en consideración al

momento de ser hospitalizados siendo los hombres quienes más riesgo tenían de presentar un cuadro grave en comparación con las mujeres.

La posibilidad del internamiento preventivo para los médicos contagiados se consideró como una prestación adicional para los entrevistados, situación que comentaron, en otros espacios donde también trabajaron como IMSS o SEDENA hubiera sido más complicado. Aunado a ello, es importante mencionar nuevamente, la confianza de los médicos consultados en la eficacia de la UTC-19, y en sus propios colegas, lo que les hacía sentir más tranquilos durante el internamiento.

“Siempre pensé en la posibilidad (de requerir hospitalización) lo veía como una prestación adicional a nuestro trabajo por el riesgo en el que nos encontramos. Y, cuando estuve internado en el Citi, estuve relativamente tranquilo que uno ya conoce a la enfermedad, cómo se presenta y quién te va a atender. Yo sabía que estaba en un buen lugar, y lo que se tenía que hacer si progresara la enfermedad. Yo siempre confío en mis compañeros, y los protocolos acá (UTC-19) son muy buenos, incluso tenemos el 95% de éxito con personas adultas mayores y con comorbilidades con un 87% de extubación”. (Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

Aunado a ello, varios actores entrevistados, mencionaron el haber sentido mucho apoyo y solidaridad por parte de las autoridades de la unidad, así como de compañeros de trabajo que los atendieron, y quienes mostraron preocupación y seguimiento a sus respectivos casos. Incluso las bromas y en general el humor se mencionaron como elementos importantes durante la hospitalización para poder hacer la estancia del internamiento resultara más llevadera para ellos.

“Mi hospitalización fue por prevención francamente, pero es algo que no te ofrecen en otros lugares de trabajo y que considero importante. Me internaron, pero yo sabía que como paciente no era complicada, porque soy mujer, no tengo comorbilidades y no estoy obesa. La verdad, el Covid es feo, tienes fiebre, dolor de cabeza, diarrea, la comida no me sabía a nada, todo sabe a cartón. Yo solo quería dormir, me inyectaban anticoagulantes por prevención y mis amigos que eran quienes me atendían, y también me hacían mucho bullying, carrilla pues, para ponerle un poco de humor, pero así sentía todo su apoyo”. (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

“Al día dos ya tenía fiebre, dolor de cabeza entonces sospechas de Covid, y al estar viendo pacientes todo el tiempo debes aislarte. En mi caso, la oxigenación disminuyó un poco, entonces de manera preventiva me internaron acá en el Citi, me dieron una dosis pequeña de oxígeno y anticoagulantes, luego seguí el protocolo en casa. Mis compañeros siempre me mandaron mensajes, bromeaban, pasaban y me preguntaban sobre cómo me sentía, y les compartía fotos de la última saturación, entonces me ayudó mucho no perder contacto”. (Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

3.8 Secuelas post-covid y tratamiento

A pesar de que la mayoría de los médicos entrevistados, refirieron que, tras el contagio por SARS-CoV-2 no presentaron cuadros clínicos graves, varios actores consultados relataron que sí manifestaron varias secuelas post-covid, desde fatiga, tos crónica, pérdida del sentido del gusto y olfato, pérdida de cabello, hasta problemas cardíacos y pulmonares, incluso entre médicos que habían sido asintomáticos. Sin embargo, es interesante analizar que, a pesar de esto, varios médicos volvieron a referir que, a pesar del contagio, su principal fuente de tranquilidad había sido el no haber contagiado a otros miembros de su familia. Esto se articula con lo ya comentado anteriormente, respecto a que los médicos consultados, concibieron como principal preocupación y mayor riesgo, el que ellos pudieran ser vectores de contagio para sus familiares y no tanto el padecer la enfermedad, que se asumió en general como inevitable.

“Me enfermé en mayo de covid, antes de ingresar a la unidad me dio pericarditis y eso, aunque parezca mentira fue un colchón de tranquilidad. Tenía más miedo de contagiarme y con eso contagiar a mi familia, pero no fue así. Me contagié por julio, me mandaron a casa con malestar general, perdí el olfato y gusto por muchos meses, y luego por septiembre empecé con dolor torácico y la tomografía mostró pericarditis, y me mandaron a descansar ya estando en Citi casi todo septiembre y octubre”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

“Después del Covid, tuve repercusiones gastrointestinales como diarrea y vómitos. Después, la tos se volvió crónica durante ocho semanas, y ya tengo hiperreactividad bronquial postcovid donde uso inhalador de fluticasona porque pareciera una crisis

asmática. También un mes después, la caída de cabello fue impresionante. Son cosas que no me pasaban antes, pero al final agradezco que esto me pasara a mí y no a mi familia". (Mujer/General/26 años/noviembre 2020/ AGN /Hospitalización).

Es interesante notar que, en general, a pesar de reconocerse a sí mismos como un grupo de bajo riesgo frente a un posible cuadro clínico grave por Covid-19, los médicos consultados sí reconocieron el tema de las secuelas como una posibilidad latente que generaba mayor preocupación entre ellos, pero que nuevamente sería esperado dada la aparente inevitabilidad de un contagio por Covid-19. También fue significativo escuchar por parte de los médicos entrevistados, que aquellos con secuelas, fueron invitados desde la propia UTC-19 a participar en distintos protocolos de investigación, por ejemplo, respecto a la pérdida de cabello post-covid, donde incluso iniciaron tratamiento.

"Mira, ya se hablaba de las famosas secuelas post-covid, pero también sabíamos que era casi imposible no contagiarse, y al menos personalmente me bastaba pensar que no contagiaría a mi familia, porque sabía que era difícil que yo me complicara. Después del contagio tuve pérdida de cabello, y dificultad respiratoria. A veces todavía tengo disnea y dificultad respiratoria al momento de hacer escaladora. Pero la pérdida de cabello fue muy real, las secuelas post-covid existen, no estoy somatizando. En el protocolo de investigación al que me invitaron, me hicieron una biopsia, y tuve un patrón específico de folículos inflamados. Incluso estuve bajo tratamiento protocolario con vitaminas y nanoxidil, pero lo más importante era la biotina. Afortunadamente se resolvió la caída de cabello". (Mujer/General/27 años/enero 2021/ MFV /Terapia Intermedia).

"Sí he tenido secuelas, tengo disnea con medianos esfuerzos y en mi radiografía hay afectación a nivel pulmonar, y estoy en tratamiento con fisioterapia pulmonar e inhaladores, que era esperado. Estoy acatando las indicaciones, pero yo sabía que era probable tener este tipo de complicaciones a mediano y largo plazo, son tristemente gajes del oficio". (Hombre/General/28 años/abril 2021/ LFD/ Hospitalización).

3.9 Canalización de familiares y conocidos a la UTC-19

Otro tema recurrente en las conversaciones sostenidas con los médicos de la UTC-19 fue el hecho de haber podido canalizar familiares y amigos a la UTC-19 en caso de necesitarlo, ya fuera por prevención o por urgencia. Varios médicos consultados, como

se ha mencionado a lo largo de esta tesis, consideraron a la UTC-19 no solo como un excelente lugar de trabajo, sino el espacio ideal para tratar pacientes con Covid-19 dentro de la Ciudad de México. De esta manera, para muchos de ellos, el trabajar para la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19) significó entre otras cosas, un respaldo institucional en caso de que ellos mismos o familiares necesitaran una valoración e internamiento hospitalario.

“Hace poco tuve que hospitalizar a mi madre, yo creo que fue reinfección, porque la inmunidad no dura para siempre. Y no dudé en ingresarla acá a la unidad, es de los mejores lugares en México para atender covid, te sientes más tranquila de saber que van a intervenir de la mejor manera. El caso de mi madre no fue grave por fortuna, todo muy bien, solo tiene algunas secuelas, pero se ha recuperado poco a poco. Yo sabía que era más fácil ingresar a un familiar al Citi si trabajas ahí, pero en mi caso solo llevé a mi madre al triage, pedí que se valorara para saber si debía ingresarse y listo. Sí me fue más fácil, pero los lineamientos deben apegarse para cualquier paciente, y si los cumple pues bienvenido. Yo supongo que sí hay una ventaja”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/CEL /Hospitalización).

“Al principio yo me rehusaba a creer que ellos estuvieran contagiados, yo estaba en terapia intensiva en ese entonces y me negaba a aceptar, pero al final los ingresé a UTC, y ayudó muchísimo que yo trabajara ahí. Para ingresar a la UTC, uno tiene que pasar primero por los consultorios provisionales del triage, donde hacen una valoración, te checan los síntomas y valoran factores de riesgo y con base en eso te dan ingreso. Mis padres no estaban desaturando tanto, debes desaturar menos de 90, si no, no te permiten ingresar, a menos que tengas un puesto directivo en la UTC o que justo estés trabajando ahí. A mis papás los llevé con una compañera, tenían criterios, y los ingresaron, pero mis colegas los estuvieron valorando de manera constante, evolucionaron muy bien y en el transcurso de la semana ya estaban bien”. (Hombre/General/30 años/noviembre 2020/ EGP /Terapia Intermedia).

Esta situación fue significada por los médicos como una “prestación” normal, merecida y concordante al trabajo que ellos desempeñaron debido al desgaste laboral y al riesgo al que estaban expuestos. Esto último pareciera más a nivel discursivo, ya que, como se ha mencionado anteriormente, fuera de ambiente hospitalario, muchos médicos

incurrieron en prácticas de riesgo de contagio al romper algunas medidas de protección, sobre todo en aquellos que decidieron mudarse de su hogar.

“Yo no he recurrido a que mi familia directa tenga que hospitalizarse, pero sé de algunos compañeros que han tenido el beneficio de que sea más rápido el ingreso de sus familiares, e incluso yo he atendido algunos. Yo lo veo normal, como una prestación adicional porque nosotros estamos arriesgando nuestra vida”. (Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).

“La verdad es que acá, es un mundo totalmente diferente. Lo veo con otros amigos que están en otras unidades o clínicas y el manejo es muy diferente porque los protocolos no están actualizados y sobre todo no hay recursos, se hace lo mejor que se puede y hay pacientes que se dejan morir. Como te digo, acá es diferente y si tuviera que internarme o internar a alguien de mi familia, sería acá (UTC-19), porque sé cómo funciona, y también sé que sería más fácil el ingreso al yo trabajar aquí”. (Hombre/General/ 25 años/febrero 2021/ SGC/ Hospitalización).

Sin ser una prestación tipificada a nivel contractual sino una práctica consensuada y legitimada, los médicos consultados refirieron que cuando fue necesario, se acercaron a autoridades de la unidad y a otros colegas para solicitar el ingreso de un familiar o conocido a la UTC-19, con la premisa de garantizar su entrada y poder contar con una cama en la zona de hospitalización. Incluso en algunos casos, médicos cuyo origen era de otros estados al interior de la República, decidieron traer a sus familiares contagiados a la Ciudad de México e ingresarlos a la UTC-19 por prevención. De esta forma, a pesar de que los actores entrevistados sostuvieron que el procedimiento de ingreso de sus familiares a la UTC-19, fue el mismo que cualquier otra persona, ellos admitieron que sí ofrecía una ventaja el trabajar en la unidad, y sobre todo el haber comunicado la necesidad entre colegas para facilitar el ingreso del referido y garantizar la atención del mismo ya como paciente de la UTC-19 ya que entre médicos se confiaban la salud del familiar ingresado, generando así una atención más personalizada.

“Ahora en enero, después de que nos vacunan, primero me da covid a mí, y luego les da a mis papás. Los traje desde Oaxaca, y estuvieron ingresados en la unidad. Por fortuna no necesitaron manejo más avanzado, solo oxígeno con puntas de alto flujo, pero esto

no lo hubieran obtenido en Oaxaca. Con mi papá ingresado es donde realmente sentí el desgaste, me la pasaba ahí pendiente de su manejo y varios compañeros me apoyaron, me preguntaron sobre cómo estaba y si necesitaba algo". (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

"De manera personal, afortunadamente ningún familiar cercano ha requerido hospitalización, pero estoy seguro de que, si lo llegaran a requerir, preferiría que se internaran aquí antes que en un privado. Tengo compañeros que me dicen, tengo un familiar así, y le digo, adelante mételo, no pongo trabas. Hemos ayudado a buscar camas aquí o en otro lado para familiares y amigos, pero es porque los que trabajamos aquí, somos muy unidos. Puedes ir, pides apoyo y te van a decir que sí, sin tanta burocracia, sin la firma de la firma, vas, eres claro, te comunicas y lo solucionas. Muchos nos conocemos, entonces tenemos la certeza de que, si un familiar cercano se interna, no necesitas estar tan preocupado, porque conoces los protocolos y la calidad de las personas y sabes que existe una red de apoyo, y todos dan el 200%".

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

"Por prevención los hospitalicé, y por cómo iban las cosas con la saturación hospitalaria, procuré que tuvieran una cama asegurada. Mis compañeros sabían que eran mis familiares eso fue una ventaja, pero el proceso fue casi igual, lo llevé primero a triage, se hace una consulta y si son candidatos se internan en el hospital. Muchos compañeros tratan a sus familiares en casa, y cuando ya se complican los canalizan con el director, subdirector de operaciones para que les den chance de meterlos de urgencia, pero ya es más difícil, porque eso más bien es para familiares de los directores o gente de gobierno". (Mujer/General/26 años/ enero 2021/AGN / Hospitalización).

Sin embargo, esta "prestación" de poder ingresar referidos a la UTC-19, tuvo algunas limitantes. Acorde a algunos médicos entrevistados, por ejemplo, cuando el familiar o conocido requería el ingreso directo a terapia intensiva, en ocasiones le era negado, algo que varios médicos consultados dijeron se autorizaba con mayor facilidad a familiares de autoridades de alto rango del hospital, incluidos personajes del gobierno. Incluso, a pesar de no haber requerido hospitalización por urgencia, los médicos entrevistados mencionaron que en la UTC-19 se internó el propio Subsecretario de Prevención y

Promoción de la Salud, el denominado Zar contra la Covid-19 en México, el Dr. Hugo López-Gatell Ramírez.

“No te voy a negar que sí es una ventaja trabajar acá para la admisión de familiares, pero a camas generales, porque muchos de mis compañeros han tenido gente cercana que han requerido de intubación cuando todavía había camas en terapia intensiva, han hablado con personas a cargo y les han negado la atención. Eso sí me hace ruido porque nosotros hemos estado entregando nuestro esfuerzo, pero eso sí, hay gente que se pasa esos filtros, personas de alto mando de la unidad, gente de poder, del gobierno cuyos familiares pasan directo y eso me hace llegar a pensar en verdaderos conflictos de interés”. (Mujer/General/25 años/abril 2021/ NVM /Terapia Intensiva).

“Otra cosa importante, es que he podido aprovechar que trabajo acá para poder ayudar a mis seres queridos. Por ejemplo, mi hermana se infectó hace un mes y su esposo se puso muy grave porque tiene muchas comorbilidades. A mi cuñado lo ayudé, lo hospitalicé en Citibanamex, y por fortuna no se complicó, pero ya me ha tocado ayudar a varios familiares. Un tío falleció por Covid, porque cuando llegó al Citi, ya estaba muy mal, no pude ingresarlo más y al final falleció, hice lo que pude, pero queda una frustración”. (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

“Yo por fortuna no tuve que canalizar familiares, pero sé de directivos de Citibanamex y de ciertos personajes de gobierno que sí se internaron y requirieron apoyo tanto en Citibanamex como en el INER. Por ejemplo, el mismo Gatell estuvo por acá, pero eso no te lo van a decir en los medios. Afortunadamente para ellos fue mínimo y no tuvieron que requerir ventilación”. (Mujer/General/28 años/abril 2021/ SHM/ Hospitalización).

A su vez, fue interesante notar cómo esta “prestación” no oficial de poder canalizar familiares y amigos para ser atendidos en la UTC-19, también les generó mucho estrés emocional a los médicos al sentir la responsabilidad respecto al devenir del familiar o amigo ingresado y desempeñar tanto el rol de cuidador como portavoz con el resto de la familia, lo que inexorablemente añadía mayor presión y desgaste al trabajo desempeñado.

3.10 “Somos ratas de laboratorio”; representaciones sobre las vacunas

La llegada de las vacunas contra la Covid-19 a México fue hacia finales de diciembre de 2020 a través de la farmacéutica Pfizer, y el primer conjunto social que las recibió fue el personal sanitario que trabajaba en atención a la crisis sanitaria. De esta manera, en esta investigación consideré central el explorar por medio de las entrevistas semi-estructuradas con médicos de la UTC-19 qué representaciones sociales tuvieron respecto a las mismas, qué motivos tenían para vacunarse, y si la vacunación había sido obligatoria para continuar laborando en la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19).

De esta manera, al indagar sobre el significado de la llegada de estas vacunas para ellos y qué representaciones tenían respecto a la vacuna de Pfizer-Biontech en específico (única vacuna disponible en ese momento), la mayoría de los médicos entrevistados aseveraron que, pese a su carácter todavía experimental, producción apresurada y posibles riesgos, era un privilegio el poder acceder a las dosis, ya que hasta ese momento ningún otro grupo poblacional podía ser inoculado. Esto fue significado a su vez por muchos como un motivo de orgullo y reconocimiento al trabajo realizado por ellos durante los meses previos y un aliciente para trabajar con mayor tranquilidad, sabiendo que probablemente tendrían una protección adicional, sobre todo pensado para proteger a terceros. Respecto a esto último, varios comentaron que incluso hubieran preferido que vacunaran a sus familiares primero, pero que sabían la oportunidad del momento era para ellos y que de esa forma estarían protegiendo de alguna manera a los demás.

“Yo al principio estaba algo escéptica, pensaba que nos iban a meter agua con limón nada más (risas). Hay muchas cosas que por más que busquemos no sabremos sobre las vacunas, pero la situación ha sido tan crítica que contar con una herramienta de combate siempre será útil. Al final, era necesario asumir riesgos para protegernos y proteger a otros, desde pacientes hasta familiares. Me sentía orgullosa de ello, iba a ser de las primeras”. (Mujer/General/25 años/abril 2021/ NVM /Terapia Intensiva).

“Desde que nos dijeron que iba a estar lista la vacuna de Pfizer, muy personalmente lo vi como algo histórico, y para mí fue muy gratificante el que como personal de salud fuéramos la prioridad, como una especie de reconocimiento a nuestro esfuerzo. Por

dentro decía, ahora voy a proteger mejor a mi propia familia, pero me encantaría que vacunarán a mis padres primero, pero luego entendí que, si éramos prioridad, había sido por el riesgo de trabajar ahí". (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

Así, para los médicos consultados, la vacunación fue concebida como una oportunidad para protegerse a sí mismos y, por consiguiente, proteger a su círculo cercano, aunque algunos médicos también mostraron escepticismo y nerviosismo por ser los primeros en ser inoculados, por lo que se consideraron a sí mismos como "ratas de laboratorio" o "conejiillos de indias" con quienes se iba a estudiar la eficacia de la vacunación.

"Sabemos que estas vacunas aún son experimentales, y eso generalmente hace que tarden mucho en ser aprobadas. Ciertamente es una vacuna apresurada, pero la situación lo amerita y aunque seamos conejiillos de indias porque todavía no sabemos si hace su función, confiamos que nos pueda ayudar para estar más tranquilos en lo que hacemos". (Mujer/General/27 años/enero 2021/ MFV /Terapia Intermedia).

"Somos ratas de laboratorio, nos están tomando anticuerpos antes de la vacuna, durante y al final para medir anticuerpos y espero que el artículo salga en 6 meses y veremos si está funcionando o no". (Mujer/General/26 años/ enero 2021/AGN / Hospitalización).

Por otro lado, solo algunos médicos, (sobre todo aquellos con alguna patología previa) aseguraron sentirse preocupados ya que en países como Estados Unidos se habían presentado los primeros casos de reacciones adversas graves tras la vacunación, por lo que existieron médicos que confiaron en tomar el riesgo sin documentarse ampliamente previo a la inoculación, mientras que otros decidieron consultar distintas fuentes de información antes de tomar la decisión de recibir la vacuna pero confiaron en que si habían sido aprobadas por organismos nacionales e internacionales, el beneficio de la vacunación sería mayor que el riesgo. En algunos casos, el riesgo inherente a la vacunación fue considerado como algo que también podría ocurrir con otro tipo de intervenciones biomédicas, es decir, el riesgo post-vacunación fue equiparado por algunos médicos con el riesgo atribuible al consumo de ciertos medicamentos o incluso a la anestesia en determinados procedimientos quirúrgicos, por lo que el riesgo fue

asumido como algo que simplemente podría ocurrir pero que era necesario para diezmar el riesgo propio y contribuir a la protección de otros, con la intención de que las vacunas eventualmente pudieran ayudar a controlar la pandemia.

“Antes de vacunarme, investigué mucho porque tengo una enfermedad autoinmune, y me informé con el jefe de infectología porque la vacuna está contraindicada para mi padecimiento. Yo quería saber cómo se manipula y aplica el biológico, los riesgos, la efectividad, la verdad me informé mucho porque en Estados Unidos se había dado el caso de una encefalitis post-vacunación y de reacciones anafilácticas graves. Finalmente tomé la decisión de ponérmela tras evaluar el costo-beneficio porque Covid también me podría pegar fuerte a mí”. **(Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).**

“Francamente yo no investigué tanto sobre la vacuna, estoy sano y yo dije vacúnenme no hay problema. Sabía que era una oportunidad importante para protegernos y que lo más probable es que los efectos secundarios serían leves y así fue, solo ligeras molestias en el sitio de la aplicación”. **(Hombre/General/25 años/marzo 2021/ LPO /Triage).**

“Mira, yo pienso que, si están aprobadas por la OMS y COFEPRIS, pasaron por todos los estudios y el beneficio es mayor que cualquier riesgo que pudiera presentarse. Yo pienso que, si hay chance de vacunarse, adelante, claro que hay riesgos, pero también pueden presentarse por tomar sulfas, penicilina, paracetamol, o hasta con la anestesia en una operación. Por ahí leí del caso de una médico que le dio encefalitis, pero hay que preguntarnos de un total de cuántos que ya se han vacunado. Nosotros como médicos sabemos que cualquier medicamento podría darte una reacción anafiláctica y si no lo atiendes te puedes morir. Yo le diría a la gente que la vacunación es lo único que nos puede proteger y salvar de esta situación, pero como todo, tiene sus riesgos”.

(Mujer/General/ 25 años/febrero 2021/ JSM/ Hospitalización).

En otros casos, la mayor preocupación de los médicos no fue respecto a posibles efectos secundarios o reacciones adversas inmediatas, sino a las consecuencias a mediano y largo plazo, e varios médicos mostraron su incertidumbre de no saber realmente por cuánto tiempo duraría la inmunidad generada por la vacuna y cómo ésta se articularía con la inmunidad natural tras haber padecido Covid-19 previo a la inoculación.

“Sabíamos que existían efectos secundarios y adversos de la Pfizer, y no te creas, varios todavía estamos preocupados por lo que pueda ocurrir en unos meses o años, pero al final, lo que más deseábamos era tener más confianza para retomar nuestra propia vida, protegernos a nosotros y a los demás. De entrada, yo sabía que había generado anticuerpos para resistir unos meses, porque tentativamente la inmunidad tras haber padecido covid, son 3 o 4 meses. Bajo ese supuesto, en teoría ya no tenía anticuerpos tan altos antes de la vacunación, pero con la vacuna no se sabe cuánto tiempo te genere inmunidad”. (Hombre/General/25 años/enero 2021/JCM/Terapia Intermedia).

Al indagar sobre si la vacunación fue de carácter obligatorio en la UTC-19 para continuar trabajando en la unidad, todos los médicos consultados respondieron que no había sido mandatorio y que tampoco habían sentido la presión de las autoridades o de compañeros para recibirla. Los médicos consultados coincidieron en que se sintió más como una recomendación que se efectuó en conjunto con un consentimiento informado-firmado y una serie de explicaciones respecto a los potenciales beneficios y riesgos de la vacuna Pfizer-Biontech para que cada médico tomara la decisión a nivel individual.

“No es obligatoria por Citibanamex, nos recomendaron vacunarnos eso sí, sin embargo, Pfizer es una vacuna muy buena, con grandes resultados hasta el momento. Sí nos explicaron que hay efectos adversos, pero es en menos del 1% entonces es muy segura. Yo si estaba convencido de aplicármela. (Hombre/General/26 años/marzo 2021/SDA/Terapia Intermedia).

“Siempre fue optativo vacunarse acá en la UTC-19, nos entregaron consentimiento informado, nos advirtieron que podríamos tener consecuencias graves, reacciones secundarias, y el firmar es aceptar que no estabas exento de problemas. Sí recuerdo que nos hicieron una recomendación respecto a si previamente hubo anafilaxis, reacción alérgica, entonces quien tuviera eso, no se pusiera la vacuna. A mí en ese sentido, no me preocupa mucho, nunca he tenido reacciones adversas a otras vacunas, inclusive teniendo un mecanismo diferente, y me extrañaría basado en mi propia experiencia con otras vacunas”. (Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

En cuanto a los principales motivos para tomar la decisión de vacunarse, la mayoría de los médicos consultados aseveró que fue para protegerse a sí mismos y sentirse más

tranquilos en su trabajo, pero también para proteger a su círculo cercano, compañeros de trabajo, amigos, y familiares. Muchos entrevistados también coincidieron en que uno de los motivos para vacunarse se situaba en un compromiso moral con la sociedad, ya que, para varios de ellos, el principio del éxito de la vacunación es que la mayoría lo haga para así contribuir a controlar la pandemia. Algunos de ellos depositaron su confianza en que las vacunas inhibirían no solo la enfermedad grave sino la transmisión y una subsecuente aparición de mutaciones.

“Mira, aquí (UTC-19) no te obligan a que te vacunes, pero quiero seguir viendo a mi familia, entonces no solo lo hago por mí, sino por mi pareja y mi familia porque yo estoy muy expuesta trabajando con casos todos los días. Además, para acabar con la esto (la pandemia), solo sirve si todos nos vacunamos llegado el momento, es un compromiso y una responsabilidad de cada uno de nosotros con los demás”. **(Mujer/General/26 años/ enero 2021/AGN / Hospitalización).**

“Tenía algo de incertidumbre, pero no me quedaba de otra, en el balance, decidí intentarlo para protegerme y proteger a mi familia. Y nada, ya cuando me pusieron la vacuna, tenía algo de nostalgia porque desearía darles a mis padres mi vacuna, obviamente no se pudo. Pero era un rayito de esperanza, de pronto sentí mucha esperanza, se acercaba la luz al final del túnel, me sentía orgullosa de ello, iba a ser de las primeras en ayudar a mitigar la pandemia”. **(Mujer/General/25 años/abril 2021/ NVM /Terapia Intensiva).**

“Por ejemplo, yo me vacuné, aunque ya me había dado Covid, porque si no nos vacunamos simplemente puedes seguir transmitiendo el virus, por eso vacunarse es una protección para todos. Incluso se ha visto que las vacunas evitan que el virus se siga replicando lo que evita que a su vez se generen nuevas cepas con otras características. El chiste es vacunar a la población para evitar que surjan variantes más peligrosas”. **(Mujer/General/ 25 años/febrero 2021/ JSM/ Hospitalización).**

Por otro lado, dentro de las razones que motivaron a los médicos consultados a vacunarse fue que, en el balance del riesgo-beneficio que hicieron, ellos consideraron que el beneficio era mayor, y, además, muchos médicos dijeron haberse sentido arropados por la institución (UTC-19) al brindarles la mayor cantidad de información

respecto a la vacuna para así poder resolver dudas e inquietudes, lo que generó un clima de mayor confianza frente a la vacunación.

“Es verdad que he tenido reserva por el amarillismo alrededor de ellas, pero analizándolo fríamente, opté por vacunarme, aceptar el riesgo de la vacuna por el riesgo a contagiarme que al temor de desarrollar alguna reacción o enfermedad porque yo creo que hay más el beneficio que riesgos”. (Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

“Siempre se nos dio información sobre las vacunas, pero nos dijeron que no era para todos. Por ejemplo, si habíamos tenido síntomas de Covid, 15 días antes, no nos podíamos vacunar. Embarazadas y quienes tuviera otras contraindicaciones tampoco. Yo creo que también es nuestra responsabilidad estar informados, y antes de otra cosa en la UTC-19 nos dieron las pautas. Y esto, sumado a los artículos científicos, respecto a porcentajes de efectividad y la inmunidad, pues sabemos más o menos qué esperar. Cuando nos dieron fechas, las esperábamos con ansias, fue algo muy emotivo la verdad. Se vio la luz de esperanza de que íbamos a estar más protegidos, y se sintió bien que nos dieran preferencia, porque estábamos día con día tratando a los pacientes”. (Mujer/General/28 años/abril 2021/ SHM/ Hospitalización).

“Acá nos dieron tiempo para poder investigar. Nuestro director forma parte de los directivos de Pfizer en México, se nos acercó a resolver dudas que teníamos y nos brindó información sobre cómo funciona la vacuna. Tuvimos la espléndida oportunidad de recibirlas y aunque sabíamos que podría haber efectos adversos, yo me vacuné porque no teníamos otra alternativa si queríamos protegernos de alguna manera y proteger a nuestras familias”. (Hombre/General/25 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).

3.11 La experiencia de la vacunación en la UTC-19

Para la mayoría de los médicos consultados, la vacunación fue concebida como un hito histórico del cual tuvieron representaciones ambivalentes. Por un lado, como ya se ha mencionado antes, se sintieron agradecidos y orgullosos de ser partícipes, pero por otro, también se sintieron nerviosos y escépticos respecto al éxito de la vacuna.

“Todo mundo hablaba de que quería vacunarse, y saber que éramos de los primeros mexicanos nos daba tanto orgullo como miedo, yo veía a mis compañeros con una

emoción enorme, era motivo de orgullo para nosotros porque de alguna manera era un regalo por nuestro esfuerzo. Un día nos dijeron que, si nos queríamos vacunar, entonces le marqué a mi madre y me dijo, si tienes la oportunidad, de una vez, adelante”.

(Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

“A la vacuna llegué muy emocionada y después de la vacuna tuve mucho dolor local, tomé paracetamol y al segundo día ya no me dolía. Ese primer día me dolió muchísimo el brazo, pero no tuve otro efecto, incluso tenía compañeros que estaban trabajando en otros lados, que no habían recibido la vacuna, y la palabra es que me sentía afortunada por estar vacunada. Por eso no lo sentí como una condicionante o miedo, sino con gratitud y emoción”. ***(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).***

La vacunación para los trabajadores sanitarios de la UTC-19 comenzó hacia finales de diciembre de 2020, aunque la mayoría de los médicos consultados para esta investigación, recibieron su primera dosis a inicios de 2021. A su vez, varios de ellos, comentaron sentirse agradecidos con la oportunidad de vacunarse, ya que la UTC-19 no hizo distinción entre aquellos médicos que comenzaron a laborar desde el comienzo y otros de reciente incorporación. Según relataron los actores entrevistados, prácticamente todos recibieron su primera dosis sin inconvenientes, aunque la segunda dosis en algunos casos se tuvo que postergar ya que hubo retrasos con la entrega de las vacunas y no había suficientes para todo el personal sanitario de la UTC-19.

“Fíjate que Pfizer llegó el 25 de diciembre y a mí me vacunaron en enero, pero todavía falta personal. Ahorita el 90% del personal tiene la primera dosis, pero al 70% hace falta la segunda dosis. La segunda dosis, a nos tocaba del 20 de enero, pero se acabaron, y no llegaron más”. ***(Mujer/General/27 años/enero 2021/ MFV /Terapia Intermedia).***

“A mí me vacunaron en enero y lo que me gustó es que no importó si llevabas 8 meses o 10 días en la unidad, sí importaba para el orden, pero nada más”. ***(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).***

“Ahorita hay una discusión y preocupación creciente por los retrasos de la vacuna Pfizer para la segunda dosis, porque si se retrasa uno o dos días no hay problema para la segunda dosis, pero podría ser más y hay discusiones que dicen que podría demorar

hasta 30 días y por tanto no alcance su umbral de función. Y solo hay que aguantarse”.

(Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

Al preguntar respecto a los efectos secundarios que presentaron tras la inoculación o si habían tenido algún efecto adverso, la mayoría mencionó haber cursado con sintomatología esperada, aunque intensificada con la segunda dosis. En general, los médicos consultados, reportaron haber presentado cansancio, fiebre moderada, escalofríos, dolor en la zona de la aplicación de la vacuna, dolor de cabeza y de articulaciones, aunque otros manifestaron tener síntomas similares a una infección por Covid-19, incluyendo pérdida del olfato y gusto que los llevaron a realizarse pruebas para descartar una posible infección. Otros, los menos, dijeron haber sentido cambios más extraños en su organismo tras la inoculación, como, por ejemplo, la disminución en su apetito sexual

“A mí me pusieron la vacuna el 31 de diciembre, me dolieron los músculos, las articulaciones, dolor de cabeza, a varios les dieron síntomas de covid, no se reportan tanto, pero los efectos secundarios han sido muchos”. ***(Mujer/General/27 años/enero 2021/ MFV /Terapia Intermedia).***

“Los efectos secundarios te los mencionan desde el comienzo, está en la página de CDC y FDA. Vamos, todas las vacunas tienen efectos, pero de nosotros, yo creo que del 100% de los vacunados, hasta un 80% tuvo dolor de brazo intenso y dolor de cabeza. Otros comentan que perdieron el apetito sexual, sufrieron anosmia, pérdida del gusto con toda la sintomatología de covid, e incluso se hicieron pruebas”. ***(Hombre/General/28 años/enero 2021/ VBN /Terapia Intermedia).***

“Con la primera dosis no tuve ninguna reacción fuerte, solo algo de dolor de brazo. Ya con la segunda sí me sentí más cansada pero como entonces ya estaba en dos trabajos a la par, no me pareció anormal sentirme fatigada. No sé si fue la vacuna o mi propio ritmo”. ***(Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).***

“Yo solo tuve dolor sitio de aplicación generalizado en el brazo izquierdo, muy focalizado. Pero a otra colega que la vacunaron hace poco, le dio un cuadro gripal algo fuerte, con fiebre, dolor de cabeza, dolor corporal por dos días y a otros que conozco

algo de disnea, pero nada fuerte”. (Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

Referente a efectos adversos más graves, solamente una entrevistada mencionó conocer el caso de un compañero que supuestamente tras la vacunación tuvo que recibir oxígeno suplementario, y de una enfermera alérgica a las sulfas a quien le dio encefalitis tras la vacunación. Sin embargo, este mismo informante refirió que, en algunos casos, no se podría atribuir solamente a la vacunación por algunos efectos adversos, sino que hipotéticamente quizá coincidían en tiempos, tanto una infección no diagnosticada por Covid-19 como la propia inoculación.

“En general todo salió bien, pero, por ejemplo, la última dosis que le pusieron a un compañero, le provocó fiebre de 39 grados. Ese mismo día otro colega terminó con oxígeno y nos enteramos sobre una enfermera que le dio encefalitis, ella era alérgica a las sulfas, y le dio una reacción anafiláctica, no falleció, pero sí son muchos los efectos adversos. En los primeros casos, no sabemos si por ahí se cruzó un contagio de Covid a la par de la vacunación”. (Mujer/General/26 años/ enero 2021/AGN / Hospitalización).

3.12 Cambios en la percepción del riesgo tras la vacunación

Al momento de indagar a los médicos respecto a si habían cambiado sus estrategias de cuidado frente al virus tras la vacunación con el esquema completo, es decir con las primeras dos dosis de la vacuna Pfizer; la mayoría refirió a que sí debido a que se sentían ya más protegidos y por tanto confiados. No obstante, existieron aquellos cuyas modificaciones fueron graduales y medidas, mientras que otros aprovecharon la vacunación para liberar algunas restricciones autoimpuestas, sobre todo con relación a las reuniones y la convivencia familiar ya que, a partir de la inoculación, el temor de contagiar a sus seres queridos fue menor, aun cuando a inicios del 2021 ningún otro grupo, con excepción de los trabajadores sanitarios podía recibir la vacuna.

“Antes de las vacunas, yo calculo que el 80% ya se había infectado. Convivía con compañeros que ya habían tenido el virus, pero yo no salía a plazas, restaurantes, bares y me había mantenido al margen de hacer este tipo de actividades hasta que llegaron las vacunas y empecé a salir mucho más”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ RMR /Hospitalización).

“Sí me da más tranquilidad el estar vacunada y no volverme a contagiar, ahora me siento más segura de que la vacuna no solo me protege, sino que evito estar contagiando a otros, sobre todo a mis seres queridos. Ahora puedo verlos más y convivir con mi hermana de mejor manera por lo que estoy más tranquila en ese sentido. No he perdido algunas medidas de protección porque se volvieron hábitos, como no llevar te las manos a la cara, no saludar de beso y abrazo. Siento que varias medidas ya se están quedando en nosotros y es bueno, pero lo cierto es que tras la vacuna tengo una menor sensación de angustia por contagiar a otros”. (Mujer/General/ 25 años/febrero 2021/ JSM/ Hospitalización).

Sin embargo, según relataron varios médicos, esta confianza también trajo como consecuencia que muchos de ellos relajaran sus medidas de protección frente al virus, es decir, incrementaron su exposición al realizar más viajes, reuniones familiares o se despojaron de elementos nodales como el cubrebocas en ciertos espacios. Por tanto, durante las semanas posteriores a la vacunación, varios médicos aseguraron que existieron varios contagios, algunos por primera ocasión y en algunos otros, casos incluso reinfecciones, aunque en ambos casos, sin presentar cuadros severos.

“En esa época de vacunación (diciembre 2020-enero 2021), tuvimos como una pequeña ola de contagios entre enfermeras y médicos. Teníamos miedo de saber si eran síntomas post-vacunales o por Covid-19, y la verdad es que el área de APRO, todo enero se la pasó lleno. Yo pienso que muchos relajamos las medidas, y como pensamos que estábamos vacunados, nos fuimos viaje, e hicimos otras actividades que implicaban más riesgo que trabajar en la propia unidad”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

Esto se atribuyó al hecho de considerar inicialmente que las vacunas brindaban una protección importante no solo frente a cuadros graves, sino frente al contagio, una representación social, que como ellos mismos comentaron, se fue matizando con el paso del tiempo al percatarse de que el verdadero beneficio recaía en evitar el progreso de la enfermedad y así reducir las probabilidades de ser hospitalizados o fallecer. Inclusive, varios médicos entrevistados refirieron que, tras ser vacunados, quienes se sintieron todavía más confiados de poder interactuar con ellos, fueron sus propios familiares. De

esta forma, la vacunación también se significó como una llave o un permiso, para el retorno a la convivencia familiar.

“Antes de recibir la vacuna, toda interacción con mi familia fue por videollamada, pero después de vacunarme sentí como si me dieran una llave, me daba la tranquilidad de que iban a estar seguros si yo los visitaba. La primera dosis me la pusieron el 31 de diciembre y la segunda el 20 de enero, entonces me sentía tranquilo con el esquema y empecé a salir más, pero por ahí del 25 de enero, me empecé a sentir raro, acudí con síntomas, y me comentaron que eran síntomas post-vacunales, fiebre y un poco de cansancio. Sin embargo, luego me dijeron, mejor hazte una prueba rápida y resulté positivo. En el análisis pienso que me confié mucho tras la vacuna, y que seguramente fue en alguna reunión, pero en la unidad (Citibanamex) no creo porque ahí no cambió prácticamente nada y solo trabajaba los fines de semana como ahora”.

(Hombre/General/27 años/marzo 2021/ RVB /Terapia Intensiva).

“Después de la segunda dosis me quedé más tranquila, porque pasó un año y no me contagié, entonces con el esquema completo, la verdad es que sí relajé algunas medidas, ya me iba a comer con otros compañeros, y aunque seguía usando cubrebocas y me seguía cambiando la ropa al llegar a casa, ya no me da tanto miedo ver a otras personas. Yo creo que sobre todo mis papás respiraron porque ya sentían mucha angustia. Lo que sí puedo decirte es que varios compañeros entre la primera y la segunda dosis resultaron contagiados porque se apresuraron a salir y ver amigos, parejas, etc”. **(Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).**

No obstante, dentro de los testimonios de varios médicos consultados, también se encontraron narrativas que aseguraban que, si bien se sentían más protegidos y confiados tras recibir el esquema completo de vacunación, sobre todo en el entorno laboral, aunque eso no significara cambiar radicalmente sus medidas de protección, sobre todo con familiares y amigos quienes no habían recibido todavía ninguna dosis.

“Ahora con la vacuna, y tras el contagio, pues ando con mucha más confianza, ya me acerco a pacientes tosiendo o con puntas de alto flujo que generan aerosoles, porque tienes certeza y menos incertidumbre, pero sí cambian las percepciones sobre el riesgo y en algunos casos es estrategia de supervivencia. Yo por fuera, me sigo protegiendo y

llevando a cabo los protocolos, pero en lo que ha cambiado es que estoy más confiado”.

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

*“Tenemos áreas de oficina en donde hay mesas largas con computadoras, y muchos de nuestros compañeros asumen que con la vacuna ya no les pasa nada, les da mayor seguridad, se quitan cubrebocas, se toman el café ya sin tanto temor. También tengo muchos amigos de acá en el Citi que ya se van de vacaciones, con la vacuna se van a todos lados, se van a reuniones, van a restaurantes, etc., la sensación de seguridad es diferente. En el INER, por ejemplo, incluso ya hay gente que entra sin cubrebocas cuando ingresa al covitario. Pero personalmente me dan cosa las nuevas cepas, y más vale prevenir, no confiarme tanto, ya no soy tan aprensiva, pero sigo manteniendo todas las medidas”. ***(Mujer/General/26 años/abril 2021/ NVM /Terapia Intensiva).****

Para varios de ellos, la vacuna no representaba una inmunidad frente al contagio, sino una protección adicional frente a un posible cuadro de gravedad por lo que incluso estos médicos catalogaron como imprudentes o precipitados los cambios que sí notaron en varios colegas respecto a medidas de protección, sobre todo respecto a la convivencia con otros que todavía no habían recibido ninguna dosis de la vacuna. Adicionalmente, varios médicos relataron que la confianza obtenida tras la vacunación se traducían más bien en una mayor tranquilidad en el entorno laboral, sobre todo al exponerse directamente a los pacientes.

*“Aunque aún me quedan dudas, sobre todo por lo rápido que salió esta vacuna, y uno luego se confía y termina contagiado. Lo que pasa es que varios siento que no entendieron que la vacuna no te exime de poderte contagiar y contagiar a otros. Estás más protegido, el sistema va a reconocer el virus y no te va a dar tan fuerte, pero siempre serás un fomite que puede contagiar. Yo no he bajado mis medidas de protección fuera, pero sí te sientes un poco más seguro al atender pacientes, pero nada más. Hay compañeros quienes ya salen como si nada o ya ni usan cubrebocas fuera del hospital y por eso se terminan contagiando.” ***(Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).****

“Yo puedo estar vacunado, pero mi familia aún no, entonces mis estrategias no han cambiado mucho, básicamente si no tienes algo a que salir no salgas, evitar

aglomeraciones, y reuniones. Nada de ver otros familiares que no vivan en casa o amigos casuales. Mi ritmo actual es trabajo casa, trabajo casa, las dos cosas más valiosas, es decir, no bajar la guardia". (Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

"Sí me siento más confiada tras la vacunación, pero sigo teniendo las mismas medidas, nada es 100% seguro con las vacunas, como se ha visto, todavía está la probabilidad de contagiar a otros o incluso de presentar una reinfección, aunque disminuya con la vacuna. O, por ejemplo, no se sabe si la vacuna pueda ser resistente contra las nuevas cepas. Entonces siempre es mejor prevenir que lamentar. Las medidas siguen siendo las mismas, higiene de manos, uso de cubrebocas, e incluso ahora doble cuando veo familiares y amigos". (Mujer/General/28 años/abril 2021/ SHM/ Hospitalización).

Fue interesante analizar que otros médicos dijeron no haber modificado radicalmente sus estilos de vida y medidas de protección tras la vacunación, sobre todo por un asunto de solidaridad con la población que todavía no había recibido ninguna dosis. Para quienes aseveraron esto, la modificación de sus hábitos de higiene, medidas de protección y estilo de vida, representaba un acto de egoísmo ya que solamente ellos estarían protegidos y no así con quienes pudieran potencialmente convivir.

"Realmente no he cambiado nada en cuanto a mis medidas de protección fuera del hospital, porque sería algo egoísta para quienes aún no reciben una vacuna. Pero es verdad que en las salas covid, antes de la vacuna me sentía mucho más temerosa. Antes no nos quitábamos el equipo, aunque tuvieras la cara destruida. Ahora tras la vacuna, ya me tomo la licencia de quitarme los lentes si ya están empañados, y no soy la única, lo he visto en la mayoría de mis compañeros. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

"Con todo y la vacuna, no nos exenta de enfermar, y de contagiar entonces cuando llego a ver a mis padres, siempre me quedo afuera de la casa aun con la vacuna. No han cambiado muchas cosas, mi novio me dice que ahora me relajo un poco más porque antes no me quitaba el cubrebocas en ninguna circunstancia y ahora solo en ciertos espacios. Es que me siento mal, teniendo la vacuna que le diga a otros que se protejan cuando yo no, es decir otros no han tenido la oportunidad de cuidarse a sí mismos y, por

*tanto, tengo que ser ejemplo aún con la vacuna". (Mujer/General/25 años/abril 2021/
NVM /Terapia Intensiva).*

3.13 Entre box-lunch y dietas hipercalóricas; una alimentación inadecuada

Aunado al tema del riesgo del contagio por Covid-19, en la presente investigación quise ahondar respecto a cómo se encontraba la salud de los médicos al estar trabajando en la UTC-19 y en otros espacios hospitalarios durante la crisis sanitaria. De esta manera, decidí indagar sobre algunas áreas que consideré importantes, tales como la nutrición, las horas de sueño y la salud mental.

Respecto al tema de la alimentación, la mayoría de los médicos consultados comentaron que a partir de su ingreso a la UTC-19, y su participación en otros espacios hospitalarios, han descuidado el tema de una nutrición que ellos denominaron como inadecuada. Sin embargo, para muchos de ellos, esta situación solamente empeoró durante la crisis sanitaria, ya que varios relataron que, desde el inicio de la carrera de Medicina, habían cambiado muchos de sus hábitos alimentarios por cuestión de escasez de tiempo. Incluso, muchos de ellos al ser cuestionados sobre sus hábitos alimentarios tuvieron como primera reacción una sonrisa y respondían con ironía, asumiendo que, por antonomasia, el hecho de ser médicos está directamente asociado con una mala alimentación.

"Ya sabes que como médicos somos los que peor comemos, y también es una cuestión de tiempo, tenemos dos horas para descansar, comer y cambiarnos el equipo de protección. Aquí nos dan un boxlunch, con un sándwich, papas, chocolates, pero la alimentación sí está mal y ante el hambre buscas carbohidratos que te llenan". (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

"He escuchado de compañeros que se quejan del menú que es alto en carbohidratos, pero también creo que el personal de salud somos algo falsos, porque no predicamos con el ejemplo, no comemos bien, no dormimos bien, nos da pereza hacer ejercicio. Ya desde que estamos en Medicina, se asume el alimentarse mal y no hacemos nada para cambiarlo". (Mujer/General/26 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intensiva).

Pese a reconocer que la mala alimentación comenzó desde el inicio de la carrera de Medicina, la inmensa mayoría de los consultados refirió que su alimentación sí era mejor previo a la pandemia y varios refirieron que empeoraron sus hábitos alimentarios, trayendo por consecuencia, un incremento en su peso corporal desde que comenzaron a trabajar en la UTC-19. La mala alimentación fue atribuida a la escasez de tiempo, producto de una alta demanda de pacientes, lo que a su vez motivó a que varios médicos consultados buscaran diversificar sus actividades laborales, es decir no solo trabajaron en la UTC-19, sino como se ha expuesto anteriormente, en otros espacios de atención a la pandemia.

“Durante estos últimos meses he trabajado en varios lugares, además he visto otros pacientes de forma privada y entonces mis hábitos alimentarios empeoraron, no tenía tiempo de hacer nada, me tenía que dividir entre trabajo y familia”.

(Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

“Mi salud se ha visto muy afectada, y he subido mucho de peso. Mi alimentación ha cambiado mucho, no he tenido tiempo para hacer ejercicio, las jornadas han sido muy largas, y ahora que estoy trabajando también en el INER además del Citi, pues más complicado aún. Luego ceno cuando puedo y lo que puedo (risas). Y es que no hay tiempo, en enero a veces comía solo pan, pero he tratado de regresar a mis tiempos de comida, llevar una alimentación un poco más balanceada”. **(Mujer/General/28**

años/abril 2021/ SHM/ Hospitalización).

Una de las prestaciones adicionales que ofreció la UTC-19 a los médicos que trabajaron en esta unidad, fue el hecho de ofrecerles comida durante las mañanas, tardes y noches; es decir, existió un comedor disponible para poder alimentarse. Sin embargo, la mayoría mencionó que, por un lado, tanto los “box-lunch” como los menús ofrecidos en la UTC-19 fueron inadecuados por ser hipercalóricos, por otro lado, que muchas veces, por la propia prisa, solamente ingerían lo que llamaron “comida chatarra” es decir, frituras, pan dulce, chocolates y de bebidas, refrescos o café que les ayudaban a mantenerse activos y despiertos. Algunos médicos mencionaron que inicialmente les daba miedo traer sus propios alimentos a la UTC-19 por temor a llevarse un posible contagio a casa lo que

impidió que se alimentaran mejor. Mientras que otros, dijeron que optaban por pedir comida utilizando aplicaciones digitales, aunque esta dieta tampoco fue equilibrada.

“Los primeros meses yo sabía que solo iba a tomar café y comer donas, pero pensé que poco a poco me recuperaría, y no fue así. Conforme las cosas empeoraron con la pandemia, también mi alimentación ha estado cada vez peor porque acá no te ofrecen ni los alimentos ni las porciones adecuadas. En un inicio, también teníamos temor de traer nuestros propios alimentos y llevarnos el virus a casa, y eso impedía que comiéramos de mejor manera”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

“Respecto a la nutrición, aquí en la unidad, hay un comedor todo el tiempo, como médico puedes ir y hay desayuno, comida y cena, siempre tienes comida en general. Yo diría que no ha sido del todo balanceada, al principio como patrocinaba Ciel, llegaba pura Coca-Cola, papas fritas, Bubulubus y comida chatarra. No lo veíamos mal y decíamos, qué bueno que al menos hay estas cosas. No ha sido sana la comida que nos ofrecen, y en mi caso particular, yo he aumentado de peso por la pandemia, por la comida chatarra, porque al estar en dos trabajos, pedía comida para llevar todo el tiempo”. (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

“La verdad es que en Citibanamex no cambió mucho la alimentación. Acá nos mandan nuestro box-lunch, pero es demasiado carbohidrato, son dietas hipercalóricas, pero es difícil seguir comiendo bien cuando no tienes tiempo. Luego por los horarios solo puedes encontrar tacos, pizzas, y noté que muchos de los que vivíamos en hoteles, subimos de peso. Comer en los hospitales es de locos, no se come bien, te dan hamburguesas de desayuno, son menús que no son para nada saludables”. (Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

Es a partir de la escasez de tiempo por tener horarios de trabajo saturados o por no tener espacios para cocinar como en el caso de aquellos que decidieron optar por vivir temporalmente en los hoteles, que la estrategia de varios médicos respecto a la alimentación pasó más por una dimensión pragmática que por una preocupación por la calidad en su nutrición, algo de lo que ellos como médicos fueron conscientes y que reconocieron, le trajo algunas consecuencias a su salud como el aumento de peso.

“Creo que, en cuanto a la alimentación, todos hemos subido de peso. La comida que nos brindan en la unidad (UTC-19) no es que sea del todo mala, pero tampoco es la más equilibrada. Te llena, pero no es lo más adecuado, además los que hemos estado viviendo en hoteles, a veces no te dan desayuno, y si te dan, es tipo americano. El resto de la comida es para llevar, porque no tenemos dónde cocinar en el hotel, pedimos por Uber, Didi que nos hacía descuento, pero ya sabes que no son cosas muy sanas, nuestra alimentación en resumen es adecuada en cantidad, pero no calidad”.

(Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

*“Venía de comer super rico en casa, y acá subí nueve kilos, ya pesaba 65 kilos. Comer en la unidad no ha sido saludable, pero sí lo más práctico, a veces comía lo que podía, no me daba tiempo de hacer una despensa en forma o lo que quisiera para cocinar. Ya para diciembre las jornadas eran de más de 12 horas y me limitaba a comer lo que había en la unidad”. ***(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).****

3.14 Escasez de tiempo para el ejercicio y horas de sueño insuficientes

En cuanto a cómo su participación laboral en la crisis sanitaria ha incidido en sus horas de sueño y el poder ejercitarse, la mayoría de los médicos que fueron consultados, mencionaron que, en ambos casos, la escasez de tiempo fue un factor determinante para no poder dormir lo suficiente o poder realizar ejercicio. La diversificación laboral en la que incurrieron muchos durante la crisis sanitaria, se mencionó como otro factor que contribuyó significativamente a ver afectadas sus horas de sueño y a poder hacer ejercicio.

*“Del sueño te puedo platicar que no es reparador, ni el ideal, lo más que llego a dormir son 5 horas y 3 a lo mucho, serán de sueño profundo. Esto estaba trastocado desde antes, pero ha empeorado desde que comencé a trabajar acá, primero por los horarios fijos del Citi, y luego porque muchos vimos otras oportunidades de trabajo y las tomamos”. ***(Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).****

“Respecto al sueño, es un problema que ya traemos desde la carrera, es normal que veces no duermes, ni 6 horas o lo que quisieras dormir. Ahora, además del Citi, en mi caso tengo 3 trabajos y absorben todo el tiempo, pero la verdad no siento que hayan

empeorado demasiado mis horas de sueño, ya estaba acostumbrado”.

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

*“Yo tengo sobrepeso, y aunque he querido retomar el gimnasio, prácticamente no me da tiempo. Primero cerraron todo y luego en diciembre y enero vimos el incremento de casos, y empezamos a trabajar aquí y allá, algunos empezamos a aplicar pruebas a domicilio entonces no encontrado tiempo ni para salir a correr”. **(Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).***

Sin embargo, tal como sucedió con el tema de la alimentación, varios de los participantes dijeron que si bien trabajar en la UTC-19 y en otros espacios de atención a la pandemia hicieron aún más difícil el poder descansar de manera óptima y ejercitarse durante la crisis sanitaria, la mayoría coincidió en que esto no era un problema nuevo al que no estuvieran acostumbrados de alguna manera, recordando que desde su ingreso a la carrera de Medicina y en particular durante el internado, habían dejado de dormir lo suficiente y de hacer ejercicio, ya fuera a través de algún deporte o asistiendo al gimnasio.

*“Ejercicio no hago, camino mucho pero dentro del hospital (risas). De vez en cuando hago ejercicios de estiramiento, porque luego tengo problemas de articulaciones, pero ya desde el internado dejé de jugar volley que me gustaba y hago poco ejercicio la verdad, pero no es solo de ahora, aunque quizá estemos peor. Hay quien logra hacer ejercicio y come bien, pero son muy pocos”. **(Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).***

*“Yo siento que la pandemia no cambió mucho el desgaste que ya conocíamos, quizá lo extrapoló, pero había muchas personas que trabajaron en otros lugares, y eso es lo que considero empezó a desgastar más. En el internado sabes que pierdes todo, subes y bajas de peso, no comes bien, no haces ejercicio porque no tienes tiempo para otra cosa, tus tiempos libres son para estudiar y dormir y eso que todavía no terminas la carrera, acá fue similar como un segundo internado”. **(Mujer/General/25 años/noviembre de 2021/ SAR / FG/ Terapia Intermedia).***

“Yo siento que sacrifiqué mucho de mi salud en esto. Todos sabemos que desde que ingresamos en la carrera de Medicina nos sentimos mal en algún punto por desgaste, pero

acá fue otro nivel de sacrificar el cuerpo. Acá comí muy mal, subí 15 kilos. Yo diría que, en la parte metabólica, de energía y de salud mental sí hubo un punto de quiebre respecto a lo que ya conocíamos”. (Hombre /General/33 años/noviembre 2021/ LDG/ FG/ Hospitalización).

Respecto a no obtener un sueño reparador, varios médicos reiteraron que era parte constitutiva de su propia profesión, y sin embargo, muchos dijeron que no solo no dormían lo suficiente por cuestión de la escasez de tiempo, sino que lo poco que dormían tampoco era de calidad, debido a las preocupaciones laborales, familiares y al desgaste por la exposición constante a ver casos por Covid-19, todo esto dijeron que se traducía oníricamente en pesadillas, situación que no favorecía un descanso adecuado según sus propias palabras.

“Últimamente al ver el incremento de casos, varios estamos preocupados por los pacientes, pero también por lo que suceda en casa. Todavía formalmente no estamos en semáforo rojo, pero para nosotros ya lo estamos. Hace un tiempo me quedé a dormir con un amigo y estábamos durmiendo, y de pronto él gritaba en su sueño “se te van a mover las puntas y ya se lo van a llevar”. Creo que es ahí cuando te das cuenta de que estás burnout cuando interrumpe el sueño con pesadillas”. (Mujer/General/26 años/noviembre de 2020/ RMR /Hospitalización).

“Intento dormir al menos 4 horas para aguantar el trabajo y que la atención a los pacientes sea de manera correcta, pero estos últimos meses, de diciembre a febrero con el repunte, todos mis hábitos fueron peores, dormía solo 2 horas al día, fue muy estresante muy agotador. Por ejemplo, había días donde dormía durante el día porque mis horas de sueño estaban invertidas, luego me dan terrores nocturnos, pienso que estoy en el hospital y no lo estoy. Pero sabes que es parte de la profesión, en la Medicina haces sacrificios y vale la pena, es entregarte al bienestar del paciente sin importar qué”. (Mujer/General/28 años/abril 2021/ SHM/ Hospitalización).

“Durante la segunda ola, el sueño que tenía no era para nada reparador porque mi ciclo era raro, por las tardes dormía más que en la noche entonces presentaba una fatiga crónica. Además, tenía la preocupación constante de qué ocurriría con aquellos familiares y amigos que sí pude ayudar a que ingresaran al Citi, porque de alguna forma

me sentía responsable de ellos. Muchos terminaron con puntas de alto flujo y sentía que en cualquier momento me iban a marcar para decirme que los iban a intubar”.

(Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

3.15 Salud mental de los médicos durante la atención a la crisis sanitaria

Referente al tema de cómo percibían su propia salud mental, la mayoría de los participantes admitió que no se encontraba bien. En cuanto a las principales razones, varios médicos argumentaron que ya sentían burnout o síndrome del quemado, esto atribuido a largas jornadas laborales, a la diversificación laboral, a la alta demanda de pacientes, y a la incertidumbre por la prolongación de la pandemia per se. Aunado a esto, también se suman factores contratransferenciales como la sobrecarga por compasión, a la exposición al sufrimiento y a la muerte de pacientes, pero también la preocupación de pensar cómo estarán sus propios familiares y atenderlos oportunamente en caso de contagio.

“Lo más difícil ha sido mi estabilidad emocional y psicológica, mi salud mental la he padecido mucho durante estos últimos meses porque no es tan fácil lidiar con la intensidad de checar pacientes, reportar pacientes diagnosticados, o casos sospechosos. Y muchos colegas los ven solo como números, pero eran personas y me parece feo que una persona entró relativamente bien y ya no salió. Además, mi madre se enfermó de covid justo por esa época, y entonces me estresé todavía más porque yo fui quien tomó la decisión de ingresarla acá a la unidad”. ***(Mujer /General/25 años/febrero 2021/ ALP /Hospitalización).***

“Ahora en diciembre vimos muchos más pacientes y ya hay algo de hartazgo y ansiedad respecto a eso, y aunque sepamos que no andamos bien mentalmente no podemos dejar de atender. He visto que algunos de mis compañeros más susceptibles por el burnout, más deprimidos, enfadados y ansiosos. Yo pienso que ya es “cabin fever”, porque bien o mal ya nos vemos casi todos los días y la situación de la pandemia no cambia”.

(Hombre/General/26 años/febrero 2021/DHA/Triage).

“El deterioro de mi salud mental fue muy fuerte, había días en los que deprimí muy feo y luego ya empecé a crear una inmunidad frente a la muerte de las personas lo que era

triste. Muchas veces te dolían, pero tenías que reponerte y pensar ahora en el paciente que ya venía”. (Mujer/General/26 años/noviembre 2021/ CHS/ FG/ Hospitalización).

“A principios de enero yo sabía que sufría del síndrome de burnout o depresión menor porque a partir de noviembre la cantidad de pacientes y su gravedad aumentaron increíblemente, y eso te genera angustia y te asusta porque nadie se libraba de conocer a alguien que había muerto o había estado grave por covid. Como personal de salud, ver como llegan más pacientes, no solo es tener más trabajo, sino el impacto de ver gente que se está muriendo, y eso genera mucha ansiedad y estrés. Otra cosa es que he vivido con mucho miedo en caso de que lleve el virus a mi familia, y que ellos se compliquen y quedarme con esa culpa”. (Hombre/General/25 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).

A pesar de que la mayoría de los participantes admitió tener una salud mental deteriorada y vulnerada debido a su participación laboral en la pandemia por Covid-19, fue interesante conocer que muchos ya habían iniciado algún tipo de apoyo psicológico previo a la pandemia, pero había sido interrumpido al momento de iniciar su trabajo en la UTC-19 debido principalmente a la escasez de tiempo para ajustarse al encuadre de sus respectivas terapias y algunos otros, mencionaron que optaron por pausar el proceso debido a que no les convenció el continuar la terapia a distancia.

“Yo cuando inicié mi servicio social en cuidados paliativos, estaba bajo terapia cognitivo conductual, entonces como ya sabía algunas cosas. Antes de la pandemia, estuve llevando terapia, pero por precaución la dejé. La terapeuta me dijo que podíamos continuar por videollamada, pero a mí no me gustaba, no me sentía cómoda. Sin embargo, yo ya tenía ciertas herramientas”. (Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).

“Yo desde antes tuve diagnóstico de depresión y ansiedad y llevé terapia farmacológica. Eventualmente llevaba terapia psicológica, me ayudaba llevarla una vez a la semana, pero desde que vine a Citibanamex tuve que cancelar, pero más por cuestión de tiempos que por falta de iniciativa, es no me acomodaba”. (Mujer/General/26 años/octubre de 2021/ RMR /Hospitalización).

Por otro lado, varios médicos mencionaron haber rechazado apoyo por parte de profesionales de la salud mental que habían puesto a su disposición autoridades de distintas instituciones donde participaron, incluyendo la UTC-19. Acorde a la mayoría de los médicos consultados, esta decisión fue atribuida nuevamente a la escasez de tiempo, sin embargo, algunos otros admitieron que esto era simplemente un pretexto o una excusa para reconocer la vulnerabilidad propia y admitir frente a otros profesionales de la salud que necesitaban apoyo, lo cual consideraron sigue siendo un tabú dentro de su profesión.

“Nosotros empezamos a ver un desgaste específico en terapia intermedia e intensiva y aventaron un estudio que se canceló, pero las encuestas a médicos arrojaban que alrededor del 87% tenía burnout. Aquí en la unidad, contamos con un equipo de psicólogos y psiquiatras que atienden tanto pacientes como personal médico, cosa que no existe en otros lados, pero que asistamos ya es otro boleto. También se instalaron talleres de mindfulness y de meditación, pero solo acudían 12 personas, se hacían una vez a la semana y notamos que uno de los problemas para que asistieran eran los horarios”. (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

“Pensé en contactar a un psicólogo, pero la verdad no busqué ayuda puntual. Creo que todavía tenemos el tabú de que somos médicos y no necesitamos apoyo porque creemos que deberíamos saber cómo enfrentar situaciones de estrés máximo. Aquí nos ofrecieron talleres de mindfulness y me decía, necesito la ayuda, pero también tiempo porque trabajaba en las mañanas en Sedena y en la tarde en la unidad porque sabía que esto no iba a durar para siempre”. (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

“Sé que es importante la salud mental e incluso se lo digo a pacientes, pero es algo que personalmente dejo de lado, prefiero arreglarme la caries que la salud mental. Es algo que no le doy tanta importancia, le doy más peso a lo orgánico y biológico, pero lo intangible no le pongo atención, no sé si sea por desconfianza o miedo a sentirme vulnerable frente a otros”. (Mujer/General/27 años/enero 2021/ MFV /Terapia Intermedia).

Aunado al argumento de no contar con tiempo suficiente para poder atender su salud mental, para muchos médicos que fueron entrevistados, la búsqueda de atención para atender su propia salud mental ha sido también minimizada y en ocasiones trivializada a través de muestras de burla y desprecio como sucedió con los talleres de *mindfulness* ofrecidos a los trabajadores sanitarios de la UTC-19 como herramienta para lidiar con el estrés y la ansiedad producto de trabajar durante la crisis sanitaria con pacientes con Covid-19.

“Mira, sí me enteré de que daban un taller de mindfulness, pero no concordaba con mis tiempos y por eso no lo tomé, pero siento que en general nos enseñan tanto que no nos podemos sentir mal que menospreciamos nuestra salud mental. Las jornadas son largas y pesadas, pero como los de años mayores se quejan de que en sus tiempos trabajaban más, te hacen creer que la esclavización es un modo natural de cualquier médico. Creo que muchos no buscaron ayuda por desidia porque está infravalorado el cuidar la salud mental. Escuché a muchos reírse, vamos a ver qué pasa en la clase de mindfulness burlonamente, pero curiosamente también escuchaba a muchos quejarse del burnout, entonces nos quejamos, pero no buscamos ayuda”. **(Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).**

“Sé que se impartían sesiones de mindfulness, pero no he podido participar por cuestiones de tiempo. Yo sé que a las instituciones les interesa tu salud para que puedas seguir laborando, pero tampoco te da tiempo para hacerlo y en ocasiones tampoco estamos del todo dispuestos, no tenemos esa apertura a aceptar ayuda de situaciones que creemos podemos controlar nosotros mismos”. **(Mujer/General/26 años/febrero de 2021/ RMR /Hospitalización).**

Sin embargo, pese a que la mayoría de los médicos informantes negaron haber recibido atención profesional para atender su salud mental, algunos pocos, en este caso dos médicas, fueron la excepción a la regla y comentaron que ya habían comenzado algún tipo de psicoterapia por recomendación de terceros o porque habían experimentado un episodio traumático de manera reciente como la enfermedad o muerte de algún familiar. En algunos casos, los médicos dijeron que no habían buscado atención a su salud mental, pero comentaron que muy probablemente en el futuro lo harían.

“Yo tuve serias consecuencias a nivel de salud mental, yo comencé a tomar terapia psicológica porque tuve una hermana que se contagió, estuvo intubada, entonces estuvo muy fuerte y comencé a tomar terapia.”. (Mujer/General/26 años/noviembre 2021/ CHS/ FG/ Hospitalización).

“Hacia finales de febrero ya era evidente mi desgaste emocional y laboral, entonces por recomendación de unos amigos y por seguridad, inicié psicoterapia ahorita a principios de marzo, voy 2 sesiones por semana, ya sea por videollamada o por llamada normal. Sinceramente creo que ahorita es lo que más me ha ayudado para manejar la ansiedad, porque esa parte nunca la había atendido en toda mi vida hasta ahora y siento que ahora detecto muchos rasgos a los que no le había prestado suficiente atención antes”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

A pesar de que la mayoría de los médicos aceptaron no atender su salud mental con otros profesionales de la salud, varios médicos consultados, sí dijeron haber utilizado distintas estrategias para poder atender su salud mental por sí mismos, y así reducir el impacto de nosologías como el estrés la ansiedad o periodos depresivos. Dichas estrategias variaron según los intereses personales de cada médico, aunque la mayoría coincidió en que les había ayudado el escuchar música, platicar con otros colegas, llamarle a algún familiar, ver películas o incluso realizar viajes cortos para distraerse.

“Me gustaría recibir ayuda psicológica pero no en este momento porque tenemos mucho estrés, han pasado muchas cosas y yo creo que cuando haya acabado acá en Citi, buscaré más apoyo. Por ahora trato de ver películas, de escuchar música que me gusta y lo que nos ha servido mucho a todos es platicar entre nosotros o hacerle una llamada a algún familiar”. (Mujer/General/26 años/ enero 2021/AGN / Hospitalización).

“A pesar de todo, sinceramente no busqué apoyo psicológico, aunque me enteré de los talleres que nos ofrecían acá en el Citi. Me dije a mi misma, solo cálmate y piensa que es una etapa de tu vida. Después traté de darme mi espacio para hacer cosas que me gustan como escuchar música, o ver series”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

“La verdad es que no he tomado terapia ni nada, pero no siento que haya tenido burnout o que la misma situación de los pacientes me inestabilice. He estado tranquilo, estás en

contacto, sí he tenido periodos de estrés, pero vas por una chela, echas el coto con algún compañero y sigues adelante, pero siento que siempre me he sabido controlar bien. No he tenido que solicitar apoyo psicológico o tomar psicofármacos". (Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia Intermedia).

"Yo también soy políglota y músico de formación, agarro la guitarra o el saxofón, aunque sean 10-15 minutos al día, y es todo un día de relajación. O incluso me junto con amigos para sacar de mi cabeza el covid y platicar de otras cosas. También he hecho dos o tres viajes necesarios para distraerte y disminuir el nivel de estrés, y como todo está cerrado, puedes salir a tu playa personalizada casi casi. Muchos compañeros también han tomado los viajes como parte de relajación porque nos cubrimos, agarran los fines de semana y se van a Cancún, Veracruz, se relajan, y regresan descansados".

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

Una de las principales estrategias más comentadas entre los médicos para autoatender el estrés y la ansiedad fueron el compañerismo y la solidaridad entre colegas, lo que incluyó bromas y el despliegue del sentido del humor. Varios médicos sintieron que, para enfrentar periodos de ansiedad y depresión, la convivencia entre colegas fue significada como una estrategia importante tanto dentro como fuera del entorno hospitalario.

"Gracias a mis compañeros mi salud mental ha estado estable, porque echamos un chiste, o nos contamos nuestras penurias, (risas). Hay quien no convive, y la verdad, no sé cómo le hacen para no aburrirse o no sobreesaturarse. Muchos literalmente solo hacen su trabajo, y se van, entiendo que quizá es su estrategia, pero a mí no me funcionaría".

(Hombre /General/28 años/enero 2021/ CPH /Hospitalización).

"El que una persona me extienda la mano, siempre hace mi día, así sea algo tan simple como que se te caiga una pluma y alguien te sonría, te da ánimos y esperanza ese día.

También creo que el sentido del humor ha sido fundamental para poder compensar mucha fatiga y tristeza. En área administrativa luego ponemos música, cantamos con cubrebocas, nos contamos nuestras cosas, nos hacemos bromas y nos ayuda bastante, que sientas el apoyo de gente es importante". (Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).

En otros casos, la convivencia fuera del entorno hospitalario como en los hoteles incluyó, según las palabras de los propios informantes, un importante consumo de alcohol que fungió como mecanismo compensatorio frente al estrés y la depresión. Por otra parte, varios médicos también refirieron utilizar psicofármacos para dormir o poder reducir periodos de ansiedad, aunque estos no hayan sido prescritos por otro profesional de la salud.

“Muchos piensan que es caro ir el psiquiatra, entonces solitos se chochean un poco y siguen adelante. Yo he visto muchos compañeros que toman ansiolíticos y antidepresivos porque ya están quemados. Y para aguantar jornadas largas toman medicamentos para estar más alerta, y no quedarse dormidos. Lamentablemente es muy común y la salud mental entre nosotros sigue siendo un tabú, hay quienes todavía dicen que va a salir muy caro el psiquiatra o que no va a servir de nada solo platicar”. (Mujer/General/25 años/noviembre 2020/ NVM /Terapia Intermedia).

“Hasta hace poco me automedicaba para conciliar el sueño, algo muy de nosotros los médicos. Yo no pensé que tantos recurrieran a la farmacoterapia, pero bajo estas circunstancias era más entendible, apenas suspendí hace un mes porque luego venía el rebote y no me hacía sentir bien. Más allá de conciliar el sueño, me despertaba más cansada y a veces ni me levantaba”. (Mujer/General/26 años/febrero de 2021/ RMR /Hospitalización).

3.16 Salud mental deteriorada y afectaciones a la atención del paciente

Otro elemento que destacar fue la asociación que realizaron varios de los médicos consultados, entre tener una salud mental deteriorada como profesional y las afectaciones en el trato y atención dirigidos hacia los pacientes. De esta manera, varios actores reconocieron la importancia de poder atender sus propios problemas de salud mental a tiempo, de manera que también se pudiera evitar comprometer la calidad en la atención a los pacientes. Así, a pesar de que la mayoría de los médicos consultados refirieron no atender su propia salud mental con otros profesionales de la salud, muchos aceptaron la importancia de atenderla, para evitar iatrogenias o negligencias cuando traten a sus pacientes.

“Ahora estuve leyendo de técnicas que un médico puede usar para evitar entrar en estrés, y es que es bien sabido que si no estamos bien en forma psicológica y se ve reflejado en nuestro desempeño con los pacientes. Creo que muchos ya estamos sobrecargados, y, por consiguiente, el trato al paciente ya no es el mismo que al principio. Creo que nosotros mismos nos ponemos el pie y minimizamos la situación y nos autoengañamos. Uno luego dice que no hay tiempo para ir al psicólogo, pero creo uno siempre puede encontrar ese espacio de tiempo”. **(Mujer/General/25 años/abril 2021/ NVM /Terapia Intermedia).**

“En febrero empecé a sentir que mi salud mental se fue a pique porque comencé a trabajar en otros lugares, y ya sentía que me chupaban la energía, ya no veía a los pacientes con las mismas ganas. Lo identifiqué a tiempo porque no está bien que estés tratando con vidas y no atiendas tu burnout porque es peligroso, no sabes si vas a cometer una iatrogenia”. **(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).**

3.17 El sacrificio; una transacción legitimada

Pese a que la mayoría de los participantes aceptó que su salud tanto física como mental se había deteriorado durante su participación laboral en la pandemia por Covid-19, estos mismos médicos dijeron que estaba de alguna manera legitimado el sacrificio de su salud al argumentar que la oportunidad profesional había valido la pena por múltiples razones, entre las principales la contribución a la sociedad, pero también por el aprendizaje, crecimiento profesional y la reituación económica que devino de esta oportunidad que varios catalogaron como irrepitible y que por tanto, debía aprovecharse pese a los sacrificios.

Por otro lado, para muchos médicos, esta suerte de sacrificios en su salud física y mental, no habían sido del todo desconocidos ya que mencionaron que desde la carrera de Medicina ellos han aprendido a soportar extensas jornadas laborales a través de las guardias, a injusticias y precariedades, incluyendo la escasez de tiempo libre, la mala alimentación y el descanso insuficiente. Inclusive, algunos médicos mencionaron que justamente esa adaptación a circunstancias adversas durante la crisis sanitaria no se habría podido lograr sin un grado de relativa costumbre previa, lo que permitió a juicio de

varios entrevistados, que contrario a lo sucedido en otros sistemas sanitarios en el mundo, los trabajadores de la salud en México resistieran y no colapsaran los hospitales.

“Fíjate que pienso que en México nos ha ayudado a que no colapsemos, el que ya nos tenían tan mal pagados y trabajando en tan malas condiciones. Acá los residentes e internos hacen guardias de más de 36 horas con guardias AB. Esta explotación laboral a la que ya estábamos acostumbrados ha hecho que no colapse el sistema. En Europa, por ejemplo, la ley general del trabajo prohíbe guardias de más de 16 horas. Si nunca has tenido trabajos tan pesados, pues vas a colapsar, pero aquí ya estábamos acostumbrados a esta carga. Estoy cansada, pero ya estaba acostumbrada. Es triste decirlo, pero eso nos ha salvado a nosotros y mantenido a flote”. (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

“El sacrificio te lo inculcan desde la carrera. Está bien visto en la carrera que dejes de dormir, de comer bien, que empieces a tomar litros de café, todo por estar estudiando, por ser competitivo, por ser el mejor. Yo siento que la pandemia no cambió mucho esto, varios de nosotros empezamos a trabajar en otros lugares, eso nos desgastó, pero te aseguro que nadie se arrepiente. Por eso digo que esto para mí fue un segundo internado porque a pesar de que no comes bien, no haces ejercicio y no tienes tiempo libre ni para dormir, hemos aprendido mucho más y lo más importante, hemos salvado vidas”. (Mujer/General/25 años/noviembre de 2021/ SAR / FG/ Terapia Intermedia).

Cabe destacar que algunos médicos sostuvieron que, si habían aguantado el internado durante la carrera y sin ningún tipo de aliciente económico, por obvias razones soportarían las condiciones laborales que exigía la crisis sanitaria, al estar percibiendo sueldos por encima del promedio acorde a su nivel formativo como médicos generales. Esta misma situación motivó a que muchos médicos de la UTC-19 diversificaran sus actividades laborales y participaran en otros espacios hospitalarios, e incluso emprendieran negocios propios para aplicar pruebas rápidas a domicilio o atender pacientes en sus hogares. De esta manera, los médicos consideraron su participación en la pandemia como un suceso importante por la contribución a la salud de la población, pero también entendieron la coyuntura pandémica como una oportunidad única para poder aprender más, crecer profesionalmente y obtener ingresos competitivos; situación

que ellos comentaron difícilmente volverían a experimentar en algún otro momento de sus vidas por lo que el riesgo del contagio por SARS-CoV-2, así como las consecuencias a su salud física y mental pasaron a un segundo plano de importancia para ellos.

“Yo siento que quedé tocado, luego me daban crisis de ansiedad muy fuertes y un día mi madre me dijo: “pasaste de un trabajo covid, a luego 4 trabajos covid, no podías esperar que salieras super fresco”. Pero aún, la experiencia fue irrepetible, a muchos de nosotros nos cambió la vida, por el aprendizaje y no te negaré que muchos hicimos buena lana. Para mí fue un segundo internado y si me preguntas, quizá lo volvería a hacer, porque a pesar de haber salido tocado sé que fue por un bien mayor”. (Hombre /General/33 años/noviembre 2021/ LDG/ FG/ Hospitalización).

“Yo empecé a tomar dos trabajos en diciembre por temor a que cerrara UTC-19, pero lo más pesado es que también empecé a ver pacientes privados en sus casas. Había ocasiones donde me pasaba la noche entera despierto porque me convencían de ir o contestarles y entonces la ansiedad y la depresión me traían muy mal. Pero simplemente no me podía desconectar porque también a varios de nosotros nos trajo beneficios que jamás imaginamos a nuestra edad”. (Hombre /General/27 años/noviembre 2021/ DTC / FG/ Triage).

3.18 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO III

A lo largo de este capítulo, se han descrito distintas dimensiones sobre la salud de los médicos generales de la UTC-19 durante su participación laboral en la crisis sanitaria, tanto dentro como fuera del entorno hospitalario, incluyendo, por un lado, cómo afrontaron el riesgo de contagiarse con el SARS-CoV-2 y por otro, cómo cuidaron su salud física y mental durante su desempeño profesional en la crisis sanitaria.

En primera instancia, se exploró la construcción social del riesgo (Douglas, M, 1987); (Lupton, D, 1999) de los médicos respecto al SARS-CoV-2, lo que incluyó representaciones sobre su propia vulnerabilidad frente a la Covid-19, estrategias para evitar el contagio, y, sobre todo, estrategias para disminuir las probabilidades de transmisión de ellos hacia un Otro, considerándose a sí mismos como un potencial riesgo para su familia, como, por ejemplo, la mudanza profiláctica a hoteles o para quienes decidieron quedarse a vivir en casa, las múltiples estrategias de desinfección, la reducción en los tiempos de la convivencia diaria y el aislamiento intradoméstico. Mediante estos ejemplos, el riesgo como referiría Lupton, D, (1999), se sitúa de manera relacional en función de otros objetos, en este caso, la preocupación existía más en función de ser ellos quienes pudieran poner en riesgo a otros, en este caso familiares. Sin embargo, en ambos casos, tanto en aquellos médicos que decidieron mudarse de casa, como aquellos que decidieron quedarse, hubo un reconocimiento del riesgo de ser potenciales transmisores del SARS-CoV-2 y, aunque las estrategias fueron distintas, la prioridad en ambos grupos fue siempre el proteger a sus familiares. Aquellos que decidieron mudarse, buscaron proteger a sus familiares a través de la separación física del espacio de convivencia diaria, y quienes decidieron quedarse, fue a partir de reconocerse a sí mismos como profesionales de la salud, por lo que pensaron que podrían ayudar a su núcleo familiar de mejor manera al permanecer cercanos, ya fuera a través de recomendaciones preventivas o al tomar decisiones rápidas en caso de alguna emergencia. La preocupación del personal sanitario por evitar el contagio de familiares durante la crisis sanitaria ya ha sido documentada en México y otros países como un factor que incrementó el estrés laboral de los mismos, y que requirió de

estrategias de atención prioritarias como el aislamiento, (Trejos-Herrera, A, Vinaccia S, y Bahamón, M, 2020) y (Muñoz, 2022).

En el caso de aquellos médicos que decidieron mudarse de casa para evitar exponer a sus familiares, se incluyeron estrategias de reducción del daño como la búsqueda deliberada del contagio o microexposición (contagio profiláctico). Esta estrategia de reducción del daño tuvo como intención nodal, el generar suficientes anticuerpos frente al virus, para luego “medir y contar” el grado de inmunidad adquirida, en función de la cantidad de anticuerpos y el tiempo de duración de estos. En su imaginario, dicha estrategia, les permitió a varios médicos tener una sensación de control sobre la probabilidad de ser agentes transmisores del virus hacia familiares y amigos al momento de planificar las reuniones con ellos. Esta estrategia, se sostuvo a partir de la realización de pruebas para medir anticuerpos en sangre, y gracias a la literatura científica biomédica del momento, que apuntaba a una inmunidad de al menos 3 o 4 meses posterior al contagio, lo que hizo pensar a los médicos que durante ese lapso sería difícil una reinfección y por ende la transmisión del virus a terceros. Para Mark Nichter (2006), la reducción del daño es “un conjunto de conductas que van desde controlar los factores que predisponen al padecimiento, hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema más grave”. (Nichter, M, 2006:115). En este caso, para los médicos, el problema más grave era contagiar a sus familiares, por lo que la microexposición o contagio profiláctico, tuvo por objetivo mitigar el riesgo de una potencial transmisión, al exponerse ellos al virus de manera “calculada”, generar anticuerpos con una duración determinada, y así evitar un problema más grande a futuro.

En la mayoría de los casos, la exposición al virus por SARS-CoV-2, fue entendido como un riesgo inminente e inherente al trabajo desempeñado, por lo que, fuera del entorno hospitalario, aquellos que decidieron mudarse temporalmente a hoteles, relajaron sus medidas de protección frente al virus en una suerte de resignación colectiva que nos permite entender que para los médicos de la UTC-19, la percepción social del riesgo respecto al virus tuvo tres características fundamentales: 1) La exposición al virus iba a ser constante y el contagio probable, pero, al ser un conjunto social joven y con pocas comorbilidades, su noción de vulnerabilidad frente a un cuadro grave por Covid-19 se

concibió como relativamente bajo en relación con otros grupos. 2) La mayor preocupación de los médicos consultados, fue siempre asumirse como probable vector para transmitir el virus a terceros que sí consideraban vulnerables. 3) Existió una importante confianza en la eficacia de la UTC-19 en caso de necesitar atención propia o de algún familiar en caso de presentar un cuadro moderado o grave de Covid-19.

Es interesante analizar que, para este grupo de jóvenes médicos recién egresados, la construcción social del riesgo frente a la Covid-19, resultó algo contradictoria, y probablemente se edificó a partir de dos cuestiones neurálgicas: 1) Al hecho de reconocerse como jóvenes menores de 35 años, la mayoría sin comorbilidades importantes, lo que bajo la literatura biomédica los situaba como un grupo de bajo riesgo (Cortés Meda, A y Ponciano-Rodríguez, G, 2021), (Bello-Chavolla et al. 2020; Parra-Bracamonte et al. 2020). Por otro lado, la literatura biomédica también apuntaba al hecho de que nadie estaba exento de presentar un cuadro moderado o grave y que los profesionales de la salud, corrían un mayor riesgo de contagio e incluso de enfermedad moderada o grave por la exposición a una mayor carga viral como sostienen algunos artículos (Robles, R, et al, 2021), (Prather, K, Wang, C y Schooley, R, 2020).

Para la antropóloga Mary Douglas (1987) la percepción del riesgo rebasa el componente meramente estadístico epidemiológico, y se construye en función de la aceptación o negación de un conjunto social respecto a una amenaza, es por lo tanto un proceso social pero también una construcción cultural donde algunas variables son consideradas más importantes que otras. “El riesgo no es un ente material objetivo, sino una elaboración, una construcción intelectual de los miembros de la sociedad que se presta particularmente para llevar a cabo evaluaciones sociales de probabilidades y de valores” (Douglas, M, 1987: 56).

En este sentido, la percepción del riesgo de los médicos, a momentos parecía solamente retomar un fragmento de un todo, -el hecho de ser jóvenes- pero omitía el riesgo inherente a su propio trabajo como médicos atendiendo una pandemia. Es decir, en sus representaciones, la edad se constituyó como una variable más determinante que el hecho de estar expuestos a una mayor carga viral en espacios hospitalarios, algo que pueda entenderse, al menos de manera parcial, por la confianza de los propios médicos

en los protocolos y el equipo de protección ofrecido en la UTC-19, no así en otros espacios hospitalarios donde participaron.

2) Por otro lado, un segundo elemento que probablemente contribuyó en la construcción de esta percepción del riesgo se articuló con aquellos discursos provenientes de la propia cultura organizacional epidémica (Muñoz, R y Cortez, R 2021) durante la reconversión hospitalaria. Discursos que defendieron la participación de médicos jóvenes y sin patologías, para sustituir a aquellos médicos con más trayectoria y de mayor edad con comorbilidades que decidieron no participar en la crisis sanitaria para evitar resultar contagiados y presentar algún cuadro clínico de mayor severidad. Considero que esta perspectiva sociocultural del campo médico respecto a exhortar a los médicos jóvenes a participar para sustituir a médicos de mayor edad, también se puede vincular con discursos biomédicos que hacían apología al sentido del deber profesional o vocacional como han descrito investigaciones sobre personal de salud que atendieron la pandemia por Covid-19 en México (Muñoz, R, 2022) y (Rosas, R et al, 2022), algo que también fue documentado en China con brotes previos del SARS, (Liu, X, et al, 2012). Lo anterior pudo contribuir a potenciar las representaciones sociales de estos jóvenes médicos respecto a creer que, pese al alto riesgo de contagio, el riesgo de presentar un cuadro moderado o grave no era significativo para ellos por cuestión de la edad, pero también por la creencia arraigada a nivel organizacional, de que antes que el riesgo, existía un compromiso ético y profesional como médicos con la sociedad.

Por lo anterior, se entiende que para este conjunto social de médicos que trabajaron en la UTC-19, se secundarizó la variable de reconocerse como profesionales de la salud en una pandemia, con los riesgos que esto implicaba, más allá de tener una edad en específico. Es interesante explicar que este análisis se contrapone parcialmente a lo encontrado por Rubén Muñoz (2021) en su investigación sobre la salud mental de médicos residentes durante la atención a la pandemia en la Ciudad de México, donde el autor describe que los médicos entrevistados sí tuvieron temor a enfermarse gravemente o morir por Covid-19, a pesar de también ser médicos jóvenes, (edad promedio 33 años) aunque no tan jóvenes como los médicos de esta investigación (26 años en promedio). Por lo anterior, considero que, probablemente la variable de la confianza depositada en

determinados espacios hospitalarios como la UTC-19 por ejemplo, incidió de manera significativa en las percepciones del riesgo por contagio con el SARS-CoV-2 entre los médicos entrevistados por Muñoz (2022) y los médicos consultados para esta investigación. A su vez, en su investigación, Muñoz (2022) encontró que el temor a la Covid-19 y sus consecuencias, había sido producto de la exposición constante a muchos fallecimientos, lo que incluyó a compañeros de trabajo.

Respecto a los médicos que decidieron mudarse de casa para vivir en las habitaciones de los hoteles con los que la UTC-19 firmó el convenio, el hecho de saberse lejos de casa, redujo de manera significativa lo que se ha descrito hasta ahora como la máxima preocupación de los médicos; es decir, la probabilidad de contagiar a sus familiares. Lo anterior, sumado a la ya comentada baja percepción de vulnerabilidad frente a la Covid-19 por parte de los médicos, les instó a priorizar la atención de otro tipo de angustias o sufrimientos a nivel psíquico como, por ejemplo, el aislamiento social o el desgaste físico y mental relacionado a su ejercicio profesional durante la crisis sanitaria. Esto último sucedió, aunque paralelamente desatendieran otras cuestiones de salud, como se analizará a continuación.

Respecto al tema concerniente a la salud mental, cabe destacar, que, para la presente tesis, cuando hablo de un deterioro en la salud mental, retomo a Allan Young (1982) para entenderlo como una experiencia subjetiva socializada a través del *sickness*, un estado de salud psíquica, que puede ser entendida tanto como un sufrimiento mental o como una posible enfermedad, y que ha sido detonada por elementos que generan angustia o *distress*. Así, algunas de las principales angustias que la mayoría de los médicos consultados pudieron enunciar respecto a su participación en la crisis sanitaria, fueron las siguientes: 1) La exposición diaria tanto a la muerte como al sufrimiento de los pacientes, lo que algunos llamaron “desgaste por compasión”, documentado ya en otras investigaciones de personal sanitario durante la pandemia por Covid-19 (Torres-Muñoz, V, et al, 2020). 2) El desgaste o burnout propiciado por la sobrecarga laboral y atribuido en gran parte a la diversificación laboral en la que incurrieron la mayoría de los médicos entrevistados a partir de diciembre de 2020, al trabajar no solo en la UTC-19 sino en

otros espacios hospitalarios tanto públicos como privados. 3) El constante temor al contagio y agravamiento de sus familiares por la Covid-19.

Estas angustias en términos de salud mental tuvieron como respuesta principal, estrategias de autoatención⁴⁷ por parte de los médicos, y no la atención a través de profesionales de la salud mental, una situación que los mismos médicos secundarizaron por cuestiones que atribuyeron a la escasez de tiempo y por la propia estigmatización de los médicos a delegar el cuidado de su atención mental en otros profesionales, -situación en la que ahondaré más adelante-. Recordemos que, para Eduardo Menéndez (2005), la autoatención no es solo un modelo teórico de atención, sino irremediamente el primer nivel de atención a nivel práctico, realizado por cualquier conjunto social para buscar soluciones en términos de salud. Pese a que justamente Menéndez (2005) excluye a los profesionales de la salud de este concepto por considerar que ellos se rigen únicamente bajo el paradigma biomédico, es decir, el Modelo Médico Hegemónico (MMH), la realidad es, como he planteado en este capítulo y en una investigación previa a nivel maestría (Hasselkus, G, 2019), los propios médicos rompen en ocasiones las propias recomendaciones biomédicas, realizan transacciones entre modelos y generan estrategias de autoatención controversiales y aparentemente contradictorias con su campo, como, por ejemplo, el alto consumo de alcohol o el rompimiento de medidas de protección frente a la Covid-19, -aun siendo “covidólogos”- por querer atender otras necesidades que consideraron importantes, como su salud mental.

De esta, forma, las principales estrategias de autoatención que utilizaron los médicos de esta investigación para atender sus angustias o *distress*, se pueden clasificar de la siguiente manera:

1) *A través de la camaradería y el humor*, por medio de bromas entre compañeros de trabajo. Por ejemplo, al nombrar humorísticamente “covid psicológico” a la preocupación y miedo de haberse contagiado tras la aparición de algún signo o síntoma asociado a la enfermedad. Esto también fue documentado por una investigación realizada por Rubén

⁴⁷ “Conjunto de representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, paliar, curar o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales o con eficacia simbólica, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando los profesionales recomiendan ciertas prácticas para la actividad de autoatención” (Menéndez, 2005:54,55).

Muñoz (2022) durante esta crisis sanitaria, y previamente por mi persona en una investigación previa a nivel maestría con residentes de psiquiatría durante su trayectoria formativa de especialización (Hasselkus, G, 2019). Mientras tanto, otros como (Wear, D, et, al, 2006) o (Aultman, J, y Meyers, E, 2020) han explorado previamente cómo las bromas entre médicos o de médicos respecto a sus pacientes, pueden ser entendidas como una estrategia para mitigar el estrés cuando no se cuentan con otro tipo de recursos para enfrentar ciertos tipos de angustias profesionales.

2) *Estrategias de carácter personal*, para lidiar con el sufrimiento mental que se podrían clasificar como individuales y asociadas a determinados gustos, preferencias y hobbies que cada uno de ellos consideró útiles para disminuir la presencia de nosologías como el estrés o la ansiedad. Algunos ejemplos fueron el ver series de televisión, el escuchar música, tocar algún instrumento musical, jugar videojuegos, leer, correr, etc.

3) *La socialización presencial en reuniones clandestinas en las recámaras de los hoteles*, donde existió un alto consumo de alcohol y estupefacientes, sin sana distancia ni otras medidas de protección frente al Covid-19, se puede entender como una serie de estrategias de autoatención frente al sufrimiento mental producto del aislamiento de sus seres queridos y al desgaste laboral.

Respecto a esta última clasificación, se considera que, al ya no considerar como prioritario el evitar contagiarse con SARS-CoV-2 tras haberse mudado de casa, varios médicos optaron por el rompimiento de algunas medidas de protección frente a la Covid-19, específicamente en entornos fuera del ámbito hospitalario. Ejemplo de esto, fue la promoción de reuniones en espacios cerrados y sin la denominada sana distancia donde se compartieron alimentos y bebidas donde el uso del cubrebocas tampoco fue requerido. Esta ruptura con las propias recomendaciones epidemiológicas frente a la Covid-19 a pesar de ser “covidólogos”, puede ser analizada como una estrategia de autoatención (Menéndez, 2005) por parte de los médicos con la intención de perseguir distintos fines: 1) Como mecanismo de defensa para reducir la tensión, miedo o incertidumbre respecto a lo que ellos consideraban un eventual e inminente contagio. 2) Como una manera de enfrentar las dificultades psicológicas derivadas del aislamiento de familiares y amigos. 3) Como un espacio de convivencia entre colegas para promover la

comunicación y la catarsis respecto al desgaste laboral, tanto físico como mental que entrañó el trabajar con pacientes con Covid-19 durante el primer año de la crisis sanitaria.

Estas reuniones en las habitaciones de los hoteles donde existió un alto consumo de alcohol, psicofármacos y otro tipo de estimulantes, incluidas algunas drogas de carácter ilegal, es algo que también fue encontrado en otras investigaciones como la realizada por Rubén Muñoz (2022) sobre la salud mental de residentes que atendieron la crisis sanitaria en la Ciudad de México. Es relevante mencionar que, en esta investigación, dichas prácticas no fueron percibidas como sorpresivas por parte de los médicos entrevistados, debido a que respondieron a un *habitus* médico⁴⁸ (Castro, 2014) consolidado desde la propia carrera de Medicina, ya que, según comentaron los propios actores, durante la época de exámenes y sobre todo durante el internado, este tipo de consumo era habitual como una estrategia para sobrellevar el estrés. Sin embargo, pese a reconocer que el alto consumo de alcohol y otro tipo de sustancias estimulantes, no fueron novedades para ellos, la mayoría de los médicos sí aceptaron que el consumo se había extrapolado durante la crisis sanitaria respecto a lo que vivieron durante la carrera de Medicina.

Por otro lado, respecto a estas prácticas de consumir alcohol, psicofármacos y otro tipo de drogas ilegales, se pudieron localizar dos tipos de discursos aparentemente contradictorios:

1) Primero, como una estrategia legítima de autoatención para lidiar con el estrés emocional, lo que permitía la desinhibición social, el desahogo y la catarsis, y a su vez la evasión temporal de sus preocupaciones. 2) Como prácticas no deseables, no solo por exponerlos a un probable contagio por SARS-CoV-2, sino porque admitieron que el alto consumo de alcohol y otro tipo de drogas estaban deteriorando su salud, y, sobre todo, ponían el riesgo su desempeño laboral con los pacientes (iatrogenias). Estos dos tipos de discursos aparentemente contradictorios coexistieron gracias a un sentido de

⁴⁸ “Éste es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la in-corporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar, los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales”. (Castro, R, 2014: 173).

condescendencia entre los médicos, que justificaba estas prácticas como útiles para poder lidiar con las dificultades propias del trabajo que estaban desempeñando; es decir, en sus representaciones, se compensaba la desatención a los protocolos y medidas de protección frente a la Covid-19, a favor de atender determinadas angustias o distress, a través de la socialización presencial y el consumo del alcohol.

Sobre esto último y retomando a Paul Hersch (2021), atender y desatender se entienden como las dos caras de un mismo fenómeno donde existe el reconocimiento de sus respectivas consecuencias. En este caso, para los médicos consultados, estas estrategias de autoatención les permitían, al menos a nivel empírico, cuidar su salud mental frente a determinados estresores, aunque, por otro lado, bajo estas mismas prácticas arriesgaran y descuidaran su salud física al exponerse al SARS-CoV-2, a una congestión alcohólica, conductas de riesgo, daño hepático o al desarrollo de alguna dependencia, ya fuera al alcohol o a determinadas drogas ilegales, solo por nombrar algunos ejemplos de daños que podrían ser evitables.

Hay que recordar que para Paul Hersch, (2021) en los procesos de salud, enfermedad y atención, es igualmente importante considerar la desatención para comprender representaciones y comportamientos no solo frente al no reconocimiento de un problema de salud, sino para entender determinadas decisiones que pueden incluso empeorar algún cuadro, esto a pesar de que, por otro lado, estas mismas decisiones puedan ser consideradas como estrategias frente a otro tipo de padeceres o sufrimientos.

“En la epidemiología y la salud pública tradicionales no se abordan con especificidad las dinámicas de desatención, que, al tenerlas en cuenta, pueden enriquecer dicho análisis en una perspectiva colectiva, a partir de patrones y niveles de desatención como expresión compartida de procesos de incuria, damnificadores, resultantes no solo de la desatención como no reconocimiento inicial, sino también como desencadenantes de irresponsabilidad, incompetencia, rechazo y desorganización social y, por tanto, de incuria, siguiendo los componentes postulados desde la ética del cuidado”. (Hersch, P, 2021: 4).

Por otro lado, el consumo de alcohol, pero, sobre todo el consumo de psicofármacos y otro tipo de estimulantes, sirvieron para otros fines, como, por ejemplo, para mantenerse

productivos en el trabajo a pesar del burnout o síndrome del trabajador quemado. De esta manera, el uso de cierto tipo de drogas o estimulantes se utilizaron para rendir pese a las dificultades laborales del momento. Como se describió en este capítulo, varios de los médicos consultados decidieron participar no solo en la UTC-19, sino que, a partir de diciembre de 2020, varios de ellos incursionaron a trabajar en otros espacios hospitalarios, tanto públicos como privados, debido a la alta demanda de pacientes con Covid-19 de la denominada “segunda ola”. En este sentido, Mark Nichter (2006) ya hablaba de entender determinadas prácticas como una búsqueda de la preservación de lo que él llamó “salud funcional”, es decir, asociar la noción de salud con la de productividad. La salud entonces será valorada primordialmente en función del rendimiento del sujeto, algo que se puede ver en los actores de esta investigación, quienes al considerar esta oportunidad laboral como “única”, decidieron duplicar esfuerzos, diversificar sus actividades laborales y rendir laboralmente, pese a descuidar otras áreas como la alimentación, el ejercicio y las horas de sueño para enfocarse en cómo mantenerse productivos. Esto último también se tornó problemático, ya que los propios actores reconocieron que el burnout, que comenzó tras la diversificación laboral, no solo trajo consecuencias negativas a su propia salud, sino que afectó a momentos la calidad de la atención que le ofrecían a los pacientes. Esto último en términos analíticos ofrece una nueva disyuntiva entre ser “productivos” respecto al cumplimiento de determinados lineamientos como horarios, roles y actividades, y ser “productivos” en función de la eficacia y calidad del trabajo desempeñado.

“Otras medicinas se toman para dar energía cuando faltan fuerzas y para disminuir el dolor cuando queda mucho trabajo por delante. Desde un estricto punto de vista de "salud funcional", los trabajadores ven eso como una forma de reducción del daño. Les permite completar el día de trabajo. (Nichter, M, 2006:117).

Es a su vez importante el preguntarse dónde quedó el papel institucional tanto de la UTC-19, como de la UNAM y de la propia Secretaría de Salud en la supervisión y seguimiento de este tipo de estrategias de reducción del daño utilizadas por los jóvenes médicos para atender y desatender su salud. Es el mismo Mark Nichter (2006) quien cuestiona si las estrategias de reducción del daño en contextos laborales deben ser analizadas solamente a través del individuo o el conjunto social, o si también debemos incluir la

responsabilidad del patrón, y en este caso de pandemia, incluso de instancias superiores como la Secretaría de Salud.

Esto nos lleva a pensar que, si bien la UTC-19 dispuso de algunas herramientas para atender la salud mental de sus trabajadores internamente, -como los talleres de *mindfulness* o la atención a través de especialistas biomédicos (psiquiatras)-, la realidad es que la propia UTC-19 pareciera haber conocido y permitido prácticas como las reuniones clandestinas en los hoteles, no por considerarlas algo fuera de su ámbito de competencia -ya que la misma UTC-19 firmó el convenio con los hoteles-, sino porque el mismo *habitus* médico autoritario (Castro, 2014) y la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2015) han legitimado previamente, desde el internado y la carrera de Medicina, prácticas como el alto consumo de alcohol, estupefacientes y psicofármacos sin regulación porque reconocen, que sirven a fines de incrementar el rendimiento y la productividad laboral, es decir, la salud funcional.

Por otro lado, habrá que cuestionarse que, a pesar de que en algunas instituciones se implementaron determinadas normas internacionales en cuanto a la cantidad de horas totales de trabajo en los hospitales, al parecer, no existió regulación alguna ni de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ni de la Secretaría de Salud a nivel federal respecto a regular la participación en varios hospitales a la par, lo que trajo como consecuencia, un incremento sustancial horas totales laboradas. Y es que varios médicos de la UTC-19 que fueron entrevistados, relataron que, a partir de diciembre de 2020, ellos y ellas diversificaron y ampliaron sus jornadas laborales en distintos espacios hospitalarios, públicos y privados, incluyendo en muchos casos, visitas domiciliarias para la realización de pruebas Covid-19, lo que según la narrativa de los actores contribuyó significativamente en la aparición del burnout y otros problemas de salud mental que, como mencionaron los propios médicos, no solo deterioró su salud sino que mermó la calidad de la atención que ofrecían a sus pacientes.

De esta manera, entendemos que, a nivel estructural, la crisis sanitaria tomó por sorpresa y mal preparado al sistema de salud mexicano, y ante la escasez de especialistas, se decidió incorporar a jóvenes médicos generales de recién egreso para atender la pandemia como sucedió en la UTC-19. De esta manera, como arrojan algunas

investigaciones internacionales, la crisis pandémica, aceleró procesos formativos y catalizó la incursión laboral de jóvenes médicos sin experiencia que debieron adquirir mayores responsabilidades en esta transición hacia la práctica clínica (Montagna E, Donohoe J, Zaia V, et al 2021). Sin embargo, esta oportunidad laboral además de ser altamente valorada por los médicos generales consultados tanto por su retribución económica, como por la posibilidad de resignificar su rol frente al gremio y la sociedad, no solo refrendó un sentido de orgullo, pertenencia y la posibilidad de incrementar su aprendizaje clínico como también sitúan otros trabajos sobre personal sanitario de la UTC-19 (Rosas, R, et al, 2022); sino que también tuvo como coyuntura, el deterioro de su salud física y mental, algo que pareció justificarse a nivel organizacional en función de la necesidad epidémica del momento, pero que también responde a una continuidad en la precarización sistemática que han vivenciado médicos generales y residentes desde antes de la pandemia en México.

Dentro de este contexto donde se exalta la salud funcional, también se articula la estigmatización de los propios médicos hacia la atención y cuidado de su salud mental a través de otros profesionales de la salud mental. Como se describió en este mismo capítulo, uno de los hallazgos más significativos a nivel empírico, fue el encontrar en varios de los discursos de los médicos de la UTC-19 el reconocimiento del deterioro en su salud mental, pero también el haber descontinuado o negado la atención con especialistas de la salud mental ya fuera dentro como fuera de la UTC-19. Esta negación fue atribuida en un primer orden de ideas a una cuestión de escasez de tiempo por los horarios laborales, algo que a posteriori fue reflexionado como un mecanismo de defensa (racionalización), que esconde otra razón de igual o mayor importancia: el tabú de la salud mental en profesionales de la salud. De esta manera, semejante a los resultados obtenidos en una investigación previa que realicé a nivel maestría con residentes de psiquiatría (Hasselkus, G, 2019), los médicos más que negar su rol de enfermo, niegan su rol como pacientes, una cuestión que denominé el síndrome del superhéroe (Hasselkus, G, 2019) basándome en estudios previos como el de Mingote, A, et al, (2013) y el de Jones (2007) y el complejo de Dios en los médicos respecto a la creencia omnipotente de los médicos respecto a sí mismos en relación a la atención y cuidado de su propia salud.

Para mí, este síndrome culturalmente delimitado⁴⁹ (Martínez-Hernández, 2008), es una sobrecompensación narcisista de la vulnerabilidad propia, que tiene tres componentes neurales: 1) La aparente incompatibilidad entre el rol que ejercen como médicos y el rol de asumirse como pacientes. 2) La necesidad de priorizar el rendimiento y la productividad para poder acceder a distintos capitales, simbólicos, sociales, culturales y económicos (Bourdieu,1995). 3) Considerar que otros, (pacientes y familiares) se encuentran en una situación de desventaja y vulnerabilidad mayor que ellos como médicos, y por tanto los primeros requieren atención prioritaria.

Recordemos que, respecto al segundo punto arriba mencionado, en el caso de los médicos de esta investigación, existió en ellos la búsqueda del reconocimiento social por ser los héroes de esta pandemia (capital simbólico), la búsqueda de legitimación por parte del campo médico por ser médicos generales que sustituyeron a médicos de mayor trayectoria (capital cultural), la posibilidad de resignificarse como “covidólogos”, es decir, médicos con funciones y conocimiento especializado (capital social), y finalmente, por la oportunidad de obtener más oportunidades laborales y beneficios económicos arriba del promedio, debido a la alta demanda de pacientes con Covid-19 (capital económico).

La reformulación del concepto del síndrome del superhéroe, a diferencia de lo descrito por mi persona en 2019, ya no incluye la negación del rol de enfermo -lo que excluiría el reconocimiento del sufrimiento y la imposibilidad de los médicos por utilizar estrategias de autoatención-. Aunado a ello, en esta nueva versión del concepto, me permito elaborar que sí existe una preocupación por el cuidado de otros (los pacientes y los familiares) por encima del cuidado a sí mismos, por considerar que los primeros se encuentran en una situación de mayor desventaja y vulnerabilidad. Esto último se puede explicar a partir de al menos dos elementos: 1) El compromiso moral y vocacional de los médicos para dar un paso al frente en situaciones críticas, como por ejemplo la pandemia. 2) El conocimiento biomédico como un instrumento de poder, que permite inducir en los médicos una sensación de falsa confianza y seguridad sobre la posibilidad

⁴⁹ Conjunto de fenómenos o estructuras de la personalidad que responden a patrones culturales y parecen mostrar una especificidad y localización determinados. (Martínez-Hernández, 2008: 63).

de resolver o al menos mitigar (reducción del daño) problemas propios sin la necesidad de terceros (negación del rol de paciente).

Adicionalmente, es importante aclarar que considero al síndrome del superhéroe como un fenómeno culturalmente delimitado que responde a pautas de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2015) y al propio *habitus* médico (Castro, 2014) que instan a los médicos a formular representaciones sociales de omnipotencia donde se prioriza el sacrificio propio en pro del rendimiento y la productividad laboral. Por supuesto que todo campo, -y el médico no es la excepción-, responden a marcos de comportamiento más amplios como los que han descrito filósofos como Pérez-Sales (2001) o Byung-Chul Han (2017) que hablan de cómo las denominadas sociedades occidentales (sociedad del cansancio) han exaltado el valor de la persona en función del rendimiento y los resultados obtenidos a través de un optimismo desbordado, aunque esto traiga por consecuencia lo que Han (2017) ha denominado como “infartos del alma” es decir, “el sujeto que está obligado a rendir se mata a base de autorrealizarse” (Han, 2017:83).

Para el psiquiatra con orientación psicoanalítica, Pérez-Sales (2011) existen incluso profesiones como el ejército o el mercado financiero que promueven más claramente esta tendencia occidental a la autosuperación narcisista en virtud de paradigmas de éxito que también niegan la posibilidad de concebir la vulnerabilidad propia, y que menosprecian los riesgos y la ayuda de terceros, como sucedió con varios médicos en esta investigación respecto al cuidado de su salud mental.

Cabe agregar que investigaciones internacionales enfocadas en la salud de médicos y personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2, (Vindrola-Padros, C, et al, 2020); (Chen, Q, et al, 2020); (Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C, 2020) entre otras, apuntaron que uno de los mayores estresores y motivos de angustia entre los trabajadores sanitarios, fue el no contar con suficiente equipo de protección y de calidad. Por ejemplo, Chomali & Arguello, (2021) consideraron a este último factor como parte de uno de los tres pilares más importantes para disminuir el riesgo en trabajadores sanitarios durante la pandemia, aunado a contar con suficientes recursos humanos y materiales.

Sin embargo, en el caso de los médicos entrevistados para esta investigación, la escasez de equipo de protección o que éste no fuera de calidad, no fue motivo real de preocupación entre ellos, y, por tanto, no lo significaron ellos como una variable que incrementara el riesgo de contagio. Para los médicos de esta investigación, la UTC-19 contó con protocolos actualizados, equipo de protección suficiente y de calidad, lo que generó mucha confianza en los médicos participantes. Incluso en algunos casos, los médicos relataron el haber trasladado equipo de protección ofrecido en la UTC-19 hacia otros espacios hospitalarios que no contaban ni con suficientes recursos, ni de la misma calidad.

Dicha confianza en la eficacia de la UTC-19, les permitió a los médicos sentirse respaldados en caso de que ellos mismos necesitaran internamiento preventivo, e incluso, en caso de que sus propios familiares requirieran ser atendidos, algo que ocurrió con frecuencia y que fue significado por los médicos como una prestación, -aunque no oficial- que, acorde a las palabras de los médicos consultados, se justificaba por el esfuerzo desempeñado y la exposición que suponía el trabajo con pacientes diagnosticados con Covid-19. Este beneficio, contrasta notablemente con la situación vivida por la población general en la Ciudad de México, ya que incluso, durante los primeros meses de la pandemia, (febrero a julio de 2020), se sabe que el 58% de las personas que fallecieron por Covid-19 no lograron ser atendidos en hospitales (Sánchez Talanquer, M, et al, 2021) y según una investigación realizada por Olivas-Martínez, A, et al, (2021) en un hospital en la Ciudad de México, 45% de los fallecidos, murieron sin poder alcanzar una cama en terapia intensiva.

No obstante, para los médicos consultados, a pesar de reconocer que hicieron uso de esta “prestación” para facilitar el ingreso de familiares a la UTC-19 y acceder a una cama en el área de hospitalización, (incluso cuando la saturación hospitalaria limitaba su disponibilidad en la segunda ola entre diciembre de 2020 y febrero de 2021); también mencionaron que el ingreso a áreas como terapia intermedia o intensiva, se limitaba y restringía sobre todo a familiares de directivos de la UTC-19 o a figuras públicas, lo cual consideraron como algo injusto y que permite develar que sí existió una redistribución

estratificada de este privilegio en momentos críticos durante el primer año de la pandemia.

Finalmente, respecto al tema de la llegada de las vacunas y que como médicos hayan sido el primer conjunto social en ser inoculado frente al SARS-CoV-2, fue interesante reconocer una serie de representaciones ambivalentes por parte de los médicos consultados. Por un lado, existieron connotaciones de índole positiva, que significaban el acceso a las vacunas como un reconocimiento a su trabajo, y un privilegio al que el resto de la población no podía acceder. Incluso en algunos casos se generaron representaciones de culpa por haber recibido la vacuna antes que otros miembros de su familia, a quienes consideraban como grupos prioritarios por tener una edad avanzada o la existencia de comorbilidades.

Sin embargo, la vacunación también fue significada por algunos como un experimento que les generaba dudas, miedo e incertidumbre como sucedió con otros conjuntos sociales, y donde se percibieron a sí mismos como precursores o “ratas de laboratorio” a disposición de la ciencia. Esta dialéctica nos permite comprender la existencia de representaciones y prácticas ambiguas entre médicos alópatas, que a momentos y en distintos grados, no se adhieren enteramente los discursos y paradigmas biomédicos e incluso los cuestionan. Esto ha sido documentado anteriormente, (Menéndez, E, 2014) con ejemplos todavía más contundentes, como, por ejemplo, en la pandemia de influenza aviar de 2009 en México, cuando varios trabajadores de la salud rechazaron ser inoculados frente al virus AH5N1.

Otro hallazgo interesante respecto a la inoculación de los médicos en esta investigación fue analizar que, para varios de ellos, tras recibir sus primeras dosis entre finales de diciembre de 2020 e inicios de febrero de 2021, se reconfiguraron sus estrategias de protección frente al virus, sobre todo respecto a la convivencia con familiares con quienes relajaron algunas medidas de protección frente al virus, resultando a posteriori contagiados. De esta manera, acorde a sus propias palabras, muchos médicos confiaron en exceso en la aparente protección que dotaba la vacuna para evitar el contagio y la transmisión a terceros, (Petter, E, et al, 2021), (Wang, R, et al, 2020), pese a que ahora sabemos que su principal función ha sido, sobre todo, el de reducir la probabilidad de

presentar un cuadro de mayor gravedad y el surgimiento de nuevas variantes (Vitiello, A, et al, 2021). Aun así, también existieron casos de médicos que dijeron haber conservado las medidas de protección frente al virus, a pesar de haber sido inoculados, sobre todo por una cuestión de respeto frente a aquellos, (familiares, amigos y población en general) que todavía no habían recibido ni una dosis de alguna vacuna contra el SARS-CoV-2.

CAPÍTULO #4: UNA EXPERIENCIA TRANSMUTADORA. CAMBIOS EN SUS TRAYECTORIAS FORMATIVAS, LABORALES Y ESTILOS DE VIDA

En este capítulo, se describirá y analizará la participación de los médicos generales en la UTC-19, como una experiencia que he catalogado como “transmutadora”, haciendo alusión a una metáfora que permita entender que la participación de los médicos en esta crisis sanitaria se significó como una disrupción en su trayectoria formativa y profesional, aunado a transformaciones en su vida personal y estilo de vida. Utilizo el concepto de transmutar y no de cambiar o transformar, retomando su uso en la alquimia, de convertir algo considerado de poco valor como el plomo (médico general), en algo altamente valorado como el oro (covidólogo). Esto último en función de las propias narrativas de los médicos entrevistados, que consideraron a esta oportunidad laboral como un hito dentro de sus trayectorias formativas y profesionales, que les permitió obtener distintos tipos de capital (Bourdieu, 1995) hasta entonces inalcanzables o que, al menos, tardarían más tiempo en llegar.

Por un lado, varios médicos dijeron haber incrementado su aprendizaje a nivel clínico (algo que muchos denominaron como haber transitado por un segundo internado), lo que les permitió también constituirse como especialistas empíricos (covidólogos) con reconocimiento de su gremio y de la sociedad en una situación crítica que amenazó a toda la población. Aunado a ello, en este capítulo se pretende desglosar cómo esta experiencia, permitió a los médicos enriquecer su acervo curricular y les permitió generar nuevos contactos profesionales, posibilitar cambios en su imaginario profesional al vislumbrar distintas opciones de especialidad y posgrados, e incluso la posibilidad de emprender negocios propios.

A su vez, esta oportunidad laboral en la UTC-19, se consideró como un potenciador económico con posibilidades de generar cambios en la esfera de su vida privada y estilo de vida, al haber obtenido una retribución económica por arriba del promedio para un médico general recién egresado. Esto, por consecuencia, les permitió entre otras cosas, ahorrar, invertir, obtener créditos financieros, ayudar a su círculo familiar, sufragar vacaciones, adquirir automóviles propios y por supuesto invertir en su futuro profesional.

Finalmente, se analizará, cómo el haber trabajado en la UTC-19, fue significado por los propios médicos generales como un privilegio y motivo de orgullo para ellos, que les permitió incrementar su autoestima y prestigio frente a terceros, acorde a sus propias palabras.

4.1 Trabajar en la UTC-19; una disrupción en la trayectoria formativa y profesional

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, pero es importante volver a mencionar, los médicos entrevistados para esta investigación, - y de manera general, quienes participaron en la UTC-19 durante el primer año-, fueron jóvenes médicos generales, recién egresados, la mayoría sin título profesional al momento de aplicar a la convocatoria que lanzó la UTC-19. Cuando comenzó la crisis sanitaria, la mayoría de los médicos consultados, mencionaron que se encontraban haciendo el servicio social, con poca o nula experiencia profesional y algunos más, mencionaron que se estaban preparando para el ENARM, por lo que su participación laboral en la pandemia, y en específico en la UTC-19 se significó como un sisma o una disrupción a lo que tenían contemplado. Esta disrupción también se tradujo en varios médicos, en cambios en sus intereses profesionales, especialmente en cuanto a la elección de especialidad médica como se explicará más adelante.

“Conmigo afortunadamente Citibanamex sí fue un parteaguas muy grande, yo estaba haciendo mi último año de carrera, llevaba dos meses de servicio social, no tenía título, no había tenido experiencia laboral y Citibanamex fue una catapulta muy grande para independizarme de mi familia antes de lo pensado, y también mis perspectivas en cuanto a mis intereses cambiaron completamente, yo quería ser traumatóloga y ahora quiero ser neumóloga”. (Mujer/General/26 años/noviembre 2021/ CHS/ FG/ Hospitalización).

“Imagínate, al salir (de la carrera) todos estábamos preocupados por el ENARM o por saber si íbamos a encontrar trabajo, deja tú que fuera bien remunerado y de pronto surge una pandemia que nos da la oportunidad de trabajar en un lugar como el Citi con todas sus bondades. Puede sonar feo, porque la tragedia humana nadie la niega, pero mientras esto dure, sabemos que estamos haciendo un bien, seguimos aprendiendo y no tenemos que preocuparnos por el dinero”. (Hombre/General/28 años/febrero 2021/ GPS/ Hospitalización).

De esta manera, la incursión de dichos médicos en la atención a la pandemia por Covid-19, y, específicamente en la UTC-19 se puede catalogar como una interrupción formativa y profesional en el sentido de haber sufrido una ruptura en el curso “natural” de su proceso formativo que, a partir de esta situación crítica, sufrió un cambio inesperado que trajo consecuencias significativas debido a que en la formación médica, posterior a los seis años de formación general, los médicos usualmente optan por especializarse al ingresar a las residencias médicas. Para lograrlo, los médicos generales necesitan aplicar el examen nacional para aspirantes a residencias médicas (ENARM) el cual evaluará sus conocimientos médicos y tras obtener un determinado puntaje se determinará si pueden acceder o no a la especialidad de su interés.

Este hito dentro de la formación médica requiere de los médicos generales un repaso exhaustivo de sus conocimientos de Medicina, por lo que varios médicos, al término de su formación inicial como médicos generales, dedican mucho tiempo, meses e incluso años al estudio para obtener el puntaje deseado y ser admitidos en la especialidad de su elección. Con la irrupción de la pandemia por Covid-19, este proceso de estudio también fue trastocado, ya que varios decidieron suspender su dedicación de tiempo completo al ENARM para incursionar en la asistencia a la pandemia, y otros más, si bien aplicaron el examen, no lo vieron como prioridad, sino como un ejercicio práctico para explorarlo y poner a prueba sus conocimientos sin el objetivo primordial de ser admitidos en este primer intento.

“Aplicé el ENARM en noviembre, pero como estaba trabajando en la UTC-19 realmente no estudié con calidad. Sí me tomé unos días para estudiar, pero en realidad mis intereses actualmente son otros, entonces hice el ENAM sin mucha preparación, no lo pasé, pero no me fue mal. Ahí es donde me pregunté en si debí haberle destinado más tiempo, pero la verdad no hubiera cambiado nada de lo que he hecho desde hace un año. Mi satisfacción mayor ha sido el saber que gracias a la atención en UTC-19, pacientes no fallecieron, aquí hemos aprendido mucho y siento que hay cosas más importantes en la vida y no cambiaría esas cosas por un examen” (Hombre/General/27 años/marzo 2021/ CFV /Terapia Intermedia).

“Al inicio pensé que el confinamiento me iba a ayudar a estudiar y preparar el examen, pero la verdad, todo lo contrario, con tanto trabajo en la UTC-19 y otros lados, no podía estudiar bien y tampoco me sentía motivada. Fui al examen con la idea de conocerlo y seguir en esto, no ha cambiado mi decisión, y el próximo año aplicaré para una especialidad quirúrgica. De todas formas, me que no estudié nada, quizá solo un mes y pues en los resultados, no me fue tan mal, la diferencia no fue abismal y me hizo sentir bien conmigo misma”. (Mujer/General/26 años/octubre de 2021/ RMR /Hospitalización).

Otros médicos definitivamente decidieron no hacer el examen, ya que, durante su participación laboral en la pandemia, empezaron a dudar sobre la especialidad que les interesaba originalmente por lo que la pandemia por Covid-19 les permitió conocer mejor otras áreas de la Medicina, y así afinar su elección de especialidad.

No obstante, cabe destacar que varios médicos reportaron haber dejado latente su interés en el ENARM debido a que, durante la pandemia, y en específico a través de la UTC-19 estaban obteniendo ingresos muy por encima del promedio como médicos generales e incluso superiores al sueldo percibido por los residentes. De esta manera el factor económico también jugó un papel trascendental en la elección de suspender o al menos no priorizar el ENARM durante el primer año de la pandemia.

“Definitivamente esta participación nos ha movido los planes a la mayoría de nosotros. Yo, por ejemplo, estaba haciendo un diplomado en salud mental antes de la pandemia porque quería concentrarme en el estudio para el ENARM, pero lo descuidé por estar trabajando acá. Y como te digo, si esto se prolonga, yo creo que seguiría trabajando por acá, porque muchos de nosotros no tendremos otra oportunidad así. Sabemos que la residencia es nuestro camino a una mejor reeducción porque como general solo aspiras a trabajar en el IMSS o en farmacias, pero si ahorita por ejemplo estamos aprendiendo y ganando bien, no veo queja”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

“Ahora quiero hacer Medicina Interna, y aunque sé que este año lo tengo perdido para el ENARM, también siento que este año hice otras cosas valiosas. Ayudar en una pandemia no es algo que muchos puedan presumir, enfrentando a un virus nuevo, ayudando a

pacientes a sobreponerse y eso nos ha traído otros beneficios tanto económicos como más a nivel personales, lecciones y experiencias, por ejemplo, cuando me dio covid, me propuse destinar más tiempo a mi pareja y familia, no todo es estudio”.

(Hombre/General/28 años/octubre 2020/ NMX /Terapia Intermedia).

Por otro lado, la experiencia profesional durante la pandemia por Covid-19 significó para varios médicos, la oportunidad para cuestionarse sobre su excesiva preocupación por el futuro profesional, ya que varios mencionaron haber comprendido la fugacidad de la existencia a partir de haber estado tan expuestos al dolor y la muerte humana. De esta manera, varios médicos mencionaron estar valorando otros aspectos de la vida que les permiten entender la especialidad como un objetivo que no debe apresurarse, por lo que esta disrupción les ofreció la oportunidad para no preocuparse ni frustrarse demasiado por pasar el ENARM, por ejemplo.

“La pandemia también me ayudó a no pensar en un futuro tan lejano, de 10 años-15 años. Me ha tocado ver fallecer personas por covid, muchas más que en mi formación como médico durante seis años. La perspectiva que tengo de la vida ahora es muy diferente, la vivo de manera inmediata, disfruto el momento, hago mi trabajo y nada más. Antes me veía haciendo especialidades, o intercambios al corto plazo, y ahora pienso en el presente, incluso el fin de semana se ha vuelto más tranquilo. Fíjate que ahora tengo claro el tema de la especialidad gracias a lo que viví acá, pero el ENARM lo haré el año siguiente, y ya no es algo que me tome el tiempo en pensar como antes o que me genere preocupación o frustración”. ***(Hombre/General/25 años/enero 2021/***

JCM/Terapia Intermedia).

4.2 Un aprendizaje inesperado o segundo internado

En varios testimonios, los médicos catalogaron su experiencia laboral durante la pandemia por Covid-19, y particularmente en la UTC-19, como un “segundo internado”, esto debido a la diversidad de aprendizajes que les dejó dicha experiencia. Cabe destacar que, dentro del mapa curricular de los estudios de pregrado de Medicina, la etapa del internado conlleva doce meses de proceso formativo realizados al sexto año de la formación, donde los estudiantes de Medicina adquieren conocimientos y

habilidades que ponen en práctica en distintos campos de la Medicina, es decir existe una rotación en diversas áreas y hospitales de su interés.

Por lo anterior, para los médicos entrevistados, la experiencia profesional durante la pandemia se asemejó a un segundo internado, debido en parte, a que Covid-19 es una enfermedad multisistémica, que requiere de conocimientos en distintas áreas como anestesiología, neumología, neurología, hematología, cardiología, medicina interna, psiquiatría, etc.

“Acá he aprendido mucho porque es como un segundo internado, como si estuvieras rotando en Medicina Interna, atiendes al paciente por completo y con comorbilidades, por tanto, si genera otras enfermedades la atiendes y me ha servido mucho como repaso. Yo sí pienso que en un futuro profesional tendré mejor currículum para un mejor empleo, y creo que puede influir positivamente para que elija la especialidad adecuada”.

(Mujer/General/26 años/octubre de 2021/ RMR /Hospitalización).

Aunado a ello, hay otro elemento que para los médicos permitió la analogía entre el internado y su experiencia laboral durante la pandemia. Y es que la etapa del internado es considerada por muchos médicos como la más desgastante de la formación biomédica, debido a la cantidad de horas destinadas al trabajo, incluyendo guardias tipo ABC que se traducen en estresantes jornadas laborales de hasta 36 horas consecutivas, entre jornadas de guardia, postguardia y preguardia. Esto último, comúnmente impide a los médicos tener suficiente tiempo para el descanso, para cuidar su alimentación y destinar espacio para la recreación. Como se mencionó en capítulos anteriores, la mayoría de los médicos consultados para esta investigación no solo trabajaron en la UTC-19 durante el primer año de la pandemia, sino que también “rotaron” en otras clínicas y hospitales temporales, lo que les permitió contrastar las diferentes características y realidades de cada espacio laboral, similar a lo experimentado durante el internado. Adicionalmente, el haber trabajado en varios espacios a la par significó un importante desgaste físico y mental para los médicos, situación que habían experimentado de forma semejante durante la etapa del internado.

“Yo siento que la pandemia no cambió mucho el desgaste que ya conocíamos, quizá lo extrapoló, pero había muchas personas que trabajaron en otros lugares, y eso es lo que

considero empezó a desgastar más. En el internado sabes que pierdes todo, subes y bajas de peso, no comes bien, no haces ejercicio porque no tienes tiempo para otra cosa, tus tiempos libres son para estudiar y dormir y eso que todavía no terminas la carrera, acá fue similar como un segundo internado". (Mujer/General/25 años/noviembre de 2021/ SAR / FG/ Terapia Intermedia).

Es interesante puntualizar que varios médicos que consideraron la experiencia laboral durante la crisis sanitaria como un "segundo internado", también mencionaron lo siguiente:

- 1) Debido a las características propias del internado, y, sobre todo, por haberlo cursado de manera reciente, la experiencia les permitió mantener una determinada inercia laboral que les facilitó el adaptarse a las exigencias de la pandemia; incluso algunos mencionaron que esta adaptación, contribuyó a que ellos no colapsaran como sucedió en otras partes del mundo.
- 2) La participación en este "segundo internado", conllevó a su vez, la posibilidad de corroborar o descartar su interés profesional en determinadas áreas de especialidad a partir de comprobar y ampliar sus conocimientos y habilidades médicas para disipar dudas previo al examen nacional de residencias médicas, (ENARM).
- 3) Para muchos médicos entrevistados, este "segundo internado" fue más "fácil" que el internado, sencillamente por una razón económica, al mencionar que si habían resistido la etapa del internado percibiendo un sueldo simbólico no mayor a \$2,400 pesos al mes, era evidente que podrían resistir el desgaste laboral durante la pandemia, al estar recibiendo sueldos arriba del promedio como médicos generales. Es importante recordar que solo vía la UTC-19, los médicos generales entrevistados, dijeron tener un sueldo de \$30,000 pesos libres al mes.

"En el internado hacía guardias ABC, cada tercer día, 40 horas y eran unas friegas terribles, pero lo sentí como el mejor año, el que más disfruté. Si hacía todo eso y sin dinero, ahora imagínate lo que haremos si me dicen tengo 3 chambas donde no hago

guardias de 40 horas, y me pagan \$80,000 pesos mensuales⁵⁰. (Hombre /General/33 años/marzo 2021/ LD / Terapia Intermedia).

4.3 Covidólogos; especialistas empíricos temporales

La autodenominación como covidólogos entre los médicos generales que atendieron la pandemia por Covid-19, entendido como una distinción sobre aquellos médicos que decidieron no participar en la crisis sanitaria, también se significó como una forma de pseudoespecialidad o especialidad empírica a partir del haber adquirido conocimiento específico sobre una enfermedad emergente como lo ha sido Covid-19.

Sin embargo, para la mayoría de los médicos consultados para esta investigación, dicho sobrenombre no deja de ser de carácter temporal. La mayoría dijo estar consciente de que ser covidólogos les ha permitido recibir un reconocimiento especial durante la crisis sanitaria, que han enriquecido su aprendizaje biomédico y esto favorecido su experiencia curricular, sin embargo, también mencionaron la necesidad de seguirse formando en otras áreas para legitimar su profesión, ya que Covid-19 se convertirá en una enfermedad más en el repertorio de patologías.

“Yo creo que esta experiencia sí nos transformó, porque hemos aprendido a ser covidólogos, es decir, nos hemos tenido que agarrar de todos lados para entender y atender covid. El covid es una enfermedad compleja, permea en todos lados, debes saberlo manejar, porque ya sea otorrino, o psiquiatra debes saber atender covid. Y aunque hemos aprendido bastante sobre otras áreas, sabemos que esto no va a durar para siempre, en unos años será una enfermedad más y nosotros necesitaremos seguirnos formando. Lo que sí creo es que a nivel curricular quizá nos ayude porque un proyecto como UTC que fue tan interdisciplinario, protocolario, es lo mejor que pudo suceder en la CDMX, es hacer lo mejor posible con las mejores bases” (Mujer/General/ 25 años/febrero 2021/ JSM/ Hospitalización).

“Mi madre me dice, no te preocupes si no entras a la residencia, y yo le digo, no esto de ser covidólogo durará un rato, pero terminará encasillándose en otras especialidades como neumología o Medicina Interna, pero nadie va a estar buscando covidólogos en un

⁵⁰ Esta cantidad es la suma de una estimación económica que hace un informante respecto a los ingresos obtenidos tras su diversificación laboral en distintos espacios (UTC-19, SEDENA, clínica privada e incluso los ingresos por visitas a domicilio para realizar pruebas diagnósticas de Covid-19.

futuro. Entonces trato de ser realista y siento que vamos a ser un engrane más, no como factor de cambio. Estamos ahorita en una anomalía, una ruptura del universo médico pero que será como una supernova que implotará y listo, regresamos a nuestra realidad, me ido mentalizando hacia eso. Por eso más bien, cuando termine esto, debo enfocarme en el ENARM, no guardo mucha esperanza profesional con solo tener la experiencia covid". (Hombre /General/33 años/marzo 2021/ LD / Terapia Intermedia).

4.4 Cambios en el imaginario de la especialidad

Acorde a los propios médicos consultados, una de las consecuencias más notorias de su participación en la pandemia, fue la adquisición de conocimientos en distintas áreas de la Medicina para poder enfrentar una enfermedad multisistémica. Esto, en conjunto con la posibilidad de haber rotado en distintas áreas de atención a la Covid-19 les ofreció a los médicos un crisol de experiencias que les permitieron cuestionarse seriamente sus intereses profesionales a futuro, en específico respecto a la elección de la especialidad. De esta manera, muchos médicos consultados dijeron que antes de su participación en la UTC-19, tenían el interés de formarse en determinadas especialidades como, por ejemplo, Psiquiatría o Traumatología, sin embargo, tras su experiencia profesional en la UTC-19 dijeron haber despertado un interés particular en especialidades como Medicina Interna, Cardiología o Neumología e incluso Epidemiología, subdisciplinas de la Medicina más vinculadas a la atención de la Covid-19.

"Mira, muy al inicio de mi formación quería ser geriatra, me quería dedicar a ver abuelitos toda la vida, hasta que en el internado roté en el pabellón y fatal, me deprimí horrible al ver el abandono de los pacientes mayores y mucho era por sus enfermedades. Después quería ser oncóloga pediatra, luego neurocirujana, pero en la UTC me enamoré de todo lo que es el manejo en áreas críticas, hay cardiólogos que me llevan de la manita y ahora me gusta mucho la idea de estudiar Medicina Interna o Cardiología".

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

"Siempre he sido ambiciosa, la Medicina me gusta en sí misma, pero no quiero vivir en la calle como médico general. Antes de la pandemia, me interesaba más Traumatología, pero ahora es Medicina Interna. Este año al tratar pacientes con Covid-19, hemos visto que los que más se agravan son personas con comorbilidades. Y, si te das cuenta, lo que

ayuda a tratar estos casos, es saber de Medicina Interna, es decir, estudiar las enfermedades crónicas más a fondo". (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

4.5 Ruptura con la especialidad; un mayor espectro de posibilidades

Sin embargo, también es interesante mencionar que varios médicos entrevistados, no solo se refirieron a esta experiencia como disruptiva en cuanto a posibles cambios de interés en una especialidad médica vía la residencia, sino que también les ofreció un panorama profesional más amplio para cuestionarse si la especialidad médica era el único camino para seguir formándose a nivel profesional, o si bien podrían tener alternativas como hacer posgrados relacionados con la salud que no vislumbraban originalmente.

"No sé qué tanto ha cambiado mi meta, pero sí la he ampliado, aquí (UTC-19) aprendí que lo operativo y administrativo está rezagado y se ve como algo menos importante cuando no lo es. He llegado a pensar como plan B que, en lugar de una especialidad, pueda hacer una maestría en manejo de datos de salud y planeación para hacer censos para saber qué necesita cada institución, es decir, cuánta insulina, cuántas camas, etc. Es un área que no nos enseñan en la carrera y creo que es importante tener médicos en esa área porque una persona meramente administrativa solo ve números, pero acá, al nosotros tener lo clínico, siento que tenemos una ventaja". (Hombre/General/28 años/febrero 2021/ VAD /Hospitalización).

Esta posibilidad de reflexionar sobre distintas alternativas para continuar su formación profesional más allá de la especialidad, no solo se nutrió a partir de la experiencia profesional en sí misma, sino por el importante beneficio económico que obtuvieron, lo que les permite aspirar a materializar esos horizontes de expectativa. Es interesante mencionar que, en la narrativa de varios médicos, decantarse por una especialidad vía la residencia, era el camino ideal no solo por cuestión de legitimación frente al gremio, sino porque económicamente es más redituable en comparación con la inversión inicial que debe hacer alguien que desea hacer un posgrado en México y con mayor razón en el extranjero. Así, los testimonios de los médicos entrevistados permiten avizorar que, para muchos de ellos, la elección de la especialidad se gesta a partir de la búsqueda de

legitimación social dentro del gremio médico, pero también por una cuestión financiera donde la inversión inicial es menor a la de un posgrado, y la ganancia potencialmente mayor, aunque la curva de reeducción sea más larga. Adicionalmente, el ingreso a una residencia médica no necesariamente es compatible con la personalidad del sujeto en turno, ya que varios mencionaron que, para ellos, es una etapa desgastante que genera problemas de salud y que muchas veces se elige por necesidad, no por convicción.

“Acá la mayoría no tenemos la especialidad, pero con el dinero hemos podido pagarnos una maestría o un diplomado, o ahorrar para el ENARM y seguir formándonos. Por ejemplo, antes quizá no teníamos los recursos para pagar una maestría de \$80,000 pesos, y entonces muchos acudían al examen de residencia, no por estar convencidos, sino por presión porque sabemos que no es un camino tan gastado como pagar una maestría y es lo que más adelante te puede dejar dinero, pero siento que ahora varios tenemos la opción de decidir y ampliar el panorama a solo pensar ser especialistas donde el burnout es terrible”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

“Yo sé que cualquier otra carrera es mejor remunerada que Medicina si me quedo como médico general, pero ya tenía dudas sobre hacer una especialidad y ahora he preferido hacer una maestría. De hecho, con la remuneración económica que tengo acá en la unidad, he estado pagando mi maestría en toxicología. En diciembre también me dio tiempo para hacer un diplomado en línea de medicina ocupacional, por ejemplo. Es que estudiar una especialidad puede ser denigrante, pero muchos lo consideramos como primera opción por presión, prestigio o porque es más barato que algunos posgrados, pero al menos yo identifico mis niveles de tolerancia a la ansiedad y sé que si entro a una, tendré serias dificultades”. (Hombre/General/28 años/marzo 2021/ MMC /Hospitalización).

4.6 La UTC-19; un potenciador económico y cambios en sus estilos de vida

El haber trabajado en la UTC-19 les permitió a los médicos entrevistados, obtener ingresos muy por encima del promedio de un médico general de recién egreso universitario e incluso, superar el sueldo de residentes y de algunos especialistas. Recordemos que el sueldo para los médicos en la UTC-19 fue de aproximadamente

\$33,000 pesos al mes, que, sumado a las ganancias producto de la diversificación laboral en la que incurrieron, sobre todo a partir de la segunda ola de la pandemia (noviembre 2020 a febrero de 2021), les permitió a varios médicos obtener ingresos incluso mayores a los \$50,000 pesos mensuales. Dichos ingresos fueron significados como un potenciador económico para ellos y para sus familias, con la posibilidad de materializar importantes cambios en sus estilos de vida. Esta diversificación proviene de una mayor demanda de pacientes para dichas fechas, pero también a un cambio en el esquema de horarios de la UTC-19, de jornadas escalonadas a horarios fijos lo que les permitió tener más tiempo y así encontrar otros espacios hospitalarios donde laborar.

“Los horarios aquí antes eran escalonados, pero en la segunda ola en diciembre con el incremento de casos cambiaron. Ahora ya hay jornadas acumuladas, es decir, un turno matutino, vespertino y nocturno pero fijos, y siento que ha cambiado el tema del burnout. La contraparte es que ahora justamente varios compañeros tienen más tiempo libre y aprovechan para trabajar en otros hospitales, ganan más, pero siento que eso ha empeorado el burnout en algunos, si trabajas en varios lugares luego se te dificulta más atender tus funciones y hasta terminas comercializando la guardia”.

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

Esta oportunidad, denominada por ellos mismos como “única e irrepetible” también permitió develar, a través de las entrevistas, sensaciones de culpa y vergüenza por parte de los médicos al reconocer que la crisis sanitaria había traído para ellos grandes beneficios económicos, a expensas del deterioro de la salud de grandes sectores de la población mexicana. Así, fue habitual encontrar en la narrativa de los médicos, momentos donde su entusiasmo por los altos ingresos obtenidos tras su participación laboral en la pandemia, contrastaban con el reconocimiento de la realidad que vivió un gran número de personas afectadas por la pandemia, no solo en la dimensión de la salud, sino en su economía.

“Honestamente esta oportunidad me cayó muy bien a mí, sé que suena feo porque mucha gente ha muerto, pero yo no esperaba estar ganando lo que gano. Mi plan era no trabajar y solo estudiar para la residencia. Pero acá trabajando me he sentido muy bien, no he pedido nada de dinero a mis padres, me he sentido independiente y he podido

ahorrar. Acá nos aseguraron trabajo, al menos hasta enero, pero como empieza a estar la situación, estoy segura de que habrá más trabajo”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

“La cuestión económica a veces me da culpa, porque muchos perdieron su trabajo, otros enfermaron y murieron, pero no te miento, muchos estamos contentos por el dinero. Acá en la UTC la mayoría hemos sido pasantes, muchos que ni en proceso de titulación estaban y ganamos \$33,000 pesos al mes, a diferencia de SEDENA que ronda los \$20,000, pero hay quien trabaja en ambos entonces imagínate. Tengo amigos que ya sacaron coche qué padre por ellos, pero no siento que sea una inversión muy buena, muchos de ellos son pasantes y están ganando \$50,000 pesos al mes, ni un especialista gana eso y es un tema central que te permite hacer muchas cosas”. (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

“No te podría decir que lucramos con la pandemia, pero si es verdad, por ejemplo, una vez invité a comer a un amigo cirujano R4, y ya en el restaurante me dijo, qué traes por qué me invitas a comer a este restaurante caro, y me preguntó cuánto te pagan y ahí es donde me cayó el 20. Era un R4 de cirugía y yo estaba ganando mucho más que él”. (Hombre /General/33 años/noviembre 2021/ LDG/ FG/ Hospitalización).

4.7 ¿En qué invirtieron sus ganancias?

Tras reconocer y compartir conmigo que trabajar en la UTC-19 y en otros espacios hospitalarios, les redituó en grandes beneficios económicos para ellos. La siguiente interrogante planteada fue comprender de qué manera esto se tradujo en cambios significativos para su vida cotidiana y también a nivel prospectivo, ya que muchos utilizaron estos dividendos para ahorrar e invertir con la intención de obtener beneficios en un futuro.

Así, es interesante mencionar que varios médicos entrevistados aceptaron la existencia de un conjunto de ellos, que utilizaron sus ganancias en el corto plazo, según sus propias palabras “habían despilfarrado” en alcohol, restaurantes caros, fiestas y viajes. Curiosamente siempre se refirieron en tercera persona, -sin jamás asumirse abiertamente como parte de este grupo-.

“Para la mayoría de los médicos generales que no tienen currículum, Citi fue una experiencia inigualable porque egresaron y tuvieron una oportunidad laboral así. Yo personalmente ya tengo un poco más de trayectoria profesional antes del Citibanamex, y aunque algunos de mis planes se truncaron, no te negaré que también para mí ha sido una gran oportunidad económica. Muchos hemos ahorrado, pero otros han gastado muchísimo en viajes, alcohol o en fiestas, hasta les llamamos la atención porque no sé si creen que esto que están viviendo es lo común en Medicina”. (Mujer /General/33 años/noviembre 2021/ LDN/ Terapia intermedia).

Mientras tanto, otros hablaron abiertamente de cómo dichos ingresos se habían traducido en beneficios a nivel material como dar el enganche para adquirir un terreno o automóvil propio, esto último lo justificaron a razón de evitar el transporte público para evitar contagios y en algunos casos, también evitar sentirse estigmatizados.

“Para mí sin duda fue un impulso económico muy importante porque pude comprar un automóvil y evitar subirme al metro o a la combi me dio tranquilidad, porque la verdad sí me preocupaba que al principio traías bata y te veían feo, y no te negaré que también me daba miedo contagiarme (risas)”. (Mujer/General/26 años/noviembre 2021/ CHS/ FG/ Hospitalización).

No obstante, para otros, el haber obtenido importantes sumas de dinero, se tradujo en la oportunidad de saldar deudas bancarias o bien con otras personas, obtener tarjetas de crédito o bien incrementar su línea de crédito, y, sobre todo, financiar proyectos personales y familiares.

“Yo había trabajado ya en otros sitios con trabajos mucho peor pagados, y la paz de poder salir de deudas fue increíble con lo obtenido en UTC-19 y lo comparo como poder haber encontrado un atajo. Incluso por el nivel de ingreso reflejado en mi nómina, los bancos ya me marcan para ofrecerme muchas cosas, cosa que antes no sucedía. Ya me dan acceso a créditos que jamás había tenido a esta edad, sin tener especialidad entonces sí abrió muchos panoramas”. (Hombre /General/33 años/noviembre 2021/ LDG/ FG/ Hospitalización).

Sobre esto último en específico, muchos médicos refirieron haber utilizado un importante porcentaje de sus ingresos para ayudar a la economía familiar por distintas razones: 1)

enfermedad o muerte de un familiar, 2) pérdida de trabajo, o cierre del negocio familiar, o 3) simplemente por el deseo de ayudar a la familia porque anteriormente, ellos como médicos habían recibido préstamos o apoyos económicos y sintieron la necesidad de retribuir esos años que recibieron ayuda durante la carrera de Medicina.

“Yo pude ayudar a mi familia a salir adelante de un problema económico porque el negocio familiar quebró y mis padres se quedaron sin ingresos. Por mucho tiempo ellos me ayudaron y lo hice por gusto, pero también por el compromiso de devolverles ese cariño y atención en un momento complicado”. (Mujer/General/25 años/noviembre 2021/ LAS/ FG/ Hospitalización).

Otros más aseguraron haber ahorrado importantes sumas de dinero con el afán de evitar imprevistos, como tener un colchón económico, de forma que pudieran concentrarse en el ENARM sin tantas preocupaciones económicas en el intervalo de estudio sin la necesidad de pedir ayuda económica a terceros, -habitualmente familiares-, algo que varios mencionaron como una dependencia que les genera conflicto a nivel emocional. Es significativo mencionar que, bajo esta misma línea, los ingresos económicos que percibieron les permitieron a muchos médicos independizarse de su hogar, es decir, tener la posibilidad de mudarse a un espacio propio y mantenerse a sí mismos, sin la necesidad de recurrir al apoyo familiar; una situación habitual en quienes cursan el pregrado de Medicina.

“Mira, muchos se han ido de viaje a cada rato, se compraron Macs, iPhones o sacaron autos y pues su orden de prioridades es distinta, pero, por ejemplo, en mi caso, puedo decir que mi satisfacción ha sido ahorrar, liberarme de deudas, y financiar para estar más tranquilo de cara al ENARM. Con el dinero puedes ver el panorama más claro y poder decidir más en paz, y no tanto por presiones sociales, familiares, y ahora ves más amplias las posibilidades de empezar una especialidad acá o incluso en el extranjero, pero ya con dinero en el banco, porque uno ya no se siente tan presionado por decidir tomar una especialidad en caliente porque si no lo hago ahorita, ya no podré más adelante”. (Hombre /General/27 años/marzo 2021/ MNJ / Terapia Intermedia).

“Incluso yo, fíjate que siendo independiente entre comillas porque llevaba tiempo viviendo acá en la Ciudad de México, mis papás me ayudaban de repente y esto cambió

a partir de mi participación en Citi. Ahora fue, al contrario, incluso les decía a mis padres, llevan un par de años que no se hacen un chequeo, ya les hice una cita y se los pagué, o cuando se relajó el tema de los viajes, pagarles una salida. Cosas que antes te endeudabas ahora pudiste pagar sin problema y eso te relaja más, te cae bien y por eso para mí como médico general de mi edad, hizo muchísima diferencia, no es lo mismo tomar decisiones con la deuda encima que cuando tienes liquidez, porque te da mucha perspectiva y paz para elegir”. (Hombre /General/33 años/noviembre 2021/ LDG/ FG/ Hospitalización).

Finalmente, varios médicos mencionaron que su prioridad fue ahorrar lo más que pudieran con la intención de decidir los siguientes pasos de su formación con más tranquilidad y poder financiarlos sin la presión económica de fondo. Por ejemplo, muchos decidieron financiar su educación continua, la inscripción a talleres, cursos o diplomados de Medicina, idiomas u otras áreas de interés personal, que anteriormente no habían podido sufragar y que lo lograron a partir de los ingresos percibidos por su participación laboral en la pandemia. Pero, sobre todo, muchos decidieron ahorrar la mayor parte de sus ingresos, con la intención de financiar posgrados (maestrías o doctorados) en México e incluso en el extranjero, situación que concluyeron sería la mejor inversión posible con el dinero obtenido, ya que, de lo contrario, jamás podrían lograrlo en el corto y mediano plazo.

“Comencé la maestría en salud pública durante este año, y aunque empecé con dudas porque el camino normal es primero el de la especialidad, me llamó mucho la atención cursarla y como podía pagarla con lo que recibo acá en el Citi, me animé a pesar de todo”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

“Hay colegas que han invertido \$300,000 pesos para los trámites de irse a hacer especialidades al extranjero, o incluso más que eso. Los que querían irse a Estados Unidos pues se duplica, y quizá complementaron con un préstamo, pero sin los ingresos que han tenido ahorita, difícilmente habrían aspirado a eso. En mi caso tomé un diplomado de medicina ocupacional gracias a los recursos del Citibanamex, e incluso pude pagarme una maestría de Toxicología en España”. (Hombre /General/28 años/noviembre 2021/ MMC/ FG/ Terapia Intermedia).

“A mí me cambió por completo mi perspectiva que tenía a mediano y largo plazo al trabajar en Citibanamex. De entrada, por la cuestión económica, un sueldo de este estilo, prácticamente ningún médico general lo tenía, los trabajos que había tenido como médico general antes de estar titulados habían sido ínfimos comparados con Citibanamex, veía muy limitados mis recursos, mis esperanzas. Y a partir de mi trabajo en UTC-19, pude ver más oportunidades, empezar proyectos propios que quería hacer desde hace tiempo y buscar alternativas en el extranjero. Mi plan es migrar en un corto plazo, en un año para hacer mi residencia en España. Es decir, me hubiera tardado mucho en poder visualizar esta migración, porque ahora tengo ahorros y puedo pensar en irme a España antes de lo esperado”. (Hombre /General/27 años/noviembre 2021/ DTC / FG/ Triage).

4.8 La experiencia en la UTC-19; símbolo de prestigio y orgullo

El haber trabajado en la UTC-19 fue significado por la mayoría de los médicos entrevistados como un motivo de orgullo y prestigio, por lo que ellos definieron como un espacio ideal, de buenas prácticas médicas, que contaba con los protocolos adecuados, actualizaciones constantes y con los recursos materiales y humanos para hacer frente a la crisis sanitaria. De esta manera, los médicos se reconocieron como parte de un proyecto exitoso que benefició a la población mexicana, y que, a su vez, trajo sendos beneficios económicos y de aprendizaje para ellos, algo que consideraron transformó su vida, no solo a nivel profesional-laboral o económico, sino que también tuvo un impacto transformacional a nivel personal (*self*). Así, los médicos entrevistados indicaron sentirse orgullosos por haber contribuido con la sociedad, lo que a su vez conllevó, el sentirse valorados y reconocidos por su labor algo que también les ayudó a mejorar su autoestima, adquirir más confianza en sí mismos y sentirse agradecidos por la oportunidad vivida. Aunado a ello, la experiencia en la UTC-19 también les permitió a muchos de ellos, tener una perspectiva de vida distinta, incluyendo nuevas formas de vinculación con terceros, ya fueran pacientes, colegas médicos o bien, otros profesionistas de la salud.

“Sí, en verdad, cuando platico con mi familia, me siento orgullosa de participar en este gran proyecto, no solo porque trabajo ahí, es que sí somos los mejores, he tenido la

experiencia de platicar con otros compañeros, y la UTC brinda una atención magnífica. Es muy bonito sentir el agradecimiento de los pacientes y participar en un lugar donde se tienen los insumos para buenas praxis, donde te respetan como trabajador, donde hay protocolos, donde es más justo el trato, donde tienes todo lo que necesitas porque todas las medidas". (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

"El reconocimiento más importante es el de las personas que ayudamos, en lo personal, no lo hago para sentirme héroe, pero se valora más cuando un paciente te reconoce, cuando sabes que dejaste de ver a la familia por meses por algo que valió la pena. Una vez me puse a llorar porque una paciente me dijo usted seguro no ha visto a su familia, muchas gracias por dar la vida, porque sabe que puede morir. Ese día era mi cumpleaños. Desde que comencé acá me he sentido muy orgulloso de pertenecer al proyecto. El fin ha sido ayudar a las personas y se ha logrado". (Hombre/General/27 años/abril 2021/ RNV /Terapia Intensiva).

"No tengo nada negativo que decir del Citi. He conocido mucha gente que me cambió la vida, desde pacientes hasta otros médicos, personal de enfermería, de limpieza que me han hecho ver la vida de diferente manera. Ingresé junto con compañeros que conocí en la carrera y que ahora son de mis amigos más cercanos. Solo me queda agradecer porque confiaron en médicos recién egresados, nos capacitaron y para mí, ha sido el mejor trabajo que pude haber tenido por el aprendizaje, por el factor emocional y por el dinero porque nos cambió mucho la vida. Creo que ha sido un plan perfecto para esta ciudad, porque hay mucha gente sin seguridad social y sin la unidad, se habrían saturado los hospitales". (Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

A partir de abril de 2021, el Gobierno de la Ciudad de México junto con la Fundación Carlos Slim, comenzaron a organizar ceremonias de reconocimiento al desempeño del personal de salud que trabajó en la UTC-19. Dichas ceremonias, incluyeron conferencias de prensa, donde se ofreció al público en general información sobre los alcances de la UTC-19, la cantidad de pacientes atendidos y egresados, para que a continuación se comenzara la entrega de placas al mérito por la labor de médicos, personal de enfermería y de otras áreas. Así, en los testimonios de los médicos consultados, varios refirieron que, si bien las placas al mérito se agradecían, el máximo reconocimiento siempre fue el de los pacientes que atendieron. Aunado a ello, para muchos también fue motivo de

orgullo y trascendencia el haber participado en un momento histórico para la humanidad, puesto que siempre podrían presumirle a su actual y futura familia, que ellos, a diferencia de otros médicos, se animaron a participar activamente en la pandemia por Covid-19, y que lo hicieron en el mejor lugar para hacerlo, es decir, la UTC-19 acorde a sus propias palabras.

“Más allá de la placa que se agradece y valora, recuerdo que el primer día que abrió la capacitación del Citibanamex, nos dijeron, no piensen que esto va a ser solo para ahorita lo que van a lograr, toda la vida les van a preguntar ¿qué hacías mientras estaba la pandemia? ¿En dónde estabas cuando todo mundo estaba envuelto en la enfermedad? Y ahora pienso, durante ese tiempo, estuve trabajando ahí el tiempo que se necesitó, ha sido un orgullo el haber participado en un momento histórico y en el mejor lugar disponible. Trabajar acá (UTC-19) nos ha dado mucho, en aprendizaje, academia, trabajo, experiencia con los pacientes. Ha sido un motivo de orgullo porque definitivamente ha valido la pena todo el sacrificio que hicimos”. (Hombre /General/27 años/noviembre 2021/ DTC / FG/ Triage).

“Yo fui de las primeras que ingresó al Citibanamex, y ahorita empezaron a darnos reconocimientos por parte de Slim, pero les comentaba a mis padres, lo que me motivó a entrar es ayudar a personas no recibir un premio al mérito. En el Citi se ha hecho una hermandad, el trato ahí es excelente, no se compara con otros centros covid (SEDENA, IMSS, ISSSTE, clínicas privadas) y estoy bastante orgullosa de lo que hemos logrado aquí”. (Mujer/General/28 años/abril 2021/ SHM/ Hospitalización).

“Todavía no me toca estar en la premiación, pero yo ya siento que traigo una medalla por lo realizado, porque hubo gente que no se animó, la verdad, siendo sinceros muchos no se quisieron entrarle y nosotros dimos un paso adelante. No en detrimento de nadie, pero sí orgullo o muestra de aprecio personal. No es que vas a ir por la vida presumiendo que trabajaste en la pandemia, pero sí me siento pleno y sé que también estará en mi currículo, pero me quedo con la sensación de satisfacción, es una historia que podrás contar a tus nietos, y eso siento que es algo raro que pase en el curso de la vida de alguien, esto es algo que apareció para una generación y no otra”. (Hombre /General/33 años/noviembre 2021/ LDG/ FG/ Hospitalización).

4.9 Emprendimiento laboral; visitas domiciliarias y clínica de secuelas

Uno fenómeno interesante dentro de la diversificación laboral que experimentaron los médicos generales que trabajaron en la UTC-19 durante la pandemia, fue el hecho de que varios de ellos, decidieron emprender su consulta privada a partir de los conocimientos adquiridos tanto en la UTC-19 como en otros espacios hospitalarios. De esta forma, los médicos mencionaron que el aprendizaje y prestigio adquiridos como covidólogos de la UTC-19, les permitió atreverse a ofrecer consulta privada como especialistas en la atención a la Covid-19, por lo que, ofrecieron orientación virtual, hicieron visitas domiciliarias para hacer pruebas rápidas para detección de la Covid-19, y/o en algunos casos, incluso ofrecieron atención médica a domicilio para dar seguimiento a las secuelas del padecimiento en casa, (revisión de la administración del oxígeno, monitoreo cardíaco, ejercicios de rehabilitación pulmonar, entre otros).

“No solo éramos covidólogos, sino que veníamos de traer un sistema de trabajo en la UTC-19 que sabemos funciona. En lo que respecta a consulta privada, seguí viendo pacientes porque sabía que la gente confiaba en los que habíamos estado en el Citi para dar asesorías o dar segundas opiniones, o bien dar pruebas de domicilio como un negocio aparte. Todavía atiendo familias enteras con covid, pero sobre todo he estado trabajando con las secuelas, me canalizaban a conocidos que habían egresado del IMSS, ISSSTE, e incluso privados donde la parte de rehabilitación pulmonar quedaba muy deficiente, tanto en fisioterapia e incluso cómo utilizar los medicamentos ya que no les daban explicaciones adecuadas y el seguimiento por tanto era nulo. De esta forma, me buscaban mucho a mí como covidólogo del Citi porque varios pacientes se percataban de que su calidad de vida y funcionalidad estaba siendo muy afectada y buscaban esta rehabilitación”. (Hombre /General/28 años/noviembre 2021/ MMC/ FG/ Terapia Intermedia).

Incluso, varios médicos mencionaron que viralizaron tarjetas de presentación digitales en redes virtuales y en plataformas como WhatsApp, donde se presentaban como médicos de la UTC-19, es decir, utilizaron el sobrenombre de la unidad como un fuerte sentido de pertenencia, fuente de legitimación social y elemento de distinción respecto a otros covidólogos como los que trabajaron en otros espacios temporales como Sedena.

Y aunque otros médicos, como los residentes o los que trabajaron en consultorios adyacentes a farmacias también atendieron Covid-19, los actores de esta investigación insistieron en definir como covidólogo a alguien que exclusivamente trata casos por Covid-19. Cabe destacar que este emprendimiento de consulta privada, no solo se efectuó durante el tiempo que permaneció abierta la UTC-19, sino que se mantuvo tiempo después del cierre de la unidad. En muchos casos, los pacientes atendidos en visitas domiciliarias fueron canalizados a partir de recomendaciones de otras personas, familiares o amigos que fueron previamente atendidos directamente en la UTC-19

“Estoy abriendo mi campo, ya no he trabajado en otros lados, ahora me animé a dar consulta porque tenemos buen reconocimiento del público, voy a domicilio y hago pruebas rápidas. Algunos compañeros hasta tienen una tarjeta de presentación digital de que trabajan en el Citi y lo mueven en redes, no está mal, al final hemos trabajado en uno de los mejores lugares, tenemos conocimiento de causa y podemos ayudar a otros.”

(Mujer/General/27 años/enero 2021/ MFV /Terapia Intermedia)

“Todo viene por recomendación de personas que atendimos en el Citi y que ahora nos reconocen más, nos da más credibilidad y así se forma la cadena. Algunos utilizamos nuestros perfiles en WhatsApp o Instagram y yo personalmente ofrezco pruebas rápidas de calidad, de laboratorios como Abbot, son un poco más caras, (\$600-\$800) pero sabemos distinguir entre pruebas patito y las que sí te ofrecen mayor seguridad en el resultado. También atendemos gente que todavía no se recupera, lo que llamamos covid de larga duración, y traen tos crónica, cansancio, necesitan rehabilitación pulmonar”.

(Mujer/General/27 años/enero 2021/ MFV /Terapia Intermedia)

4.10 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO IV

Para los médicos consultados, la experiencia laboral durante la pandemia por Covid-19, y específicamente, su experiencia como trabajadores en la UTC-19, se convirtió en un crisol de transformaciones y posibilidades inesperadas para ellos. Esto que he denominado como “experiencia transmutadora”, es a razón de exaltar como sucedía en la alquimia, que transmutar no solo ofrece ajustes o cambios de menor escala en la materia, sino que connota un superlativo asociado a grandes transformaciones, convertirse de un elemento poco apreciado como el plomo a otro, mucho más valorado como el oro. Aunado a ello, retomo el concepto de transmutar para hablar sobre cómo esta experiencia le permitió a la mayoría de los médicos trascender en cuestiones de madurez emocional, experiencia y conocimientos para propiciar cambios en uno mismo, ganando un mayor sentido de autoconfianza e independencia para encarar el mundo.

De esta manera, utilizo la metáfora de transmutar para resaltar la serie de aprendizajes, beneficios y alquimia social que experimentaron los médicos generales de recién egreso durante su intervención laboral en la crisis sanitaria. Bajo su propia narrativa, ellos describieron que, a partir de la coyuntura por la crisis sanitaria, transitaron de la incertidumbre laboral, la escasa experiencia clínica, la poca confianza en sí mismos y el bajo reconocimiento tanto del campo médico como de la sociedad, a obtener toda una serie de beneficios o capitales como los catalogaría Pierre Bourdieu, (1995), como, por ejemplo: 1) Conocimientos, aprendizajes, mayor autoconfianza y experiencia clínica (capital cultural). 2) Nuevas relaciones sociales y profesionales, (capital social). 3) Sueldos altamente competitivos (capital económico). 4) Notoriedad, prestigio, legitimación ante el gremio y la sociedad (capital simbólico).

Para los médicos de esta investigación, su atención a la pandemia por Covid-19 en la UTC-19, propició una alteración significativa en el curso natural de su trayectoria formativa y profesional; es decir, acorde a Freidson (1977) los roles e imputaciones fijadas como egresar de la carrera de Medicina, posteriormente aplicar el ENARM para empezar la especialización, y/o aspirar a conseguir oportunidades laborales en clínicas

pequeñas o consultorios adyacentes a farmacias⁵¹. De esta forma, al conseguir trabajo en la UTC-19, los médicos entrevistados dijeron haber encontrado un espacio laboral inédito con un modelo de financiamiento híbrido, protocolos y estándares de calidad internacionales muy distintos a lo que conocían durante su rotación en el internado. Esto empata con lo narrado por Barragán A, (2022) en Rosas, R, et al, (2022) en la investigación multidisciplinaria sobre el área de enfermería en esta misma unidad de análisis, donde retoma a Michel Foucault (2010) y Turner (1988) para hablar respectivamente de las facultades heterotópicas y liminales de la UTC-19, por haber sido un espacio aislado y efímero con características que contrastaron con la estructura habitual de otros espacios hospitalarios.

Esta experiencia en la UTC-19 durante la pandemia, entonces permitió por sus características, transformaciones importantes tanto en su persona como en su trayectoria formativa y profesional (Freidson, E, 1977) a través de la obtención e interrelación de distintos capitales como se analiza a continuación:

En términos de lo que Bourdieu (1995) definiría como capital cultural, es decir, toda una suerte de formas de conocimientos, destrezas, aprendizajes que permiten una mejor prospección de éxito sobre otros sujetos en sociedad, los médicos entrevistados refirieron que trabajar en la UTC-19 fue una oportunidad inigualable para probar sus conocimientos médicos previos y enriquecerse de nuevos por ser Covid-19 una patología multisistémica y por tanto compleja. Por lo anterior, varios médicos catalogaron la experiencia laboral en la UTC-19 como un segundo internado a razón de haber podido trabajar junto con especialistas de diversas áreas, pudiendo beneficiarse de aprender cómo atender pacientes con distintas morbilidades, y que cursaban distintos derroteros de la enfermedad de Covid-19, en un escenario como la UTC-19, que ellos mismos definieron como un universo de buenas prácticas, donde se contaron con los mejores protocolos, fármacos y tratamientos actualizados. Recordemos que, acorde a Rosa Tapia, et al, (2007) desde 1934 en los últimos semestres de la formación médica en

⁵¹ Fundación Mexicana para la Salud (2014). Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. Ciudad de México.

México, se incluye una etapa llamada “internado”, que tiene una duración de un año, con jornadas de 10 horas diarias, que exige la rotación en distintas áreas de la Medicina de interés para el estudiante. Por lo anterior, se puede comprender por cuestiones de duración y aprendizaje, la analogía realizada por varios médicos entrevistados entre su participación en la UTC-19 y el internado. Esto permitió a los médicos nombrar su experiencia en la UTC-19 como un “segundo internado”, aunque, como refirieron ellos mismos, con una serie de beneficios tanto económicos como en las dinámicas laborales que no experimentaron durante el internado de pregrado, por ejemplo, una mayor horizontalidad laboral, menor violencia jerárquica y un sueldo altamente competitivo. Incluso en la UTC-19 los horarios laborales fueron más flexibles, transitaron de ser escalonados a fijos⁵² sobre todo a partir de diciembre de 2021, lo que permitió en los médicos utilizar el tiempo restante para descansar, diversificar sus actividades laborales o incluso tomar algún curso. Este ajuste en las jornadas laborales es algo que como se ha expuesto anteriormente permite en teoría un mejor balance en cuanto a la vida laboral y privada.

“Las jornadas excesivas y atípicas son frecuentemente perjudiciales para la salud física y mental e impiden conciliar el trabajo y la vida familiar” (Anker, R, et al., 2003, p. 173).

Este repertorio de aprendizajes y conocimientos también tuvo un impacto significativo en los médicos participantes al ampliar sus intereses y posibilidades de elección formativas-profesionales a corto y mediano plazo, ya fuera para confirmar un interés previo o para cambiar su interés en una determinada especialización más asociada a la atención a la Covid-19 como, por ejemplo, neumología, medicina interna o cardiología. Sin embargo, estas reflexiones respecto a posibilidades de cambios en su devenir formativo-profesional, también incluyeron la posibilidad de cuestionar la idea habitualmente fija de hacer una especialización vía la residencia médica, y pensar como alternativa, el continuar su trayectoria formativa-profesional en otras áreas de la Medicina. De esta forma, varios médicos se sinceraron para expresar que, a través de esta experiencia laboral durante la pandemia, ellos pudieron desarrollar un mayor interés en tomar cursos,

⁵² Los horarios escalonados se refieren a franjas horarias de trabajo irregulares, que no necesariamente tienen un horario de entrada y salida determinado, y pueden cumplirse acorde a las necesidades de la institución, es decir, no permiten planear ni organizar horarios fuera del trabajo. Por su parte, los horarios fijos como dicta su nombre, se refieren a horarios bien establecidos de entrada y salida, lo que permite una mejor organización de los horarios, incluyendo horas de descanso.

diplomados y posgrados en otras áreas médicas, ya fueran administrativas o de investigación, como por ejemplo Administración de Hospitales, Epidemiología o Salud Pública. Hay que recordar que el camino habitual de la trayectoria formativa-profesional (Friedson, E, 1978) incluye la especialización vía la residencia médica, una ruta que los propios médicos catalogaron como desgastante, aunque a su vez, práctica en términos económicos y directa hacia el reconocimiento y éxito profesional dentro del gremio médico. Si consideramos el año del internado como una fuente de oportunidades para el fortalecimiento de las aptitudes clínicas, estrategias metodológicas, desarrollo del pensamiento crítico y toma de decisiones como sostienen Tapia, Rosa María, et al (2007) entonces este “segundo internado” en la UTC-19 le permitió a los médicos de esta investigación afianzar lo anterior al ampliar sus horizontes profesionales y mejorar sus competencias en la dimensión clínica, epidemiológica y social con el fin de practicar la Medicina de forma integral como sugieren Rosa Tapia, et al, (2007). Cabe destacar que dicha acumulación de capital cultural experimentada en la UTC-19 sería del tipo que Bourdieu (1995) definió como incorporado a través de la experiencia, pero con muchas posibilidades de ser institucionalizado en el corto y mediano plazo como sucedió con varios médicos que comentaron haberse enrolado en cursos, diplomados y maestrías en centros de estudio y universidades tanto nacionales como internacionales, durante o al final de su participación laboral en la UTC-19.

No obstante, cabe mencionar que este abanico de opciones formativas-profesionales habrían sido imposibles de imaginar y materializar sin la incorporación del capital económico con el que pudieron hacerse los propios médicos durante la pandemia por Covid-19. Y es que otro de los grandes beneficios que obtuvieron los médicos durante su participación en la UTC-19 fue el ingreso económico que tuvieron, obteniendo sueldos de \$33,000 pesos al mes, un ingreso que como se ha mencionado anteriormente en esta tesis, supera ampliamente el ingreso promedio de un médico general de recién egreso, alrededor de \$17,889 pesos al mes e incluso rebasa el sueldo de \$18,809 pesos al mes de un médico especialista nivel “A” en el prestigiado Instituto Nacional de Ciencias

Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)⁵³. Además, para los médicos que diversificaron sus actividades laborales más allá de trabajar en la UTC-19, a esos \$32,000, habría que sumarle los ingresos percibidos por laborar en otros espacios hospitalarios y consulta privada, por lo que muchos médicos mencionaron haber obtenido cantidades de hasta \$50,000 e incluso \$80,000 pesos al mes.

Este potenciador económico, no solo les permitió a muchos médicos, adquirir bienes y propiedades como automóviles o terrenos, sino también liberarse de deudas, obtener nuevos créditos bancarios, contribuir a negocios familiares, ofrecer préstamos a terceros y también financiar su educación continua, a través de cursos, talleres, diplomados, e incluso potenciar su trayectoria formativa-profesional a través de posgrados en México y el extranjero, algo que habría sido inimaginable e inaccesible para ellos hasta antes de la pandemia. Es decir, en este sentido, la articulación entre capital económico y cultural, les ofreció a estos médicos, la posibilidad de cuestionar sus intereses y elecciones profesionales con más conocimiento de causa, pero también decidir con más tranquilidad los siguientes pasos de su trayectoria formativa-profesional. Incluso en los casos donde persistió el interés en hacer una especialización vía la residencia médica, se mencionó que parte de sus ahorros fueron encaminados a poder financiarse durante los meses que destinarían al estudio del ENARM, y así eliminar el distractor del factor financiero, lo que juzgaron les ayudaría a concentrarse mejor y por consecuencia obtener el puntaje necesario para ser admitidos en la especialidad de su elección. No obstante, en la narrativa de los médicos también podemos encontrar discursos menos idealizados e incluso críticos sobre cómo otros colegas invirtieron ese capital económico, siendo mencionados el consumo excesivo de alcohol, la asistencia frecuente a restaurantes considerados de lujo, y viajes en plena contingencia sanitaria. La dimensión de los sueldos altamente competitivos como un elemento a destacar entre los trabajadores de la salud que trabajaron en la UTC-19, también ha sido documentado por la investigación

⁵³ El Financiero (2022). "Esto ganan un médico general y un médico especialista en instituciones públicas de México". Retomado el 8 de abril de 2023 de: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/18/esto-ganan-un-medico-general-y-un-medico-especialista-en-instituciones-publicas-de-mexico/>

realizada por Rosas, R, et al (2022) y materializada en el libro llamado “Enfermería en una Unidad Temporal Covid-19” en el cual existe el capítulo XI denominado “Condiciones de trabajo del personal de Enfermería: hacia la construcción de un trabajo decente”, que escribe la colaboradora Noreidy Rivera (2022), quien expone un cuadro comparativo entre el ingreso promedio del personal de enfermería en México y lo percibido en la UTC-19. Si bien el capítulo no profundiza en los usos de dicho ingreso, es interesante observar paralelismos con lo encontrado en esta investigación respecto a cómo el financiamiento híbrido de la UTC-19 permitió ofrecer sueldos altamente competitivos para sus trabajadores, lo que a su vez potenció una serie de posibilidades para ellos.

“Conforme a las respuestas dadas por el personal de Enfermería podemos corroborar las cifras ya que el personal reportó ganar entre 10 y 32 mil pesos, lo cual dependerá del área de trabajo y el puesto. Lo que rebasa el salario base promedio en México”. (Rivera, N en Rosas, R, et al, 2022: 102).

Así, el incremento de su capital económico propició en dichos médicos, la aparición de importantes cambios en sus estilos de vida, al menos de manera temporal durante su participación laboral en la UTC-19 durante el primer año de la pandemia por Covid-19. Con estilo de vida, me refiero a una forma de vivir, y me sitúo desde una perspectiva que elaboran Guillaume Dumont y Rafael Clua García (2015) que consideran al estilo de vida como una construcción social reflexiva y negociada entre las posibilidades y limitaciones de una posición socioeconómica de los sujetos y las disposiciones individuales. Así, aunque sin duda alguna el incremento en su capital económico les permitió alcanzar y materializar sus elecciones, la variabilidad de estas elecciones que tuvieron en la adquisición de un estilo de vida distinto, residieron en las disposiciones individuales, a partir de experiencias personales previas, representaciones de otros amigos y familiares, así como necesidades y reflexiones personales durante la misma crisis sanitaria.

Adicionalmente, esta experiencia laboral en la UTC-19 trajo una serie de beneficios para establecer vínculos propositivos de solidaridad entre colegas, especialistas y en algunos casos con otros trabajadores de la salud, algo que fue promovido por el fenómeno de mayor horizontalidad laboral explorado en capítulos anteriores, debido a las necesidades de realizar ajustes organizacionales producto de la crisis sanitaria como ya explicaron

Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021) cuando a esto le denominaron cultura organizacional epidémica. De esta manera, se podría hablar de que la UTC-19 también permitió la adquisición de un importante capital social, con el beneficio de haber ampliado una red de apoyo durante la crisis sanitaria, y ahora con la posibilidad de generar una red de contactos de trabajo presente y futura. Nuevamente esto hace eco con la investigación realizada por Anabella Barragán (2022) al referirse que el personal de enfermería de la UTC-19, también experimentó por los ajustes organizacionales, una nueva manera de vincularse con otros profesionales de la salud, algo que ella denominó como antiestructura o la ruptura con las jerarquías del campo médico, aunque fuera de manera temporal, en algo en que ambos coincidimos ha resultado como una utopía.

“Sólo en un espacio heterotópico y liminal se puede vivir la antiestructura, el borramiento de las jerarquías y unir capacidades y esfuerzos en pro de una causa éticamente compartida. La permanente relación de poder que priva en los nosocomios y en los ámbitos académicos entre médicos y enfermeras(os), se diluyó en medio de la relación de las nuevas generaciones de enfermera (os) y el gremio médico”. (Barragán, A, et al, 2022: 140).

Por otro lado, es importante mencionar que, si bien, por un lado, la autodenominación como covidólogos fue una categoría que refería a una especialización empírica que les sirvió para distinguirse del resto de los médicos que no trataron la enfermedad durante la crisis sanitaria, también fue considerado como un rol temporal, insuficiente para la formación y cuyas actividades serían absorbidas gradualmente por otros especialistas. Es decir, ser “covidólogo” generó un sentido de orgullo y pertenencia importante para ellos, una manera de saberse reconocidos tanto por el gremio médico como por la sociedad.

Pero, por otro lado, el autonombraarse como covidólogos, también permitía ocultar el estigma de seguir siendo médicos generales sin especialización formal, es decir, el término covidólogo si bien se utilizó como un pseudónimo diferenciador que generaba orgullo, también podría pensarse como una máscara, un elemento encubridor como diría Goffman (2001) de un estigma dentro del campo médico, es decir, ser médico general. Ser covidólogo como héroe de una crisis sanitaria y especialista empírico permitió cubrir, aunque fuera temporalmente, el atributo desacreditador de ser médicos generales, y lo que ello significa, como, por ejemplo, todavía no haber pasado el ENARM, ese estigma

de mediocridad e insuficiencia dentro del campo médico, sobre todo frente a otros médicos como residentes y especialistas.

No obstante, durante el primer año de la pandemia que operó la UTC-19 y hasta la fecha, el sobrenombre de covidólogos junto con el apellido, “UTC-19” se podría considerar como un importante capital simbólico que le permitió a muchos médicos capitalizar el prestigio de la unidad para encontrar nuevas oportunidades laborales, ya fuera en otros espacios hospitalarios, o bien a través del emprendimiento de negocios propios, como los que realizaron pruebas a domicilio o dan, hasta la fecha de la redacción de esta tesis, tratamiento a domicilio de las secuelas por Covid-19. Algunos médicos incluso utilizaron el apellido UTC-19 en sus tarjetas de presentación para legitimarse como expertos de calidad frente a la Covid-19, y distinguirse sobre otros médicos, covidólogos o incluso especialistas de otras instituciones. Para otros autores como Roberto Castro y Hugo Córdoba, (2023) el sobrenombre covidólogo que apareció en su investigación con residentes, fue una forma de etiquetamiento de personal sanitario “no covid” para referirse de aquellos trabajadores de la salud, en este caso médicos que atendieron la pandemia, como una forma de distanciamiento y segregación de un grupo que potencialmente podría transmitirles el virus. Es decir, el miedo fue concebido como el origen de las muestras de estigmatización no solo de algunos sectores de la población a los trabajadores de la salud, sino entre el propio personal sanitario, como aseguran Arias y Martínez-Salazar, (2022).

De esta forma, para los médicos entrevistados, su participación en la UTC-19 también se tradujo en una serie de beneficios a nivel del capital simbólico, por el prestigio adquirido a nivel curricular, como un motivo de orgullo personal, y reconocimiento social por su participación en uno de los catalogados como mejores hospitales durante la crisis sanitaria. Incluso algunos médicos mencionaron que haber trabajado como médicos durante la pandemia por Covid-19 y en un espacio como la UTC-19 lo recordarían toda la vida, y sería motivo de orgullo para presumir a futuras generaciones. Esta descripción desde la propia narrativa de los médicos consultados encuentra puntos de conexión con la definición de la propia Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1999) respecto a las características que debe reunir aquello que se considera como un “trabajo decente”.

“Condensa las aspiraciones de las personas durante su vida laboral, que se tenga la oportunidad de acceder a un empleo productivo y con un ingreso justo, seguridad en su lugar de trabajo, que haya una libertad para poder expresar sus opiniones, participación y condiciones igualitarias en oportunidades, tanto para hombres como para mujeres” (OIT, 1999).

Finalmente, quisiera hacer mención de que esto que he definido como experiencia transmutadora, le permitió a la mayoría de los médicos, la incorporación e internalización de nuevas pautas de trabajo, valores, significaciones y reflexiones que permitirán reproducir saberes adquiridos en la UTC-19 en su futuro profesional, pero también confrontar o confirmar intereses propios. Esto trae por consecuencia la adquisición de una mayor autoconfianza y sentido de independencia en los médicos para encarar la vida personal y profesional, con el potencial de generar transformaciones en el campo médico en un futuro a mediano y largo plazo.

Esto último, se podría traducir en los médicos consultados en las nuevas maneras de concebir los vínculos de manera más horizontal con otros sujetos, ya sean familiares, colegas u otros profesionistas, y en la posibilidad de pensar otros caminos profesionales de la salud, por ejemplo, el emprendimiento de negocios particulares, posgrados en México y el extranjero, cambios en sus intereses de especialización o incluso la ruptura con ésta.

La experiencia transmutadora, permitió a pesar del carácter liminar de la UTC-19, algunos cambios significativos a corto plazo, como sucedió con los sueldos altamente competitivos o un mayor sentido de horizontalidad laboral, pero también dejó una impronta insoslayable a mediano y largo plazo, a través de los nuevos conocimientos y aprendizajes, reflexiones, decisiones profesionales, vínculos y por dejar un legado de autoconfianza, orgullo y trascendencia.

CAPÍTULO V: LA MEMORIA PANDÉMICA Y SUS APRENDIZAJES.

RETROSPECTIVAS SOBRE LA PANDEMIA E IMAGINARIOS DE ASPIRACIÓN Y ANTICIPACIÓN SOBRE EL FUTURO

A partir de la experiencia profesional en la UTC-19 y en otros espacios hospitalarios durante la crisis sanitaria, en este capítulo se retomará la narrativa de los médicos entrevistados con el objetivo de conocer y analizar sus principales representaciones sobre: 1) El manejo de la pandemia a nivel gubernamental. 2) El comportamiento de la población durante la crisis sanitaria. 3) Y a partir de lo anterior conocer los distintos imaginarios respecto al futuro de la pandemia y sus consecuencias a nivel social y profesional.

Respecto a este último punto, se indagó a los médicos sobre lo que ellos consideraron como las principales enseñanzas y aprendizajes de su participación en la crisis sanitaria, con la intención de conocer en un ejercicio prospectivo, posibles continuidades y discontinuidades en distintos rubros como: 1) El cierre de la UTC-19 y el futuro profesional de los médicos que ahí participaron. 2) Cambios en la cultura organizacional biomédica, como, por ejemplo, la resignificación de la figura del médico general y la promoción de una mayor horizontalidad laboral. 3) Ajustes en los sistemas de salud frente al advenimiento de futuras crisis sanitarias a partir del papel paradigmático de la UTC-19 como ejemplo de una colaboración público-privada.

Para dicho fin, utilizo el concepto de *memoria pandémica* que proponen May Chomali y Cynthia Arguello (2021) cuando ellas afirman que una experiencia pasada de esta magnitud como el Covid-19, potenciaría la gestación de nuevas reflexiones y conocimientos para ser utilizadas frente a futuras crisis sanitarias. Esto lo ejemplifican mediante el ejercicio de la memoria epidémica suscitada en el continente africano respecto a epidemias de enfermedades como la poliomielitis, que contribuyó a mejores estrategias y buenas prácticas para actuar con mayor eficacia frente a otras enfermedades endémicas como el ébola e incluso frente a la propia Covid-19.

5.1 Representaciones sobre la gobernanza y manejo de la pandemia

Durante el trabajo de campo de esta investigación, los médicos entrevistados compartieron sus puntos de vista sobre el manejo de la pandemia a nivel gubernamental y sus consecuencias. De esta forma, la mayoría de los participantes coincidió en que, si bien la crisis sanitaria tomó por sorpresa al sistema sanitario del país que no estaba preparado para una pandemia en términos de infraestructura, la realidad es que, para los médicos entrevistados, el gobierno demoró en adoptar medidas más drásticas al inicio de la contingencia sanitaria, que, a juicio de los propios médicos, quizá pudieron salvar más vidas. Y es que, si bien los médicos reconocieron como aciertos determinadas estrategias como la instauración del semáforo epidemiológico, ellos sintieron que se implementaron de manera tardía.

“El manejo de la pandemia a nivel federal ha dejado mucho que desear, considero que debieron ser más estrictos al comienzo, pero la verdad es que no tenemos la infraestructura para costear eso. Aquí en la Ciudad de México era difícil lidiar con el aspecto cultural y sobre todo económico, pero no es excusa, creo que sí se pudieron salvar muchas vidas, pero era una cuestión de ligas mayores que nos rebasó a todos”.

(Mujer/General/26 años/febrero 2021/ BLS /Hospitalización).

“Las medidas sanitarias implementadas por el gobierno, creo que fueron las necesarias, pero hay que decirlo, llegaron algo tarde. En México tenemos grandes salubristas, fuimos de los países que adoptamos el semáforo epidémico, pero tenemos una población que le dices usa cubrebocas, toma distancia, y te dice, no quiero, obligame. Pero, personalmente sí creo que el gobierno sí bajó la guardia, pero siento que tiene que ver con el tema de la economía, si no abres los establecimientos el PIB caerá, etc”.

(Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

“Las medidas del gobierno fueron muy tardadas, en cuanto a semáforo rojo, el colapso en esta segunda oleada. Es una medida política y principalmente económica, la afección a la economía, pero era una contra otra y el problema es que a mi parecer se tardaron demasiado con semáforo rojo de alerta y nos lleva a esta situación donde los pacientes no encuentran lugar”. ***(Hombre/General/26 años/marzo 2021/ SDA/Terapia***

Intermedia).

A pesar de ello, la mayoría coincidió en que el factor económico del país dificultó la implementación y adherencia de determinadas medidas de protección, ya que consideraron que la mayoría de la población habría sido incapaz de confinarse por más tiempo debido a las precarias condiciones laborales y económicas de la mayoría. En este sentido, fue interesante encontrar una disyuntiva en la narrativa de los médicos quienes aseguraron sentirse frustrados porque reconocían la importancia de que la población siguiera los protocolos y medidas de protección frente al virus, pero a la par, comprendían la inviabilidad de hacerlo con rigor, debido al factor económico. Esto se puede resumir también cuando en enero de 2021, todavía durante la segunda ola, el Gobierno Federal permitió la reactivación económica en espacios como restaurantes, ya que los médicos comprendían que epidemiológicamente no era el momento indicado para la reapertura, pero también entendían la necesidad de hacerlo, orillados por el factor socioeconómico de la mayoría de los habitantes.

“Creo que, de parte del gobierno, no se ha intervenido de manera adecuada. Siento que se llevaban acciones como abrir restaurantes cuando todavía no es necesario, pero la verdad también me conflictúa, porque mucha gente ha perdido trabajo, muchos se han ido a la quiebra, y a pesar de la pandemia, tiene que salir a trabajar porque no hay de otra. Nos frustra como médicos que no se adopten las medidas, pero en realidad un año es poco para aprender, y la educación viene de tiempo atrás”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

“Creo que desde el principio fue un manejo errático, y probablemente por no verse extremistas muchas medidas fueron tomadas a la ligera. La verdad no sé qué tanto hubiera ayudado el cierre de algunos centros que no eran imprescindibles, si eso hubiera podido ayudar. Pero nuestra economía no es la más apta para la crisis”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

“Yo creo que han intentado llevar cosas a flote, pero han existido decisiones que a nivel poblacional no se interpretan de manera adecuada. Creo que hay situaciones donde pudieron haber mejorado, pero fuera de eso, creo que las estrategias han sido en general buenas, no se puede seguir conteniendo la economía y entiendo que se reabran establecimientos y negocios, pero pues sí siento que es complicado contener a la gente y

mantener a la economía estable". (Mujer/General/26 años/octubre de 2021/ RMR /Hospitalización).

Esto, se suma, a lo que ellos consideraron como mensajes contradictorios por parte de las instancias gubernamentales, lo que propició mayor inseguridad y desconfianza de la población en general. Dicha situación se puede visualizar cuando los médicos afirmaron que el célebre mensaje de "quédate en casa" se pudo malinterpretar al grado de que la población decidiera no atenderse a tiempo en los hospitales. Otro ejemplo de mensaje contradictorio que brindaron los médicos fue el del uso del cubrebocas, ya que ellos sintieron fue una estrategia fundamental menospreciada y recordaron el hecho de que figuras públicas del Gobierno Federal como el propio presidente Andrés Manuel López Obrador, salió a desmentir la necesidad del uso del cubrebocas, un elemento de protección que además no portaba de manera regular el máximo dirigente del país cuando salía a dar sus conferencias mañaneras, ofreciendo así, un mensaje ambiguo a la nación relataron los participantes de esta investigación.

"Siento que el Gobierno Federal no ofreció toda la información tal cual es. Por ejemplo, creo que el quédate en casa confundió a la gente porque evitaba asistir tempranamente a los hospitales. La gente no ha tenido el oxímetro en casa y muchas veces ya internamos al paciente cuando están muy graves". (Mujer/General/25 años/diciembre de 2020/ SAR/ Terapia Intermedia).

"Es verdad que no tenemos tanto conocimiento de pandemias, no es como que cada año vivamos una. Pero a nivel gubernamental debieron tomar otras medidas y al inicio siento que no se le dio la atención requerida, incluso no enfatizaron el tema del cubrebocas, lo ningunearon ya ves a nuestro presidente. Yo sigo pensando que otra cosa hubiera sido si desde un inicio hubiéramos implementado otras medidas, pero no se hubiera prolongado tanto, quizá hubiéramos podido contener más esta emergencia. Vivimos en un país complicado, pero también creo que, si nuestros gobernantes lo hubieran tomado con más seriedad, tendríamos menos muertes. Hasta mi abuelita luego decía, es que en los medios dicen que no es tan importante. Posiblemente sí se pudieron hacer las cosas distintas, pero lo hecho, hecho está, y mejorar para próximas ocasiones".

(Mujer/General/25 años/abril 2021/ NVM /Terapia Intensiva).

También existió un grupo nutrido de médicos que consideró que en México se tienen buenos salubristas y epidemiólogos, por lo que las medidas implementadas por las autoridades gubernamentales fueron satisfactorias, aunque nuevamente tardías. No obstante, este grupo consideró que fue más bien la población mexicana la cual no comprendió los mensajes o bien rechazó las sugerencias por distintas razones, entre las más frecuentes se encontraron la falta de educación de la población, pero también la necesidad económica, que para los médicos condicionó en gran parte las respuestas de la sociedad frente al virus. De esta manera, para varios médicos, las medidas de protección implementadas por las autoridades gubernamentales fueron las adecuadas, más no así la respuesta de la mayoría de los habitantes que minimizaban el riesgo, o bien, lo aceptaban, pero privilegiaron el factor económico sobre el riesgo de contagiarse por Covid-19.

“Acá tenemos brillantes salubristas y epidemiólogos, creo que las medidas implementadas por el gobierno fueron adecuadas, pero el mexicano siempre quiere darle la vuelta a las cosas. Es decir, los tapetes no sirven para nada, los dejan al sol y se hace lodo, alteran los geles antibacteriales y los termómetros ni sirven. Siento que el gobierno ha hecho las cosas bien, pero la sociedad no ha adoptado las medidas adecuadas una parte por educación y otra por la economía misma”. (Mujer/General/27 años/octubre 2020/ MFV /Terapia Intermedia).

5.2 Representaciones sobre el comportamiento de la población en la pandemia

Respecto a las principales representaciones de los médicos sobre el comportamiento de la población mexicana frente a la pandemia, la mayoría de ellos consideró que muchas personas no se apegaron a las medidas de protección, sobre todo por no comprender la complejidad de la situación y los mensajes debido a su nivel educativo, derivando en una estigmatización de los propios médicos respecto a la comprensión del fenómeno por parte de ciertos grupos poblacionales. Mientras que, por otro lado, coexistió una narrativa mucho más empática por otros médicos que entendían que para la mayor parte de la población mexicana, apegarse a las medidas de seguridad durante la pandemia fue prácticamente imposible debido a la difícil situación económica de los habitantes, quienes

en su mayoría trabajan en el sector informal. De esta manera, los médicos consideraron que la articulación entre el factor económico y la falta de educación y sensibilidad de la mayoría de la población mexicana, condicionaron la respuesta ante la emergencia sanitaria.

“Ha sido una situación complicada tanto económica como social, y es que como población no nos han dado educación, y esos mensajes de lavarse las manos, y sobre todo el tomar distancia y no ver a otros han sido medio estériles. Todo esto que nos está pasando en parte por la educación que hemos tenido como sociedad y siento que por eso no se ha podido aplanar la curva”. (Mujer/General/25 años/marzo 2021/ CEL /Hospitalización).

“Personalmente creo que México tiene un sistema epidemiológico de los mejores del mundo, lamentablemente el nivel de educación de su población es de secundaria, entonces tenemos un conflicto. Mentes brillantes de regularización sanitaria a nivel internacional son mexicanos, y se implementan en el sistema de salud, pero tenemos una población no educada. A estas alturas no puedes educar a nadie, puedes educar a tus amigos si acaso, pero a toda una población, hijole, la tarea es muy difícil. Hay personas muy desconectadas, que se ponen agresivas, que piensan que todo es una invención. Cuando ves reportes de ocupación hospitalaria, campañas de vacunación, cuando tienes estudios tienes un panorama distinto. Cuando veo una conferencia, yo veo picos, curvas, números, ves otras cosas, pero una persona que estudió hasta la primaria no entiende nada, más bien desconfía, tiene falsas ideas y los testimonios les resultan exagerados hasta que no lo viven en carne propia”. (Hombre/General/25 años/enero 2021/ JCM/Terapia Intermedia).

“Como población muchos no siguieron las medidas de protección, pero es la educación que siempre hemos tenido. Siendo honestos, no es completamente la culpa de la población, no todos podíamos quedarnos en casa, muchos son sostén de la familia, muchos no tenían ni para un cubrebocas, cómo vamos a exigirles si no tienen ni para comer. Hay que verlo desde un contexto más amplio y no señalar porque hay un nivel de desigualdad muy grande, y lo cierto es que todos vivimos una pandemia diferente. Mientras algunos compraron 30,000 rollos de papel de baño, otros no tenían ni para uno”. (Mujer/General/25 años/abril 2021/ NVM /Terapia Intensiva).

Por otro lado, en los discursos de los médicos entrevistados se pone de manifiesto la gran disparidad de maneras de afrontar la pandemia por distintos sectores socioeconómicos, algunos médicos mostraron más empatía ante conjuntos sociales donde el margen de maniobra para un confinamiento prolongado fue menor, pero también existieron voces, de médicos que lanzaron cuestionamientos hacia determinados conjuntos sociales que, quizá teniendo los elementos educativos y económicos para seguir las medidas de protección, muchos decidieron continuar con su mismo estilo de vida. Incluso algunos médicos cuestionaron severamente las opiniones de otros colegas que hacían escarnio de la población por considerarla irresponsable sin analizar las grandes brechas socioeconómicas que permitían a unos confinarse y a otros romper la cuarentena por la necesidad de generar ingresos para sobrevivir, lo que, a su vez, los exponía más al virus.

“Hay que decirlo, también muchos amigos y familiares, con maestrías y que ganan bien, estaban en fiestas, de vacaciones y seguían haciendo su vida real, y nunca adoptaron medidas en serio, incluso hasta la fecha. Fue una mala combinación entre medidas laxas, y hasta contradictorias, porque de repente con el semáforo era difícil tener congruencia, lo del cubrebocas fue de risa. Y en general no había mucho conocimiento y aceptación de la población sobre lo que implicaba vivir una pandemia, la mayoría lo tomó a la ligera, aunque claro, existen aquellos que ya no aguantaron porque o comían o se protegían”.

(Mujer/General/25 años/marzo 2021/ LPE /Terapia Intensiva).

“Como población tenemos muchas deficiencias, pero no es nuevo, hay muchas diferencias sociales, las posibilidades de las personas para confinarse no son las mismas ni mucho menos las respuestas en caso de contagio. Si está aquél que le valió queso y salió a fiestas todo el rato y luego contagió a su abuelita, pero también aquellos que intentaron cuidarse hasta que la economía no se los permitió. Simplemente y es francamente difícil sobrellevar esto”. **(Mujer/General/26 años/octubre de 2021/ RMR /Hospitalización).**

“Como médico o persona con más recursos, uno piensa, tengo la posibilidad de irme de viaje, pero muchos de los que fallecieron, no es que sean irresponsables es que salen a trabajar o no come la familia. Y eso no me gustaba para nada ver memes de médicos que

criticaban mucho eso, pero había gente que no podía darse el lujo de quedarse en casa”.

(Mujer/General/26 años/octubre de 2021/ RMR /Hospitalización).

Finalmente existió un grupo de médicos que consideró que la sociedad no podía mantenerse confinada por un tiempo prolongado no solo por el factor económico, sino también por un sentido humano, de libertad, de considerar al ser humano como una especie gregaria que necesita de poder ser libre y de interactuar con otros por su propia salud mental.

“Yo sé que la sociedad comienza a salir porque no puedes permitir una cuarentena de tanto tiempo, porque México está acostumbrada a trabajar mucho, pero no está acostumbrada a ahorrar, prevenir y la economía simplemente no lo permite. Entiendo a mucha gente porque no puede permanecer tanto en casa y además el ser humano es un ser social y parte de la salud mental es estar con otras personas”. ***(Mujer/General/26 años/noviembre 2020/ AGN /Hospitalización).***

“Se critica mucho a otros porque no se guardaron, pero se nos olvida que somos seres humanos, que necesitamos de poder salir a caminar, de asombrarnos, de sentir el calor de otros, entonces algunos aguantaron lo que más pudieron porque ya lo necesitaban, no solo por la economía sino por salud mental, algunos se deprimían y era peor. Mucha gente cayó en depresiones profundas por no ver a sus hijos o nietos, y de eso poco se habla y es igualmente importante”. ***(Mujer/General/27 años/abril 2021/ NDC/Hospitalización).***

Los discursos de los médicos consultados respecto al comportamiento de la población mexicana contrastaron entre sí, ya que algunos se mostraron críticos e incluso severos en sus apreciaciones respecto a las acciones que implementaron ciertos conjuntos sociales, mientras que otros mostraron una visión más empática y realista de las circunstancias socioeconómicas y culturales de la población, sin dejar de lado aquellos informantes que mostraron una perspectiva algo condescendiente y paternalista sobre las representaciones y prácticas de la población durante la pandemia.

Paradójicamente, algunos de los cuestionamientos más severos al comportamiento de la población respecto al virus, como por ejemplo al considerarlos irresponsables e ignorantes, contrastan con el comportamiento de algunos de ellos como médicos

recordando que, en capítulos anteriores, varios de los informantes de esta investigación expusieron que durante la pandemia buscaron el contagio deliberado de Covid-19 con fines profilácticos, o bien rompieron determinadas medidas de protección como por ejemplo, el distanciamiento social en los hoteles a través de reuniones clandestinas con tal de mitigar la ansiedad del confinamiento.

5.3 Representaciones sobre la pandemia por Covid-19 hacia el futuro.

Para un nutrido grupo de médicos, los horizontes de la pandemia hacia el futuro vislumbraban que la crisis sanitaria se alargará, al menos por un par de años más. Para varios, la constante apuntaba hacia repuntes cada vez menores, enfatizando la posibilidad de que Covid-19 se vuelva una enfermedad de carácter más estacional y que a su vez, la cobertura de la vacunación permita que los casos graves sean cada vez menores entre personas consideradas como vulnerables.

“No se puede estimar al 100%, pero sentimos que los repuntes serán cada vez menores, sí habrá contagiados, pero quizá se vuelva estacional y que nunca tengamos que volver a enfrentarnos con lo que pasó durante el invierno. La gente espero que sea consciente, piensan que ya pasó un año y ya aguantamos suficiente, pero debemos hacer un esfuerzo extra porque las pandemias históricamente suelen durar entre 2 y 3 años.

Espero que al menos se vacune a las personas vulnerables, y que haya menos contagiados graves en un futuro”. **(Mujer /General/28 años/febrero 2021/ BSC**

/Hospitalización).

“Esto no se va a acabar pronto, nos dicen en Epidemiología que al menos durará 2 años, por lo que debemos estar preparados, lo que nos genera muchas dudas sobre cuánto tiempo deberemos enfrentar al virus y tendremos las mismas condiciones para hacerlo ahora que en un futuro, aunque esperemos que la vacunación y lo que llamamos inmunidad de rebaño, nos ayuden a transitar lo más rápido posible”. **(Hombre/**

General/28 años, febrero 2021, HGN, Terapia Intermedia).

Para varios médicos consultados, la vacunación contra la Covid-19 fue referida como el elemento clave para poder controlar la pandemia y reducir casos graves entre la población, no obstante, cuando se les preguntó sobre el futuro de la pandemia hacia inicios de 2021, varios refirieron que, en su horizonte de expectativas, la campaña de vacunación sería lenta por tener vacunas insuficientes para la gran cantidad de personas que las necesitan y la existencia de grupos de personas en vulnerabilidad. De tal manera, algunos médicos cuestionaron el avance de la campaña de vacunación en México frente al ritmo de contagios, y, por ende, algunos médicos vaticinaron que al menos durante un año existiría mucha incertidumbre respecto a la Covid-19 en el país.

“La verdad me mantengo escéptica por el nivel de contagio de estos últimos meses, la vacunación va lenta y no hay otra forma de salir de esta pandemia, pero al momento entendemos que no se pueden producir tantas vacunas como quisiéramos. Entonces yo creo que esto va a seguir meses, quizá incluso años y seguiremos viendo casos graves y reinfecciones. Tal vez soy negativa y espero que la vida nos ofrezca sorpresas, pero todo apunta para allá. La situación asusta aun, está peor que nunca y creo que esto no se revierte tan fácilmente y las vacunas llegan poco a poco y para unos cuantos, porque los que han recibido segunda dosis son muy pocos. Ver personas es una exposición, teníamos mucha gente de la central de abastos, choferes de Uber, micro y entonces uno se pregunta, cuando va a llegar la vacuna a ellos. Yo creo que vamos a tener al menos un año más de incertidumbre seguramente. (Mujer/General/ 27 años/febrero 2021/ JSM/ Terapia Intermedia).

5.4 Representaciones sobre el cierre de la UTC-19

Lo que muchos médicos en esta investigación avizoraban como algo insoslayable y a su vez preocupante, finalmente sucedió el 10 de junio de 2021 cuando en la UTC-19 egresó el último paciente y consecuentemente cerró sus puertas. Durante más de un año, esta unidad temporal atendió a un total de 9088 pacientes⁵⁴, y su cierre se dio cuando todavía la pandemia por Covid-19 no estaba controlada, ya que aparecerían nuevas variantes de significativa importancia epidemiológica como Delta y Ómicron.

⁵⁴ Salud Digital, (2021). La Unidad Temporal Covid-19 atendió a más de 9 mil pacientes. Fundación Carlos Slim. <https://saluddigital.com/unidad-temporal-covid/>

Para los médicos consultados, el cierre de la unidad siempre fue inminente ya que como se ha expuesto anteriormente, la idea original es que la UTC-19 fuera un recurso emergente con duración máxima de 3 meses a partir de su levantamiento. Esta situación generó que los contratos laborales del personal de salud siempre fueran trimestrales, con la expectativa de que, en algún momento, tras esos 3 meses, el proyecto llegara a su fin.

“Siempre estuvimos en la tablita, nuestros contratos eran por tres meses y luego la angustia de saber qué pasaría o si regresaríamos al desempleo. Por un lado, sabemos que su cierre podría significar empezar a ver la luz al final del túnel de esta pandemia, pero no te negaré que para muchos de nosotros esto ha sido ideal, por el aprendizaje, por la oportunidad y aunque suene egoísta, también por los ingresos. El problema es que no se acaba porque ya esté domada la pandemia, nos dicen que es porque ya se acabó el dinero, entonces es preocupante también para la población”. **(Hombre /General/28 años/abril de 2021/ DFN/ Hospitalización).**

De tal manera, para muchos médicos consultados, desde el principio coexistieron representaciones sobre su inminente cierre y surgían representaciones sobre el temor de que un espacio como la UTC-19 desapareciera, dejando a la población más vulnerable frente al virus, y a ellos mismos como trabajadores de la salud, sin un empleo redituable y con las características que ya expuestas en capítulos anteriores.

El cierre de la unidad, según la mayoría de los testimonios de los médicos consultados, no se debió a una disminución significativa de casos por Covid-19 o que la pandemia estuviera realmente controlada, sino que su cierre obedeció a razones estrictamente económicas, lo que en muchos de los médicos generó preocupación por futuros rebrotes y cómo serían atendidos los casos si ya no estaba la UTC-19.

“Yo no creo que la pandemia esté domada por un buen rato, generalmente las pandemias duran entre 2 y 3 años, más bien siento que la UTC-19 cierra por un factor económico, y no porque los casos estén disminuyendo. Yo estoy en contacto con directivos, con gente que pone la lana y tengo un panorama más grande y sé que si cierra es porque la lana se acabó y no porque la pandemia esté controlada” **(Hombre /General/33 años/abril 2021/ VGS/ Terapia Intensiva).**

“Sabemos que si cierra es porque se acabó el financiamiento, y más allá de que nos preocupa quedarnos sin trabajo, a mí me preocupa el eventual cierre de la unidad porque si se viene una tercera ola, son 600 camas menos para atender a la población”.

(Mujer/General/26 años/abril 2021/ BLS /Hospitalización).

Pese a reconocer que el cierre de la UTC-19 implicaría para muchos de ellos el perder un importante ingreso económico y la oportunidad de seguir trabajando y aprendiendo en un espacio hospitalario inédito, es decir, para los informantes, la UTC-19 fue un lugar de trabajo más horizontal y con protocolos de calidad en materia de seguridad lo que les permitió sentirse más confiados para realizar su trabajo, al menos en comparación con otros espacios donde laboraron como SEDENA o práctica clínica privada. Por otro lado, varios de los médicos consultados, aseguraron sentirse ya con un importante burnout, por lo que el cierre, al menos provisional de la unidad, aseguraron que les vendría bien a todos para retomar fuerzas. Esta última parte fue muy significativa porque en la mayoría de los testimonios, aseguraron que lo ideal sería el cierre, pero solo temporal de la unidad, resaltando nuevamente la esencia misma del proyecto desde su gestación. Esto finalmente no ocurriría así, y la unidad tendría su cierre definitivo en junio de 2021.

“Creo que Citi fue una utopía en muchas situaciones, hemos aprendido muchísimo y ojalá así fueran todos los hospitales por la calidad de la capacitación y los protocolos. Ahora que se acaba la UTC es porque no hay dinero para sostenerla. Creo que es buen momento para que acabe al menos un rato, por refresh para hacer un corte, quitar la alta demanda de trabajo, renovar a la gente. Personalmente pienso que habrá un rebrote, y si no está UTC me da mucho miedo e incertidumbre, pero algo de mí dice que es buen momento para que cierre temporalmente, aunque sea para reformular y volver a comenzar”. ***(Mujer /General/27 años/abril 2021/ SNB/ Terapia Intensiva).***

“Creo que todo mundo está cansado, ya está estresado, y aunque el ingreso es bueno, personalmente ya quiero que acabe el proyecto, aunque sea de manera provisional, unos meses, de manera que descansemos y que se le pueda inyectar nuevamente financiamiento”. ***(Hombre/ General 31 años/ mayo 2021/ LDG/ Terapia Intermedia).***

5.5 La vida laboral tras el cierre de la UTC-19

Posterior al cierre de la UTC-19 en junio de 2021, se dio seguimiento por unos meses (de junio a noviembre de 2021) a las experiencias profesionales de algunos médicos que participaron en esta investigación, con el objetivo de explorar qué ocurrió con ellos después de su participación en la UTC-19, y conocer algunas de sus principales reflexiones sobre el futuro de su profesión, así como algunas de sus principales reflexiones prospectivas sobre posibles cambios en el sistema de salud en México a partir de los distintos aprendizajes que tuvieron durante el primer año de la pandemia por Covid-19.

De esta manera, es interesante mencionar que varios médicos, tras el cierre de la UTC-19, encontraron lugar de trabajo en otro tipo de hospitales temporales frente a la Covid-19, o bien ingresaron a la residencia médica en hospitales de tercer nivel, aunque según sus testimonios, muchos mencionaron que estos espacios no reunían algunas de las características que habían hecho exitosa a la UTC-19, como, por ejemplo, los protocolos de calidad, la capacitación constante, los recursos en términos de infraestructura hospitalaria, equipo de protección, medicamentos, así como la manera de trabajar, mucho menos jerarquizada. En estos otros hospitales temporales para atender Covid-19, los médicos que previamente habían laborado en la UTC-19 se encontraron con jerarquías ya previamente establecidas, con escasez de insumos para el tratamiento de los pacientes, así como con una resistencia a aceptar sugerencias y recomendaciones que ellos habían aprendido anteriormente en la UTC-19.

“Yo desde un principio me imaginaba que cuando cerrara el Citi iba a ser muy frustrante estar en un medio más hostil sin los recursos ni protocolos adecuados. Las réplicas en Ajusco Medio y La Pastora no son para nada iguales y me dije, pues esta es la realidad ahora, parte al niño por la mitad. Seguí haciendo práctica privada, pero cuando fue la tercera ola, participé en las nuevas unidades temporales que ya se estaban llenando, y faltaban medicamentos, mostraban historias de polifarmacia para pacientes muy graves. Luego teníamos roces con gente que ya estaba antes en estos hospitales y creían que los que veníamos del Citibanamex, llegábamos para imponer esquemas de trabajo o guías prácticas, pero solo eran recomendaciones que sabíamos funcionaban, pero ni el

*jefe de servicio nos quería escuchar”. (Hombre /General/33 años/noviembre 2021/
LDG/ FG/ Hospitalización).*

“Ante el cierre, yo me fui al Ajusco Medio, y aquí tienen una copia patito del Citibanamex, que se llama unidad temporal Ajusco Medio, aquí vivimos la tercera ola de Delta, pero acá ves las iatrogenias, la falta de medicamentos y recursos que no se veían en Citi. Los pacientes se morían, a veces no había ni para intubarlos, de pronto no había ni paracetamol, entonces fue una cachetada de realidad de lo que se vive en México porque en UTC estábamos bien tratados y consentidos, teníamos un buen trato entre especialistas y médicos generales, y acá no es así”. (Mujer/General/26 años/octubre 2021/ CHS/ Hospitalización).

“Tras el cierre de la UTC-19 yo entré a la especialidad de Psiquiatría, sin embargo, no me olvidé de la enfermedad, es que Covid ha permeado en todas las áreas y hemos tenido brotes de covid incluso casos neuropsiquiátricos, entonces por más que me quisiera alejar, covid sigue presente. Citibanamex nos dio una estructura y protocolos inéditos para el sistema de salud mexicano. Siempre se aplaude la experiencia, porque en Citibanamex se te mostraba medicina basada en evidencia, veíamos actualizaciones, estudios novedosos que respaldaban los tratamientos y en el resto de los hospitales, incluso de tercer nivel, no es así. (Mujer/General/25 años/noviembre de 2021/ SAR /Terapia Intermedia).

Muchos médicos describieron con nostalgia que lo experimentado en Citibanamex había sido un “espejismo”, una “utopía” o un “sueño” del cual sabían tendrían que despertar en algún momento para toparse con lo que ellos llamaron, la realidad del sistema de salud en México, en alusión a un sistema altamente jerarquizado, precarizado para médicos generales y sin actualizaciones o capacitación constante en contraste con lo encontrado en la UTC-19. De esta manera, varios médicos dijeron que, tras el cierre de la UTC-19, sintieron que perdieron un espacio laboral con un buen ambiente, buenas relaciones y sobre todo donde se sentían valorados, algo que contrasta con sus experiencias laborales posteriores.

“El cierre lo vivimos muy fuerte, fue perder un verdadero oasis de la Medicina, existía un buen ambiente, buenas relaciones, buena paga, una oportunidad de trabajo muy buena,

*y que sabíamos que entrando a otra institución iban a cambiar las cosas drásticamente y así fue, lo esperado ocurrió. Yo en este momento me dedico a la cuestión privada, seguí ejerciendo como médico general y covidólogo a domicilio, pero ya nada fue igual. Seguí actualizándome, pero ya por mi cuenta, pero sí extraño la unidad, el ambiente laboral, los protocolos de sanidad, y sentir que era valorado por mi trabajo”. **(Hombre /General/27 años/noviembre 2021/ MMC/ FG/ Hospitalización).***

*“Yo me sentiré por siempre orgullosa de haber participado en el Citi, pero todos sabíamos de alguna manera que era un sueño del cual teníamos que despertar algún día. Se extraña el trabajar en un ambiente más armónico, no es que no hubiera conflictos, pero había estímulos para crecer y hacer bien tu chamba, ahora es muy feo trabajar en otros hospitales y ver que la realidad sí es otra. Las jerarquías están muy marcadas, pero los protocolos no son claros ni la capacitación adecuada”. **(Mujer/General/25 años/ septiembre de 2021/ SAR / Terapia Intermedia).***

Por otro lado, el sueldo que recibieron en estos nuevos espacios, ya fueran otros hospitales temporales o bien, en la misma residencia médica, no se equiparó con lo percibido en la UTC-19, y menos en comparación con la sumatoria entre las ganancias percibidas en la UTC-19 y su participación concomitante en otros espacios durante la diversificación laboral que experimentaron tras la segunda ola de la pandemia, al trabajar en lugares como hospitales temporales de la SEDENA, clínicas privadas o al emprender su negocio de pruebas a domicilio.

De esta manera, para varios médicos, el cierre de la UTC-19 y su posterior incorporación en otros espacios hospitalarios, ofreció un contraste muy notorio en término de ingresos económicos netos, algo que para ellos no fue considerado como algo sorpresivo, pues la mayoría de ellos eran conscientes que al ser la UTC-19 un escenario utópico y temporal, su cierre significaría para ellos el perder un empleo

“Acuérdate que nos cantaron el cierre del Citi como 5 veces antes de su cierre real, y eso quieras o no, nos obligó a ampararnos por eso muchos comenzamos a trabajar en otros lados. Primero eran rumores, pero entre si eran peras o manzanas, no te querías arriesgar a quedarte de nuevo sin trabajo porque sabemos que la realidad es muy diferente a la utopía que vivimos en el Citi. De ganar más de \$50,000, ahora te debes

conformar con \$12,000 o \$15,000 a lo mucho, y aunque muchos ahorramos para la residencia o para una maestría, el dinero se acaba”. (Hombre /General/33 años/noviembre 2021/ LDG/ FG/ Hospitalización).

5.6 Un legado para enfrentar futuras crisis sanitarias

A partir del cierre de la UTC-19, a los médicos consultados se les indagó respecto a qué aprendizajes consideraban como los más significativos, con el potencial de generar cambios en el sistema de salud, sobre todo frente a futuras crisis sanitarias. De esta manera, algunas de las respuestas más consistentes se situaron en mejorar la inversión en infraestructura hospitalaria, recursos en salud y establecer más puentes de colaboración entre lo público y lo privado, considerando como caso de éxito, el antecedente de la UTC-19 como una iniciativa público-privada. Para algunos médicos, el financiamiento que recibió la UTC-19 por parte de algunos empresarios como Carlos Slim en la UTC-19, fue asociado con la posibilidad de acceder a lo que ellos llamaron “estándares de calidad mundial” que, de lo contrario, habría sido difíciles de alcanzar. Estos estándares se pueden resumir en cinco grandes rubros: 1) Adecuada infraestructura hospitalaria, equipamiento y acceso a equipo de protección suficiente y de calidad. 2) Protocolos de seguridad en constante actualización. 3) Acceso a atención en salud en caso de contagio. 4) Una remuneración económica digna y por encima del promedio. 5) Capacitación y actualizaciones constantes respecto al manejo de la enfermedad.

“Mira, yo pensé que el Citibanamex iba a ser uno de los últimos hospitales en cerrar, pero finalmente se nos acabó el dinero. La pandemia todavía no acaba, y ojalá en algún punto entendamos que no va a ser la última pandemia que vivamos, por lo que necesitamos aprender de lo que se ha hecho bien para evitar el caos inicial del 2020.

Pongo como ejemplo al Citi porque se le invirtió mucho en la infraestructura, en aparatos y fue un hospital que, con el apoyo de Slim y de otros miembros de la iniciativa privada, se transformó de ser un lugar para conciertos, en un hospital de calidad mundial donde tuvimos una de las mejores tasas de éxito tratando casos por Covid-19 en la capital. Personalmente creo que debería ser un ejemplo para seguir y replicar, ya

tenemos el conocimiento sobre cómo se montó, qué se necesita para que, en caso de emergencia, sepamos cómo levantarlo de nuevo”. (Mujer/General/28 años/abril 2021/ SHM/ Hospitalización).

“Para mí el cierre fue muy deprimente, me dolió muchísimo, perdimos un gran lugar de trabajo. La capacidad y recursos que teníamos eran increíbles, la verdad es que, con el apoyo de Slim y de otros empresarios, pudimos mostrar cómo se hacen las cosas en el primer mundo porque había actualizaciones constantes, porque nunca faltaron insumos, ya fueran respiradores o medicamentos, porque el personal se encontraba motivado, se nos trataba con respeto y se nos ofreció con un sueldo digno. Es una lección de que la iniciativa privada y lo público pueden trabajar de la mano, y no solo para enfrentar contingencias sino para trabajar mejor en investigación o en apoyo interinstitucional cuando no hay determinados recursos”. (Mujer/General/28 años/abril 2021/ SHM/ Hospitalización).

5.7 Mayor horizontalidad laboral y la resignificación del médico general

El poder tener acceso a más recursos mediante iniciativas de cooperación entre el sector público y el privado, no fue lo único que los médicos entrevistados mencionaron como un potencial aprendizaje de cara a futuras crisis sanitarias. Otro elemento que consideraron crucial fue el aprender a trabajar en equipo, acorde a sus propias palabras, de manera más horizontal entre distintos miembros del personal de salud, sin la habitual violencia jerárquica o estigmatización entre roles que, a juicio de los propios médicos, ha sido parte constitutiva de la enseñanza en la cultura organizacional biomédica desde la carrera de Medicina.

“Yo me quedo con dos o tres cosas para que quizá en un futuro, gente como nosotros, de esta generación que tuvimos la oportunidad de vivir esta experiencia en el Citi, podamos hacer cambios en el sistema de salud de este país. Me quedo con este modelo del Citi, que nos enseñó que es necesario actualizarnos, certificarnos y tener orientación hacia la investigación. Que nos enseñó, mejor dicho, se nos mostró con evidencia, que como médicos generales sí podemos ser importantes, y que puede haber un hospital más incluyente que respete el trabajo de todos, desde mantenimiento a enfermería, en un

país en vías de desarrollo como el nuestro”. (Mujer/General/25 años/ septiembre de 2021/ SAR / Terapia Intermedia).

“Desde la carrera nos enseñan que solo el especialista sabe lo que hace y que uno debe limitarse a obedecer, pero la pandemia nos enseñó que no puedes menospreciar a nadie, que los médicos con más trayectoria también pueden ser frágiles y que a veces se necesita de nosotros los jóvenes para enfrentar una crisis sanitaria de esta magnitud. En el Citi, aprendimos un sistema de trabajo que funciona, que es más transversal que respeta el rol que cada uno tiene, pero se valoran otras opiniones. Creo que sería un grave error no aprovechar la experiencia del Citi para mejorar la relación laboral en otros hospitales porque fuera del Citi, es toparse con la realidad de lo que sucede en México, lo que genera frustración”. (Hombre /General/25 años/noviembre 2021/ MMC/ FG/ Hospitalización).

Así, mientras algunos médicos afirmaron que una de las principales lecciones postpandemia sería la resignificación del papel de los médicos generales y de otros profesionistas de la salud dentro del primer nivel de atención y frente a futuras crisis sanitarias, con la posibilidad de ejercer el trabajo de manera más horizontal y respetuoso, también coexistieron voces menos optimistas que consideraron que la coyuntura pandémica, había sido la única razón por la que esas pautas organizacionales suscribieron un cambio temporal, y por tanto, que no necesariamente representaría grandes cambios a nivel estructural posterior a la pandemia.

“Considero que la pandemia también nos permitió entender a todos lo relevante que es tener bien consolidado un primer nivel de atención y no subestimar el papel del médico general cuando no hay suficientes especialistas. No sé cuánto dure la valoración por nuestro trabajo, incluso entre nosotros mismos porque hay una cultura muy arraigada de meritocracia y que si no eres especialista eres un fracasado, pero creo que respondimos al llamado y dimos a entender que podemos ser importantes, que, en crisis como ésta, no basta con los especialistas, y eso incluye también gente de enfermería, camilleros y otro personal de salud. (Hombre /General/25 años/octubre 2021/ MMC/ FG/ Hospitalización).

“Nos queda la lección de que debemos empezar a valorar más al médico general, pero también espero que nos abran más espacios para formarnos como especialistas en áreas que antes no eran tan demandadas como neumología, epidemiología o salud pública, que, a partir de esta pandemia, ahora vemos como imprescindibles, pero necesitamos más espacios para desarrollarnos, más apoyo”. **(Mujer /General/26 años/noviembre 2021/ MMC/ FG/ Hospitalización).**

“Tristemente no creo que cambie nada a nivel estructural, esto fue coyuntural, así como vino la pandemia, y se nos integró como médicos generales por la urgencia al rato nuevamente seremos vistos como mediocres si no te especializas. Como sucede en una guerra, necesitaban arsenal, municiones y soldados, pero una vez que termine, me temo que regresaremos a un estado basal donde las jerarquías seguirán bien marcadas, quizá los sueldos se incrementen un poco y ya, pero para qué mentirnos a nosotros mismos, todos seguiremos queriendo ser especialistas y las carencias del sector salud seguirán mientras no se quiera invertir más en salud”. **(Mujer /General/27 años/septiembre 2021/ MMC/ Hospitalización).**

“Yo te lo dije en su momento, ahorita todavía se nos reconoce, se nos aplaude, se nos consulta, pero al cabo de un rato, esto desaparecerá. Sabemos que no podemos ser covidólogos por siempre y como médico general no aspiras a gran cosa. Es triste, pero no somos ingenuos y aprovechamos esta oportunidad para aprender, trabajar, ganar un dinero que jamás imaginamos porque sabemos que esto se va a desinflar y el futuro laboral volverá a ser incierto”. **(Hombre /General/30 años/julio 2021/LCB/ Terapia Intermedia).**

De esta manera, las principales representaciones sobre posibles cambios a favor del médico general postpandemia y frente a futuras crisis sanitarias, oscilaron entre la fantasía de un cambio, un deseo o ideal del “deber ser” respecto a la figura del médico general y lo que consideraron como más plausible, que es un retorno a un modelo bien jerarquizado donde el médico general permanece secundarizado frente a una prioridad, la especialización. Incluso como “covidólogos” o especialistas empíricos, los médicos lo consideraron como un valor insuficiente que perderá relevancia conforme la pandemia sea controlada, exigiendo entonces la especialización formal a través de la residencia o al menos estudios de posgrado.

5.8 Nuevos imaginarios para cuidar la salud de los médicos

Un elemento que destaca dentro del repertorio de aprendizajes dentro de la narrativa de los propios médicos fue el proponer un mejor cuidado de su propia salud física y mental durante situaciones críticas como la experimentada durante la pandemia. Para ellos, el paradigma de atención a la salud ofrecido por la UTC-19, permitió en el caso específico de los contagios por Covid-19, resultados muy favorables, porque no solo tenían acceso a equipo de protección que no escaseó en ningún momento, sino también por tener un protocolo estandarizado bien definido para diagnosticar y atender el padecimiento de manera oportuna, algo que a su vez les brindaba seguridad y tranquilidad para trabajar de manera óptima según sus propios términos.

“Algo que nos ayudó muchísimo en la unidad, (UTC-19) fue sentir que valoraban nuestro trabajo y sobre todo nuestra propia salud, primero porque jamás nos faltó equipo de protección como sucedió en IMSS o ISSSTE. Y si cualquiera de nosotros comenzaba con sintomatología respiratoria y sospechaba de tener Covid-19 inmediatamente nos hacían una prueba, nos mandaban a cuarentena y en caso de empeorar, sabíamos que había una cama libre para nosotros lo que nos daba mucha seguridad para trabajar de manera óptima y no pensar que nos obligarían a trabajar enfermos como sabemos que ocurrió en otros hospitales, lo que a su vez pondría en riesgo a más personal de salud y a los propios pacientes que estaban convalecientes”. (Mujer /General/27 años/septiembre 2021/ MMC/ Hospitalización).

Por otro lado, respecto a la atención a la salud mental, los testimonios coincidieron en gran medida en que los esfuerzos por atender este rubro durante la crisis sanitaria, fueron insuficientes, en parte por la escasez de tiempo, pero también por prevalecer aún el estigma o tabú del personal de salud por atender su salud mental, considerando prioritario el aprovechar el tiempo libre o disponible para trabajar en otros espacios hospitalarios, como sucedió con personal de la UTC-19 a partir de la segunda ola de contagios de noviembre de 2020 a febrero de 2021.

“Atender nuestra salud física y sobre todo nuestra salud mental, debe ser una de las claves para próximos escenarios epidémicos porque hay mucha literatura al respecto, pero en la práctica, la verdad es que pocos fuimos los que nos acercamos a pedir ayuda porque todavía es tabú en el gremio. Yo sabía que estaba bien quemado a principios de

año y apenas ahorita estoy por empezar terapia porque siento que ya acumulé muchas cosas y porque mi novia me dijo, ya, es demasiado tienes que atenderte. Acá en el Citi hubo algunos apoyos, pero no había tiempo y cuando tuvimos tiempo, desafortunadamente muchos lo aprovechamos para trabajar en otros lugares y el burnout fue peor". (Hombre /General/29 años/agosto de 2021/ MMC/ Terapia Intensiva).

5.9 Estrategias para evitar iatrogenias en futuras crisis sanitaria

Finalmente, varios médicos reiteraron la importancia de que, en futuras crisis sanitarias, se encuentren mejores estrategias para atender la contingencia, sin perjudicar la atención de otros padecimientos que consideraron igualmente importantes. De esta forma, varios de los médicos entrevistados, aseguraron que la incapacidad para prever la ingente demanda que representaría la atención de una pandemia, orilló al sistema de salud a convertir hospitales de alta especialización en centros de atención Covid-19 para hacer frente a la pandemia, situación que si bien pudo evitar a momentos la saturación hospitalaria, también trajo como consecuencia la imposibilidad de diagnosticar, atender o dar seguimiento a otro tipo de enfermedades, sobre todo crónico-degenerativas como el cáncer.

"La UTC-19 no se acabó porque fuera el mejor momento, sino porque nos dicen que se acabó el presupuesto destinado para ésta, pues hay que considerar que se pensó inicialmente que tuviera una duración máxima de 3 meses y fijate, duró más de un año. Yo te diría que quizá la estrategia más inteligente frente a otras pandemias sería evitar la reconversión de hospitales de tercer nivel, porque la mortalidad por otras enfermedades crónicas como el cáncer, ha sido muy fuerte que lo que sé y he vivido en Nutri, porque los pacientes no se pueden tratar ahí, ha sido muy cañona. Eso no se sabe tanto, pero muchísima gente ha muerto en la pandemia sin tener covid, pero por consecuencias del caos de la pandemia. Yo pienso que sería mejor preparar un plan de contingencia donde no solo se levante un Citibanamex sino varios, no solo acá en la capital, sino al interior de la República, para atender la crisis, pero sin perjudicar a otros pacientes que ya de por sí están lidiando con otras enfermedades". (Mujer /General/28 años/septiembre 2021/MFV/ Terapia Intermedia).

“La pandemia no solo ha afectado a quien ha padecido Covid, sino a muchos otros pacientes que vieron sus citas médicas canceladas o sus estudios demoraron semanas o hasta meses porque el hospital donde se trataban se convirtió en hospital covid. Otros han tomado la difícil decisión de no asistir por miedo a contagiarse, por lo que han detenido sus tratamientos o no se han hecho los estudios correspondientes a tiempo. Esto debe ser una enseñanza para todos nosotros cuando venga algo similar, porque no puedes destinar toda tu infraestructura hospitalaria a una sola causa, igual sobrevives a la Covid-19 o al virus que sea, pero no se te detecta un cáncer, por ejemplo, entonces estamos perjudicando la vida de otros pacientes”. (Hombre /General/31 años/octubre de 2021/ NLO/ Hospitalización).

De esta forma, varios médicos exhortaron a que, en futuras crisis sanitarias, sería indispensable la creación de más hospitales temporales como la UTC-19 para atender la demanda sin la necesidad de utilizar hospitales de tercer nivel de atención para ello, y, por consiguiente, evitar la desatención de pacientes con otros padecimientos.

5.10 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO V

La memoria pandémica, entendida según Chomali y Arguello (2021) como un ejercicio retrospectivo y necesario para el aprendizaje sobre cómo atender una situación crítica como lo es una pandemia, tiene el objetivo de no olvidar la catástrofe una vez superada, sino en su lugar sentar las bases para formular estrategias prospectivas que permitan enfrentar de manera exitosa eventos epidémicos similares en un futuro como se ha documentado en los casos de poliomielitis y sobre todo ébola de 2014 en el África Subsahariana (Shuaib F, et al, 2017) pero también en distintas regiones de Asia como con el caso de la epidemia del MERS en 2015 el caso de Arabia Saudita y Corea del Sur (Minyoung Her, 2020). De esta manera, considero menester dentro de este ejercicio, el incorporar las representaciones de aquellos actores clave que desempeñaron un papel clave en la atención de la pandemia por Covid-19 en un espacio hospitalario emblemático y con características muy específicas como lo fue la UTC-19 al ser una unidad de carácter híbrido, con financiamiento público-privado y con una temporalidad específica

(primer año de la pandemia). Un espacio que además contó con suficientes recursos materiales y humanos para su operación.

En primera instancia, consideré indispensable reconocer qué representaciones tuvieron los médicos consultados sobre el comportamiento de la población mexicana durante la pandemia, lo que mostró la existencia de discursos ambivalentes. Por un lado, los médicos de esta investigación cuestionaron el nivel de comprensión de la población respecto a la seriedad del evento pandémico, las formas de transmisión del virus, y, por tanto, el seguimiento a las distintas medidas de protección recomendadas. Este aparente “déficit” de la población en general, fue asociado por varios médicos con el nivel de escolaridad de la gente y a la existencia de elementos socioculturales que imposibilitaban a los sujetos la comprensión integral del fenómeno pandémico. Esto nos recuerda a las explicaciones de investigadores sociales como Byron Good (2003) y sobre todo Eliot Freidson (1977) respecto a la profesión médica, entendida como una práctica cultural que está permanentemente influenciada por otros factores sociales, políticos y económicos, donde se gestan relaciones de poder y desigualdad y donde el conocimiento y lenguaje biomédico suele ser monopolizado por este conjunto social para marcar jerarquías respecto a la población “lego”.

Para Freidson (1977) la formación de los médicos implica un proceso de socialización, en el cual se deben cumplir una serie de ritos de paso hasta consolidarse para asumir un rol en sociedad, lo que construye a la vez una identidad profesional. Este acervo de conocimientos permite al médico desarrollar una serie de competencias y habilidades que le permiten distinguirse de otros conjuntos sociales. Es el enfoque dominante y hegemónico en la apropiación de este conocimiento técnico y científico biomédico el que según Byron Good (2003) habitualmente considera superior a otras formas de conocimiento y experiencias, lo que como en esta investigación encamina al médico en ocasiones a estigmatizar, subestimar o a enjuiciar las decisiones, experiencias y comportamiento de otros conjuntos sociales.

"La Medicina se convierte en un poder socialmente dominante no por la fuerza, sino por la legitimidad, no por el control de los medios de producción, sino por el control de los medios de definición" (Freidson, E, 1977: 265).

No obstante, este discurso hegemónico, clasista y a momentos estigmatizante respecto al comportamiento de la sociedad durante la pandemia, coexistió junto con otras narrativas mucho más empáticas que incluyeron una visión más estructural del fenómeno como sugiere el mismo Byron Good (2003) lo que permitió en algunos médicos entender que existían determinantes sociales de la salud que no solo limitaban la comprensión del fenómeno en sí, sino que también limitaban sus alternativas de acción, por ejemplo, al tener que salir a trabajar de manera obligatoria por necesidad económica, estando más expuestos al contagio, sobre todo aquellos cuyo trabajo se sitúa en la denominada informalidad, que según el INEGI, hacia diciembre de 2021 fue de 56.5% en población ocupada en México⁵⁵. Esto también secunda lo previamente retomado en esta misma investigación respecto al perfil de la mayoría de los fallecimientos en la población mexicana, siendo la mayoría de estas personas, pertenecientes a sectores socioeconómicos y culturales bajos, con escasa o nula escolaridad y cuyas actividades económicas no permitían el confinamiento por largos periodos de tiempo como explican Cortés Meda, A y Ponciano-Rodríguez, G, (2021).

Estas representaciones, además contrastan con el mismo comportamiento de los médicos de esta investigación que en capítulos anteriores, mencionaron que la mayoría de los contagios se habían dado fuera de entorno hospitalario, sobre todo en reuniones con otros colegas o profesionales de la salud sin distanciamiento social ni otras medidas de seguridad, algo también documentado en otras investigaciones como Muñoz, R (2021) e incluso, los contagios se dieron a través de lo que he llamado un contagio profiláctico, es decir la búsqueda deliberada del contagio con la finalidad de generar anticuerpos para planificar determinadas visitas. Es decir, pareciera que en el caso de algunos médicos se estigmatizaron las decisiones y comportamiento de la población bajo el argumento de una falta de conocimiento debido a un bajo nivel de escolaridad, mientras que para ellos como personal de salud, determinadas acciones que incluso se oponían a las propias medidas de protección biomédicas, estaban justificadas a partir de su rol como médicos

⁵⁵ Expansión MX. La informalidad asciende a 56.6% de la población que trabaja en México. Retomado el 23 de marzo de 2023 de <http://bit.ly/3TMt4LO>

y por tener “capacidad” para entender y por tanto moldear determinados conocimientos epidemiológicos.

Este comportamiento ha sido ampliamente documentado en otras investigaciones como las realizadas por Baldwin, M, et al, (1997) y Töyry, S, et al, (2000), o la realizada por Arenas, L, et al, (2004) donde se explica que el mismo conocimiento biomédico confiere a los médicos no solo un poder sobre los pacientes, pero también sobre sí mismos que se manifiesta en lo que Allan Berger (2002) acuñó como arrogancia médica que exhibe un rol de invulnerabilidad y por tanto un desdén para cuidar de sí mismos a partir de la noción de tener conocimientos sobre los procesos de salud-enfermedad, lo que puede orillar a que médicos lleven a cabo prácticas a veces deletéreas para sí mismos, pero que quedan amparadas a partir del interjuego que realizan con una serie de determinados conocimientos biomédicos que poseen. Este fenómeno también lo he documentado en una investigación a nivel maestría, Hasselkus, G (2019) donde hablé de un síndrome culturalmente delimitado⁵⁶ (Martínez-Hernández, A, 2008) en el campo médico que denominé síndrome del superhéroe, entendido como una compensación narcisista que promueve en el médico la evitación del rol de paciente, es decir, la búsqueda de atención y aceptación de aquellas mismas recomendaciones que ellos dan a sus propios pacientes.

En este caso, es el conocimiento biomédico especializado lo que permitió a los médicos consultados para esta investigación el poder moldear las reglas para su autoatención, mientras que en el caso de la población en general, esa falta de conocimiento especializado fue atribuida por varios médicos, como una de las principales causas que impidieron a la población en general, entender la crisis sanitaria y adoptar medidas de protección adecuadas frente a la pandemia. Una tercera representación sobre el comportamiento de la población frente a la pandemia se situó en la imposibilidad de mantener el confinamiento y el distanciamiento social por varios meses, esto por considerar al ser humano como un organismo altamente social que necesita de la interacción y compañía de otros, de lo contrario podría haber un deterioro en la salud

⁵⁶ “Conjunto de fenómenos o estructuras de la personalidad que responden a patrones culturales y parecen mostrar una especificidad y localización determinados” (Martínez-Hernández, 2008: 63).

mental de la población, algo que los médicos consideraron como un problema concomitante a la pandemia. Es así, importante reconocer la propia vulnerabilidad y la socialización como necesidades del ser humano como plantea Urquijo Reguera (2022) respecto a las consecuencias de la pandemia en la sociedad. Esta representación mucho más condescendiente sobre el comportamiento de la población mexicana frente a la pandemia se alinea con una estrategia de autoatención utilizada por ellos mismos como médicos cuando nuevamente decidieron sacrificar algunas medidas de protección frente al virus para poder priorizar la atención a su salud mental de manera empírica. Esto se tradujo al llevar a cabo reuniones entre colegas médicos o con otros trabajadores de salud expuestos al SARS-CoV-2, con el afán de convivir en aparente igualdad de riesgos con la intención de reducir los sentimientos de soledad, obra del aislamiento de sus familiares y otros seres queridos. Desde un abordaje sociológico, respecto a la profesión médica, Eliot Freidson (1977) hablaría de esto como parte constitutiva del fenómeno de la proletarización en la profesión médica, pues al reconocer el médico diversas limitaciones en el control de su ejercicio laboral, los médicos se refugiarían en el monopolio del conocimiento especializado para legitimar sus estrategias de autoatención frente al riesgo.

En un segundo nivel de indagación, se les preguntó a los médicos sobre qué opinión tenían respecto al manejo de la pandemia por parte del gobierno en turno. En consecuencia, la mayoría de los médicos consultados, consideraron que, si bien en general las acciones adoptadas por el gobierno fueron las indicadas, un gran número coincidió en que al inicio de la crisis sanitaria el gobierno no tomó con suficiente seriedad la pandemia, y que debió actuar con más celeridad para atender la contingencia a través de intervenciones como el semáforo epidemiológico. Estas representaciones de los médicos consultados, coinciden con las críticas que ha recibido el Gobierno de México por especialistas en salud pública respecto a subestimación y tardanza en la reacción gubernamental frente a la pandemia por SARS-CoV-2 como retratan Frenk, J y Gómez, Dantés, O (2020) quienes a pesar de asegurar de que en México se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológico todavía robusto desde que en 2008 se atendió la epidemia de influenza H1N1, el presupuesto destinado a ello se vio mermado desde 2019 con la disminución en el gasto público en salud, especialmente la Dirección General de

Epidemiología. Adicionalmente, para los autores, Frenk, J y Gómez Dantés, O (2020) el Gobierno que encabeza Andrés Manuel López Obrador, minimizó la amenaza ya que desde febrero de 2020 contaban con información sobre el potencial riesgo de una pandemia y aun así las estrategias de vigilancia y respuesta fueron tardías, en particular con los insumos vitales.

“El ejemplo más dramático de esto fue la búsqueda tardía en el mercado nacional y global de diversos insumos vitales para enfrentar de manera efectiva la contingencia, como los equipos de seguridad para los trabajadores de la salud, las pruebas diagnósticas, y los ventiladores para atender los casos complicados. No es de sorprender que México sea el país con el mayor número de trabajadores de la salud contagiados por Covid-19”. (Frenk, J y Gómez, Dantés, O (2020: 138).

De esta forma, la mayoría de los médicos entrevistados, coincidieron en que los mensajes del gobierno demeritaban la situación y en particular hicieron énfasis que el presidente Andrés Manuel López Obrador debió adoptar una postura de mayor seriedad frente a la crisis sanitaria, de manera que, como máximo mandatario del Estado, ayudara a transmitir de mejor manera la gravedad de la situación y la necesidad de adoptar determinadas medidas de protección frente al virus. Acorde a Frenk, J y Gómez, Dantés, O (2020), citan que el presidente hacia finales de febrero de 2020 manifestó que la Covid-19 “ni siquiera era equivalente a la influenza”. Y el Secretario de Salud, Jorge Alcocer, sostuvo que el nuevo virus tenía un bajo nivel de mortalidad, de esta forma, los autores aseguran que la estrategia de comunicación durante una pandemia, es un elemento neurálgico para orientar a la población, situación que a juicio de ellos, estuvo repleta de contradicciones y discrepancias como por ejemplo, el llamado precipitado a una “Nueva Normalidad” cuando el semáforo epidemiológico que utilizó el Gobierno federal mostraba a 31 de 32 entidades federativas en rojo, es decir, al máximo nivel e incluso aseveran que México fue uno de los pocos países en reactivar las actividades económicas y laborales con los contagios a la alza. Esto último un tema controversial debido a datos contundentes del INEGI, respecto al porcentaje de la población en México que en 2021 laboraba en la informalidad⁵⁷.

⁵⁷ Expansión MX. La informalidad asciende a 56.6% de la población que trabaja en México. Retomado el 23 de marzo de 2023 de <http://bit.ly/3TMT4LO>

Respecto a las principales representaciones sobre el cierre de la UTC-19 en junio de 2021, la mayoría de los médicos consultados consideró que el motivo principal para su clausura fue eminentemente el factor económico al acabarse el financiamiento que sostenía el proyecto, pero no porque la pandemia estuviera controlada ya que posterior a la fecha del cierre, todavía aparecerían varias olas de Covid-19 con variantes y subvariantes como Delta y Ómicron. Sin embargo, el cierre de la UTC-19 no tomó por sorpresa a los médicos que según relatan, siempre estuvieron conscientes de que eventualmente se cumpliría un plazo que originalmente se pensó para tan solo 3 meses, por lo que siempre se mantuvieron en alerta y prevenidos ante la posibilidad del cierre pues sus contratos mismos eran trimestrales. Sin embargo, el cierre evocó en muchos médicos consultados, el miedo al desempleo, y la generación de sentimientos ambivalentes, por un lado, el deseo de que la pandemia estuviera controlada, y por otro, el temor a que no fuera así y aparecieran rebrotes significativos que afectaran a la población ya sin 600 camas disponibles. Respecto a la preocupación por la incertidumbre laboral y económica, se entiende como legítima cuando recordamos que el panorama del médico general recién egresado en México tiene habitualmente dos vertientes: 1) Pasar el ENARM y buscar la especialización vía la residencia médica lo cual ofrece becas económicas no competitivas frente al de por sí escaso mercado laboral, una beca que se considera más como una retribución desigual al trabajo desempeñado, por lo que suele considerarse más como un rito de paso y ser una apuesta a futuro como sitio en una investigación previa (Hasselkus, G, 2019).

2) Buscar trabajo en los (CAF) consultorios adyacentes a farmacias, una modalidad que, como han descrito Ana Morán (2017) y Rosa María Osorio (2016) se ha constituido en las últimas dos décadas como una alternativa de atención no solo para la población de bajos recursos, sino también se ha traducido en oportunidades laborales -aunque visiblemente precarizadas- para los médicos generales en el primer nivel de atención. Así, acorde a las investigaciones realizadas por Gómez-Sánchez, E et al (2018) y Díaz Portillo, et al (2015) la mayoría de los médicos de los CAF son jóvenes médicos generales, sin mucha experiencia previa y cuyos ingresos rondan los \$9,000 pesos. Incluso según Díaz Portillo, et al (2015) poco más del 60% de los médicos contratados no tienen un salario base.

Por su parte, también coexistieron emociones encontradas por el cierre de la UTC-19, que oscilaron entre el alivio de saber que finalmente descansarían cuerpo y mente tras la acumulación de estrés, aunque, por otro lado, coexistía la angustia por saber que esta oportunidad laboral de aprendizajes y significativa retribución económica llegaba a su final, y que difícilmente encontrarían otra oportunidad laboral similar en el futuro.

A partir de esta noción sobre el futuro de la pandemia, los médicos consultados mostraron escepticismo sobre el final de ésta, concluyendo que generalmente las pandemias tienen una duración de 2 o 3 años en promedio. Según una recopilación epidemiológica sobre las pandemias realizada por Carlos Castañeda y Gerardo Ramos (2020) las pandemias han tenido una duración variable, pero, por ejemplo, el caso emblemático de la peste negra o peste bubónica en el medioevo tuvo una duración de 7 años, de 1346 a 1353, mientras que la pandemia por influenza AH1N1, erradamente conocida como Gripe Española, tuvo una duración aproximada de 2 años, de 1918 a 1920. De esta manera, la mayoría de los médicos consultados consideraron que, en cuestión de temporalidad, el cierre de la UTC-19 había sido precipitado en términos epidemiológicos y les preocupaba que la infraestructura hospitalaria fuera incapaz de atender adecuadamente las siguientes olas de Covid-19 tras la clausura de la UTC-19.

No obstante, otro de los objetivos neurálgicos de este capítulo se situó en explorar los horizontes de expectativa e imaginarios de anticipación de los médicos consultados respecto a las principales lecciones y aprendizajes que dejó su experiencia en la UTC-19 para mejorar determinadas aristas del sistema de salud y generar cambios para enfrentar futuras crisis sanitarias. De esta manera, un primer elemento que mencionaron los médicos de manera reiterada fue la importancia de crear más espacios híbridos como lo fue la UTC-19 para enfrentar futuras crisis sanitarias, ya que a su juicio, la colaboración público-privada, permitió ayudar a desahogar la atención de Covid-19 en la red hospitalaria de la zona metropolitana, y al tener una importante inyección económica, rubros como el acceso a equipo de protección, los protocolos actualizados, los sueldos altamente competitivos y la capacitación constante permitieron un mejor accionar del personal sanitario. Esto mismo es también mencionado por el trabajo de investigación realizado por Rosas, R, et al (2022) donde una de las colaboradoras, la jefa de

enfermería de la UTC-19, Reyna Rosas, concluye en el capítulo XI, que una colaboración público-privada como lo sucedido en la UTC-19 permitió entre otras cosas, sueldos dignos entre los trabajadores de la salud, y una capacitación constante, un elemento que describió como central considerando que la mayoría de los trabajadores, incluidos médicos y personal de enfermería eran jóvenes recién egresados, que se estaban enfrentando a un virus nuevo, del cual se estaba descubriendo información en tiempo real para su debido tratamiento, algo que también ha sido mencionado por (Montagna E, Donohoe J, Zaia V, et al 2021).

“Esta situación generaba dos aristas: por un lado, se contaba con profesionales jóvenes, de bajo riesgo para la infección COVID-19, entusiastas, con valores universitarios frescos y gran apego al cuidado del paciente; por otro, la mayor parte del personal no contaba con las habilidades y conocimientos suficientes para la atención de un paciente en estado crítico afectado por el SARS-CoV-2, y la UTC-19 que inicialmente estaría proyectada para la atención de pacientes en franca etapa de recuperación, se fue convirtiendo en una unidad hospitalaria de tercer nivel que llegó a tener entre la terapia intensiva y las terapias intermedias más de 200 camas para pacientes graves”. (Rosas, R en Rosas, R, et al, 185: 2022).

Si bien la presente investigación coincide en reconocer la importancia de los sueldos altamente competitivos que ofreció la UTC-19 a sus trabajadores, y cómo esto impactó en sus estilos de vida y procesos formativos futuros, la realidad es que difiere en lo mencionado por Reyna Rosas (2022) respecto a que los trabajadores de la salud, - en este caso personal de enfermería de la UTC-19-, que al tener un ingreso altamente competitivo renunciaron a diversificar sus actividades laborales en otros hospitales, y que además tenían más tiempo para descansar.

En el caso de los médicos en esta investigación, si bien la mayor parte de su ingreso económico provino de la UTC-19, a partir de la segunda ola de la pandemia de noviembre de 2020 a febrero de 2021, el incremento en los casos por Covid-19 y la reconfiguración de las jornadas de trabajo de horarios escalonados a fijos, propició que muchos médicos que trabajaban exclusivamente en la UTC-19, aprovecharan la nueva reorganización en los horarios de trabajo y el tiempo remanente, la mayoría no lo utilizó para descansar, sino para diversificar su trabajo como covidólogos tanto en otros espacios hospitalarios que tenían una alta demanda, así como a través de la práctica clínica privada al realizar visitas a domicilio. Cabe destacar que, los cambios en la reorganización de los horarios

laborales se debieron a dos situaciones en particular: 1) Horarios fijos que contribuyeran a un menor desgaste o burnout. 2) Un mayor control institucional de las guardias médicas, ya que los propios médicos relataron que existieron acuerdos económicos entre ellos (venta de guardias) lo que eventualmente fue considerado por los administrativos de la UTC-19 como un riesgo para garantizar la atención adecuada hacia los pacientes Sin embargo, el que los médicos hayan buscado aprovechar los ajustes en los horarios para capitalizar el tiempo restante en lugar de buscar cuidar su propia salud, no es del todo extraña en los médicos, como se ha documentado anteriormente, por ejemplo Luz Arenas, L, et al (2004) explican que los bajos salarios, aunado a la estructura laboral y el *habitus* médico, fomentan la multicontratación lo que conlleva una secundarización de la prevención y cuidado de su propia salud.

“Aquí nos encontramos frente a una paradoja: los médicos tienen el rol social de atender la salud de la población, pero la manera como están estructuradas las instituciones de salud dificulta que el propio personal que ahí labora siga pautas de autocuidado de la salud”. (Arenas, L, et al, 2004:331).

Respecto al contexto de las colaboraciones público-privadas durante la pandemia por Covid-19, debe hacerse mención que, tras la llegada en 2018 de actual gobierno en turno encabezado por Andrés Manuel López Obrador, la iniciativa privada, y en específico las áreas dedicadas a la salud, mostraron temor a ser expropiados o a ver disminuida su participación en la salud pública del país (Sánchez, M, 2021). Por lo anterior, convenios como el TUC (Todos Unidos contra el Covid-19) y éste de la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19) suscrito entre el Gobierno de la CDMX a través de Claudia Sheinbaum y un conglomerado de empresas de la iniciativa privada encabezadas por Carlos Slim, también fungieron como estrategias políticas diplomáticas para mantener una relación cordial entre ambos sectores, permitiendo en algunos casos, testimonios de éxito como sucedió con la UTC-19, pero también áreas de oportunidad como sucedió en el caso del TUC, que se explicará más adelante.

Ya Polack, A, Martínez, S y Ramírez, C (2019) avizoraban la importancia de la colaboración público-privada en varias áreas del desarrollo, incluida la salud. Esto se ejemplifica tras el éxito que tuvo la UTC-19 en la CDMX como menciona Rosas, R, et al,

(2022) donde se permitió atender a más de 9,000 pacientes, con una tasa de recuperación del 95% y con cero fallecimientos entre los más de 3,000 trabajadores de la salud que ahí participaron, incluidos los médicos de esta investigación. Cabe destacar nuevamente que la mayoría de estos trabajadores fueron jóvenes menores a los 35 años lo que sumado a los protocolos de la UTC-19, permitió evitar fallecimientos entre el personal de salud.

Sin embargo, no siempre este tipo de colaboraciones público-privadas terminan en éxito, y como lección para futuras crisis sanitarias, sería importante entender tanto el trasfondo político de este tipo de intervenciones, como el poder dar seguimiento a la operación y adherencia de los acuerdos tanto del sector público como del privado. Por ejemplo, el afamado programa del TUC (Todos Unidos contra Covid-19) se definió como una iniciativa inteligente y solidaria público-privada entre la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP); el consorcio Nacional de Hospitales Privados (CMHP), la Fundación para la Salud (FUNSALUD) y hospitales públicos del IMSS, ISSSTE, SEDENA entre otros, para atender patologías y sobre todo cirugías de derechohabientes de hospitales públicos en una red de instituciones privadas debido a la reconversión hospitalaria del segundo y tercer nivel de atención debido a la pandemia. Sin embargo, la realidad es que, de manera tangible, se impuso la desconfianza y los intereses económicos de los hospitales privados sobre las necesidades de la población ya que, en la plataforma digital de transferencia, los hospitales privados seleccionaban a discreción los procedimientos a realizar. Acorde a Elysse Bautista, et al (2023) el problema principal del TUC, derivó entonces en un desacuerdo en el tabulador de equivalencias de costos y reembolsos entre hospitales públicos y privados. Esto, a pesar de que esta tabla había sido previamente negociada y firmada, por lo que podría considerarse que los hospitales privados no respetaron el acuerdo y seleccionaron procedimientos específicos (sobre todo procedimientos gineco-obstétricos) a conveniencia de los intereses institucionales.

Esto último, a su vez me remite a pensar en el argumento que utilizaron los médicos consultados respecto a la importancia de mejorar la estrategia de reconversión de hospitales para futuras crisis de salud. Acorde a los testimonios de los médicos de esta investigación, la existencia de más hospitales temporales como la UTC-19 habría podido

ayudar todavía más a mitigar el fenómeno de iatrogenia pandémica, explorado por los investigadores Rubén Muñoz y Renata Cortez, (2022) al referirse a la gran cantidad de pacientes con otras patologías no Covid-19, sobre todo crónico-degenerativas que suspendieron o retrasaron su diagnóstico y/o tratamiento debido a la reconversión de hospitales de segundo y tercer nivel y que fueron transformados en hospitales híbridos o incluso hospitales exclusivos de atención a la Covid-19.

Ergo, la iatrogenia pandémica debe ser entendida entonces como una articulación entre la estructura previa a la pandemia y las decisiones en función de las exigencias de una pandemia. Así, esta coyuntura perjudicial para pacientes no covid, fue mencionado por varios médicos en esta investigación quienes aseguraron haber conocido esta situación, lo que trajo como consecuencia un incremento de morbimortalidad en pacientes con otras patologías, quienes quizá habían evitado o sobrevivido al virus por SARS-CoV-2 pero que habían sido orillados a abandonar el tratamiento de una o más de sus enfermedades subyacentes con serias consecuencias para su salud. Justamente Verhoeven V, et al, (2020) se cuestionan sobre cómo en ocasiones, tal cual sucedió en algunos escenarios globales frente a la Covid-19, determinados “remedios” como la reconversión hospitalaria pueden ser peor que la enfermedad misma, considerando la desatención que esto ocasiona en conjuntos sociales que tienen otros padecimientos. Incluso Verhoeven V, et al, (2020) se preguntan respecto a las consecuencias de este tipo de iatrogenia pandémica, no solo a corto o mediano plazo, sino hacia el futuro, incluyendo próximas crisis sanitarias. Algunas formas para evitar la iatrogenia pandémica podrían situarse en la creación de más unidades temporales público-privadas para evitar la reconversión de hospitales de segundo y tercer nivel de atención, el uso de telemedicina para seguimiento a determinados estudios, e incluso la adopción de la receta resurtible para evitar su emisión vinculada estrictamente a la consulta presencial del paciente (Muñoz, R & Cortez, R, 2022).

Por otro lado, uno de los hallazgos menos sorprendidos de esta investigación, es que los médicos consultados aseguraron que dentro del ejercicio de memoria pandémica por Covid-19, debería en primera instancia fortalecerse el primer nivel de atención, lo que resuena con las recomendaciones vertidas por Rubén Muñoz y Renata Cortez (2022)

respecto a cómo evitar la iatrogenia pandémica, y también se alinean con las sugerencias expuestas por Reyna, R, et al, (2022) sobre la necesidad de impulsar más el primer nivel de atención en nuestro país a través de la capacitación y ofrecimiento de plazas a médicos generales y personal de enfermería.

A pesar de que durante la pandemia han existido algunos indicios a nivel gubernamental de querer impulsar el desarrollo del primer nivel de atención, por ejemplo, con la regularización de plazas laborales de 87,000 trabajadores contratados por coyuntura de la pandemia acorde al Secretario de Salud Jorge Alcocer⁵⁸; la realidad es que todavía existe un significativo déficit de 188 mil médicos en México⁵⁹. Aunado a ello, muchas vacantes como las más de 13,000 ofrecidas en una convocatoria de mayo del 2022 en comunidades rurales, estaban destinadas exclusivamente a médicos especialistas quienes mostraron poco o nulo interés debido a que las posiciones se encontraban en lugares de difícil acceso, donde las condiciones económicas y de seguridad tampoco eran favorables⁶⁰.

Esto secunda lo expresado por los médicos generales de esta investigación quienes en general se mostraron escépticos y hasta pesimistas sobre su futuro profesional en caso de no lograr la especialización médica a pesar de haber adquirido experiencia profesional como “covidólogos”, pues consideraron que solo gracias a la coyuntura pandémica, se abrió la posibilidad de encontrar trabajo como médicos generales, y la misma cultura organizacional epidémica en términos de Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021), es lo que permitió reajustes temporales de algunas pautas como sucedió con una mayor horizontalidad laboral y la disminución de la violencia jerárquica. Sin embargo, la mayoría coincidió en que, una vez finalizada la crisis sanitaria, no se gestarán grandes transformaciones ni nuevas oportunidades para los médicos generales.

Por su parte, algunos médicos, -los menos- mostraron una visión un poco más optimista al considerar que la memoria pandémica, podría permitir que la resignificación de la

⁵⁸ Norte Digital. México tiene déficit de 188 mil médicos: Salud Federal. Retomado el 21 de marzo de 2023 a través de: <http://bit.ly/3JVGk7>

⁵⁹ Norte Digital. México tiene déficit de 188 mil médicos: Salud Federal. Retomado el 21 de marzo de 2023 a través de: <http://bit.ly/3JVGk7>

⁶⁰ Expansión MX. Médicos rechazan plazas en estados con marginación y violencia. Retomado el 14 de marzo de 2023 a través de: <http://bit.ly/40cxuhz>

importancia del médico general, experimentada durante los primeros años de la pandemia por Covid-19 continúe vigente por un tiempo más prolongado. De esta manera, dichos médicos coincidieron en que impulsar el trabajo en equipo entre distintos trabajadores de la salud a partir de una mayor horizontalidad laboral, contribuiría a la disminución del tradicional *habitus* médico autoritario y la violencia jerárquica del campo médico documentada por Castro, R (2014), lo que, a su vez, fortalecería la respuesta ante futuras crisis sanitarias.

Finalmente, los médicos de esta investigación aseguraron que un tema de enseñanza pandémica que deberá ser crucial en futuras crisis sanitarias será definir protocolos de atención para atender la salud física y mental del personal que atiende la contingencia sanitaria. Los médicos consultados, como se ha manifestado a lo largo de este trabajo, manifestaron que, a diferencia de otros espacios hospitalarios, en la UTC-19 al contar con suficientes fuentes de financiamiento privado, jamás existieron carencias de equipo de protección. La escasez en insumos y equipo de protección durante la crisis sanitaria ha sido una preocupación central que comparten diversas investigaciones internacionales respecto a los riesgos laborales para los trabajadores de la salud durante la pandemia como aseguran (Chomali, M. & Arguello, C. 2021); (Vindrola-Padros, C, et al, 2020); (Chen, Q, et al, 2020); (Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C, 2020).

No obstante, si bien los médicos consultados refirieron haber sentido tranquilidad en el ámbito del equipo de protección e insumos vitales para el desempeño de su labor, también es cierto que se enmarca en la mayoría de ellos una sobre idealización del factor económico, cuando existieron otras variables igualmente importantes que pudieron permitir otros beneficios como la existencia y adherencia de protocolos actualizados de seguridad. Sirva como ejemplo que, contrario a lo sucedido en hospitales reconvertidos donde la estructura organizacional previa potencialmente delimitó la implementación y adherencia a nuevos protocolos de seguridad y atención para el personal sanitario, en la UTC-19, al constituirse como un nuevo espacio hospitalario, coyuntural a la pandemia por Covid-19 y cuyos trabajadores eran primordialmente jóvenes, es plausible que el diseño y ejecución de los protocolos de seguridad y atención hayan permeado de manera

más orgánica en comparación con otras instituciones hospitalarias. Esto no necesariamente debe ser atribuible en su totalidad a la importante inyección financiera recibida en la UTC-19, sino también a las pautas de una cultura organizacional epidémica (Muñoz R., & Cortez, R. 2021) dentro de un nuevo espacio hospitalario cuyas características lo permitieron. De esta manera, los protocolos de atención fueron muy claros para el personal de salud en caso de sospecha de contagio, incluyendo diagnóstico, cuarentena preventiva y atención especializada en caso de que el cuadro empeorara.

En términos de atención a su salud mental, los propios médicos de esta investigación afirmaron que la situación es más compleja ya que a nivel institucional, -es decir, la UTC-19-, no existieron estrategias adecuadas para fortalecer la atención a esta área. Acorde a la narrativa de los propios médicos, la atención a la salud mental todavía permanece como un tabú por ser significado como un signo de debilidad e improductividad, algo ya documentado con anterioridad en otras investigaciones (Hasselkus, G, 2019), (Shanafelt T, et al, 2011), (Hassan, T, et al, 2009) y (Center, C, et al, 2003). Algunos médicos aseguraron que solo después del cierre de la UTC-19 es que decidieron buscar ayuda psicológica, esto a pesar de reconocer que desde mucho antes habían percibido un incremento de sintomatología asociada a nosologías como ansiedad, depresión, estrés y burnout, esto a partir del incremento de casos por Covid-19 entre diciembre de 2020 y febrero de 2021, y, sobre todo, debido a la diversificación laboral en la que incurrieron muchos médicos durante este mismo lapso.

A razón de esto, se plantea la necesidad de tomar como lección frente a futuras crisis sanitarias, la importancia de entender y atender la salud mental en personal de salud desde distintas aristas. En una primera dimensión, evitar fomentar la salud funcional, entendida como la salud asociada de manera exclusiva con la productividad del sujeto (Nichter, M, 2006) y evitar la normalización del burnout como una condición o característica deseable y legitimada en el trabajo del personal de salud (Muñoz, R, 2021). Esto debería coadyuvar con campañas de sensibilización al personal de salud y protocolos estructurales más robustos que permitan la atención terapéutica ya sea dentro

o fuera del hospital, considerando indispensable preservar la confidencialidad del médico.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES GENERALES Y REFLEXIONES FINALES

A lo largo de los cinco capítulos de este trabajo, he descrito, analizado y problematizado la experiencia que vivieron los jóvenes médicos generales en la UTC-19 durante el primer año de la crisis sanitaria por la Covid-19. La UTC-19 se constituyó como un espacio laboral atípico por sus características elementales, al ser un modelo híbrido de financiamiento público-privado que la mayoría de los entrevistados denominó como “utópico”. La experiencia, término a momentos ambiguo por su amplio crisol de posibilidades conceptuales, lo retomo desde el autor Edward Thompson (1984) como un ejercicio de interpretación de los participantes por reconstruir y dotar de significado a la experiencia percibida, no solo como un hecho dado (vivido) sino con la posibilidad de ser reconstruido.

De esta manera, tres grandes dimensiones de análisis de dicha experiencia fueron abordadas, permitiendo así construir una narrativa integral, que permitiera organizar las representaciones de los actores implicados desde una óptica estructural y relacional de la experiencia: 1) La experiencia profesional en distintas áreas dentro de la UTC-19. 2) La experiencia de los médicos respecto a su propia salud y estrategias de autoatención. Y, finalmente, 3) lo que he nombrado como una experiencia transmutadora, es decir, toda una serie de aprendizajes que permitieron transformaciones a nivel individual y colectivo, cambios en sus estilos de vida y horizontes profesionales a partir de su participación en la UTC-19, lo que también incluyó un ejercicio prospectivo sobre cómo la memoria pandémica puede contribuir a realizar ajustes futuros en la cultura organizacional biomédica de los sistemas de salud, así como pautas para saber cómo enfrentar próximas crisis sanitarias de manera exitosa.

Es importante mencionar que el presente trabajo se constituye como una de las primeras tesis antropológicas a nivel doctoral en México en abordar la experiencia de trabajadores

de la salud durante la crisis sanitaria por Covid-19, lo que contribuye a abrir nuevas vetas de investigación relacionadas con el hito de esta crisis sanitaria y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo a nivel estructural para el sistema de salud en México. En este apartado de conclusiones generales, sintetizo y retomo los principales hallazgos por cada una de las dimensiones de análisis planteadas en los capítulos anteriores, con la intención de relacionar cada esfera y a través de las reflexiones finales, aportar nuevas interrogantes y recomendaciones puntuales que podrían desprender nuevas líneas de investigación y estrategias en materia de salud pública para enfrentar futuras crisis sanitarias.

6.1 La experiencia profesional en la UTC-19

En los primeros capítulos, se señaló que la llegada de la pandemia por Covid-19 en México suscitó una gran incertidumbre para el sector salud que no estaba preparado ni en términos de protocolos ni infraestructura para atender el número de pacientes por Covid-19 y aquellos con otro tipo de padecimientos, sobre todo para atender a aquellos que no tenían acceso a servicios de salud por laborar en la informalidad y por la reciente desaparición del Seguro Popular en su transición al INSABI, (Nájera, H y Ortega-Ávila, A, 2020).

De esta manera se decidió realizar no solo una reconversión hospitalaria parcial o total de instituciones del sector salud destinadas a la atención de la población afectada por la Covid-19, sino también de la creación de nuevos espacios habilitados para ello. Así, surgió la idea de edificar la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19) al norponiente de la Ciudad de México en lo que por años había sido un centro de convenciones. Esta unidad, como se expuso en el capítulo dos de este trabajo, tuvo una logística y financiamiento de carácter híbrido (colaboración pública-privada) y fue pensada originalmente para evitar la saturación hospitalaria durante la primera ola de contagios en la capital del país, es decir, fue concebida para tener una duración máxima de tres meses y para atender casos no graves, y así permitir que otras instituciones de salud de 2do y 3er nivel cubrieran los casos de mayor gravedad por el nuevo virus. No obstante, la crisis sanitaria requirió que la UTC-19 ampliara sus servicios por más de un

año y contrario a la filosofía inicial, también atendió casos de mayor gravedad conforme transcurrieron los meses y el virus mutaba.

La necesidad de tener más personal de salud para enfrentar la crisis y la deserción de algunos médicos de mayor edad o con otros factores de riesgo por temor al desarrollo de una patología más severa en caso de contagio por Covid-19 como sitúan varias investigaciones, (Rubén Muñoz y Renata Cortez, 2021), (Olmedo-Canchola, V, et al, 2020), (Rosas, R, et al, 2022), finalmente exigió la apertura a la participación de jóvenes médicos generales, muchos de recién egreso, con poca o nula experiencia profesional. Hasta un 55% de los médicos generales que trabajaron en la UTC-19 fueron médicos que estaban en vías de titulación, la mayoría procedentes de la UNAM (Flores, M, et al, 2021).

En el segundo capítulo enfocado a la experiencia profesional en la UTC-19, es importante mencionar que cuando los médicos fueron interrogados respecto a los motivos de su participación tanto en la crisis sanitaria como de manera específica en la UTC-19, la mayoría de los entrevistados mencionaron el sentido de compromiso moral con la sociedad y también la lealtad a sus mentores o médicos formadores quienes habían decidido no participar por ser o considerarse vulnerables frente al SARS-CoV-2, hallazgo que coincide con otras investigaciones a nivel nacional e internacional, (Muñoz, R, 2022), (Liu, X, et al, 2020). Dichos motivos que apelaron a un sentido moral y también respondieron a pautas organizacionales, se complementaron con el aliciente económico que les fue ofrecido a los médicos generales en la UTC-19, al percibir un sueldo aproximado de \$30,000 pesos mensuales, un monto inesperado y en definitiva lejano al tabulador existente en el mercado laboral para los médicos generales en México, ya sea en consultorios adyacentes a farmacias, instituciones como IMSS o ISSSTE, e incluso en clínicas y hospitales privados donde el sueldo promedio de un médico general en México es de aproximadamente \$17,889 pesos al mes⁶¹ acorde al Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO).

A su vez, destacó dentro de los motivos de participación en la UTC-19, la confianza en que el proyecto fuera una colaboración público-privada, donde estuvieron presentes la

⁶¹ IMCO (2022) Retomado el 21 de marzo de 2022 de: <https://imco.org.mx/comparacarreras/carrera/711>

Facultad de Medicina de la UNAM, el Gobierno de la Ciudad de México, y en específico nombres desde la iniciativa privada como Grupo CARSO del empresario Carlos Slim.

Adicionalmente, para varios médicos consultados, el hecho de participar en un evento histórico como lo fue la pandemia por Covid-19, también les representó una gran oportunidad para ampliar tanto sus conocimientos biomédicos como sus contactos y generar experiencia profesional de cara futuras oportunidades laborales. Y, contrario a otras investigaciones que trabajaron con médicos residentes y/o adscritos, como sucedió con la realizada por Rubén Muñoz (2022) donde los actores se sintieron a momentos incómodos e inconformes de haber desviado su foco de atención hacia un tema distinto al de su especialización, para los médicos generales de esta investigación, la disrupción en su trayectoria formativa, no fue percibida como algo negativo, cuya connotación les hiciera sentir que habían desviado sus intereses profesionales, sino que más bien les había ampliado su repertorio de posibilidades al experimentar lo que ellos mismos denominaron como un “segundo internado”, una temporalidad con nuevas vetas de aprendizaje que a su vez les permitió corroborar o redireccionar sus intereses de especialización o posgrado. Esta disrupción en su trayectoria profesional fue catalogada como una oportunidad inesperada por parte de ellos, frente a la bien documentada incertidumbre laboral por la precarización de la profesión médica en México que ha prevalecido durante los últimos veinte años como apuntan (Morán, A, 2017), (Osorio Carranza, RM, 2016), (Leyva, M, y Pichardo, S, 2012), (Díaz-Portillo, et al, 2015) donde las oportunidades laborales son escasas, y la curva de reeducción económica es más larga, exigiendo casi por antonomasia la especialización. Incluso varios médicos sostuvieron que el factor económico fue un elemento crucial al momento de aceptar su participación en la UTC-19 pese a la preocupación y recelo de algunos de sus familiares. Los beneficios económicos se tradujeron en el hecho de que estos jóvenes médicos generales pudieran obtener toda una serie de beneficios materiales como la posibilidad de invertir en el negocio familiar, sostener la economía familiar frente a la incertidumbre de la crisis, en algunos casos independizarse de casa, solventar deudas económicas, ahorrar para una especialidad o posgrado en México o en el extranjero, adquirir un automóvil propio, acceder a créditos bancarios y/o también utilizarlo para otros fines recreativos como viajes turísticos. Es fundamental reiterar como se manifestó en el

segundo capítulo de este trabajo que, como investigador, considero que, los beneficios económicos derivados de su participación laboral en la UTC-19 podrían haber influido de manera determinante en lo que percibo como una sobre idealización del espacio, sin restar valor de ninguna manera a otros elementos que acorde a los testimonios de los propios médicos y a los resultados de otras investigaciones, (Barragán, A, et al, 2021), hicieron diferente a la UTC-19 como los protocolos de seguridad, las actualizaciones constantes para el manejo de la enfermedad, y la horizontalidad organizacional con la que ellos perciben que trabajaron. Dicho de otra forma, los importantes ingresos económicos que obtuvieron tras su participación en la UTC-19, aunado a la incorporación de otro tipo de capitales nodales como el simbólico y el cultural desde una perspectiva de Bourdieu (1997) obnubilaron a los propios médicos de reconocer limitantes, falencias y áreas de oportunidad de la misma UTC-19, ofreciendo a momentos bajo sus testimonios, un panorama impoluto de errores y cuyo mayor acierto fue depositado en el hecho de haberse constituido como una colaboración público-privada con el respaldo económico preponderante de la iniciativa privada. Cabe destacar que, dentro de este mismo umbral de beneficios económicos, se encontró el hecho de haber recibido como prestación adicional, la oportunidad de mudarse temporalmente a hoteles de cuatro y hasta cinco estrellas aledaños a la UTC-19, con la intención de evitar una cadena de contagios y así reducir la probabilidad de transmitir el virus hacia otras personas más vulnerables de sus respectivas familias.

Los médicos consultados para esta investigación se desempeñaron en lo que varios denominaron como el “covitario”, lo que comprendió cuatro áreas dentro de la UTC-19, es decir, el triage, el área de hospitalización, terapia intermedia y terapia intensiva. En la UTC-19, el concepto de covitario fue utilizado por los propios médicos para definir el espacio donde se atendieron pacientes con Covid-19, y aunque se podría plantear su uso como una forma estigmatizadora para nombrar al espacio donde se atendieron pacientes con un virus desconocido y altamente transmisible como el SARS-CoV-2, considero que, en la UTC-19 como un espacio creado específicamente para atender esta enfermedad, el concepto de covitario fue más bien un recurso humorístico utilizado por los propios trabajadores de la salud para designar su espacio laboral, e incluso una defensa frente al miedo e incertidumbre de trabajar dentro de éste. Esto se distingue del

uso dado en otros espacios hospitalarios reconvertidos parcialmente durante la crisis sanitaria en México donde aparecieron términos similares como “covilandia” y donde algunos trabajadores de la salud sí buscaron deliberadamente hacer una clara diferenciación entre espacios covid y “no covid”, lo que en opinión de Rubén Muñoz (2021) mostró claras muestras de segregación y discriminación interpersonal entre los trabajadores de la salud de una misma institución, lo que a vez develó otros tipos de estigmatización como el estructural entre adscritos y residentes, una forma de violencia jerárquica preexistente a la crisis sanitaria pero extrapolada durante ésta.

Por su parte, en otra investigación con médicos residentes, Roberto Castro y Hugo Córdoba (2023) plantearon que pseudónimos como “covitario” o en su caso, “covilandia”, fueron en realidad una forma de etiquetación y evitamiento del personal de salud de áreas “no covid” hacia trabajadores de la salud que sí atendieron a pacientes con el virus, lo que podría haberles dado una falsa sensación de seguridad a los primeros, y que respondió más bien al miedo al contagio. Este miedo, según Arias y Martínez-Salazar, (2022) fue la misma fuente que generó muestras de discriminación y violencia por parte de algunos sectores de la población hacia el personal de salud que atendió la pandemia durante los primeros meses de la contingencia sanitaria.

A lo largo del capítulo dos, describo y analizo cada una de las cuatro áreas de trabajo donde trabajaron los médicos consultados dentro de la UTC-19, lo que incluyó las principales actividades desempeñadas, los roles ejercidos, así como dificultades y gratificaciones.

La primera zona, el área de triage, comprendió 8 módulos establecidos en carpas al aire libre, ubicadas en distintos puntos de la Ciudad de México, y es ahí donde se evaluaron los signos y síntomas de los pacientes que acudieron por presentar cuadros asociados a la Covid-19. Se convirtió entonces en el umbral o puerta de entrada a los servicios de la UTC-19, es decir, el primer nivel de atención para evaluar si el paciente reunía determinados criterios de alarma para ser trasladado a otras áreas dentro de la UTC-19. Muchos médicos eligieron laborar en la zona de triage por dos razones principales:

La primera, porque la revisión de signos vitales, como la temperatura corporal, presión arterial, o la medición de oxígeno en sangre, eran actividades relativamente sencillas y a las cuales ya estaban familiarizados, -salvo el exudado para la detección del virus-.

Una segunda razón fue que los médicos en el triage dijeron sentirse más seguros en comparación a otras áreas de la UTC-19 respecto al riesgo de contagio debido a la buena ventilación y al acceso a equipo de protección de calidad, esto pese al contacto directo inicial con los pacientes.

Cuando se les preguntó respecto a las principales dificultades que atravesaron al trabajar en el área del triage, la mayoría fue contundente al referirse a la relación médico-paciente y médico-familiar al momento de decidir si persona enferma era candidata o no para ser trasladada e ingresada a la UTC-19 debido al cumplimiento de determinados criterios, incluyendo la gravedad del cuadro, la edad y otras comorbilidades. Bajo ese tenor, el conflicto se produjo tanto por considerar que el paciente debía ser ingresado como también por considerar que podía cursar la enfermedad en casa, situación que ya Rosenbaum (2020) discutió sobre las dificultades éticas en los criterios de selección durante uno de los momentos más álgidos de la pandemia en Italia. En algunos casos, los familiares o los propios pacientes se rehusaron al ingreso debido a una serie de representaciones sociales asociadas a la infodemia⁶² del momento, por ejemplo, que el virus era un invento, que a los médicos les pagaban por cada paciente ingresado o que una vez hospitalizado el paciente ya no saldría con vida.

La segunda área descrita en este trabajo fue la de hospitalización, un espacio creado con dos fines específicos; como un lugar de contención, aislamiento y recuperación del virus con un cuadro de leve a moderado, pero también como un espacio de monitoreo y prevención para procurar evitar la progresión de la enfermedad hacia un cuadro más grave en algunos pacientes. Algunos de los tratamientos más comunes, fueron el uso de oxígeno suplementario, el empleo de fármacos anticoagulantes, monitoreo de signos vitales y control sobre otras enfermedades subyacentes que podrían empeorar el cuadro

⁶² Acorde a la OPS (2020), la infodemia es entendida como: "la cantidad excesiva de información –en algunos casos correcta, en otros no– que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables y orientación fidedigna cuando las necesitan".

como diabetes o hipertensión arterial. En esta área, se documentó que los médicos tratantes habían elegido participar en esta área por querer tener un mayor contacto humano con los pacientes, ya que estos refirieron haber experimentado emociones como la culpa, el miedo a la muerte, a no saber de sus familiares o incluso el temor a no volverlos a ver, por lo que muchos médicos consultados refirieron que uno de sus principales roles dentro de esta área, fue el brindar contención emocional a los ingresados quienes además habitualmente tenían un mejor pronóstico.

La mayoría de los médicos entrevistados que laboraron en esta área, argumentaron que fue un acierto institucional el haber autorizado en el uso de teléfonos móviles a los pacientes, lo que permitió a su vez disminuir la ansiedad de la hospitalización ellos al brindarles la oportunidad de seguir en contacto con sus familiares, lo que, a su juicio, contribuyó a su recuperación. No obstante, otra investigación realizada en México apuntó dentro de sus conclusiones, que la incorporación de dispositivos de comunicación como *tablets* y teléfonos móviles, no había representado una mejoría en la evolución clínica de los pacientes, ni tampoco redujo sus días de hospitalización, (Fernández Ortega, M, et al, 2022). En este sentido, el mayor beneficio podría pensarse más bien como en un componente de percepción emocional de los pacientes hospitalizados al tener contacto con sus seres queridos, cuya valoración es subjetiva.

Respecto al área de la terapia intermedia, cabe destacar que pocas instituciones hospitalarias durante la crisis sanitaria en la Ciudad de México ofrecieron esta zona de transición entre las áreas de hospitalización y la terapia intensiva, lo que fue significado como un elemento de distinción sobre otros centros de atención a la Covid-19, y un motivo de orgullo para aquellos entrevistados que laboraron en esta zona. Dicha área fue diseñada con la intención de brindar una segunda oportunidad para muchos pacientes de reaccionar a un tratamiento más fuerte pero no invasivo, mediante la administración de oxígeno de alto flujo lo que en muchos casos evitó la progresión de los pacientes hacia el área de terapia intensiva. Varios médicos aseguraron que en esta área los pacientes permanecían menos tiempo, ya que o progresaba su enfermedad y tenían que ser trasladados a terapia intensiva, o bien mostraban signos de recuperación y eran remitidos nuevamente a la zona de hospitalización.

Finalmente, el área de terapia intensiva fue donde los pacientes más graves y con pronóstico reservado eran trasladados ya que su cuadro había progresado al grado de requerir procedimientos mucho más invasivos como la intubación. Tanto en terapia intermedia como en terapia intensiva, la mayoría de los médicos generales desempeñaron el rol de mensajeros, tanto de buenas como malas noticias a los familiares de los pacientes ingresados, generando un desgaste significativo en su salud mental por una mayor exposición al dolor y a la muerte, algo que otras investigaciones han documentado Norha Vera San Juan, et al, (2020) y Víctor Torres-Muñoz, et al, (2020).

Adicionalmente, si bien en esta área muchos médicos generales comenzaron realizando procedimientos relativamente sencillos que ya conocían como electrocardiogramas o gasometrías, conforme pasó el tiempo y en medida de la confianza ganada frente a los especialistas, dichos médicos aprendieron o fortalecieron su aprendizaje en otro tipo de técnicas para el manejo de un paciente crítico, incluyendo procedimientos como la intubación.

Para diversas investigaciones sobre trabajadores de la salud durante la pandemia, uno de los principales problemas fue la escasez o falta de equipo de protección de calidad (Chen Q, et al, 2020), (Lai, J, Ma, S, y Wang, Y, 2020), (Adams, J & Walls, R, 2020), (Vera San Juan, N, et al, 2020), (Robles, R, et al, 2021), situación que no fue el caso en la UTC-19 ya que en todas las áreas los médicos consultados dijeron sentirse seguros debido tanto a los protocolos de seguridad actualizados como a la disponibilidad de equipo de protección de calidad. Incluso varios médicos entrevistados relataron que reutilizaron y/o trasladaron equipo de protección ofrecido en la UTC-19 para poder trabajar en otros espacios de atención a la Covid-19 como SEDENA o clínicas privadas, algo que en este caso evitó o al menos amortizó el gasto de bolsillo presente en trabajadores de la salud de otras instituciones quienes como explicó Rubén Muñoz (2021) tuvieron que desembolsar dinero propio para poder adquirir equipo de protección de calidad ya que, el que recibieron en estas otras instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas, fue insuficiente y de mala calidad.

Por ejemplo, a pesar de que varios médicos que laboraron en la zona de terapia intensiva aseguraron que el riesgo de contagio era mayor debido a los aerosoles desprendidos por procedimientos como la intubación, (Prather, K, Wang, C y Schooley, R, 2020), la mayoría mencionó haberse sentido seguros gracias a los protocolos de seguridad y a la disponibilidad/calidad del equipo de protección brindado en la UTC-19. Incluso la inmensa mayoría de los entrevistados argumentó que la mayor parte de los contagios entre personal de salud de la UTC-19 se habían dado fuera del espacio hospitalario de la UTC-19, ya fuera en otras clínicas y hospitales donde también laboraron o incluso en reuniones familiares, algo secundado en otras investigaciones como la realizada por Rubén Muñoz (2021).

Otro elemento que destaco en este segundo capítulo fue la percepción de mayor horizontalidad laboral entre médicos generales y especialistas, esto respecto a imaginarios y experiencias anteriores durante su etapa formativa inicial como el servicio social o el internado donde se establecieron claras distinciones jerárquicas. Este elemento estructural donde las jerarquías están bien marcadas habitualmente genera un clima de violencia y responde a un *habitus* médico autoritario (Castro, R, 2014) y es reproducido por la cultura organizacional biomédica (Muñoz, R, 2014) desde la misma carrera de Medicina.

Así, dicha percepción de mayor horizontalidad laboral se suma a los altos ingresos económicos y a la resignificación de la importancia del médico general como rupturas con el *habitus*, es decir, disonancias culturales biomédicas cuyo carácter inesperado debido a la pandemia por Covid-19, representó un choque en cuanto a formas de relacionarse operativamente y de manera interpersonal con otros profesionales de la salud. Y, aunque dichas disonancias (horizontalidad laboral, mejores sueldos y la resignificación del papel del médico general) tuvieron una clara connotación positiva, los mismos médicos reconocieron su carácter transitorio, ya que describieron estos ajustes como temporales y ajustados al sisma pandémico, es decir, que pasada la crisis sanitaria regresaría la estructura altamente jerarquizada, donde los médicos generales se encuentran estigmatizados, violentados y precarizados por la misma cultura organizacional biomédica como he descrito en otra investigación a nivel maestría

(Hasselkus, G, 2019). De esta forma, dichas disonancias culturales experimentadas en la UTC-19, fueron vistas como oportunidades únicas e irrepetibles, que debían ser aprovechadas por los médicos mientras duraran, ya que fuera del momento pandémico, no serían asequibles para ellos como médicos generales.

Esto coincide entonces con lo que Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021) describieron como una necesidad de realizar ajustes a nivel organizacional producto de una situación crítica (Giddens, 2006) lo que permitió una horizontalidad laboral parcial y temporal en las pautas de trabajo entre especialistas y médicos generales, algo que los autores denominaron como cultura organizacional epidémica, es decir, un modelo que fue diseñado específicamente para hacer frente a la pandemia por Covid-19, que contribuyó a una reorganización logística y de atención en actividades, roles y responsabilidad para enfrentar la crisis sanitaria ya fuera en espacios hospitalarios reconvertidos, híbridos o temporales como la UTC-19. En la UTC-19 estas representaciones de mayor horizontalidad también cruzan el eje de la edad y la juventud de sus participantes, ya que la mayoría de los trabajadores tanto especialistas como médicos generales, y de otras áreas como enfermería, eran personas menores de 50 años, lo que permitió reducir la brecha generacional y potencialmente permitir mejores relaciones interpersonales. Aunado a ello, es vital recordar que tanto especialistas como médicos generales se enfrentaron a un nuevo virus, por lo que ambos grupos se encontraron en circunstancias similares de incertidumbre, desconocimiento y aprendizaje en tiempo real. Así, la coyuntura pandémica, exigió en los médicos generales la necesidad de acelerar procesos de formación, capacitación y la adquisición de nuevas responsabilidades en la práctica clínica como sostienen otras investigaciones (Montagna E, Donohoe J, Zaia V, et al 2021).

Finalmente, resaltaría que acorde a la narrativa de los médicos consultados para esta investigación, la UTC-19 logró reducir sustancialmente tres tipos de riesgo que autoras como Chomali y Arguello (2021) consideraron relevantes en centros de atención Covid-19; es decir, el riesgo de transmisión del virus entre el personal de salud, el riesgo de no ofrecer a estos trabajadores las condiciones, recursos y herramientas suficientes para atender la crisis, y finalmente el riesgo de no contar de manera específica, con el equipo

de protección de calidad, preocupación central en otras investigaciones (Vindrola-Padros, C, et al, 2020); (Chen, Q, et al, 2020); (Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C, 2020). La exitosa planeación y ejecución del proyecto de la UTC-19 corresponde con las cifras proporcionadas por el Gobierno de la Ciudad de México, -co-impulsor del proyecto-, asegurando que, hasta el día del cierre de la unidad, la tasa de mortalidad dentro de la UTC-19 fue del 3.7%⁶³, con poco más de 5 puntos de diferencia respecto a la media nacional que fue en ese momento de 9%⁶⁴ según cifras de la Universidad Johns Hopkins. Este fenómeno se puede atribuir en parte, a una política de ingreso preventivo en la UTC-19, aplicada sobre todo durante los primeros meses de la pandemia, lo que permitió atender a los pacientes a tiempo, antes de que la enfermedad todavía generara complicaciones, a diferencia de otros hospitales que, desde un inicio, atendieron pacientes graves. Aunado a ello, acorde a Flores, M, et al, (2021) ningún médico que laboró en la UTC-19 falleció ahí por motivo del virus, lo que contrasta con cifras que en ese momento apuntaron que México era uno de los países con más muertes entre personal sanitario por la pandemia de la Covid-19, (Chertorivsky et al.,2020).

En síntesis, en el segundo capítulo de este trabajo concluyo que, para los médicos participantes de esta investigación, algunos de los rasgos diferenciadores de la UTC-19 respecto a otros lugares de atención a la Covid-19 fueron los siguientes: Los protocolos de seguridad que se actualizaron de manera regular. Los sueldos altamente competitivos respecto al mercado laboral en México para médicos generales. La suficiente disponibilidad de equipo de protección de alta calidad que les brindó seguridad en el trabajo. El enfoque de carácter preventivo de la unidad, al establecer 8 módulos de triage localizados en distintas partes de la ciudad para captar y atender casos incipientes de Covid-19, así como la instauración del área de terapia intermedia con puntas de alto flujo de oxígeno. Finalmente, dentro de los principales hallazgos, se localizó la percepción de

⁶³ Jefatura de Gobierno de la CDMX. (2021). Sumando voluntades. Reconocimiento a los esfuerzos emprendidos en la Ciudad de México ante la pandemia por Covid-19, 2020/2021. Retomado el 17 de mayo de 2022 de: <https://jefaturadegobierno.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/mensaje-de-la-jefa-de-gobierno-claudia-sheinbaum-pardo-durante-el-evento-sumando-voluntades-reconocimiento-los-esfuerzos-emprendidos-en-la-ciudad-de-mexico-ante-al-pandemia-de-covid-19-20202021>

⁶⁴ Johns Hopkins University (JHU) (2021) Mexico- COVID-19 Overview. Retomado por última vez el 28 de junio de 2022 de <https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>

una reestructuración organizacional que permitió una mayor horizontalidad laboral entre médicos generales y especialistas e incluso otros miembros del personal sanitario como apuntó el trabajo de Reyna Rosas (2022) respecto al personal de enfermería dentro de la propia UTC-19. Esto puede hipotetizarse que ocurrió desde la necesidad de una adaptación e improvisación organizacional obra de las exigencias mismas de la pandemia, un evento coyuntural a la contingencia sanitaria, que ya Rubén Muñoz y Renata Cortez (2021) definieron como cultura organizacional epidémica, que trajo por consecuencia que, ante la ausencia de lineamientos claros, jerarquías bien establecidas, se tuvo que actuar conforme a la marcha, flexibilizando también las formas de trabajo entre distintos miembros del equipo sanitario.

No obstante, considero que todavía faltarían más investigaciones cualitativas tanto en México como América Latina sobre la reconfiguración organizacional durante la crisis pandémica y las nuevas formas de relacionarse entre el personal sanitario.

6.2 La salud del médico general en la UTC-19; riesgos y estrategias de autoatención

En el tercer capítulo de este trabajo abordé las principales representaciones sociales de los médicos generales respecto a su propia salud tanto física como mental durante su participación en la UTC-19, incluyendo el riesgo de contagio con el SARS-CoV-2. Sobre esto último, para la inmensa mayoría de los médicos entrevistados sostuvo que su principal preocupación no fue en realidad el padecer la enfermedad ellos mismos, sino convertirse en un vector de transmisión y poder contagiar a otros, a su juicio más vulnerables que ellos. De esta manera, la construcción social del riesgo como sostiene Mary Douglas (1987) no se entiende como una cifra dada, como sinónimo estadístico epidemiológico, sino que se elabora a partir de una serie de valores y significaciones de un grupo o conjunto social. Y como problematizaría Deborah Lupton (1999) dicha construcción del riesgo es por supuesto relacional, se explica también en función de un otro a quienes, en este caso, los médicos consideraban más vulnerable. Esto se pudo documentar de manera fehaciente cuando los médicos explicaron que su primera gran estrategia para reducir un daño fue para algunos mudarse de casa y así evitar el riesgo de contagiar a terceros, mientras que otros médicos, decidieron más bien permanecer en casa para orientar a sus seres queridos respecto al virus y en caso de sospecha o

contagio, ellos como médicos que atendían la Covid-19, pudieran actuar a tiempo y tratar a su familiar enfermo.

En ambas decisiones, aunque en apariencia opuestas, la prioridad siempre fue un otro, utilizando estrategias de reducción del daño como por ejemplo, la mudanza profiláctica a hoteles con los que la UTC-19 estableció un convenio hasta diciembre de 2020, o bien al permanecer en casa pero utilizar múltiples estrategias al llegar a ésta después de una jornada laboral, tales como la desinfección completa de ropa y objetos al ingreso, la utilización de diferentes entradas al hogar como puertas traseras o incluso ventanas, e incluso el autoaislamiento para reducir espacios y tiempos de convivencia con otros miembros que vivían en el hogar. Esto último hace sinergia con los hallazgos encontrados por otros investigadores respecto a la preocupación del personal sanitario por contagiar a sus familiares durante la pandemia, (Trejos-Herrera AM, Vinaccia S, Bahamón MJ, 2020) y (Muñoz, R, 2022).

Uno de los hallazgos más interesantes durante este capítulo dedicado a la salud de los médicos generales durante su experiencia en la UTC-19, fue que, varios de aquellos que decidieron mudarse de casa, -a los hoteles con los que se tenía convenio o bien a otros espacios por su cuenta-, buscaron deliberadamente el contagio con Covid-19 a través de lo que he llamado contagio profiláctico. Esta estrategia tenía como objetivo principal la exposición al virus con la intención y expectativa de contagiarse, pero desarrollar un cuadro leve que les permitiera generar anticuerpos suficientes para evitar un nuevo contagio cercano a las fechas en las que tenían contemplado visitar a parejas, familiares y amigos. De esta forma, para muchos médicos, dicha estrategia les permitió obtener cierto grado de inmunidad, lo que en su imaginario les ofreció una sensación de control que era secundada por algunas fuentes científicas del momento que hablaban de 3 a 4 meses de inmunidad. Esta estrategia pone en evidencia nuevamente que, el riesgo de contagiarse por Covid-19 no solo a momentos era inferido o esperado por su praxis profesional, sino incluso anhelado con tal de adquirir cierto grado de inmunidad y a partir de ahí tomar otro tipo de decisiones que favorecieran a terceros. Aunado a ello, se muestra qué representaciones sociales tenía un conjunto social predominantemente joven y sin comorbilidades respecto a su propia vulnerabilidad frente al virus y cómo

concibieron el riesgo del contagio ya que si bien, por un lado, varias investigaciones apuntaban a que jóvenes menores de 35 años y sin comorbilidades eran un grupo considerado de bajo riesgo (Cortés Meda, A y Ponciano-Rodríguez, G, 2021), (Bello-Chavolla et al. 2020; Parra-Bracamonte et al. 2020), otras investigaciones enfocadas de manera específica en evaluar el riesgo del personal sanitario, hablaban de que ellos como trabajadores de la salud corrían un mayor riesgo no solo de contagio sino de presentar una enfermedad más grave debido a la exposición a una mayor carga viral (Robles, R, et al, 2021), (Prather,K, Wang, C y Schooley, R, 2020).

Esta exposición “calculada” de los médicos, me permitió entender como sostiene Mark Nichter (2006) que las estrategias para reducir un daño no solo deben ser entendidas como conductas que tengan por objetivo último prevenir un padecimiento como podría ser la Covid-19, sino también evitar que dicho padecimiento tenga consecuencias más graves. En este caso, la potencial gravedad que podría aparecer en un tercero. De esta forma, en el caso de los actores de este trabajo, contrario a otras investigaciones, (Muñoz, 2022) el temor al riesgo de contagio para sí mismos fue muy bajo, sin embargo, el temor a contagiar a otros fue mayor, por lo que para la mayoría de los médicos generales en la UTC-19, las estrategias de reducción del daño estuvieron enfocadas, sobre todo en el impacto que tendría la Covid-19 en terceros.

Otro hallazgo significativo descrito y analizado en este tercer capítulo, fue que la mayoría de los médicos generales que decidieron mudarse a los hoteles aledaños a la UTC-19 asumieron que el riesgo de contagio era muy alto, prácticamente inminente e inherente a su trabajo. Por lo anterior, tanto en los hoteles como en otros espacios no hospitalarios, varios médicos decidieron relajar algunas medidas de protección frente al virus, sobre todo el distanciamiento social entre ellos como profesionales de la salud que atendían una misma causa. Esta estrategia de autoatención (Menéndez, 2005) o bien desatención (Hersch, P, 2021) obedeció a distintas razones, como, por ejemplo, el evitar el desarrollo de la ansiedad respecto al eventual contagio, evitar la sensación de soledad y así lidiar con el aislamiento y distanciamiento de sus familiares. Cabe mencionar que dichas estrategias, convergen con el hallazgo mencionados en el capítulo dos, sobre el hecho

de que la mayoría de los entrevistados coincidió en que los contagios se dieron, sobre todo, en otros espacios fuera de la UTC-19.

Respecto a esta percepción del riesgo que mostraron los médicos generales sobre el virus SARS-CoV-2, cabe destacar una variable interesante. Y, es que, a nivel discursivo, dentro de las pautas de la cultura organizacional epidémica (Muñoz, R y Cortez, R 2021) se exhortó a que jóvenes médicos participaran durante la crisis sanitaria con el afán de sustituir a aquellos médicos de mayor edad y comorbilidades para evitar exponer a estos últimos. Así, a la llamada biomédica a adquirir un compromiso ético no solo con la sociedad sino también con su gremio, se le suma la atenuante de la edad, situación que probablemente incidió en sus representaciones sociales para condicionar a que, en los imaginarios de los médicos de esta investigación, la edad adquiriera una mayor relevancia que la profesión respecto al riesgo de contagiarse de Covid-19.

En referencia a la salud mental de los médicos de esta investigación, en este capítulo señalo inicialmente que cualquier deterioro en ésta es para mí una experiencia subjetiva que no solo se limita a un padecimiento psíquico per se, bajo nosologías biomédicas, sino a un sickness o sufrimiento socialmente compartido como describe el antropólogo Allan Young (1982). Para los médicos generales de la UTC-19, situaciones como la preocupación por el posible contagio de sus familiares, el distanciamiento social, la exposición al dolor y a la muerte de sus pacientes y el desgaste de su ejercicio profesional, incluyendo sobrecarga laboral y el consecuente burnout, fueron las principales fuentes de perturbaciones psíquicas, angustias o *distress*.

Para poder hacer frente a dichas perturbaciones, los médicos utilizaron diversas estrategias de autoatención en apariencia contradictorias y paradójicas que incluyeron, por ejemplo, el rompimiento de algunas medidas de protección frente a la Covid-19 a través de reuniones clandestinas en los hoteles sin sana distancia ni uso de cubrebocas, donde también existió un importante consumo de alcohol, psicofármacos y otro tipo de estimulantes como drogas tipificadas como ilegales. Esto último también ha sido encontrado en otras investigaciones en México y Latinoamérica sobre el incremento del consumo de alcohol y psicofármacos entre trabajadores de la salud durante la pandemia por Covid-19, (Muñoz, R, 2021), (Valente, J, et al, 2021), (Weber, C, et al, 2020). Para

algunos médicos, las reuniones clandestinas les permitieron reducir el daño (Nichter, M, 2006) producto del aislamiento y también promovieron la socialización de problemas laborales y la catarsis entre compañeros, permitiendo así fortalecer los vínculos entre ellos. Sin embargo, para otro grupo de médicos, dichas prácticas no solo los expusieron a una probabilidad más alta de contagio por Covid-19, sino que también contribuyeron al deterioro de su salud a través del abuso de drogas y alcohol como suscriben otras investigaciones (Valente, J, et al, 2021), (Weber, C, et al, 2020). Varios médicos relataron que, esto a su vez, pudo deteriorar la calidad en la atención que brindaron a sus pacientes y que bien pudieron incurrir en iatrogenias o negligencias médicas. De esta forma, la atención y la desatención en ocasiones son caras de una misma moneda, dualidades que convergen en una misma realidad (Hersch, P, 2021). Así, determinada estrategia de autoatención podría ayudar a paliar cierto malestar, y a la vez, también causar o empeorar algún otro padecimiento.

Otros recursos que los médicos entrevistados utilizaron para atender su salud mental incluyeron el empleo de bromas y juego humorístico entre colegas con la intención de reducir los niveles de estrés, situación que también documenta Rubén Muñoz (2022) respecto a un grupo de médicos residentes en la CDMX. El humor como estrategia para evitar el estrés y promover una mejor salud mental ya había sido documentado en investigaciones previas sobre la salud del personal de salud (Hasselkus, G, 2019), (Wear, D, et al, 2006) o (Aultman, J, y Meyers, E, 2020).

Por otro lado, algunas otras estrategias fueron más bien de carácter individual y respondieron a gustos personales como ver series de televisión, películas, tocar algún instrumento musical, escuchar su música favorita, caminar, hacer ejercicio, practicar algún deporte, correr o leer, por nombrar algunos ejemplos. Algunas de estas estrategias de autocuidado para lidiar con el estrés o la ansiedad como referiría Antonovsky (1979), encontraron semejanzas con los hallados por Rubén Muñoz (2022) en su investigación sobre la salud mental de médicos residentes que atendieron la pandemia en la Ciudad de México.

Otro hallazgo significativo de este tercer capítulo se centró en el consumo de alcohol y de estimulantes para poder mantener el rendimiento laboral a partir de las dificultades

que entrañaba el entorno. Esta situación se agudizó a partir de noviembre de 2020 cuando existió un cambio en las jornadas de trabajo en la UTC-19 de jornadas escalonadas a fijas. Este cambio obedeció a dos motivos centrales: 1) Evitar la venta o alquiler de guardias; que fue una manera de autogestionar el tiempo entre los médicos con incentivos económicos de por medio que provocó desorden y ausentismos. 2) Permitir con este ajuste, que los médicos tuvieran mayor control de su tiempo con la intención de que también encontraran espacio para el descanso. No obstante, muchos médicos resaltaron el haber aprovechado el tiempo sobrante de la UTC-19 para trabajar en otros espacios de atención a la Covid-19 tanto públicos como privados, respondiendo a la alta demanda de pacientes y a las oportunidades laborales del momento. La salud funcional (Nichter, M, 2006) entendida como la relación de la salud en función de qué tan capaz eres de mantenerte productivo. De esta forma, en los médicos la salud funcional se volvió fehaciente al trabajar en dos o hasta tres trabajos, lo que a su vez incrementó el desgaste laboral o burnout propiciado por la diversificación laboral. Esta búsqueda por aprovechar la coyuntura pandémica y trabajar en varios espacios laborales a la par, no solo responde a un *habitus* instaurado desde la carrera de Medicina, sino también a la necesidad producto de la precarización de su profesión como argumentan Arenas, L, et al (2004) lo que los empuja a formas de multicontratación y a un mayor desgaste de su salud física y mental. No obstante, como explico en este capítulo, esto supone una paradoja, ya que, si bien la intención es mantener la productividad y el rendimiento, el desgaste físico y mental del médico implica nuevamente una mayor probabilidad de incurrir en malas praxis, errores, negligencias, omisiones y iatrogenias. Este hallazgo, exacerbado durante la crisis sanitaria podría servir como parte de las enseñanzas de la pandemia por Covid-19 para evitar iatrogenias tanto de pacientes como del propio personal de salud en situaciones análogas en el futuro.

En el tercer capítulo, también expongo que, pese al reconocimiento de los médicos del deterioro de su salud física y sobre todo mental, la búsqueda de atención profesional fue descontinuada, limitada o inexistente tanto dentro como fuera de la UTC-19. Pese a que, a nivel discursivo, esto fue atribuido por los médicos a la escasez de tiempo, en realidad considero que es atribuible al tabú que persiste en el gremio hacia la atención de su salud mental. Este fenómeno se articula con lo que he denominado síndrome del superhéroe,

es decir, un síndrome culturalmente delimitado⁶⁵ (Martínez-Hernández, A, 2005) que aparece en la cultura organizacional biomédica y se expresa como una sobrecompensación narcisista de la vulnerabilidad propia en el médico, cuya priorización a la salud funcional (Nichter, M, 2006) y deseo de control omnipotente, le impiden asumir el rol de paciente ya que lo expondría frente a otro profesional de la salud con el temor a ser considerado como débil, mediocre o vulnerable. Este síndrome lo retomo de una investigación propia realizada previamente (Hasselkus, G, 2019) y donde obtuve inspiración de otras investigaciones sobre médicos y el cuidado de su propia salud donde aparecieron aportaciones similares (Mingote, A, et al, 2013), (Jones, E, 2007), (Berger, A, 2002) y (Chambers y Belcher, 1992).

Dentro de este capítulo, también fue interesante encontrar que los médicos generales de esta investigación se sintieron respaldados por la UTC-19 en caso de contagio propio al garantizar su tratamiento e internamiento en caso de ser requerido. Dicha prestación, a momentos se trasladó a familiares y conocidos de los médicos, a quienes se les podría facilitar el ingreso en caso de requerirlo. Esta suerte de beneficio añadido a su desempeño profesional, cobra mayor relevancia cuando se sabe que, durante los primeros meses de la crisis sanitaria en la Ciudad de México, alrededor de un 58% de aquellos que fallecieron por Covid-19, fue porque no lograron ingresar a un hospital (Sánchez-Talanquer, M, et al, 2021). Mientras tanto, otra investigación realizada en un hospital en la CDMX por Olivas-Martínez, A, et al, (2021) aseveró que 45% de aquellos que habían muerto por Covid-19 no pudieron encontrar una cama en el área de terapia intensiva. Interesante es que, incluso ante la disponibilidad de camas, durante la pandemia operaron otros fenómenos que impidieron el acceso a una, como por ejemplo, la estigmatización que sufrieron algunos conjuntos sociales como en el caso de personas en situación de calle, según comparte Rubén Muñoz, (2021). Sin embargo, muchos médicos entrevistados, también aseguraron que dicha “prestación” de poder ingresar a sus familiares con mayor facilidad a la UTC-19 estuvo limitada al área de hospitalización. Por su parte, acorde a la narrativa de algunos médicos consultados, figuras públicas del área de la salud, así como familiares de directivos, sí podrían encontrar cama en áreas

⁶⁵ Conjunto de fenómenos o estructuras de la personalidad que responden a patrones culturales y parecen mostrar una especificidad y localización determinados. (Martínez-Hernández, 2008: 63).

como terapia intermedia o intensiva; es decir, una disponibilidad estratificada de privilegios.

Para finalizar este capítulo, se abordó el tema de la llegada de las vacunas contra la Covid-19 a México y el hecho de que ellos, como personal de salud fueran los primeros de la población en ser inoculados. Así, la mayor parte de los médicos mencionaron haberse sentido privilegiados, orgullosos, y aliviados por ser los primeros, significándolo como un gesto de reconocimiento a su trabajo. Por otro lado, algunos sintieron emociones ambivalentes de agradecimiento, pero también de culpa y tristeza, por considerar que otras personas más vulnerables a ellos merecían antes las vacunas. Adicionalmente, algunos médicos refirieron que, si bien agradecían el tener acceso a las vacunas como trabajadores en la primera línea de atención a la pandemia, también aceptaron sentirse como “conejiillos de indias” o “ratas de laboratorio” lo que generó cierto grado de incertidumbre, miedo y desconfianza en ellos. Este temor, no es nuevo en personal sanitario, ya que durante la expansión del virus AH5N1 en México en el verano de 2009, varios trabajadores de la salud temieron e incluso rechazaron las vacunas por temor a ser experimentales y por ende, a no ser útiles, presentar efectos secundarios o incluso algún efecto adverso grave (Menéndez, E, 2014). Un hallazgo significativo respecto a las representaciones sociales de los médicos sobre las vacunas contra la Covid-19, es que varios entrevistados afirmaron que, tras las inoculaciones, sus estrategias de protección respecto al virus cambiaron bastante, sobre todo respecto a la convivencia con familiares y amigos, algo que paradójicamente incrementó los casos de contagio posteriores a la vacunación. Algunas investigaciones (Petter, E, et al, 2021), (Wang, R, et al, 2020) destacaban la capacidad de blindaje que ofrecían las vacunas hacia terceros, por lo que es probable que los médicos de la UTC-19 hayan desarrollado un exceso de confianza respecto a la protección que les brindaba para evitar contagiar a sus seres queridos. En la actualidad, sabemos que la principal función de las vacunas contra la Covid-19 es la de evitar la progresión de la enfermedad hacia casos más severos y no realmente la transmisión del virus (Vitiello A, et al, 2021).

6.3 Una experiencia transmutadora a nivel profesional y en sus vidas privadas

En el cuarto capítulo de esta tesis, abordé el hecho de que la experiencia en la UTC-19 no solo fue un hito dentro en la vida laboral de los médicos que ahí participaron, sino que también dejó una huella indeleble a nivel del *self* de estos mismos, con transformaciones significativas en sus trayectorias formativas, estilos y perspectivas de vida. Utilizo el concepto de experiencia transmutadora y no transformadora, inspirado en el valor metafórico de la alquimia.

Transmutar es para mí un término que conlleva una connotación superlativa que en este caso exaltó el proceso del aprendizaje y crecimiento personal en los médicos. Esto se pudo evidenciar en las propias representaciones de los médicos respecto al desarrollo de una mayor autoconfianza y sentido de independencia tanto en su carrera profesional dentro de la Medicina, como en sus respectivas vidas privadas tras su participación en la UTC-19.

Al mismo tiempo, los médicos generales de esta investigación experimentaron una suerte de alquimia social al obtener durante su participación en la UTC-19 tanto reconocimiento público, como prestigio e ingresos económicos inesperados y por encima de sus expectativas. Es decir, retomando a Pierre Bourdieu (1995), los médicos que participaron en esta investigación pudieron adquirir un conglomerado de capitales, como por ejemplo mayores conocimientos y experiencia clínica (capital cultural), contactos profesionales y nuevos vínculos (capital social), sueldos altamente competitivos (capital económico), así como el reconocimiento y legitimación social (capital simbólico).

Algunos de estos capitales, sobre todo el económico y el simbólico tuvieron una vigencia temporal, mientras que otros como el cultural y el social, tendrán la posibilidad de permanecer por más tiempo. La coyuntura pandémica y la oportunidad laboral en la UTC-19 propició en los médicos consultados, una alteración o disrupción en el curso normal de su trayectoria formativa y profesional (Freidson, E, 1977), al cancelar, suspender o ralentizar la idea de la especialización y el consecuente ingreso a las residencias o bien cambiar la perspectiva que tenían respecto a un primer empleo, sumamente precarizado y confinado casi de manera exclusiva a laborar en consultorios adyacentes a farmacias

como suscriben investigaciones como las desarrolladas por Gómez Sánchez, E, et al, (2018), Morán (2017), Osorio Carranza (2016) o Díaz Portillo (2015).

Como se mencionó en el segundo capítulo de esta tesis, para muchos de los médicos entrevistados, la experiencia en la UTC-19 se convirtió en una especie de segundo internado para ellos, lo que como dirían Rosa Tapia, et al, (2007) respecto al internado, les permitió la adquisición de nuevas aptitudes clínicas, conocimientos teórico-prácticos, pero también el desarrollo del pensamiento crítico que les permitiera cuestionar y confirmar su vocación e intereses de especialización, , posibilitando permanencias o cambios en sus horizontes profesionales. De esta forma, considero que un hallazgo importante en esta tesis, fue el comprender que este denominado “segundo internado” permitió que varios médicos se hayan cuestionado sus intereses de especialización y se hayan acercado a áreas como medicina interna, neumología, cardiología e incluso epidemiología, mientras que otros más incluso se cuestionaron la idea de la especialización optando por otro tipo de posgrados relacionados a la salud. Los importantes ingresos económicos que percibieron también les permitieron abrir un abanico de posibilidades para ahorrar de cara al ENARM, o continuar su formación a través de cursos, diplomados y posgrados no solo en México sino también en el extranjero.

Desde luego, el potenciador económico, también les permitió a los médicos de esta investigación cambios en sus estilos de vida (Dumont, G y Clua García, 2015) a través de la adquisición de otro tipo de beneficios, algunos materiales como automóviles, terrenos o bien la posibilidad de ayudar al negocio familiar, obtener créditos bancarios o saldar deudas personales. No obstante, también existieron discursos menos idealistas que mencionaron que con los ingresos percibidos, muchos médicos también incurrieron en lo que ellos mismos de manera autocrítica denominaron “gastos excesivos”, refiriéndose a viajes, alcohol y al estipendio en restaurantes considerados lujosos. La variabilidad de dichas elecciones residió en disposiciones individuales consolidadas a partir de experiencias previas y reflexiones durante la pandemia.

Como se mencionó en capítulos previos, la percepción de horizontalidad laboral en la UTC-19 obra de los reajustes en la cultura organizacional epidémica (Muñoz, R y Cortez,

R, 2021) también posibilitó la gestación de nuevas relaciones laborales y el vínculo con otros miembros del personal sanitario de la UTC-19, permitiendo la adquisición de un capital social con beneficios al corto, mediano y largo plazo. Estas nuevas formas de vinculación en la UTC-19 entre distintos trabajadores de la salud también se hizo patente en la investigación realizada por Anabella Barragán, (2022) respecto al personal de enfermería en la UTC-19, donde se rompieron de manera temporal las habituales jerarquías, en algo que ella denominó una antiestructura utópica.

Finalmente, destaco en este capítulo la importancia de la palabra “covidólogo”, código in vivo rescatado de las entrevistas con los médicos participantes. Esta forma en que médicos generales de la UTC-19 se autonobraron, tuvo para mí una dualidad muy significativa. Por un lado, se constituyó como una categoría de diferenciación sobre otros médicos que no trataron -al menos de forma directa- con pacientes con Covid-19, lo que se tradujo como un motivo de orgullo, pertenencia y sentido de trascendencia dentro de una situación crítica como lo fue la pandemia por Covid-19. No obstante, el empleo de este concepto también develó para mí, el deseo de los mismos participantes de esta investigación por disfrazar temporalmente una forma de estigmatización estructural respecto a la figura del médico general. Dicho en otras palabras, el autonombrarse como “covidólogos”, significó para ellos el poder constituirse como especialistas empíricos temporales, lo que a su vez les permitió legitimarse frente a un gremio que considera a la figura del médico general como mediocre e insuficiente, y a quien por consecuencia se le ofrecen escasas oportunidades laborales frente a médicos especialistas, incluso en el primer nivel de atención (Akaki-Blancas, JL y López-Bárcena, J, 2018).

Cabe destacar que, el término “covidólogo” también fue encontrado en otras investigaciones como la realizada en un hospital híbrido de la CDMX por Roberto Castro y Hugo Córdoba (2023) en donde la palabra “covidólogo” fue entendida como una forma de etiquetamiento utilizada por personal de salud que no atendía casos por Covid-19 para designar a aquellos quienes sí atendían a pacientes con SARS-CoV-2, con el afán de distinguirse y distanciarse de éstos últimos por temor al contagio como secundan otros estudios (Arias y Martínez-Salazar, 2022, p. 26).

Para esta investigación, el término “covidólogo” más bien respondió a una necesidad de autonombramiento por los propios médicos, que sirvió, por un lado, como una forma para distinguirse de otros médicos que no laboraron en pandemia, como un motivo orgullo y sentido de pertenencia. Por otro lado, para mí la palabra “covidólogo” tuvo una hermenéutica dual, como una forma de enmascaramiento del “estigma” de ser médico general como diría Goffman (2001). Así, este trabajo, aporta un hallazgo significativo y diferenciador respecto a otras investigaciones, es decir, que al médico general que atiende la pandemia por Covid-19, se le despojó temporalmente de un atributo desacreditador -de no ser todavía un especialista formal-, y como “covidólogo”, -especialista empírico- se le dotó de reconocimiento a través de una serie de valores legitimadores como la valentía y el heroísmo frente a un virus desconocido. Podríamos entender que la figura del médico general ha sido estigmatizada de manera estructural dentro de la propia cultura organizacional biomédica al grado de sucumbir en una forma de auto estigmatización, y como señalan Link, B y Phelan, J (2001), (2014), el estigma siempre conlleva una violencia simbólica donde se articulan no solo la etiquetación, sino la exclusión y la pérdida de estatus dentro de un contexto de poder como lo es el campo médico.

Otro hallazgo novedoso de esta investigación ha sido el comprender la dimensión del sobrenombre de covidólogos, ya que siempre fue acompañado por apellido “UTC-19”, lo que también les permitió a los médicos generales de esta investigación, apropiarse y capitalizar el sentido de orgullo y pertenencia a través del prestigio adquirido de la propia unidad, considerada por los participantes de este trabajo como el mejor espacio de atención a la Covid-19 en la Ciudad de México. Este importante capital simbólico también le abrió nuevas oportunidades laborales a los médicos cuando cerró la UTC-19, incluyendo la posibilidad de continuar su trabajo en otros hospitales y clínicas vía SEDESA, o bien, a través del emprendimiento de negocios propios, como, por ejemplo, la aplicación de pruebas a domicilio o la realización de visitas de seguimiento a la recuperación de pacientes con secuelas.

6.4 La memoria pandémica y sus aprendizajes hacia el futuro

Finalmente, en el último capítulo de esta tesis, describí y analicé a partir de la narrativa de los médicos participantes, aquellas representaciones sociales que permitieran ofrecer una perspectiva hacia el futuro de la pandemia, incluyendo posibles ajustes en la cultura organizacional biomédica (Muñoz, R, 2014) y cambios en el sistema de salud frente a futuras crisis sanitarias. Estos imaginarios parten de un ejercicio reflexivo y retrospectivo sobre los principales aprendizajes cosechados durante la pandemia por Covid-19, en algo que Chomali y Arguello, (2021) definieron como memoria pandémica, una reconstrucción vital para sentar las bases de acción frente a futuros escenarios complejos como sucedió anteriormente en países como Arabia Saudita y Corea del Sur frente al MERS en 2015, (Minyoung Her, 2020) o con la poliomielitis y el ébola en el África Subsahariana (Shuaib F.M, et al 2017).

Al ser indagados respecto al comportamiento de la sociedad mexicana frente a la pandemia por Covid-19 durante el año que operó la UTC-19, los discursos de los médicos fueron de carácter ambivalente. Por un lado, varios aseguraron que muchas personas no comprendieron la magnitud del fenómeno y que, por ello, no se apegaron a la mayoría de las medidas de protección frente al virus, atribuyendo a ello, la baja escolaridad de algunos sectores de la población mexicana. Por otro lado, algunos médicos mencionaron que no podían juzgar el comportamiento de la población, debido a que la mayoría vive al día en el comercio informal, por lo que fue prácticamente imposible para ellos aislarse y tomar distanciamiento social.

Respecto a la primera línea discursiva sobre un aparente déficit en la comprensión integral del fenómeno pandémico atribuido a una baja escolaridad y desconocimiento por parte de la población mexicana, persisten elementos de clasismo y paternalismo en los médicos, lo cual responde a un marco bien explorado por autores como Byron Good (2003) y Eliot Freidson (1977) donde explican que la profesión médica está mediada por una serie de valores que orquestan relaciones de poder desigualdades, y donde el conocimiento biomédico suele ser monopolizado para establecer diferencias respecto a la población lego, lo que conlleva a juzgar con mayor facilidad el comportamiento de otros conjuntos sociales ajenos a la Medicina.

Hay que recordar, que, en México, a inicios de 2022, según cifras del INEGI, el 56.5% de la población económicamente activa pertenecía al sector informal y que la mayoría de las muertes por Covid-19 han sido de personas que pertenecen a los sectores socioeconómicos más desfavorecidos (Cortés Meda, A y Ponciano-Rodríguez, G, 2021). Dicha población, justamente laboraba en el sector informal y a quienes les ha sido prácticamente imposible el distanciamiento social durante los momentos más álgidos de la pandemia.

Uno de los principales hallazgos en este capítulo, fue el demostrar la existencia de discursos y prácticas contradictorias entre los médicos consultados, quienes en capítulos anteriores aseguraron que la mayoría de los contagios habían ocurrido fuera de la UTC-19. En muchos casos, esto ocurrió por haber roto deliberadamente algunas de las medidas de protección frente al virus al haber priorizado estrategias de reducción del daño como el contagio profiláctico a través de la micro exposición al virus. Mientras que, en otros casos, se llevaron a cabo reuniones clandestinas entre personal de salud en las recámaras de los hoteles, sin sana distancia ni cubrebocas como una estrategia de autoatención en salud mental para enfrentar el estrés y la ansiedad. Lo interesante, es que estas prácticas fueron efectuadas por los mismos médicos que a su vez, condenaron a nivel discursivo, la falta de adhesión a las medidas de protección por sectores de la población mexicana asegurando que la población tenía un desconocimiento y desinterés sobre la pandemia por factores educativos y socioculturales.

La negación del médico por buscar ayuda de otros profesionales y la sensación de que puede moldear y malabarear el conocimiento biomédico para sus propios fines, ya ha sido explorado previamente en otras investigaciones (Arenas, L, et al, 2004), (Töyry, S, et al, (2000) y (Baldwin M, et al, 1997) donde se explicita que la monopolización del conocimiento médico no solo ofrece poder sobre los pacientes, sino la sensación de tener control sobre sí mismos, lo que puede convertirse en un riesgo para ellos por desarrollar comportamientos de invulnerabilidad donde convergen la documentada arrogancia médica (Berger, A, 2002), el complejo de Dios (Jones, E, 2007) o el ya explicado síndrome del superhéroe (Hasselkus, G, 2019).

Por otro lado, también coexistieron en algunos médicos, perspectivas más empáticas al considerar que tanto médicos como la población en general son seres humanos gregarios que necesitan irremediablemente la interacción y compañía de otros, por lo que el rompimiento de algunas medidas de protección fue, a su juicio, hasta cierto punto de vista, esperado.

Otra interrogante en este capítulo fue conocer qué perspectivas tuvieron los médicos respecto al manejo de la pandemia por el Gobierno Federal y las autoridades de salud, así como los alcances de la campaña de vacunación y la duración de la pandemia.

De manera general, respecto a las decisiones a nivel gubernamental sobre la pandemia por Covid-19, la mayoría de los médicos consultados, reconocieron que las medidas fueron las adecuadas, pero muchas fueron realizadas a destiempo, producto de un exceso de confianza y falta de seriedad del Gobierno Federal por encarar la contingencia sanitaria cuando en países europeos ya se avizoraba la gravedad de la crisis. Estas representaciones se equipararon con los argumentos de especialistas en salud pública quienes afirmaron que, a nivel federal, específicamente el Presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador y el Secretario de Salud Jorge Alcocer subestimaron la crisis y sus consecuencias, (Frenk, J y Gómez Dantés, O, 2020).

Respecto a la duración de la pandemia por Covid-19, la mayoría de los entrevistados sostuvo que la campaña de vacunación avanzaba con lentitud por lo que, aunado al ciclo epidemiológico del curso natural del virus, vaticinaban que la pandemia muy probablemente estaría controlada en 2 o 3 años, dato que empata con los dos años de la pandemia de influenza de 1918, pero dista de los 7 años de la peste bubónica acorde a una recopilación histórica realizada por Carlos Castañeda y Gerardo Ramos (2020).

Así, al considerar que la pandemia tendría una duración aproximada de 2 o 3 años, varios médicos entrevistados sostuvieron que, para ellos, el cierre de la UTC-19 les había parecido precipitado y pese a la extensión de su duración que originalmente contemplaba una temporalidad de únicamente 3 meses.

Para los médicos de esta investigación, el cierre de la UTC-19 se atribuyó más a la inviabilidad de sostener el proyecto económicamente que a una decisión epidemiológica

que explicara una estabilidad y control de la crisis sanitaria. La llegada de próximas olas y variantes del virus, aunado a la ausencia de un espacio como la UTC-18 que albergaba 600 camas, inquietaba a los médicos para enfrentar la pandemia una vez cerrada la unidad.

No obstante, el cierre de la UTC-19 fue una profecía autocumplida para la mayoría de los médicos a quienes se les ofrecieron contratos trimestrales sin ninguna garantía de que la UTC-19 permaneciera operando por más tiempo posterior a ese plazo. Cabe destacar que el cierre de la UTC-19 no solo generó en los médicos preocupación e incertidumbre a nivel epidemiológico, sino que también evocó en ellos, el temor a regresar a la realidad laboral previa a la crisis sanitaria, con miedo al desempleo, y a la precarización de su profesión como médicos generales, por ejemplo, en consultorios adyacentes a farmacias (CAF) como describen Morán (2017), Osorio Carranza, (2016) o Díaz Portillo, et al (2015).

A pesar de este miedo, considero que un hallazgo novedoso fue comprender que también coexistieron discursos de médicos que encontraron en el cierre de la UTC-19 un alivio para su salud mental, ya que aceptaron se encontraba visiblemente trastocada tras haber trabajado, en algunos casos, durante más de un año en la unidad. De esta forma, para varios médicos generales, el cierre de la UTC-19, despertó en ellos una mezcla de emociones ambivalentes, entre la felicidad de poder descansar, el desasosiego ante la incertidumbre laboral y también la nostalgia de haber participado en un proyecto repleto de aprendizajes y logros que les llenó de orgullo y satisfacciones personales. Como ellos mismos denominaron en reiteradas ocasiones, la UTC-19 fue considerada como una utopía sanitaria que les ofreció una oportunidad que difícilmente se les volvería a presentar.

En este capítulo, otro de los objetivos nodales, fue indagar sobre las expectativas e imaginarios de los médicos respecto a posibles transformaciones dentro del sistema de salud para enfrentar próximas crisis sanitarias a partir de las lecciones aprendidas durante la UTC-19. Aquí destaco tres elementos que los médicos consideraron vitales: 1) El desarrollo de más proyectos de salud que sean de colaboración público-privada, sobre todo para enfrentar crisis sanitarias. 2) La necesidad de preservar la salud mental

de los trabajadores durante una crisis sanitaria y 3) La creación de nuevos espacios de atención a una crisis sanitaria como la UTC-19 en lugar de una reconversión hospitalaria, ya que, a su juicio, esto terminó afectando a pacientes con otras patologías.

Respecto al desarrollo de más colaboraciones público-privadas, los médicos de esta investigación refirieron sentir que el financiamiento obtenido desde la iniciativa privada, permitió entre otras cosas, acceder a sueldos dignos, tener disponibilidad de insumos y equipo de protección de calidad, así como poder regirse por protocolos y estándares de seguridad de primer nivel como suscribieron también otras investigaciones realizadas con el personal de enfermería de la UTC-19 (Barragán, A, 2022) y (Rosas, R, et al, 2022). Aunado a ello, varios médicos argumentaron que, gracias a la inyección financiera y sobre todo a la logística interna y contactos nacionales e internacionales, la UTC-19 también pudo disponer de información científica actualizada frente a un nuevo virus, lo que permitió entenderlo mejor y así ofrecer un tratamiento óptimo al paciente como sugieren se debió actuar en todos los hospitales (Montagna E, Donohoe J, Zaia V, et al 2021). Aunque se pueda dar cuenta de una idealización de los propios médicos sobre la inversión financiera en la UTC-19 respecto a otros espacios sanitarios, la realidad es que, el modelo de la UTC-19 en efecto, fue a grandes rasgos exitoso, ya que no solo se atendieron alrededor de 9,000 pacientes, sino que la tasa de recuperación de estos fue de casi el 95%, incluyendo el hecho de que ninguno de los 3,000 trabajadores de la salud de la UTC-19 falleció a causa del virus. Autores como Polack, A, Martínez, S y Ramírez, C, (2019) ya habían anticipado la relevancia de las colaboraciones público-privadas en sociedades capitalistas ante la falta de financiamiento del sector público en salud. Incluso de manera reciente, se ha sugerido que tras la pandemia por Covid-19 y derivado de la desaparición del Seguro Popular y a la baja inversión del PIB en materia de salud (5.5% en 2019), se debería de incrementar la portabilidad de servicios de salud entre el sector público y el privado e incluso la subcontratación para atender las demandas de la población, (Knaul, F, et al, 2023).

No obstante, debe entenderse que el modelo híbrido de la UTC-19, es decir, una colaboración público-privada, también resultó ser el fruto de una negociación entre el sector público con la iniciativa privada en materia de salud, cuando esta última temía ser

expropiada o ver disminuida su presencia en el área de la salud tras la llegada al poder de MORENA en 2018 (Sánchez, M, 2021). Otra iniciativa público-privada como lo fue el TUC (Todos Unidos contra la Covid-19) no solo fue obra de acuerdos políticos entre el sector público y privado, sino que además fue una intervención poco exitosa por haber tenido serias limitaciones en cuanto a la selección y transferencia de pacientes de hospitales públicos como el IMSS o ISSSTE a hospitales privados debido a que la prioridad para éstos fue proteger sus propios intereses económicos, (Bautista, E, et al (2023). Esto último nos recuerda que, en ocasiones, las colaboraciones público-privadas también pueden aprovechar la vulnerabilidad de la estructura del sector público, y encontrar la manera de canalizar recursos públicos para servir intereses económicos privados, sin cumplir con el propósito de los convenios; es decir, atender adecuadamente las necesidades de la población.

Otro hallazgo significativo en este capítulo fue encontrar que, para varios médicos entrevistados, la reconversión hospitalaria había sido una medida drástica y peligrosa, que propició la desatención de muchos pacientes con otras enfermedades no relacionadas con la Covid-19 en algo que autores como Rubén Muñoz y Renata Cortez (2022) han denominado “iatrogenia pandémica”. Así, para algunos médicos, existió durante los años de la pandemia, un incremento sustancial de morbilidad de pacientes no covid, por lo que una lección aprendida durante la pandemia con miras hacia el futuro, sería la necesidad de crear más hospitales temporales de atención exclusiva como lo fue la UTC-19, de manera que no solo se pueda evitar la saturación hospitalaria en una crisis sanitaria, sino que también se evite discontinuar el seguimiento y atención de otro tipo de padecimientos y urgencias médicas como proponen Verhoeven V, et al, (2020) cuando hablan de que un remedio puede llegar a ser peor que la enfermedad misma.

Finalmente, como se ha mencionado en capítulos anteriores, desafortunadamente para la mayoría de los médicos que participaron en esta investigación, la resignificación de la importancia del médico general en el primer nivel de atención en nuestro país respondió a las necesidades de la urgencia sanitaria, y vislumbraron que, difícilmente se abrirán nuevas oportunidades laborales para ellos en caso de permanecer como médicos

generales sin importar si fueron “covidólogos”. Esta situación es paradójica y alarmante, ya que actualmente existe un déficit de alrededor de 188 mil⁶⁶ médicos en México. Y, pese a la existencia de algunos esfuerzos aislados por ofrecer nuevas vacantes como sucedió a través de una convocatoria en mayo de 2022, tanto las condiciones de seguridad de las ubicaciones de las plazas, así como la oferta económica, no satisficieron a la mayoría de los candidatos⁶⁷. Acorde al propio Secretario de Salud, Jorge Alcocer, se han regularizado 87,000 plazas laborales, ofrecidas de manera exclusiva a trabajadores que participaron en la crisis sanitaria, pero el desafío es aún mayúsculo y no muy prometedor acorde a los propios médicos de esta investigación quienes se mostraron escépticos.

6.5 REFLEXIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

La pandemia por Covid-19 fue un evento disruptivo en la vida de la mayoría, y aún sin tener nociones claras de su origen en pleno 2023, lo que sí sabemos es que llegó para trastocar la vida cultural, social y laboral de las personas, incluyendo a los profesionales de la salud.

A lo largo de seis capítulos he procurado resaltar aquellos aspectos más significativos de una experiencia *inesperada en un espacio utópico*, como describen los actores de esta investigación. Dicha experiencia fue reorganizada y clasificada en tres subtipos por mi persona para fines explicativos acorde a las principales representaciones de un conjunto social específico como lo fueron los médicos generales de la UTC-19. Y, aunque mi interés central fue rescatar las regularidades discursivas, encontrar continuidades y discontinuidades entre las narrativas de cada sujeto entrevistado, cada experiencia fue muy personal, por lo que podríamos asegurar que existieron múltiples experiencias.

La complejidad derivada de la contingencia sanitaria también representó un ingente desafío en el trabajo de campo y análisis de este trabajo, utilizando herramientas digitales para la investigación etnográfica, apareciendo limitantes como la imposibilidad de hacer

⁶⁶ Norte Digital. México tiene déficit de 188 mil médicos: Salud Federal. Retomado el 21 de marzo de 2023 a través de: <http://bit.ly/3JVgK7>

⁶⁷ Expansión MX. Médicos rechazan plazas en estados con marginación y violencia. Retomado el 14 de marzo de 2023 a través de: <http://bit.ly/40cxuhz>

observación participante in situ y así obtener otro tipo de material para la triangulación del análisis. Aunado a ello, debemos recordar que la pandemia no fue un evento aislado y distante al propio investigador, como un acontecimiento que se pudiera observar únicamente desde una ventana o del cual uno se pudiera olvidar al regresar a casa como sucede con otras investigaciones. Por lo anterior, la confección de este trabajo fue gestado a la par de mucha incertidumbre, temores y contratiempos que me interpelaron todo el tiempo.

Para finalizar este trabajo, me propongo el compartir tres reflexiones o recomendaciones puntuales que considero significativas a partir de los principales hallazgos de esta investigación. Dichas aportaciones, espero puedan servir como base e inspiración para el desarrollo de futuras investigaciones que contribuyan a enriquecer el imaginario post-pandémico del sistema de salud en México, incluyendo las condiciones laborales de los médicos generales y las estrategias que se utilizarán para enfrentar próximas crisis sanitarias. Recordemos que, para Thompson, E, (1984) cuando se habla de imaginarios, es rescatar la dimensión simbólica de un mundo social con múltiples escenarios, incluyendo por supuesto, la posibilidad de mejorar nuestra vida colectiva. Ojalá que las contribuciones de este trabajo de casi cuatro años permitan abrir nuevas vetas para reflexionar sobre qué otro tipo de acciones pueden y deben ser realizadas en próximas situaciones críticas como lo fue la pandemia por Covid-19, y así aprovechar el legado o memoria pandémica de ésta para pensar, cuestionar y reformular las estructuras y las prácticas dentro de éstas.

Existe entonces la necesidad de no olvidar, que de vez en cuando volteemos a ver esa cicatriz pandémica, y que este tipo de trabajos nos permitan recordar lo que sucedió, quién y cómo se afrontó la pandemia, con sus virtudes y defectos, memorias que nos permitan construir imaginarios sobre cómo nos prepararemos la próxima vez que suceda algo así.

Habiendo dicho esto, a continuación, comparto tres aportaciones que a mi juicio son nodales y conglomeran los principales hallazgos de esta tesis con el afán de fomentar la reflexión de políticas públicas útiles de cara al futuro.

6.5.1 Resignificar el rol del médico general en el primer nivel de atención

Sería deseable que la pandemia por Covid-19 y experiencias como las acontecidas en la UTC-19 permitan que, a nivel estructural, - tanto el sistema de salud como la cultura organizacional biomédica-, se fomente la resignificación y dignificación de la figura del médico general en la atención a la salud de la población en México. No basta un reconocimiento transitorio y coyuntural por su participación en una crisis sanitaria donde se les volteó a ver a los médicos generales como una alternativa ante la escasez de recursos humanos por la alta demanda de pacientes y la deserción de médicos más experimentados con edad avanzada, comorbilidades o porque simplemente decidieron no participar.

La falta de oportunidades laborales para ellos en el primer nivel de atención y la precarización ante la cual han sido expuestos durante los últimos 30 años exige un viraje hacia la inclusión de este sector donde tampoco se estigmatice su aparente falta de conocimiento especializado, y se comprenda realmente la importancia de su rol como la primera línea de defensa, capaz de orientar y canalizar oportunamente a los pacientes al segundo o tercer nivel de atención. Combatir la estigmatización estructural dentro de mismo gremio hacia la figura del médico general quien es habitualmente tachado de mediocre, insuficiente, con un conocimiento limitado y promover en su lugar, el reconocimiento de su papel que es fundamental en el primer nivel de atención de las instituciones, no como un subordinado de los especialistas. Es necesario fomentar la formación de más médicos, pero también la capacitación y actualización de contenidos para aquellos que ya han egresado y ante el déficit de médicos que se tiene en la actualidad en nuestro país, promover políticas para la apertura de más plazas, con sueldos competitivos, y donde se garantice la seguridad social y prestaciones dignas como trabajadores de la salud. No bastan esfuerzos aislados y el ofrecimiento de plazas en lugares inaccesibles o inseguros como se ha hecho de manera reciente. Es menester combatir el desempleo y el desperdicio laboral de médicos a consecuencia de la liberalización del mercado laboral del sector salud que ha contribuido de forma significativa a la precarización de sus trabajadores.

Por otro lado, es fundamental entender la necesidad de atender la violencia jerárquica habitual en instituciones hospitalarias y comprender que especialistas, médicos generales, personal de enfermería, camilleros pueden y deben respetar y reconocer su rol dentro del entramado de la salud, permitiendo diálogos horizontales que mejoren la atención que brindan a sus derechohabientes, y aunque en la UTC-19 esto sucedió de manera temporal, se debió a su naturaleza emergente, que respondió a la urgencia sanitaria donde la entropía de la contingencia permitió reajustes temporales en los roles, actividades y formas de relacionarse entre los profesionistas que ahí laboraron.

6.5.2 Vigilancia de la salud de los médicos durante una crisis sanitaria

Uno de los principales hallazgos en esta investigación, fue corroborar nuevamente como han descrito ya otras investigaciones, que los médicos continúan renuentes a buscar ayuda profesional en caso de presentar algún problema en su salud física, y, sobre todo su salud mental. Si bien en la UTC-19 se ofrecieron servicios de salud a sus trabajadores en caso de contagio por Covid-19 y en materia de salud mental, servicio de psiquiatría y talleres de *mindfulness*, la realidad es que la mayoría de los médicos consultados se mostró renuente a participar o buscar ayuda externa en materia de salud mental, esto a pesar del reconocimiento de nosologías como ansiedad, estrés o depresión producto del burnout.

Por otro lado, prácticas de autoatención y desatención de los médicos de la UTC-19 como la búsqueda del contagio deliberado o el rompimiento de normas sanitarias a través de la convivencia dentro de los hoteles sin sana distancia o cubrebocas con un alto consumo de alcohol, considero que ameritaban un mejor seguimiento por parte de las instituciones para orientar a sus colaboradores. Es decir, pareciera que determinadas prácticas son legitimadas por la misma cultura organizacional biomédica como la ingesta de alcohol, la automedicación vía psicofármacos, o bien el desgaste por burnout propiciado por largas jornadas laborales. Muchas de estas prácticas tienen su origen desde la carrera de Medicina, se reconocen y se fomenta su reproducción con el afán de resistir y rendir bajo condiciones laborales francamente difíciles.

Por ejemplo, en la UTC-19 el cambio de jornadas escalonadas a fijas no solo respondió a una preocupación por ofrecer más orden en los horarios de sus trabajadores y fomentar

el descanso, sino para evitar la venta de guardias, situación que para noviembre de 2020 había generado ausentismos y problemas en la atención de los pacientes. Además, el cambio a horarios fijos en la UTC-19, permitió que muchos médicos utilizaran el tiempo restante no para descansar, recuperarse o atender problemas de salud, sino para diversificar sus actividades laborales, lo que a la postre generaría un mayor burnout en ellos. De esta forma, se pone de manifiesto que las instituciones participantes, en el caso de la UTC-19, la UNAM o a la Secretaría de Salud, supervisen, guíen y regulen determinadas prácticas para evitar el deterioro en la salud de los trabajadores. Como sostiene el antropólogo Mark Nichter (2006), cualquier estrategia de autoatención o reducción del daño en un espacio laboral, debe ser entendido de manera relacional, no solo debe ser comprendida como una práctica individual, sino también colectiva, donde también tienen un papel preponderante los jefes de las instituciones.

Ya de manera particular, sobre la salud mental de los médicos, no solo se deberían ofrecer más alternativas terapéuticas, sino también una mayor disponibilidad de horarios e incluso el acceso a un pool de psicoterapeutas ya sea dentro o fuera del espacio hospitalario. No obstante, más importante aún, será el seguir combatiendo el tabú que persiste en la comunidad médica respecto a la atención de su propia salud mental a través de otros profesionales, ya que, por temor a verse vulnerables, adoptan otro tipo de prácticas de autoatención, no necesariamente exitosas e incluso potencialmente deletéreas. Será menester entonces, que, frente a otros escenarios de crisis sanitarias, una de las enseñanzas de esta pandemia, sea la de evitar la normalización de la salud funcional y el burnout, y en su lugar se creen campañas de sensibilización respecto a la necesidad de atender la salud mental.

6.5.3 Hospitales temporales, colaboraciones público-privadas, y otras estrategias para enfrentar futuras crisis sanitarias

Finalmente, otra de las recomendaciones frente a futuras crisis sanitarias, será indiscutiblemente el evitar que, durante una situación crítica, las decisiones para contener el problema terminen por crear un problema mayor, como potencialmente habría sucedido con muchos pacientes con otras afecciones o enfermedades que fueron desatendidos por el sistema de salud público e incluso algunos privados, por volcarse a

atender parcialmente o en su totalidad casos por Covid-19. El incremento de la morbimortalidad en pacientes “no covid” implicó una iatrogenia pandémica (Muñoz, R, & Cortez, R, (2022) que deberá evitarse a toda costa en eventuales contingencias sanitarias. Es interesante el planteamiento de saber que, de manera paradójica, durante la pandemia por Covid-19 se atendió una enfermedad aguda desatendiendo las crónicas como diabetes, hipertensión arterial o cáncer, (Knaul, F, et al, 2023) cuando durante este siglo y a finales del anterior, el foco se había centrado en entender y atender éstas últimas ante un supuesto mayor control de las enfermedades infectocontagiosas (Menéndez, E, 2005).

Para ello, se deberán analizar de manera objetiva algunas alternativas empleadas durante esta crisis sanitaria, como la creación de espacios temporales como sucedió con la UTC-19 no solo para atender la demanda de pacientes y evitar la saturación hospitalaria (Chen, S, et al, 2020), (Candel, F.J, et al 2021), sino para evitar así, en la medida de lo posible, la reconversión hospitalaria de instituciones del segundo y tercer nivel que durante la pandemia, dejaron de atender a pacientes con otras patologías, algunos con enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer y que no debían incrementar el retraso en su atención y que gracias a la reconversión resultaron significativamente afectados por esto.

Frente a esto último, se debería considerar un mayor financiamiento al sector público en salud, tanto en materia de recursos humanos, en términos materiales y también para fortalecer los tres niveles como sostiene Rubén Muñoz y Renata Cortez (2022) aunque, yo agregaría, sin descartar la posibilidad de incluir las colaboraciones público-privadas, considerando tanto sus beneficios potenciales como limitantes.

Respecto a los beneficios podríamos considerar la inyección financiera, que podría permitir la adquisición de mejores insumos, mejores equipos de protección y ofrecer sueldos más competitivos a los trabajadores como ocurrió en la UTC-19. No obstante también se deberá analizar el trasfondo político y las consecuencias de la existencia de colaboraciones público-privadas para que al final, dichos acuerdos no solo terminen beneficiando económicamente a organismos de la iniciativa privada y donde se incumplan determinados acuerdos como sucedió con la forma en la que el TUC

seleccionó a su conveniencia económica los padecimientos que atendería de pacientes provenientes de hospitales públicos como el IMSS o ISSSTE (Bautista, E, et al, 2023), lo que podría considerarse una negligencia que discriminó la atención de algunos pacientes pese a que su patología se contemplaba dentro de los acuerdos originales en la transferencia de pacientes del sector público al privado.

No obstante, también hemos de rescatar que la pandemia por Covid-19 también detonó el uso de telemedicina y plataformas digitales para el seguimiento y atención de pacientes de manera remota, lo que contribuyó parcialmente a evitar la saturación y podría, como sugieren (Knaul, F, et al, 2023) mejorarse en términos de calidad logística y técnica e impulsarse más para constituirse como un recurso sumamente útil para enfrentar futuras crisis sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

ADAMS J, y WALLS, RON

2020, Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. JAMA 2020;323:1439. doi:10.1001/jama.2020.3972

ANKER, RICHARD, ET AL

2003, La medición del trabajo decente con indicadores estadísticos. Revista Internacional del Trabajo. 122 (2), pp. 161-195.

ANTONOVSKY, AARON

1979, Health, Stress, and Coping. Jossey-Bass Inc., San Francisco.

AKAKI, BLANCAS, JOSÉ LUIS, y LÓPEZ-BÁRCENA, JOAQUÍN

2018, Formación de médicos especialistas en México. Educ Med; 19 Suppl 1:36-42.

ARENAS LUZ, ET AL

2004, Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos Salud Pública de México, vol. 46, núm. 4, julio-agosto, pp. 326-332. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.

AULTMAN, JULIE y MEYERS, EMILY

2020, Does using humor to cope with stress justify making fun of patients? Ama J Ethics. 2020;22:E576-582. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.576>

BALDWIN, M, DODD, MARYLINE, y RENNIE, J

1997, Young doctors' health. How do working conditions affect attitudes, health, and performance? *Health and health behaviour. Soc Sci Med*,;45(1).

BARRAGÁN, ANABELLA

2022, Representaciones, experiencias y prácticas del equipo de enfermería. Capítulo VIII en Rosas, R, et al (2022). *Enfermería en una Unidad Temporal COVID-19: Miradas multidisciplinarias*. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Pp: (125-150).

BAUTISTA, ELYSSE, ET AL

2023, Major System Change in Surgeries During the COVID-19 Pandemic: Reflections on Rapid Service Adaptation among private and public institutions in Mexico. *SSM, Health Systems Journal*.

BELLO-CHAVOLLA, OMAR, et al

2020, Predicting Mortality Due to SARS-CoV-2: A Mechanistic Score Relating Obesity and Diabetes to COVID-19 Outcomes in Mexico. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 105(8), dgaa346. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa346>

BERGER, ALLAN

2002, Arrogance among physicians. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 77(2):145-7.

BERLINGUER, GIOVANNI

1983, *La reforma sanitaria en Italia*. Sinaloa: Universidad Autónoma de Sinaloa.
2006, *Medicina y política*. México: Quinto Sol.

BOBBIO, NORBERTO

2007, En Bobbio, N.; Matteucci, N. & Paquino, G. Diccionario de Política. México: Siglo Veintiuno Editores.

BOURDIEU, PIERRE

1995, The rules of art: genesis and structure of the literary field. Editorial Anagrama.

BURY, MICHAEL

1982, Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*.

CANDEL, FRANCISCO, ET AL

2021, Temporary hospitals in times of the COVID pandemic. An example and a practical view. *Revista Española de Quimioterapia*. doi:10.37201/req/041.2021

CASTRO, ROBERTO

2014, Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197.

2020, Agresiones contra el personal de salud en el contexto de la epidemia del covid-19. Apuntes hacia una reflexión sociológica. *Notas de Coyuntura* (1). doi:<https://doi.org//10.22201/crim.001r.2020.1>

CASTRO, ROBERTO y CÓRDOBA, HUGO

2023, *Hacia una explicación de las agresiones al personal de salud durante la pandemia de Covid-19 en México. Estigma y semiótica del miedo*. Los imaginarios de la pandemia. Tomo VI. La década Covid en México. Los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades. CDC en Español, (2022). Afecciones persistentes al Covid-

19 y afecciones posteriores al Covid-19. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>

CENTER, C, ET AL

2003, Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *jama*. 2003;289:3161-6. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3161>

CHAMBERS, ROBERT y BELCHER, J.

1992, Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br. J. Gen. Pract.* 42, 153-156.

CHEN, SIMIAO, ET AL,

2020, Fangcang shelter hospitals: a novel concept for responding to public health emergencies. *Lancet*. 2020 Apr 18;395(10232):1305- 1314. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30744-3

CHERTORIVSKI, SALOMÓN, ET AL,

2020, La gestión de la epidemia en México: Covid-19 análisis preliminar y recomendaciones urgentes. Ciudad de México, Consejo Consultivo Ciudadano.

CHOMALI, MAY 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.

CHEN, QUIONG, ET AL

2020, Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*;7:e15–e16.

CORTÉS MEDA, ALEJANDRO y PONCIANO RODRÍGUEZ, GUADALUPE

2021, Impacto de los determinantes sociales de la covid-19 en México. *Boletín sobre covid-19*, vol. 2, núm. 17, pp. 9-13.316

DEVEREAUX, GEORGES

1977, *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo XXI, México. Capítulo XIX. “La contratransferencia desencadenada. El papel complementario”.

DÍAZ PORTILLO, SANDRA, ET AL

2015, Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: Infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública de México*. Vol. 57. Pp. 320-328.

DIMITRIU, MIHAI, ET AL

2020, Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. Published online ahead of print, 2020 Jun 7. *Med Hypotheses*.

DOUGLAS, MARY

1986, *Risk Acceptability According to the Social Sciences*. Russell Sage Foundation.

1987, “Les études de perception du risque: un état de l’art”, en Jean-Louis Fabiani y Jacques Thies, *La Société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, École Normale Supérieure, París, pp. 55-60.

DUMONT, GUILLAUME y CLUA GARCÍA, RAFAEL

2015, Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*. No 66 julio-septiembre- Luis Gómez Encinas Ed. Móstoles, España.

ERKOREKA, ANTÓN

2020, Una nueva historia de la gripe española. Paralelismos con la Covid-19. Lamiñarra Kultur Elkartea.

FERNÁNDEZ ORTEGA, MIGUEL ÁNGEL, ET AL

2022, Effect of communication with mobile devices in hospitalized patients due to COVID-19. *Med Int Méx* 2022; 38 (4): 804-810. <https://doi.org/10.24245/mim.v38i4.6942>

FLORES LOBATO, MÓNICA, ET AL

2021, Memoria de la Unidad Temporal COVID-19. Fundación Carlos Slim. A.C. Ciudad de México.

FOUCAULT, MICHEL

2010, El cuerpo utópico. Las heterotopías. Nueva Visión.

FREIDSON, ELIOT

1977, *La profesión médica*, Editorial Península, Barcelona, España.

FRENK, JULIO, ET AL

2020, Salud: Focos Rojos. Retroceso en los tiempos de la pandemia. Editorial Debate. Penguin Random House. México.

FRENK, JULIO y GÓMEZ DANTÉS, OCTAVIO

2020, Lecciones de la pandemia. Nexos, no.43 (511). Pp. 20-22.

FUNDACIÓN PARA LA SALUD, (FUNSALUD)

2014, Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. Ciudad de México.

GIDDENS, ANTHONY

2006, La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración, Buenos Aires, Amorrortu (3ª reimpresión).

GLASSER, BARNEY y STRAUSS, ANSELM

1967, The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Estados Unidos, Aldine Transaction.

GÓMEZ-SÁNCHEZ, EDUARDO, ET AL

2018, Consultorios médicos adscritos a farmacias. ¿Una opción de trabajo para recién egresados? Revista de Educación y Desarrollo, vol. 44 enero-marzo pp. 29-38.

GOOD, BYRON

2003, ¿Cómo construye la medicina sus objetos? En medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica, Cambridge.

GRAHAM, CARLOS ET AL

2020, Novel Wuhan (2019-nCoV) coronavirus. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;201:P7–P8. doi: 10.1164/rccm.2014P7.

HAN, BYUNG CHUL

2017, La sociedad del cansancio. Herder Editorial, Barcelona, España.

HASSAN, TARIQ, ET AL

2009, A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. Clin Med (Londres). 9:327-32. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.9-4-327> 6.

HASSELKUS, GUNTHER

2019, Una anamnesis antropológica. ¿Cómo significan y cuidan su propia salud mental los residentes de Psiquiatría? Representaciones y prácticas en un hospital de tercer nivel en la CDMX. Tesis de maestría en Antropología Social. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores (CIESAS) Unidad, Ciudad de México.

HERSCH, PAUL

2021, La colonialidad como dispositivo patogénico estructural: hacia una sociología de las emergencias en el campo de la salud. En: Santos BS, Nunes JA, editores. Salud y epistemologías del sur. Coimbra: Centro de Estudios Sociales, Universidad de Coimbra.

HOLMES, EDWARD, ET AL

2021, The Origins of SARS-CoV-2: A Critical Review. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5075888>

ILLICH, IVÁN

1978, Némesis Médica. Editorial Joaquín Mortiz/Planeta.

JONES, ERNEST

2007, *Essays in Applied Psycho-Analysis* [Lightning Source Inc, 15 Mar 2007 ISBN 1-4067-0338-9](#)

KANG, LIJUN, ET AL

2020, The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*(7), e14.

KNAUL, FELICIA, ET AL

2023, Setbacks in the quest for universal health coverage in Mexico: polarised politics, policy upheaval, and pandemic disruption. *Health Policy, The Lancet*.

KRESHPAJ, BERTINA, ET AL

2020, What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. *Scand J Work Environ Health*; 46:235-47

LAI, JIANBO, MA, SIMENG y WANG, YING

2020, Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*.

LEYVA, MARCO y PICHARDO SANTIAGO

2012, Los médicos de las farmacias similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis*; 8:143-75.

LIU, QIANG, ET AL

2020, The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Global Health*, 8: 790–798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)

LIU, XINGUA, ET AL

2012, Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*. 2012;53:15-23 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>.

LINK, BRUCE y PHELAN, JO

2001, Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
2014, Stigma power. *Soc Sci Med*, 103, 24-32. doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.035

LU, HONGZHOU, STRATTON, CHARLES, TANG, YI-WEI

2020, Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan China: the mystery and the miracle. *J. Med. Virol.* 2020;92:401–402. doi: 10.1002/jmv.25678.

LUPTON, DEBORAH

1999, Risk. Routledge.

MARMOT, MICHAEL y BELL, RUTH

2012, Fair society, healthy lives. *Public Health*;126 Suppl 1:S4-10.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, ÁNGEL

2008, Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad, Anthropos Editorial Rubí, Barcelona, España.

MCCUE, JACK

1982, The effects of stress on physicians on their medical practice. *N Engl Med*;306 (8):458-463.

MENÉNDEZ, EDUARDO

2005, *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. *Rev. Antropol. Soc.* [Internet]. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>

2005, El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores Salud Colectiva, vol. 1, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 9-32 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.

2014, Las instituciones y sus críticos o la costumbre de polarizar la realidad: el caso de la influenza A (H1N1). <https://doi.org/10.18294/sc.2014.206>

MINGOTE, ADÁN, ET AL

2013, Prevención del suicidio en médicos, *Med. Secur. Trab.* Volumen 59 # 231, Madrid, España. Abril/Junio, retomado a través de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200002

última visita el 25 de abril de 2018.

MINGOTE, ADÁN y PÉREZ-CORRAL, FRANCISCO

1999, El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos:41-43

MINYOUNG, HER

2020, Repurposing and reshaping of hospitals during the COVID-19 outbreak in South Korea.

MONTAGNA, ERIK, ET AL

2021, Transition to clinical practice during the COVID-19 pandemic: a qualitative study of young doctors' experiences in Brazil and Ireland.

MONTAÑEZ-HERNÁNDEZ, JULIO CÉSAR, ET AL

2022, Condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos de México: análisis basado en una encuesta nacional. *Cad. Saúde Pública*; 38(4):ES042321

MORÁN, ANA VICTORIA

2020, Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias al sur de la Ciudad de México: Sabres de médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención. Tesis de Doctorado en Antropología Social, CIESAS, CDMX.

MUÑOZ, RUBÉN y CORTEZ, RENATA

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). <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.144>

2022, Iatrogenia pandémica: la exclusión y el rezago en la atención médica, no COVID, en la Ciudad de México

MUÑOZ, RUBÉN

2014, Propuestas interculturales de intervención sanitaria: de la praxis antipsiquiátrica en el ámbito asociativo, a la consulta etnopsiquiátrica en un hospital de Bruselas. En Brigidi, S., y Comelles, J. (Comps.) *Locuras, cultura e historia*, Tarragona, España, Universidad Rovira y Virgili, pp. 173-196.

2021, Riesgo, Covid-19 y atención hospitalaria en la Ciudad de México: ¿Hacia una

nueva práctica médica? | Nóesis. Revista de Ciencias Sociales (uacj.mx)

2021, Covid-19 and Social Stigma in Hospitals: A New Epidemic of Signification? Medical Anthropology. Cross-cultural studies in health and illness. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1974021>

2022, Mental Health of Doctors Who Treat Patients with covid-19 in Mexico City: An Anthropological Investigation. Rev Cienc Salud. 20(2):1-22.

NÁJERA, HÉCTOR y ORTEGA-ÁVILA, ANA

2020, Health and Institutional Risk Factors of COVID-19 Mortality in Mexico, 2020. American Journal of Preventive Medicine. Volume 60, Issue 4, April 2021, Pages 471-477.

NICHTER, MARK

2006, Harm reduction: a central concern for medical anthropology, Desacatos, (20), pp.109- 132: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2006000100005

OLMEDO-CANCHOLA, VÍCTOR, ET AL

2020, Los médicos residentes de la UNAM, piezas clave frente a la pandemia por COVID-19. Med Int Méx, 36 (6): 841-851 <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.4594>

OLIVAS-MARTÍNEZ ANTONIO, ET AL

2021, In-hospital mortality from severe COVID-19 in a tertiary care center in Mexico City; causes of death, risk factors and the impact of hospital saturation.

ORTÍZ-HERNÁNDEZ, LUIS y PÉREZ-SASTRE, MIGUEL

2020, Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana. Rev Panam Salud Publica.;44:e106. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.106>

ORTÍZ-QUESADA, FEDERICO

1997, El trabajo del médico. México, DF: JGH Editores;19-24.

OSORIO CARRANZA, ROSA MARÍA

2001, Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. Biblioteca de la medicina tradicional mexicana. México,D.F.

2016, Las farmacias similares y anexas: un nuevo sistema de atención médica privada de bajo costo” en Osorio Carranza, Rosa María (coord.). Problemas emergentes de salud en México. Aportes desde la Antropología Médica, en Colección México. Temas Nacionales. México, CIESAS. pp. 53-86.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2020, Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la covid-19. In. Washington: OPS.

PRATHER, KIMBERLY, WANG, CHIA y SCHOOLEY, ROBERT

2020, Reducing transmission of SARS-CoV-2. Science. Perspectives.

PÉREZ-SALES, PAU

2001, ¿El narcicismo que nos a-cosa? Reflexiones sobre un cultural-bound trait. Originales y Revisiones, Siso/ Saude 35.

PETTER, ELLA, ET AL

2021, Initial real world evidence for lower viral load of individuals who have been vaccinated by BNT162b2. *medRxiv*. 2021 doi: 10.1101/2021.02.08.21251329.

POLACK, ANA, MARTÍNEZ, SERGIO y RAMÍREZ, CÉSAR

2019, Las asociaciones público-privadas como instrumento de gobernanza colaborativa: apuntes para el debate y retos para la gestión. *Reflexión Política*, 21(43) <https://www.redalyc.org/journal/110/11063245009/html/> DOI: 10.29375/01240781.3730

POZZIO, MARÍA

2014, “El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada”: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México *Salud Colectiva*, vol. 10, núm. 3, diciembre, 2014, pp. 325-337 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.

QIANLAN, YIN, ET AL

2020, Posttraumatic Stress Symptoms of Health Care Workers during the Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). *Clinical and Psychology & Psychotherapy*.

REN, LI-LI, ET AL

2020, Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chin Med J.* 2020;133:1015–1024. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000722>.

RIVERA, NOREIDY

2022, Condiciones de trabajo del personal de Enfermería: hacia la construcción de un trabajo decente. Capítulo VI en Rosas, R (2022). *Enfermería en una Unidad Temporal COVID-19: Miradas multidisciplinares*. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

ROBLES, REBECA, ET AL

2021, Mental health problems among healthcare workers involved with the Covid-19 outbreak. Braz J Psychiatry 43 (5) • Sep-Oct 2021 <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>

ROMÁN SÁNCHEZ, YULIANA

2013, Impactos sociodemográficos y económicos en la precariedad laboral de los jóvenes en México. Región y Sociedad; 25:165-202.

ROSAS, ROSA

2022, Enfermería en una Unidad Temporal COVID-19: Miradas multidisciplinarias. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

ROSEBAUM, LISA

2020, Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. N Engl J Med 2020; 382:1873-1875
DOI: 10.1056/NEJMp2005492

SÁNCHEZ, MANUEL

2021, Economía política de la salud en México: La subrogación de pacientes del sector público al privado durante el Covid-19. Tesis, ITAM.

SÁNCHEZ-TALANQUER, MARIANO

2020, La letalidad hospitalaria por Covid-19 en México: Desigualdades institucionales. Revista Nexos. Retomado el 16 de mayo de 2022 de: [La letalidad hospitalaria por covid-19 en México: desigualdades institucionales – Taller de datos \(nexus.com.mx\)](https://nexus.com.mx)

SÁNCHEZ-TALANQUER, MARIANO, ET AL

2021, Mexico's Response to Covid-19: A case study. UCSF.

SANTILLÁN-GARCÍA, AZUCENA, ET AL

2020, Es hora de aceptar que el SARS-CoV-2 se transmite por aerosoles y actuar en consecuencia. *Index de Enfermería*, 29(4), 262. Epub 01 de noviembre de 2021.

Recuperado en 28 de mayo de 2022, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300016&lng=es&tlng=es.

SHANAFELT, TAIT, ET AL

2011, Special report: Suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg*. 146:54-62.

<https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>.

SHUAIB, FAISAL, ET AL

2017, Containment of Ebola and polio in low-resource settings using principles and practices of emergency Operations Centers in public health. *J Public Health Manag Pract*.;23(1):3–10

SUÁREZ, V, ET AL

2020, Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020 [Epidemiology of COVID-19 in Mexico: from the 27th of February to the 30th of April 2020]. *Revista clinica espanola*, 220(8), 463–471.

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>

TAPIA VILLANUEVA, ROSA, ET AL

2007, El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el

contexto latinoamericano. *Educación Médica Superior*, 21(4) Recuperado en 11 de abril de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es&tlng=es.

TAPIA-CONYER, ROBERTO, ET AL

1997, Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians. *Salud Publica Mex*;39:507-512.

THOMPSON, EDWARD

1984, La economía moral de la multitud en la Inglaterra del siglo xviii en Thompson, E.P. Tradición, revuelta y consciencia de clase. Estudios sobre la crisis de la sociedad pre-industrial. Barcelona: Editorial Crítica.

TÖYRY, SAARA, ET AL

2000, Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: A national survey. *Arch Fam Med*;9(10):1079-1085.

TORRES-MUÑOZ, VÍCTOR, ET AL

2020, Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. *Rev. Mex. Urol.* 2020;80(3): pp 1-9.

TREJOS-HERRERA, ANA, VINACCIA, STEFANO y BAHAMÓN, MARLY

2020, Coronavirus in Colombia: stigma and quarantine. *J Glob Health.* 2020;10:020372. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020372>

TURNER, VICTOR

1988, *El proceso ritual: Estructura y antiestructura*, Madrid, Taurus.

VERA SAN JUAN, NORHA

2020, Healthcare Workers' Mental Health and Wellbeing During the COVID-19 Pandemic in the UK: Contrasting Guidelines with Experiences in Practice. <https://doi.org/10.1101/2020.07.21.20156711>

VERHOEVEN, VENORIQUE, ET AL

2020, Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* 2020; 10(6):e039674

URQUIJO, REGUERA, MARIANA

2022, La vulnerabilidad social, reflexiones a partir de la pandemia. *ANALYSIS* | ISSN: 2386-3994 | Vol. 35, No. 4, (Dec. 2022), pp. 1–10

VALENTE, JULIANA, ET AL

2021, What is associated with the increased frequency of heavy episodic drinking during the COVID-19 pandemic? Data from the PAHO regional web-based survey. *Drug Alcohol Depend.* 2021;221:108621

VINDROLA-PADROS, CECILIA, ET AL

2020, Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. *BMJ Open* 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33154060/>

VITIELLO, ANTONIO, ET AL

2021, COVID-19 vaccines and decreased transmission of SARS-CoV-2 (2021). *Inflammopharmacology*. 2021 Oct;29(5):1357-1360. doi: 10.1007/s10787-021-00847-2. Epub 2021 Jul 19. PMID: 34279767; PMCID: PMC8287551.

WANG, RUI, ET AL

2020, Decoding asymptomatic COVID-19 infection and transmission. *J Phys Chem Lett*. 2020;11(23):10007–10015. doi: 10.1021/acs.jpcllett.0c02765.

WEAR, DELESE, ET AL

2006, Making fun of patients: medical student's perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Arcad Med*. 81 (5): 454-462.

WEBER, CÉSAR, ET AL

2020, The use of psychoactive substances in the context of the covid-19 pandemic in Brazil. *medRxiv*. 2020;09.25:20194431.

WISE, JACQUI

2021, Covid-19: London's Nightingale Hospital will reopen for non-covid cases. *BMJ*. doi: 10.1136/bmj.n15. PMID: 33402358

YEEN, HUANG y NING, ZHAO

2020, Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychology, Health and Medicine*. Taylor & Francis Group. China.

YOUNG, ALLAN

1982, The anthropologies of illness and sickness. Annu Rev Anthropology. 1982;11:257-85. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>

XIE, JIANFENG, ET AL

2020, Critical care crisis and some recommendations during the Covid-19 epidemic in China. Intensive Care Med. Doi: 10.1007/s00134-020-05979-7

ELECTROGRAFÍA

Center for Disease Control and Prevention (CDC)

2021, Science Brief: SARS-CoV-2 and Surface (Fomite) Transmission for Indoor Community Environments. Retomado el 11 de marzo de 2022 de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/science-and-research/surface-transmission.html>

Expansión MX

2022, Médicos rechazan plazas en estados con marginación y violencia. Retomado el 14 de marzo de 2023 a través de: <http://bit.ly/40cxuhz>

2023, La informalidad asciende a 56.6% de la población que trabaja en México. Retomado el 23 de marzo de 2023 de <http://bit.ly/3TMt4LO>

Gobierno de México

2020, Convenio con Hospitales Privados. ¡Todos Juntos Contra el Covid!. <https://www.gob.mx/issste/articulos/convenio-con-hospitales-privados>

INSTITUTO MEXICANO PARA LA COMPETITIVIDAD (IMCO)

2022, Compara Carreras. Retomado por última vez el 21 de marzo de 2022 de:
<https://imco.org.mx/comparacarreras/carrera/711>

IMSS Prensa

2020, Con videollamadas, el IMSS da tranquilidad a familiares de Pacientes con COVID-19. Retomado el 14 de mayo de 2022 a través de:
<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/358>

Jefatura de Gobierno de la CDMX

2021, Sumando voluntades. Reconocimiento a los esfuerzos emprendidos en la Ciudad de México ante la pandemia por Covid-19, 2020/2021. Retomado el 17 de mayo de 2022 de: <https://jefaturadegobierno.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/mensaje-de-la-jefa-de-gobierno-claudia-sheinbaum-pardo-durante-el-evento-sumando-voluntades-reconocimiento-los-esfuerzos-emprendidos-en-la-ciudad-de-mexico-ante-al-pandemia-de-covid-19-20202021>

Johns Hopkins University (JHU)

2021, Mexico- COVID-19 Overview. Retomado por última vez el 28 de junio de 2022 de:
<https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>

Norte Digital

2023, México tiene déficit de 188 mil médicos: Salud Federal. Retomado el 21 de marzo de 2023 a través de: <http://bit.ly/3JJVqK7>

Plataforma Arquitectura

2021, Una mirada de cerca a los hospitales en China, construidos para controlar la pandemia del Covid-19. Retomado el 9 de julio de 2022 de:

<https://www.plataformaarquitectura.cl/cl/937687/una-mirada-de-cerca-a-los-hospitales-en-china-construidos-para-controlar-la-pandemia-del-covid-19>

Salud Digital

2021, La Unidad Temporal Covid-19 atendió a más de 9 mil pacientes. Fundación Carlos Slim. Retomado el 7 de marzo de 2022 de: <https://saluddigital.com/unidad-temporal-covid/>

Secretaría de Salud de México (SSA)

2020, Resultados del XLIV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2020. Consultado el 14 de junio de 2023 de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/226-resultados-del-xliv-examen-nacional-deaspirantes-a-residencias-medicas-enarm2020?idiom=es>

2020, Coronavirus COVID-19. Informe Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Comunicado Mundo (COVID-19). Retomado por última vez el 01 de enero de 2022 de <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario-238449>

2021, Coronavirus COVID-19. Informe Técnico Diario. Secretaría de Salud. Retomado por última vez el 20 de julio de 2022 de <http://coronavirus.gob.mx>

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)

2021, Retomado por última vez el 10 de mayo de 2023 de: <http://sinave.gob.mx>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2020, WHO Announces COVID-19 Outbreak a Pandemic. Retomado por última vez el 21 de marzo de 2022 de: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19>

MATERIAL ANEXO

GUÍA DE ENTREVISTA MÉDICOS UTC-19

1ER EJE: “PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA”

- 1.- ¿Qué es el COVID-19? ¿Dónde y cómo piensa que se originó?
- 2.- ¿Qué significa esta pandemia por COVID-19 para usted?
- 3.- ¿Por qué decidió participar en esta crisis sanitaria? ¿Cómo se convenció de que era lo indicado? ¿Existe algún sentido de trascendencia en ello?
- 4.- ¿Había tenido usted alguna experiencia previa atendiendo enfermedades infectocontagiosas como el COVID-19 o alguna experiencia trabajando en triage?
- 5.- ¿Qué opinan sus amigos y familiares respecto a su participación?
- 6.- ¿Qué ha sido lo más difícil y desgastante de atender a pacientes con COVID-19? ¿Cómo se sintió el primer día? ¿Cómo se siente actualmente?
- 8.- ¿Cómo se preparó y/o fue preparado para atender pacientes con COVID-19? Antes y después de la sana distancia. Fue preparado. UNAM/ INCMNSZ.
- 9.- ¿A qué atribuye la mayoría de las iatrogenias durante la pandemia? ¿Ha experimentado sentimientos de culpa cuando no puede ayudar más al paciente ya sea por ausencia de camas? ¿Por ingresar a un paciente o no hacerlo cuando existían ciertos criterios?
- 10.- ¿Se cuenta con el personal suficiente y los recursos necesarios para atender a los pacientes con COVID-19? ¿Cómo se organizan los equipos de trabajo con médicos/cas y enfermeros/as de distintas especialidades?
- 11.- ¿Cuáles han sido sus principales actividades durante la pandemia por COVID-19? ¿Cómo se trata a un paciente con COVID-19 a su llegada al hospital?

12.- ¿Usted considera que ha contado con el suficiente apoyo en términos de infraestructura y recursos para desempeñar de manera óptima sus actividades en la atención a pacientes con COVID-19?

13.- ¿Ha contado con el equipo de protección adecuado para atender a pacientes con COVID-19? ¿Quién le proporcionó ese equipo?

14.- ¿Usted considera que ha tenido la capacitación y supervisión adecuada para ejercer durante esta crisis sanitaria? ¿Su propia formación ha sido insuficiente?

15.- ¿Cómo funcionan las jerarquías en su lugar de UTC?

16.- ¿Cómo se ha visto afectada su formación como especialista al atender esta pandemia? ¿Ha desviado sus intereses o fortalecido estos?

17.- ¿Ha sufrido algún tipo de discriminación, violencia o abuso de otros médicos/cas durante la pandemia?

18.- ¿Han recibido alguna compensación monetaria o prestación de seguridad social adicional por su atención a pacientes con COVID-19? Antes de la pandemia, ¿tenía algún otro tipo de ingreso económico? ¿qué tipo de contrato laboral tiene actualmente al atender la pandemia?

19.- ¿Cómo han sido las guardias durante su atención a la pandemia?

21.- ¿Han recibido algún tipo de retroalimentación por otros médicos respecto a su participación en la atención a pacientes con COVID-19?

2NDO EJE: “SALUD Y AUTOATENCIÓN”

1.- ¿Cómo era su salud antes de la contingencia sanitaria? ¿Padece alguna patología previa o co-morbilidad que lo haga susceptible o vulnerable a la COVID-19? ¿Cómo ha sido su salud durante la pandemia?

2.- ¿Qué prácticas ha llevado para reducir la posibilidad de contagio durante su atención al paciente? ¿Qué precauciones toma fuera del ambiente hospitalario?

3.- ¿Considera que ha recibido el adecuado y suficiente equipo de protección para cuidar su propia salud durante la atención a la pandemia? ¿Se siente seguro con éste? ¿Recibió capacitación para saber cómo usarlo y desecharlo?

4.- ¿Ha implementado alguna estrategia para hacer que el equipo de protección le sea menos incómodo o poder aprovecharlo de mejor manera?

5.- ¿Ha seguido las indicaciones de Secretaría de Salud para evitar el contagio y cuidar su salud durante la pandemia? ¿Cuáles sí, y cuáles no y por qué?

6.- ¿Cuántas veces se toma la temperatura y/o verifica su saturación de oxígeno durante un día laboral?

7.- ¿Qué estrategias tienen ustedes para prevenir contagios entre el personal de salud?

8.- ¿Usted o algún colega ha dado positivo por COVID-19? ¿Regresaría a trabajar una vez que se haya recuperado?

9.- ¿Cómo ha vivido el confinamiento preventivo y el distanciamiento social de sus seres queridos? ¿Vive aislado en este momento?

10.- ¿Ha dormido lo suficiente y se ha hidratado/alimentado adecuadamente durante su participación profesional en la atención a la pandemia? ¿Esto ha sido solo a raíz del comienzo de la crisis sanitaria?

11.- ¿Cómo ha enfrentado el miedo a contagiar y ser contagiado por COVID-19? ¿Qué estrategias toma para reducir la posibilidad de contagiar a alguien tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario?

12.- ¿La carga viral dentro de un hospital los hace más vulnerables al contagio y a desarrollar una enfermedad más grave? ¿Qué concepción tiene del triage?

13.- ¿Cómo ha sido su salud mental y emocional durante el tiempo que ha atendido pacientes con COVID-19? ¿Cómo era su salud mental antes de la pandemia?

- Insomnio
- Depresión
- Estrés

- Ansiedad
- Burnout
- Estrés postraumático
- Síndrome del superhéroe (rol de paciente/rol de enfermo)

14.- ¿Cómo se enfrenta a la idea de morir por COVID-19? ¿Ha pensado qué significaría para usted el morir por COVID-19 al tiempo que atiende la pandemia?

15.- ¿Ha presentado ideación suicida durante la pandemia? ¿Sabe de algún colega que haya presentado ideación suicida?

16.- ¿Ha buscado y/o recibido atención psicológica durante la pandemia? ¿Conoce el programa monitor? ¿Ha emitido llamadas telefónicas?

17.- ¿Cuáles han sido las actividades que le han permitido distraerse, recrearse y relajarse durante este lapso que ha atendido la pandemia por COVID-19?

18.- ¿Cómo se cuida a sí mismo? ¿Adopta algún ritual, consume algún fármaco o sustancia para cuidarse?

19.- ¿El humor, el chiste operan como autoatención?

19.- ¿Cómo afecta tener una salud deteriorada al atender pacientes con COVID-19? ¿siente que ha cometido algún error, o iatrogenia durante la atención a la pandemia?

20.- ¿Cuál es su mayor temor respecto a la pandemia?

3ER EJE: “PERCEPCIÓN SOBRE EL GOBIERNO, LA SOCIEDAD MEXICANA Y UNIDAD TEMPORAL CENTRO CITIBANAMEX.

1.- ¿Qué opinión tiene respecto a la percepción que de la población mexicana sobre el personal de salud que atiende pacientes con COVID-19? ¿Siente que valoran su trabajo?

2.- ¿Qué significa para usted portar la bata blanca fuera del contexto hospitalario? ¿Ha sido objeto de discriminación, estigmatización o violencia desde antes que ocurriera la pandemia? ¿Y en el ejercicio de su profesión durante la pandemia?

3.- Fuera del ámbito hospitalario, ¿usted utiliza la bata blanca? ¿Por qué sí/no?

4.- ¿Usted considera que las medidas de sana distancia, confinamiento entre otras, han sido las indicadas para mitigar el azote del virus en la población mexicana?

5.- ¿Qué opina respecto al comportamiento de la población civil respecto a las medidas implementadas por el Gobierno Federal?

6. ¿Qué opinión tiene respecto a la organización y atención que ha brindado el INN CMSZ/Centro Banamex a pacientes con COVID-19? ¿Cómo ha sido el trato a los médicos participantes?

7. ¿Se vacunará cuando exista la opción? ¿Por qué sí o por qué no? Si pudiera, ¿qué vacuna elegiría?

9.- ¿Existe una segunda ola? ¿Cómo vive esta segunda fase o repunte de casos?

10.- A juicio propio, ¿cuál ha sido el papel de la unidad temporal Citibanamex en esta pandemia?

**GUÍA ACTUALIZADA DE PREGUNTAS MÉDICOS(CAS) GENERALES QUE
ATIENDEN LA PANDEMIA 2021**

- 1.- ¿Qué ha cambiado de tu experiencia profesional en esta segunda ola? ¿Cambiaste de zona o sigues laborando en la misma área desde octubre? ¿has trabajado en algún otro centro de atención u hospital?
- 2.- ¿Sigue siendo Citibanamex uno de los mejores centros de atención a pacientes COVID? ¿Ha cambiado algo en estos últimos 3 meses a razón de la segunda ola?
- 3.- ¿Han contado con suficiente equipo de protección, material en esta segunda ola?
- 4.- ¿Has tenido más miedo, más burnout, más ansiedad, o depresión?
- 5.- ¿Qué ha sido lo más complicado para ti en esta segunda ola de la pandemia?
- 6.- ¿Se ha deteriorado o mejorado tu salud mental o emocional desde octubre a la fecha en esta segunda ola?
- 6.- ¿Has hecho algo diferente para cuidar tu salud en esta segunda ola, ya con más información respecto a la pandemia? ¿Has incorporado alguna estrategia de autocuidado? (*vitaminas, suplementos, mejorado tu alimentación, incorporado medicina tradicional o alternativa, has hecho más ejercicio o dormido mejor*).
- 7.- ¿Has utilizado como estrategia para evitar una reinfección, el contar los meses desde que te contagiaste y/o hacerte pruebas de anticuerpos constantemente?
- 8.- ¿Has pensado en renunciar tras las dificultades o cansancio que representan la segunda ola?
- 9.- ¿Has tenido ideación suicida, o depresión a partir de octubre con el incremento de casos? ¿Has incrementado tu consumo de alcohol, incorporado algún tipo de estimulante o te has automedicado en este tiempo?
- 10.- ¿Has podido atender tu salud mental de alguna manera a partir de octubre con la segunda ola de infecciones?
- 11.- En cuanto a la red de apoyo, ¿continúa siendo muy solidaria entre ustedes?

12.- Si ya no tienen la prestación de vivir en hoteles, ¿dónde viven y cómo ha cambiado este hecho la convivencia?

13.- ¿Continuaron el confinamiento de su familia o existieron fechas donde sí vieron a sus familiares en estos últimos meses? Si fue así, ¿qué medidas o estrategias adoptaron para protegerse y proteger a los suyos?

VACUNACIÓN

1.- ¿Ya te vacunaste? Sí/No, ¿por qué? ¿Sufriste alguna reacción?

2.- ¿Te vacunaste por convicción, o bien obligación? *Abordar si el haber padecido COVID cambia la perspectiva sobre la vacunación* ¿Te entregaron alguna identificación/pasaporte que avale que fuiste vacunado?

3.- ¿Qué opinas de la campaña de vacunación?

4.- ¿Tenías preferencia por algún tipo de vacuna?

5.- ¿Qué incertidumbre o miedo tienes respecto a la vacunación? ¿Cuál ha sido la percepción de tus otros compañeros y compañeras respecto a la vacunación?

6.- ¿En tu opinión funcionarán las vacunas? Me refiero tanto a crear inmunidad como para controlar la pandemia.

7.- ¿Qué opinión tienes respecto a quien no desea vacunarse en este momento? ¿Por qué crees que exista esa negación? ¿Crees que cambie esa perspectiva conforme pasen los meses?

8.- ¿Ya vacunado(a) cambiarás tu percepción del riesgo? ¿Qué estrategias podrías modificar y cuáles no? ¿Por qué?

9.- ¿Poco después de la primera inoculación? ¿cambiaste tus estrategias de autoatención?

10.- De lo que has escuchado, investigado o te han dicho. ¿Cuántos meses podrás estar relativamente tranquilo(a) por la inmunidad que te da la vacuna?

11.- ¿Qué opinión tienes de gente que desconfía o rechaza la vacuna? ¿Sientes que tienes un papel en convencer a pacientes, amigos, familiares?

PANORAMA HACIA EL FUTURO

1.- ¿Hasta cuándo tienes contrato con CITIBANAMEX? ¿te han invitado a continuar o te han invitado a colaborar en otro lugar?

2.- ¿Cuándo crees que podamos hablar de que la pandemia fue controlada en México y en el mundo? ¿Variará mucho?

3.- Una vez que concluyas tu participación en la Unidad Temporal Citibanamex, ¿has pensado sobre tu porvenir profesional? ¿Hacia dónde apuntas?

4.- ¿Ha cambiado tu inclinación profesional en estos últimos meses pensando en la especialización?

5.- ¿Qué otra estrategia debería de adoptar el gobierno federal para ayudar a mitigar la pandemia en estos momentos? ¿basta con la vacunación? ¿qué cambiarías de la campaña de vacunación para que pudiera ser más eficiente?

CARTA INVITACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO:

CIESAS - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Consentimiento informado de personas que van a participar en las entrevistas semi-estructuradas y sesiones de grupo focal del proyecto doctoral:

“DE ESTUDIANTES DE MEDICINA A COVIDÓLOGOS”

LA EXPERIENCIA DE JÓVENES MÉDICOS GENERALES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CDMX. EL CASO DE LA UNIDAD TEMPORAL CENTRO CITIBANAMEX (UTC-19).

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Este estudio es una investigación a nivel doctoral de Antropología Social con especialidad en Antropología Médica Crítica y cuenta con el apoyo por parte del CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) y del CIESAS, (Centro de Investigaciones y de Estudios Superiores en Antropología Social). Se le ha pedido a usted, tomar parte en este estudio debido a su participación profesional como médico/ca en atención a la pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2.

El objetivo central del presente proyecto es conocer más sobre cómo concibe usted su salud, antes, durante y después de la pandemia, así como conocer qué estrategias de autoatención ha empleado para cuidar su salud durante esta crisis sanitaria, tanto fuera como dentro del entorno hospitalario. Esto, con la finalidad de poder encontrar a partir de su propia narrativa, mejores maneras para comprender el escenario actual y contribuir al conocimiento respecto al cuidado y protección del personal de salud en futuras crisis sanitarias.

El trabajo de campo de esta investigación se llevará a cabo en el transcurso de 1 año, empezando en septiembre de 2020 y concluyendo en el mismo mes, pero de 2021. Su participación en el estudio incluirá probablemente tres o cuatro entrevistas semi-estructuradas, así como la posibilidad de participar a través de sesiones de grupo focal junto

con otros médicos/cas. Cada entrevista será consensuada de manera individual y partirá de la disposición que usted tenga para participar.

PROCEDIMIENTOS

Ya que éste, es un estudio de investigación, los procedimientos son experimentales. Si usted acepta participar, se le podría llegar a entrevistar hasta en cinco ocasiones durante el lapso de un año; e invitar a participar en al menos una sesión de grupo focal junto con otros médicos participantes para compartir experiencias colectivas. Finalmente, se le podría solicitar, su apoyo para resolver un cuestionario o bien, para llevar a cabo un seguimiento a sus estrategias de autoatención que utilice tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario para cuidar su salud durante la pandemia, esto se realizaría a través de la elaboración de un diario de campo de manera semanal, por alrededor de 6 meses; esto siempre con orientación del propio investigador. En cuanto a las entrevistas, éstas tendrán una duración de entre 45 minutos a 1 hora, aunque siempre se realizará conforme a los tiempos que usted disponga para no interponernos en sus actividades. Las sesiones de grupos focales podrían durar hasta un par de horas como máximo.

Durante la entrevista, se le preguntará sobre sus opiniones y experiencias personales relacionadas con el trabajo como médico/ca en atención a la pandemia, su percepción acerca de su propia trayectoria formativa, también se indagará si durante esta etapa formativa ha sufrido algún trastorno a su salud de manera general y de manera específica, si ha presentado algún problema de salud mental, (por ejemplo, ansiedad, depresión, estrés o burnout). También se le preguntará sobre cómo se ha autoatendido durante su praxis profesional en la pandemia por SARS-COV-2, y, sobre todo, si busca o ha buscado otras fuentes de apoyo o ayuda. También podría preguntársele, si aplica, sobre cómo hace frente a momentos de ansiedad, estrés o incluso depresión durante la crisis sanitaria por SARS-COV-2, y qué conocimientos, saberes y estrategias lleva usted a cabo para solucionar el problema. También podría preguntársele sobre el empleo de la automedicación y el uso de otro tipo de saberes, distintos a la biomedicina.

Se utilizará esta información solo como parte de esta investigación, y no se compartirá la información para fines de otros proyectos. Usted no tiene que contestar ninguna pregunta que no desee contestar.

Tanto las entrevistas semi-estructuradas como las sesiones de grupos focales serán grabada en audio. Esto nos permitirá dedicar más tiempo a escuchar sus respuestas y contestar sus preguntas durante la entrevista o sesión de grupo focal, en lugar de tomar apuntes, ya que podremos repasar sus respuestas otra vez después. No se identificará su nombre en las grabaciones en audio ni en los apuntes. Usted puede pedir que se detenga la grabación en cualquier momento o para borrar porciones de y/o la grabación entera. Los audios serán destruidos a los 90 días de haber sido procesadas.

Usted da ____ (SÍ), o NO da ____ (NO) su autorización para ser grabado/a en audio. (iniciales):

RIESGOS/INCOMODIDADES

No hay riesgos físicos por la participación en este estudio. El riesgo principal es en cuanto a su privacidad porque estará contestando preguntas personales o proporcionando su opinión. Aunque en ningún punto se harán disponibles los resultados o las respuestas individuales a personas ajenas al estudio, y los formularios y las grabaciones no tendrán su nombre, existe la posibilidad de que alguien descubra que usted ha participado en este estudio. Es su decisión si les dice o no a otras personas que usted ha tomado parte en este estudio. También, registros del estudio podrían ser revisados por el Comité de Ética del CIESAS (Centro de Investigaciones y de Estudios Superiores en Antropología Social) como parte de su supervisión del cumplimiento de este estudio con normas éticas.

Podría haber preguntas que le parezcan difíciles de contestar o que podrían incomodarle. Usted puede negarse a contestar cualquier pregunta que no desee contestar. El entrevistador intentará contestar las preguntas que usted tenga y atenderá cualquier preocupación que tenga sobre cualquier parte de la entrevista.

COMPENSACIÓN

No existe una compensación económica para usted por participar en este estudio.

BENEFICIOS

No hay beneficios directos para usted por participar en este estudio. Sin embargo, su participación en este estudio podría ayudarnos a aprender más acerca de la salud del personal sanitaria durante la contingencia por la pandemia, y, sobre todo, contribuiría al conocimiento y reflexión en torno a la protección y mejor cuidado de la salud, tanto física como mental, del personal sanitario durante una crisis pandémica como la que estamos viviendo.

CONFIDENCIALIDAD

Sus experiencias y opiniones son personales. Se hará todo lo posible para proteger la confidencialidad de la información que usted proporcione. Para asegurar esto:

- * la persona que trabaja en este estudio ha sido capacitada para respetar la privacidad de los participantes. Ellos nunca mencionarán lo que usted les haya dicho de tal manera que se le pueda identificar a usted.
- * Su nombre y otra información que pueda identificarle no aparecerán en ningún apunte, audio grabación o cualquier tipo de datos.
- * Este formulario de consentimiento será el único formulario con su nombre. Se guardará por separado de otros documentos del estudio.
- * Se guardará el formulario de consentimiento por 3 años después de analizar y describir los resultados finales del estudio y después de ese tiempo se lo destruirá por medio de incineración o con el uso de una trituradora de papel.
- * La identidad de los sujetos de investigación y sus respuestas son respetadas bajo la ley mexicana. Nunca revelaremos que usted participó o cualquier otra información a nadie más hasta el punto permitido por la ley.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Gunther Adolfo Hasselkus Sánchez le ha explicado este estudio y ha contestado sus preguntas. Si tiene alguna otra pregunta o algún problema relacionado a la investigación, usted puede hablar confidencialmente con Gunther Adolfo Hasselkus Sánchez g.hasselkus@cieras.edu.mx; celular: 55-32-71-03-09.

Es su decisión si participa en el estudio o no. La firma del consentimiento no implica la pérdida de los derechos individuales de acuerdo con las leyes locales de México. Usted puede dejar el estudio en cualquier momento. Si quisiera retirar su participación, puede informarle a Gunther Adolfo Hasselkus Sánchez. Si se retira del estudio se le preguntará si desea retirar su consentimiento para el uso de información suya que haya sido obtenida hasta ese punto. Podrá ver y sacarle una copia al registro de su participación en este proyecto.

Debido a la índole de la investigación científica, los investigadores también podrían retirarlo/a del estudio en cualquier momento. Usted recibirá una copia de este documento de consentimiento si así lo desea.

Si acepta participar en este estudio, favor de firmar su nombre a continuación:

(Si el/la participante no puede firmar, firmará con una impresión de su huella digital y designará a otra persona para que firme su nombre por él/ella).

Firma del sujeto (o su representante legal)

Fecha