

Cinira Magali Fortuna
María José García Oramas
(coordinadoras)

**Violencia y pandemia de covid-19:
narrativas de profesionales de salud
de México y de Brasil**



Esta obra se encuentra disponible en Acceso Abierto
para copiarse, distribuirse y transmitirse con propósitos no comerciales.

Todas las formas de reproducción, adaptación y/o traducción por medios mecánicos
o electrónicos deberán indicar como fuente de origen a la obra y su(s) autor(es).

Se debe obtener autorización de la Universidad Veracruzana
para cualquier uso comercial.

La persona o institución que distorsione, mutile o modifique el contenido de la obra será
responsable por las acciones legales que genere e indemnizará
a la Universidad Veracruzana por cualquier obligación que surja
conforme a la legislación aplicable.

Encuentra más libros en Acceso Abierto en:

<http://bit.ly/EditorialUVAccesoAbierto>

VIOLENCIA Y PANDEMIA DE COVID-19: NARRATIVAS
DE PROFESIONALES DE SALUD DE MÉXICO Y DE BRASIL

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Martín Gerardo Aguilar Sánchez

RECTOR

Juan Ortiz Escamilla

SECRETARIO ACADÉMICO

Lizbeth Margarita Viveros Cancino

SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Jaqueline del Carmen Jongitud Zamora

SECRETARIA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Agustín del Moral Tejeda

DIRECTOR EDITORIAL

VIOLENCIA Y PANDEMIA DE COVID-19: NARRATIVAS DE PROFESIONALES DE SALUD DE MÉXICO Y DE BRASIL

COORDINADORAS

CINIRA MAGALI FORTUNA

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS



Universidad Veracruzana
Dirección Editorial

Diseño de colección: Aída Pozos Villanueva
Maquetación de forros e ilustración digital: Jorge Cerón Ruiz

Clasificación LC:	R727.2 V56 2024
Clasif. Dewey:	363.32028
Título:	Violencia y pandemia de covid-19 : narrativas de profesionales de salud de México y de Brasil / coordinadoras, Cinira Magali Fortuna, María José García Oramas.
Edición:	Primera edición.
Pie de imprenta:	Xalapa, Veracruz, México : Universidad Veracruzana, Dirección Editorial, 2024.
Descripción física:	332 páginas : ilustraciones, tablas ; 23 cm.
Serie:	(Colección Biblioteca)
Nota:	Incluye bibliografías.
ISBN:	9786078969463
Materias:	Violencia contra el personal de salud--México. Violencia contra el personal de salud--Brasil. Pandemia de COVID-19, 2020- --Aspectos sociales.
Autores relacionados:	Fortuna, Cinira Magali. García Oramas, María José, 1961-

DGBUV 2024/30

Primera edición, 8 de mayo de 2024

D. R. © Universidad Veracruzana
Dirección Editorial
Nogueira núm. 7, Centro, CP 91000
Xalapa, Veracruz, México
Tels. 228 818 59 80; 228 818 13 88
direccioneditorial@uv.mx
<https://www.uv.mx/editorial>

ISBN: 978-607-8969-46-3

Esta obra se realizó con la colaboración académica de la Escola de Enfermagem de Ribeirão de Preto, de la Universidade de São Paulo.



Esta publicación se apoyó en parte con recurso del fondo de Consolidación para Cuerpos Académicos 2023, de la Dirección General de Desarrollo Académico e Innovación Educativa de la Universidad Veracruzana.

Este libro fue editado bajo un proceso certificado por la Norma ISO 9001:2015



Impreso en México
Printed in Mexico

*Dedicamos este libro a los profesionales de salud
de Brasil y de México, especialmente a las mujeres,
por su dedicación, compromiso y resistencia frente
a lo desconocido, la violencia y la muerte*

AGRADECIMIENTOS

A la Agencia Universitaria de la Francofonía por el financiamiento del proyecto Pandemia y violencia: retos en la vida cotidiana de los profesionales de salud.

A la beca de productividad del CNPq de Brasil por el proceso de Beca de Productividad número: 317384/2021-0.

PRÓLOGO ACÉRQUENSE

LUCIANE MARIA PEZZATO¹

Imagina vivir en un mundo en el que todos podamos ser quienes somos, un mundo de paz y posibilidades. Es verdad que una revolución feminista por sí sola no creará ese mundo; necesitamos acabar con el racismo, el elitismo y el imperialismo. No obstante, hará posible que seamos personas autorrealizadas –mujeres y hombres– capaces de crear una comunidad amorosa, de vivir juntos, de hacer realidad nuestros sueños de libertad y justicia, de vivir la verdad de que todos somos “iguales en la creación”. Acérquense. (Hooks, 2018, p. 15).

Con esta frase, Bell Hooks concluye la introducción de su libro *El feminismo es para todos*, invitándonos a todas y a todos a acercarnos al feminismo para luchar por un mundo con menos injusticias y con más amor. La autora habla del feminismo como derecho, como política y como movimiento para acabar con el sexismo. Sexismo que mata y que también ha matado a muchas mujeres durante la pandemia de la covid-19, causada por el virus SARS-CoV-2.

El sexismo es abordado también por Eliza Toledo (2020) en el *Diario de la Pandemia* (8 de abril de 2020) como un problema histórico, registrando el aumento del número de casos de violencia contra las mujeres ya en el inicio del brote epidémico. Con la medida preventiva del encierro social para reducir la propagación del virus, muchas mujeres se vieron obligadas a confinarse con parejas abusadoras. Toledo presenta

1 Profesora del Instituto de Salud y Sociedad de la Universidad Federal de Sao Paulo, Baixada Santista, Brasil.

datos alarmantes consignados en varias revistas de distintos países, tanto de América como de Europa y de Asia. La violencia de género es una pandemia silenciosa.

Para modificar este escenario necesitaremos alianzas, muchas voces-mujeres, de mujeres que cuenten sus historias para romper este ciclo de violencia y crear sororidades y ecos de vida-libertad, como señala el rotundo poema de Conceição Evaristo: *Voces-mujeres*.²

La voz de mi bisabuela resonó
niña en los sótanos del barco.
Resonó lamentaciones
de una infancia perdida.

La voz de mi abuela
resonó obediencia
a los blancos-dueños de todo.

La voz de mi madre
resonó bajito revuelta
en el fondo de las cocinas ajenas
bajo los fardos
de ropas sucias de los blancos
por el camino polvoriento
hacia la favela.
Mi voz todavía
resuena versos perplejos
con rimas de sangre
y
hambre.

2 Traducción de Gonçalves dos Santos y Das Mercês (2018).

La voz de mi hija
resuena a todas nuestras voces
reúne en sí
las voces mudas calladas
como nudos en las gargantas.

La voz de mi hija
reúne en sí
el habla y el acto.
El ayer –el hoy– el ahora.
En la voz de mi hija
se hará oír la resonancia
el eco de la vida-libertad

La invitación a prologar un libro dedicado a los profesionales de salud, especialmente a las mujeres que han sostenido literalmente los servicios de salud durante la pandemia de la covid-19, concretamente en Brasil y en México, fue un regalo y un reto.

Soy profesional de salud y mujer, y llevo más de 30 años formando a profesionales del sector sanitario. Leer las narrativas contenidas en este libro, escritas por profesionales que se han dedicado a salvar vidas, a menudo viéndose impedidas de estar con sus familias, me provocó una mezcla de sentimientos y mucha sororidad... Aunque no conocía a estas mujeres, podía sentir su dolor, los prejuicios y las incertidumbres a las que se enfrentaban y siguen enfrentándose.

Este libro constituye un pacto ético entre las profesionales de salud, como forma de denunciar el sufrimiento vivido y la violencia institucional en ambos países. Las historias siguen vivas... Las historias siguen reverberando.

La escritura de las narrativas como herramienta de reflexión sobre la experiencia permitió construir/reconstruir nuevos significados, producir otros sentidos. Una (re)organización de lo vivido, como una (re)mirada al

pasado, pensando el presente y quizás imaginando la construcción de posibles futuros.

Quando una persona narra los hechos que ha vivido, reconstruye el camino recorrido, dotándolo de nuevos significados. Así, la narrativa no es la verdad literal de los hechos sino, más bien, la representación que el sujeto hace de ellos y, de este modo, puede ser transformadora de la propia realidad (Cunha, 1997, p. 187).

Las narrativas hablan de una experiencia personal. Las narrativas hablan de una experiencia colectiva. Uno de los relatos resume en una frase lo que muchos de ellos aportaron a su comunalidad: “Me permitió tener clara la fragilidad del ser humano en todos sus ámbitos y darme cuenta del miedo a la muerte”.

¿Qué pasó en 2020? ¿Alguien puede explicárnoslo? ¿Alguien puede imaginar lo que nos esperaba en los meses que siguieron al fatídico día del 15 de marzo de 2020, cuando la Organización Mundial de la Salud anunció la pandemia?

Como afirma Miranda de Sá *et al.* (2020), muchos historiadores se han dedicado a “comprender las reacciones, las representaciones sociales y los temores colectivos ante las epidemias; la estigmatización de prácticas y grupos sociales asociados a las enfermedades; la resistencia a diversas medidas sanitarias, incluidas las cuarentenas” (p. 14).

Ignorancia, miedo, violencia, sufrimiento, inseguridad, muerte. Han sido muchos los sentimientos que nos han acompañado durante los dos años transcurridos desde entonces. Algunos tuvieron la impresión de que la vida cotidiana quedaba en suspenso con tantos planes aplazados, mientras que otros se limitaron a intentar sobrevivir. Y sabemos que, para más de 700 000 personas, solo en Brasil eso no fue posible.

¿Qué nos espera en el mundo pospandémico? Matta *et al.* (2021) consideran que

Los desafíos planteados por la covid-19 imponen la necesidad de reimaginar las ciencias sociales y las humanidades desde una perspectiva interdisciplinaria y sus posibilidades de acción en los contextos, espacios y dinámicas de países y poblaciones marcados por las desigualdades en ciencia, salud y protección social. El mundo pospandémico está en disputa y las ciencias sociales desempeñan un papel fundamental en la redefinición de la historia de la humanidad (p. 23).

¡Acérquense!

Vamonos a “aquilombar”,³ vamos a crear ecos de voces-mujeres, como podemos escuchar en este hermoso libro que nos presenta a 25 investigadoras, con 63 narraciones producidas en una polifonía de voces. ¡Ecos de vidas en libertad!

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- CUNHA, M. I. (1997). Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev. Fac. Educ.*, 23(1/2), 185-195.
- EVARISTO, C. (2008). *Poemas da recordação e outros movimentos*. Belo Horizonte: Nandyala.
- GONCALVES DOS SANTOS, Anderson Henrique y Calila Das Mercês (2018). *Literatura, negritud y resistencia en Diário de Bitita de Carolina Maria de Jesus*. Universidade de Brasília/UnB, Brasília, Brasil, https://www.clacso.org.ar/conferencia2018/presentacion_ponencia.php?ponencia=201841013310-1589-pg
- HOOKS, B. (2018). *O feminismo é para todo mundo. Políticas arrebatadoras*. Traducción de Ana Luiza Libânio, 1a. ed., Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

3 El aquilombamiento es el acto de asumir una posición de resistencia contrahegemónica de un cuerpo político.

- MATTA, G. C., S. Rego, E. P. Souto y J. Segata (coords.) (2021). *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19/Editora Fiocruz.
- MIRANDA DE SÁ, D., G. Sanglard, G. Hochman y K. Kodama (2020). Introdução. Os Historiadores e a Pandemia. En D. Miranda de Sá, G. Sanglard, G. Hochman y K. Kodama (coords.), *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec, pp. 09-17.
- TOLEDO, E. (2020). O aumento da violência contra a mulher na pandemia de Covid-19: um problema histórico. En D. Miranda de Sá, G. Sanglard, G. Hochman y K. Kodama (coords.), *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec, pp. 126-130.

PRIMERA PARTE

LA PRODUCCIÓN COLECTIVA DE UNA INVESTIGACIÓN INTERPROFESIONAL, INTERDISCIPLINARIA, MULTICÉNTRICA E INTERNACIONAL SOBRE LA VIOLENCIA EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19

CINIRA MAGALI FORTUNA

FELIPE LIMA DOS SANTOS

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

PRESENTACIÓN

LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN que da lugar a este libro es producto de la colaboración establecida a través de la Red Internacional e Interdisciplinar Francófona RECHERCHE AVEC, constituida desde 2014 con miembros de Brasil, México, Canadá y Francia y, más recientemente, con la participación de investigadores de España (Monceau y Soulière, 2017).

En 2021, la Agencia Universitaria Internacional de la Francofonía (Agence Universitaire de la Francophonie [AUF]) propuso una convocatoria de proyectos internacionales denominada Covid 19-2. Esta agencia es una asociación mundial de instituciones de enseñanza superior para la investigación y las asociaciones, y comprende más de mil instituciones, presentes en 119 países (Agence Universitaire de la Francophonie, 2021).

En la vida académica vivimos un momento de intensidad y de productividad académica (Patrus, Dantas y Shigaki, 2015) en el que los plazos y la construcción de proyectos coexisten con muchas otras actividades relacionadas con la docencia, la investigación, la gestión universitaria y las acciones de cultura y de extensión universitaria. El proceso de construcción de esta propuesta no se produjo en un contexto diferente y, al

reunir a investigadores de tres países para pensar juntos en la propuesta, se inició como un gran desafío.

Según Dominique Sanson (2013), las solicitudes de escritos, como las convocatorias de selección de proyectos, traen consigo demandas que buscamos satisfacer, aunque estas no nos sean a veces muy explícitas, considerando que ellas, desde una perspectiva de Análisis Institucional (AI), poseen un significado más allá de lo contractual y que requiere de escucha clínica e interpretación.

Para L'Abbate (2012), la demanda es la solicitud oficial de intervención realizada por la dirección de un grupo, sector u organización, y es la que desencadena el proceso de intervención. Las demandas corresponden a las peticiones, necesidades y deseos de los participantes del grupo con el que se va a trabajar. Al principio se ajustan a la solicitud de apoyo; sin embargo, pueden cambiar durante el proceso de intervención.

En la convocatoria de propuestas de la AUF, además de los temas deseados, consideramos la petición de incluir temas relativos a la lucha contra la violencia hacia las mujeres, en este caso relacionada con el personal de salud. De igual forma buscamos responder a la inclusión de jóvenes investigadores.

En la investigación realizada participaron veintiséis investigadores. Ocho de ellos son jóvenes profesor(a)es-investigadores especializados en el tema, en el método o en ambos. Además, participaron ocho profesor(a) es expertos en producciones científicas sobre el tema y/o el método. El equipo también contó con diez estudiantes: una estudiante de maestría en Brasil, una estudiante de iniciación científica y ocho estudiantes de doctorado en Brasil y México. Sus participaciones en el proyecto han sido un recurso importante para la formación de futuros investigadores y profesores.

Alguna(o)s investigadores del proyecto se han dedicado a la Educación Continua en Salud, investigando temas relacionados con los múltiples aprendizajes y desafíos que viven los profesionales de salud. Otros investigadores se dedican al tema de la mujer y también al tema de la

violencia. De igual manera tuvimos investigadores trabajando con el marco teórico metodológico del análisis institucional y de la investigación participativa (Fortuna *et al.*, 2022; Monceau y Fortuna, 2020; Romagnoli, 2021).

Otro interés presente fue la escritura como una posible herramienta para la Formación Continua en Salud, así como para la elaboración de situaciones vividas. La utilización de las narrativas escritas para los procesos de aprendizaje en el trabajo de salud es presentada por autores como una herramienta de autorreflexión y de elaboración de prácticas y experiencias profesionales (Azevedo y Gomes, 2019). El uso de la escritura como herramienta para situaciones de violencia vividas durante la covid-19 se presentó como un poderoso recurso de visibilidad de la situación, así como un espacio de posible (re)elaboración.

Siendo así, llegamos al título del proyecto Pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 y violencia: desafíos en la vida cotidiana de profesionales de salud, con los objetivos de experimentar la escritura como recurso de expresión y de resistencia con los trabajadores de salud, especialmente con las mujeres que sufrieron violencia durante la pandemia, así como de comprender los desafíos vivenciados por los profesionales de salud durante la pandemia.

Debido a las dificultades administrativas, los meses se fueron pasando y, mientras ello se resolvía, el proyecto se presentó al Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos (CEP) de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP-USP) y, en México, al Comité de Investigación y Ética de la Universidad Veracruzana.

Todas las secretarías municipales de salud involucradas en Brasil, así como los servicios de salud en México, dieron su consentimiento; y hubo un dictamen aprobatorio en Brasil bajo el número 5.323.520 y en México en el Comité de Ética de la Investigación del Centro de Especialidades Médicas-CEM, bajo el número 41/22.

También, mientras el proyecto era tramitado por el CEP y se aliaban las cuestiones administrativas con la AUF y la USP, organizamos

talleres entre los investigadores para trabajar colectivamente sobre las expectativas y posibles contribuciones de cada miembro del equipo de investigación.

De acuerdo con Fortuna, Silva y Kasper (2022), en la investigación participativa que involucra a un grupo de investigadores es necesario realizar dos trabajos concomitantes: uno es la construcción de la grupalidad entre los investigadores y el otro es la construcción de la propia investigación, involucrando a las personas que vivencian la problemática investigada. Para establecer la grupalidad entre los investigadores, las diferencias de idioma, valores, referencias teóricas y metodológicas necesitaron ser expuestas y negociadas a lo largo de la construcción de la obra colectiva.

Cuestiones como las diferencias entre los tiempos cronológicos (los distintos husos horarios, periodos vacacionales, entre otros, de los investigadores) y los tiempos subjetivos, como las exigencias institucionales y las actividades que experimenta cada uno de los investigadores en su vida cotidiana, fueron analizadas y trabajadas en conjunto. También hay la cuestión del *status*; por ejemplo, los jóvenes doctores tienen un reconocimiento diferente al de los que llevan más tiempo en la carrera docente. Dependiendo de la universidad, existen requisitos de producción de artículos y de desarrollo de la investigación financiada, aspectos que también jugaron un papel importante en la investigación.

En función de su nivel de formación (licenciatura, maestría o doctorado), los estudiantes implicados disponían de distintos tiempos para dedicarse a la investigación, así como de diferentes grados de experiencia en investigaciones. L(a)os estudiantes suelen tener diferentes horarios y disponibilidad para dedicarse a la investigación conjunta, que además varían en función de su condición de estudiantes; por ejemplo, si tienen un contrato laboral o son becarios.

Los coordinadores y responsables financieros son los responsables oficiales y legales del desarrollo de la investigación con las instituciones implicadas. La programación de las actividades y la gestión financiera

dependen de varios aspectos y sectores de la universidad. En el caso del proyecto de la AUF, tanto la secretaría del departamento como los sectores administrativo y financiero tuvieron que trabajar juntos en colaboración con los coordinadores. Lo mismo entre los administrativos de las universidades participantes en Brasil y en México para la transferencia de recursos.

Las lógicas financieras no siempre son del dominio de los investigadores implicados y todo este proceso conlleva tiempo, inversión y comprensión de los trámites de gestión administrativa de las instituciones implicadas. Estas variables influyen en el desarrollo de una investigación, y la mayoría de las veces estas cuestiones se suprimen o son silenciadas situándolas en un plano secundario, como si fueran menos importantes en el proceso de investigación científica.

A través de talleres, debates y trabajos conjuntos, todos estos aspectos fueron trabajados colectivamente, desarrollando la investigación en cada uno de los territorios implicados.

AGENDA 2030, VIOLENCIA Y PROFESIONALES DE SALUD

En el marco del cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), este proyecto se sitúa en una dimensión inclusiva y responsable, especialmente en relación con el Objetivo 3 Salud y bienestar y con el Objetivo 16 Paz, justicia e instituciones eficaces.

En relación con el Objetivo 3, los desafíos establecidos para América Latina se remiten a la cobertura sanitaria universal y de calidad para todos, la erradicación de enfermedades, situaciones persistentes y emergentes relacionadas con la salud. Sin duda, una de las situaciones emergentes que obligó a replantear la agenda y su cumplimiento fue la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, reforzando la importancia del papel de los gobiernos y las instituciones para abordar la complejidad de la situación.

Si consideramos que los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 no son únicamente un marco conceptual y normativo para la acción, sino también una herramienta práctica de gestión, estos resultan indispensables para abordar los retos derivados de la covid-19 cuando los problemas estructurales de la región se han visto agravados por la crisis sanitaria y económica derivada de la misma (Tarín, 2021).

A la crisis sanitaria le ha seguido una importante crisis económica. En términos de impacto en la economía, Latinoamérica ha sido la región del mundo donde la recesión económica ha sido mayor, mientras que, en relación con la salud, la vulnerabilidad de la región se ha reflejado también en términos de mortalidad, ya que, aunque represente 9% de la población mundial, las Américas concentran 30% de las muertes globales, lo que implica retos adicionales para la región (Tarín, 2021).

Asimismo, en relación con la agenda para la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra riesgos financieros, la covid-19 afectó gravemente a las economías emergentes y puso en evidencia las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios debido a la falta de espacio para el tratamiento de enfermos graves, la escasez de medicamentos necesarios y el acceso desigual a las vacunas, todo ello especialmente relevante en el caso de Brasil, donde no se buscó la cobertura universal de vacunación de la población, por retrasos en la compra de vacunas, así como por la difusión de noticias falsas.

La pandemia también puso de manifiesto la incapacidad de los gobiernos y de los sistemas sanitarios para hacer frente a la situación. En términos de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión sanitaria, los países latinoamericanos no estaban preparados para afrontar la pandemia. Mientras que en los países desarrollados la cobertura pública del gasto sanitario alcanza hasta 90%, en México es solo de 52.90% y en Brasil de 40.88% (Expansión, 2022).

Por último, en relación con la agenda relativa al incremento de la financiación sanitaria, la contratación de profesionales, el desarrollo, la formación y la retención del personal sanitario, se destaca tanto la frag-

mentación de los sistemas sanitarios como la amplia desprotección social con una desigual distribución de los profesionales en zonas poco pobladas o de difícil acceso, así como la necesidad de contratar a profesionales más jóvenes con carencias en la formación sanitaria, lo que culmina en condiciones laborales precarias. En cuanto al Objetivo 16 de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, la paz, la estabilidad, los derechos humanos y la gobernanza efectiva basada en el Estado de derecho y la reducción de todas las formas de violencia como vías importantes para el desarrollo sostenible, es necesario promover sociedades pacíficas e inclusivas, facilitar el acceso a la justicia para todos, crear y fortalecer instituciones pertinentes, eficaces, responsables e inclusivas en todos los niveles (ONU, 2022).

La promoción de una cultura de paz basada en el respeto a los derechos humanos, la democracia, la tolerancia, la diversidad cultural y la reconciliación es particularmente relevante en Latinoamérica, que es la región más desigual y violenta del mundo. México y Brasil se encuentran entre los países con mayor incidencia de feminicidios, homicidios dolosos, secuestros, desplazamientos forzados, grupos de crimen organizado y tráfico ilegal de personas, entre otras situaciones de violencia generalizada (ONU, 2022).

La promoción de la cultura democrática, la rendición de cuentas y la transparencia institucional también son vitales en nuestros países, donde prevalecen la corrupción y la ineficacia a nivel institucional, y en las instituciones sanitarias en particular (ONU, 2022).

La transparencia y la rendición de cuentas son ampliamente reconocidas como dimensiones cruciales de la gobernanza democrática y, en el sector sanitario, según la OMS, son de los ejes fundamentales para fortalecer los sistemas de salud. Sin embargo, junto con la corrupción, se conoce poco la importancia de las causas y de las consecuencias de la mala gestión de los sistemas de salud (Hussmann, 2011). Según este autor, la corrupción existe desde hace varias décadas, como lo demuestra la covid-19, y prevalece especialmente en la distribución de medicamentos, bienes y

servicios; en la forma en que se movilizan, gestionan y pagan los fondos financieros (incluyendo la combinación de actores públicos y privados) y en los diferentes niveles de la administración pública (centralizada, descentralizada o intermediaria); en la gestión del personal, los medicamentos y los suministros, así como de los activos en instalaciones que desafían la regulación y la contratación; en las incoherencias en la información disponible para el público e incluso en la falta de control social ante la tolerancia social normalizada de algunas formas de abuso.

Respecto del Objetivo 16 de la Agenda, la ejecución de este proyecto pretende apoyar la participación activa de diferentes sectores (académico, sanitario y educativo) dentro del diálogo institucional sobre políticas sanitarias, con el fin de incluir componentes especiales para aumentar la transparencia y la rendición de cuentas en la prestación de servicios sanitarios. El objetivo es apoyar a la sociedad civil, el sector privado y las asociaciones profesionales (nacionales e internacionales) a fin de promover específicamente la transparencia y la rendición de cuentas en el sector sanitario.

En conclusión, este proyecto pretende contribuir a la implementación de los objetivos de la agenda 2030, para que no sean solo un ideal a seguir y se conviertan en una realidad concreta en la vida de las personas de los países donde se realizó la investigación, a nivel local pero insertos dentro de una acción multilateral y fundamentada en el ámbito internacional.

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

La pandemia de la covid-19 ha provocado múltiples complicaciones en el personal sanitario (Bhatt y Vaduganathan, 2020). Los efectos directos sobre las infecciones por el virus SARS-COV-2 han provocado millones de muertes en todo el mundo, así como considerables implicaciones físicas y emocionales entre la población en general y entre el personal sanitario en particular (Lai *et al.*, 2020; Caliar *et al.*, 2022).

Los profesionales de salud de primera línea estuvieron expuestos a los impactos de la pandemia debido a las largas jornadas de trabajo, la

insuficiencia de equipos de protección individual, el riesgo de infección y la sensación de no recibir el apoyo necesario para realizar su trabajo. En la literatura, ya hay estudios que comprueban el aumento de la violencia contra los trabajadores de primera línea, agravada por las implicaciones sanitarias de la covid-19 (Bitencourt *et al.*, 2021).

Según Ribeiro, Robazzi y Darli (2021), los profesionales de salud se han enfrentado a diversas dificultades, incluidas situaciones de violencia. Al inicio de la pandemia, fueron agredidos e incluso expulsados de espacios públicos por miedo de la población de ser contagiados por el virus. En México, las enfermeras fueron obligadas a cambiar sus uniformes de trabajo por ropas de uso cotidiano para no ser reconocidas (Chaudhuri, 2020).

En Latinoamérica, la violencia sufrida por los profesionales de enfermería no se restringe a los espacios de atención a la salud; hay relatos de violencia en las calles, en los supermercados y en los propios vecindarios. Esto evidencia una violencia más vinculada al contexto, ya que, en circunstancias no pandémicas, las agresiones contra el personal de enfermería suelen ocurrir en el lugar de trabajo (De la Cruz *et al.*, 2021). El estudio en cuestión indica que las agresiones sufridas no están relacionadas con el trabajo o con el cuidado directo de las personas con covid-19, ni tienen que ver con el hecho de ser enfermero (a), técnico o auxiliar de enfermería, sino, sobre todo, con el contexto actual en el que se producen estos actos de violencia.

Las y los profesionales de salud tienen 16 veces más probabilidades de sufrir actos de violencia que otros profesionales, y la pandemia de la covid-19 ha exacerbado esta situación (Li *et al.*, 2018). Según Bitencourt *et al.* (2021), casi la mitad de los trabajadores sanitarios entrevistados (47.6%) declaró haber sufrido actos de violencia durante la pandemia.

Por su parte, el trabajo de Meira *et al.* (2020) señala que la categoría profesional con mayor presencia en la línea de atención de la covid-19 incluye a enfermer(a)s, que representan 50% de los trabajadores que prestan atención a pacientes infectados. Para Cofen (2020), estos trabajado-

res son el grupo profesional más vulnerable; 80% de este grupo son mujeres. Las profesionales, especialmente las enfermeras, están más expuestas a los efectos psicológicos derivados de su práctica profesional que no solo están relacionados con la violencia sexual y de género, sino también con el acoso en el lugar de trabajo (Kahsay *et al.*, 2020; Thurston *et al.*, 2019).

En este sentido, han sido las mujeres en todo el mundo las que sirvieron en primera línea, soportando el estrés y la violencia derivados de la pandemia. En este punto, existen pruebas de malos tratos y acoso a las trabajadoras sanitarias de primera línea en países como China y Singapur, donde se registraron los primeros casos de covid-19 (John *et al.*, 2020). Estos efectos siguen siendo invisibles para los responsables de las políticas sanitarias.

Las manifestaciones de violencia se configuran como molestias explícitas o implícitas a la seguridad, el bienestar y la salud de los trabajadores y trabajadoras, que pueden repercutir negativamente en su salud y comprometer la calidad de la atención que prestan, llevándolos incluso a abandonar sus puestos de trabajo (Bitencourt *et al.*, 2021). Entre las consecuencias psicológicas de este tipo de violencia figuran también la depresión, los trastornos psicósomáticos y los comportamientos suicidas (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2020).

Según Coren (2017), de los profesionales que reportaron situaciones de violencia, 87.51% no denunció el caso ni lo reportó a ninguna instancia gubernamental. La falta de denuncia de situaciones de violencia vividas en el ámbito laboral impide que la evidencia sea utilizada por los responsables de las políticas de salud para reconocer estos escenarios y actuar en consecuencia (Li *et al.*, 2018).

Las expresiones de desmotivación, enojo, tristeza, así como los sentimientos de impotencia son comunes en el sector sin ser denunciadas porque, en la mayoría de los casos, es difícil tener pruebas contra el agresor, especialmente cuando el episodio ocurre disfrazado dentro del proceso de trabajo o sin la presencia de testigos, e incluso el trabajador tiene

dificultades para entender que lo que vivió es definido como un acto de violencia (Lucena *et al.*, 2018).

Por todo ello, será necesario elaborar más estudios relacionados con la violencia contra los profesionales de salud a través de mecanismos que faciliten la expresión y la visualización de su problemática por parte de gestores, usuarios, responsables políticos y los propios profesionales del sector, para una mejor comprensión de este complejo fenómeno.

EJES METODOLÓGICOS

En este proyecto destacamos el uso de la escritura como instrumento de análisis. La producción de narrativas y literatura con profesionales de salud y usuarios de estos servicios se utiliza desde hace algún tiempo en Brasil, en ámbitos hospitalarios y de atención primaria, así como en actividades de educación para la promoción de la salud. En el caso de México, las narrativas también se han utilizado con trabajadores y usuarios del sector educativo para construir comunidades educativas libres de violencia (Oramas, Pimentel y Vallejo, 2010). Entre las bondades de la escritura destacan: aportar nuevas estrategias de acción en el proceso salud-enfermedad, cuestionar el modelo de atención hegemónico centrado en procedimientos y especialidades y concebir el cuidado como una tarea ética, afectiva y estética de ser y actuar con el otro (Orofino y Silva, 2020).

Escribir sobre lo vivido y atribuirle nuevos significados a la experiencia es particularmente relevante si la experiencia estuvo llena de tensión, violencia, sufrimiento y muerte, como ocurrió en este contexto pandémico. Durante el periodo de actuación de los profesionales de salud en la pandemia por covid-19, el uso de técnicas y procedimientos no siempre se hizo con la calma necesaria para garantizar el cuidado, el diálogo y la producción de la deseada autonomía entre el profesional y la persona atendida.

La experiencia de escritura realizada con profesionales de salud, educación y asistencia social permite la producción de nuevos significa-

dos para trabajar y actuar frente a los sentimientos de debilidad, impotencia y quejas constantes (Machado y Fonseca, 2019). Es también una poderosa herramienta para transformar relatos cargados de dolor y de tristeza en relatos transformadores (Oramas y Vallejo, 2009), que generen formas renovadas de expresión de las experiencias vividas. Las narrativas presentadas en este trabajo fueron producidas por profesionales de salud, especialmente mujeres, que participaron en el proyecto a través de pequeños grupos de reflexión de 4 a 8 personas, todos en sesiones presenciales de 1 a 2 horas, excepto en el caso de un grupo que se realizó en una única sesión virtual. La tabla siguiente presenta cómo se distribuyeron los grupos durante la recolección de datos.

TABLA 1. Distribución de participantes en la investigación

BRASIL				
GRUPO	CANTIDAD DEGRUPOS	PARTICIPANTES	NÚMERO DESESIONES	NARRATIVAS PRODUCIDAS
PONTAL	2	15	3 sesiones por grupo	15
RIBEIRÃO PRETO	2	14	3 sesiones por grupo	21
GOIÁS	1	8	3 sesiones por grupo	8
BAHIA	0	1	0	1
MÉXICO				
GRUPO	CANTIDAD DE GRUPOS	PARTICIPANTES	NÚMERO DE SESIONES	NARRATIVAS PRODUCIDAS
XALAPA	1	4	1 sesión por grupo, virtual	6
MÉXICO				
GRUPO	CANTIDAD DE GRUPOS	PARTICIPANTES	NÚMERO DE SESIONES	NARRATIVAS PRODUCIDAS
MINATITLÁN	1	8	2 sesiones por grupo	6
OAXACA	1	6	2 sesiones por grupo	6
TOTAL BRASIL Y MÉXICO	8 grupos	56	14 sesiones	63

Fuente: elaboración propia.

Se invitó a la(o)s participantes de distintas formas: por invitación directa en sus lugares de trabajo, a través de internet, mediante carteles de invitación y en forma individual. Las sesiones se celebraron en espacios laborales o universitarios previamente acordados con los participantes. Al principio de las sesiones se les presentó el formulario de consentimiento informado, que fue firmado por cada uno de los presentes y conservado por el equipo de investigación. Por último, se les pidió permiso para grabar las sesiones y, posteriormente, transcribirlas y analizarlas y, en caso necesario, tomar notas durante las sesiones.

El desarrollo de las sesiones fue trabajado colectivamente, comenzando con la presentación del proyecto por parte de l(a)os facilitadores y participantes; después se les explicó en qué consiste la escritura narrativa, dándoles un ejemplo e invitándolos a escribir la suya. En un segundo momento, se les invitó a compartir sus narrativas en parejas y luego a compartir en colectivo sus impresiones y puntos de vista sobre el trabajo realizado. Finalmente, en un tercer momento, se les invitó a elaborar un mural colectivo sobre las dificultades y aprendizajes que experimentaron durante la pandemia.

Debemos señalar que en algunos grupos no se elaboraron los murales por falta de tiempo, ya que en general era difícil formar grupos y realizar sesiones de dos horas. En este libro se incluye un capítulo relativo a estas dificultades.

Las producciones científicas resultantes de la investigación han sido presentadas en congresos, en artículos científicos y en informes de experiencias, protegiendo siempre el anonimato de los participantes. Además, se realizaron varias presentaciones locales de los resultados y, en marzo de 2023, un *webinar* internacional.

Para el análisis de las narrativas y dinámicas de grupo, los resultados se organizaron en capítulos elaborados por l(a)os investigadores de cada grupo en cada país siguiendo los postulados del Análisis Temático (Braun y Clark, 2006), que permitió el ejercicio de la libertad teórica al

ser una herramienta flexible y útil que posibilitó la creación de un conjunto rico y detallado de interpretación de los datos recogidos.

Por último, se recopilaron las narraciones individuales y se transcribieron textualmente, tal y como las había elaborado cada participante que así lo deseaba.

CONSIDERACIONES FINALES

La producción colectiva de investigación y de conocimiento requiere del deseo del encuentro, de la inclusión de las diferencias, así como mucho diálogo entre tod(a)os los involucrados. Este capítulo retrata algunos de los movimientos desencadenados en la producción de la investigación Pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 y violencia: desafíos en la vida cotidiana de profesionales de salud. Distintas articulaciones teórico-metodológicas se desarrollarán en los diversos capítulos que compone esta obra.

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE (AUF) (2021). *Appel à projets international AUF COVID-19.2*. <https://www.auf.org/nouvelles/appels-a-candidatures/appel-a-projets-international-auf-covid-19-2>. Acceso el 10 de febrero de 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (2020). *Colóquio debate condições de trabalho dos profissionais de saúde na pandemia da Covid-19*. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/coloquio-debate-condicoes-de-trabalho-dosprofissionais-de-saude-na-pandemia-da-covid-19/47834/>
- AZEVEDO, C. R. F. y R. O. Gomes (2019), O uso da narrativa na educação permanente em Saúde: sentidos, êxitos e limites educacionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 23, núm. Interface (Botucatu).

- BHATT, A. S. y M. Vaduganathan. Discovery and care innovation amidst a pandemic. *Eur J Heart Fail.*, 22(12): 2202-2204, 2020. doi:10.1002/ejhf.2070
- BITENCOURT, M. R. *et al.* (2021). Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: A cross-sectional study. *PLoS One*, 16(6): e0253398, 17 de junio, doi:10.1371/journal.pone.0253398
- BRAUN, V. y V. Clarke (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, vol. 3, núm. 2, pp. 77-101.
- CALIARI, J. S., M. A. Santos, C. R. S. Andrechuk, K. R. C. Campos, M. F. Ceolim y F. H. Pereira (2022). Quality of life of nurse practitioners during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*, 75(suppl1):e20201382. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1382>
- CHAUDHURI, N. (2020). COVID-19: Restricting Health Workers' Free Speech has a Chilling Effect. *Health and Human Rights Journal* [internet]. Acceso el 10 de febrero de 2021. <https://www.hhrjournal.org/2020/05/covid-19-restricting-health-workers-free-speech-has-a-chilling-effect/>
- COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) (2020). *Nota Técnica pontua vulnerabilidade da Enfermagem na Pandemia*. http://www.cofen.gov.br/nota-tecnica--do-consorcio-maria-da-penha-pontua-vulnerabilidade-da-enfermagem-na-pandemia_79073.html
- COREN-SP (Conselho Regional de Enfermagem) (2017). Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp). *Sondagem com Médicos e Profissionais de Enfermagem*. <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2120>
- CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo) (2015). *Violência no Trabalho*. <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2120>. Acceso el 15 de agosto de 2021.
- DE LA CRUZ, J. P. S., T. B. González Castro, S. Pool García, M. L. López Narváez y C. A. Tovilla Zárata (2021). Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Rev Colomb Psiquiatr.* 8 de octubre. doi: 10.1016/j.rcp.2021.08.006
- EXPANSIÓN. Gasto público salud (2022). *Gasto Público Salud Per Capita 2021*. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>

- FORTUNA, C. M., A. B. Feliciano, M. V. Silva, M. S. Kasper, A. L. Viana y K. S. Santos (2022). Analyzers of Support Practices in Humanization and Permanent Health Education. *Paidéia*, vol. 32, p. e3208.
- , M. V. Silva y M. S. Kasper (2022). Análise da implicação: experiências em pesquisas e partilhas. En Adriana Barin de Azevedo, Daniele Almeida Duarte, Daniele de Andrade Ferrazza, Gustavo Zambenedetti y Michele da Rocha Cervo (coords), *Análise institucional e saúde mental: Diálogos plurais*. 1a. ed., Guarapuava: Unicentro, vol. 1, pp. 125-140.
- HUSSMANN, K. (2020). *Corrupción en el sector salud: perspectivas de América latina en los sub-sistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub-nacional)*. Panamá: Centro Regional para América Latina y El Caribe.
- (2011). *Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: perspectivas de América Latina en los sub-sistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub-nacional)*. Panamá: Centro Regional PNUD.
- JOHN, N., S. E. Casey, G. Carino y T. McGovern (2020). Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth.*, 20(2): 65-68, junio, doi:10.1111/dewb.12261. Epub 12 de abril de 2020. PMID: 32267607; PMCID: PMC7262171.
- KAHSAY, W. G. *et al.* (2020). Sexual harassment against female nurses: a systematic review. *BMC Nursing*, vol. 19, núm. 1, pp. 1-12.
- *et al.* (2020). Sexual harassment against female nurses: a systematic review. *BMC Nursing*, vol. 19, núm. 1, pp. 1-12.
- L'ABBATE, S. (2012). Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, 8 (1): 194-219.
- LAI, J. *et al.* (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 3(3): e203976, 2 de marzo. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- LUCENA, P. L. C., S. F. G. Costa, J. B. V. Batista, E. L. M. Araújo, C. C. D. Soares y R. M. G. C. Rolim (2019). Testemunhas de assédio moral na Enfermagem: identificando características desse fenômeno, sentimentos e estra-

- tégias de enfrentamento. *REME-Rev Min Enferm.*, 23: e-1164. doi: 10.5935/1415-2762.20190012
- MACHADO, A. M. y P. F. Fonseca (2019). A escrita endereçada como prática de formação e construção de realidade. *Mnemosine*, vol. 15, núm. 1, pp. 4-22. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/45970/30914>
- MARTINS, P. (2020). Colóquio debate condições de trabalho dos profissionais de saúde na pandemia da Covid-19. *Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)*, 6 de mayo de 2020. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/coloquio-debate-condicoes-de-trabalho-dosprofissionais-de-saude-na-pande-mia-da-covid-19/47834>. Acceso el 15 de agosto de 2021.
- MEIRA, K. C., L. J. D. Myrrha, J. C. Jesus, J. S. A. Oliveira y P. S. Silva (2020). O perfil e a sobrecarga na jornada de trabalho de profissionais da linha de frente ao combate à pandemia da COVID19. *ONAS-COVID-19*. <https://demografiufrn.net/2020/05/13/sobrecarga-linha-frente/>
- MONCEAU, G. y C. M. Fortuna (2020). Le pouvoir des sujets dans les institutions: de sa négation à sa reconnaissance. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, vol. 30, pp. 111-127.
- y M. Soulière (2017). Mener la recherche avec les sujets concernés: comment et pour quels résultats? *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, núm. 45.
- ONU (Organização Das Nações Unidas) (2022). Objetivo 17: Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible. *Agenda 2030 en América Latina y el Caribe*. Acerca de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. <https://agenda2030lac.org/es/ods/17-alianzas-para-lograr-los-objetivos>
- ORAMAS, M. J. G., S. R. Pimentel y S. R. Vallejo (2010). *Construyendo comunidades educativas libres de violencia*. Veracruz: Hablemos de Educacion.
- y S. R. Vallejo (2009). *Experiencias em avaliação participativa*. Veracruz: Hablemos de Educacion.
- OROFINO, M. M. y M. I. L. Silva (2020). Narrativas em saúde: quinze minutos de literatura na produção do cuidado em equipe multiprofissional. *Interface (Botucatu)*, 24: e190775. <https://doi.org/10.1590/Interface.190775>

- PATRUS, R., D. Dantas y H. B. Shigaki (2015). O produtivismo acadêmico e seus impactos na pós-graduação stricto sensu: uma ameaça à solidariedade entre pares? *Cadernos EBAPE. br*, vol. 13, pp. 1-18.
- RIBEIRO, B. M. S. S., M. L. C. C. Robazzi y R. de C. M. B. Dalri (2021). Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, vol. 4, núm. 2, pp. 115-124, 18 de agosto.
- ROMAGNOLI, R. C. (2021). Vulnérabilité sociale et risques: tensions dans le rapport famille-équipe dans l'Assistance Sociale au Brésil. *Reflets, revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 27, pp. 87-100.
- SAMSON, D. (2013). Escrita e trabalho de institucionalização: o efeito Goody. En S. L'Abbate, L. C. Mourão y L. M. Pezzato (coords.) (2013). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. 1a. ed., São Paulo: Hucitec, pp. 131-146.
- TARÍN, A. R. (2021). De la COVID-19 a la Agenda 2030 en América Latina: políticas públicas para una recuperación sostenible. Relatoría. En *Diálogos con América Latina:(2018-2021)*. Fundación Carolina, pp. 95-100.
- (2021). De la COVID-19 a la Agenda 2030 en América Latina: políticas públicas para una recuperación sostenible. Fundación Carolina, Madrid, 23 de fevbrero de 2021. *Diálogos con América Latina*. <https://www.fundacioncarolina.es/de-la-covid-19-a-la-agenda-2030-en-america-latina-politicas-publicas-para-una-recuperacion-sostenible/>
- Thurston, R. C. *et al.* (2019). Association of sexual harassment and sexual assault with midlife women's mental and physical health. *JAMA Internal Medicine*, vol. 179, núm. 1, pp. 48-53.

LA COVID-19 Y VIOLENCIAS EN EL TRABAJO EN SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES

CINIRA MAGALI FORTUNA
MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

LA PANDEMIA CAUSADA POR EL VIRUS SARS-COV-2 EN CONTEXTO

LA PANDEMIA CAUSADA POR EL VIRUS SARS-CoV-2 ha puesto de relieve varias contradicciones, revelando importantes pistas acerca de nuestra forma de vida en la sociedad actual. La violencia que han sufrido los profesionales de salud debe ser abordada en el contexto global del que surgió y que, según De Sousa Santos (2020, p. 24), emergió dentro de un sistema capitalista que

sometió todas las áreas sociales –sobre todo la salud, la educación y la seguridad social– al modelo de negocios del capital, es decir, a áreas de inversión privada que deben ser administradas para generar el máximo de ganancias para los inversionistas. Este modelo deja de lado cualquier lógica de servicio público y, por lo tanto, ignora los principios de ciudadanía y derechos humanos.

Para este autor, la violencia es la forma más compleja de intolerancia, puesto que se trata de acciones de imposición sobre el otro en el sentido de ejercer poder sobre los demás, que generan desigualdades y distintas formas de discriminación entre los más vulnerables.

Para Minayo y Souza (1998), la violencia es un fenómeno complejo, el término es polisémico y requiere abordajes interdisciplinarios que

tengan en cuenta el contexto, los momentos sociohistórico, político y económico.

En general, se le considera más en su aspecto instituido e histórico en relación con el ejercicio del poder dominante. Por ejemplo, la policía ejerce violencia contra los ciudadanos, los docentes involucran a estudiantes en situaciones violentas, así como profesionales de salud que serían violentos con los pacientes. Sin duda estos son los casos más comunes, pero es necesario considerar que también ocurren actos de violencia contra docentes, profesionales de salud y muchos otros profesionales, especialmente aquellos cuyas prácticas se enmarcan en contextos donde se encuentran bajo condiciones de desigualdad social, de ausencia del Estado y del capitalismo considerado por Guattari (1986, p. 211) como un sistema global e integrado. De acuerdo con el autor:

el capitalismo contemporáneo es global e integrado porque ha colonizado de forma potencial todo el planeta, puesto que en la actualidad vive en simbiosis con países que históricamente parecían haber escapado de él (países del bloque soviético, China) y porque tiende a hacer que ninguna actividad humana, ningún sector productivo esté fuera de su control.

Por lo tanto, las transformaciones de la violencia y del trabajo se forjan en un contexto colonizado por el capitalismo global integrado que engendra relaciones y subjetividades constituidas también por el género y por la etnicidad, producto de la dominación patriarcal.

La pandemia de la covid-19 ha revelado las formas en que el sistema capitalista global ha operado durante décadas, lo que no puede ser entendido sin dejar de lado otras formas de dominación que necesariamente lo acompañan: el colonialismo y el patriarcado. Dada su persistencia e insistencia, estos fenómenos se han vuelto tan invisibles que hoy es imperativo reconocer que la crisis provocada por la pandemia no es más que una faceta de una crisis permanente de precariedad y de

fragmentación social en la que estuvimos sumergidos en los últimos tiempos (De Sousa Santos, 2020),¹

En países como Brasil y México, la macroviolencia estructura la vida cotidiana de las personas, dado que a diario ocurren innumerables formas de violencia social que las afectan: homicidios dolosos, feminicidios, secuestros, desplazamientos forzados, trata de personas; todo sucede al mismo tiempo. Hay microviolencia física, emocional, económica; y esto sucede no solo entre extraños, sino también entre conocidos, con los que se convive a diario, ya sea en su casa, en la calle, en la escuela, en el trabajo, en la comunidad. Son fenómenos tan comunes que se han normalizado, mientras se desarrollan “zonas de invisibilidad”, como acertadamente las llama Boaventura de Santos, fruto de formas permanentes de educación y de adoctrinamiento en nuestros países, que hacen que estos problemas, aun delante de nosotros, parezcan lejos de nuestra realidad, con la intención de que no se altere la vida de los sectores privilegiados, que representan 1% de nuestra población, dado que somos unos de los países más desiguales del planeta.

A este permanente estado de crisis hay que sumar la covid-19, que ha puesto de manifiesto la incapacidad de los estados para prevenirla y hacerle frente, así como la fragilidad de la especie humana, lo que ha generado una verdadera crisis civilizatoria y planetaria de imprevisibilidad –los llamados fenómenos “naturales”– que, de hecho, han sido producto de nuestras formas de habitar el mundo.

1 Recientemente, Boaventura de Sousa Santos ha sido señalado por abuso sexual por tres de sus exalumnas, lo que trae a debate fenómenos que el feminismo nombra como “epistemicidio y extractivismo sexual”, en el sentido de que los aportes de las mujeres, sus ideas y sus pensamientos, en este caso relativas a las desigualdades socio-culturales, producto del trabajo de quienes lo han acompañado a él y a muchos otros autores, se han invisibilizado. Ello sin dejar de mencionar las violencias físicas ejercidas contra ellas. Sin que todo esto invalide las ideas del autor, lo que buscamos es enfatizar la relevancia de reconocer las contribuciones que él ha omitido mencionar y que son producto de su trabajo colectivo con mujeres que lo han acompañado a lo largo de los años, sea como estudiantes en formación o como colegas de trabajo.

VIOLENCIA Y TRABAJADORES DE LA SALUD

La salud es un sector formado por profesiones relacionales. Demailly (2008, p. 19) estudiará las profesiones relacionales:

Una profesión relacional articula estrechamente la experiencia, el posicionamiento ético y las prácticas de interacción. El núcleo de su objetivo aparece claramente: el campo de las profesiones relacionales incluye principalmente aquellas cuyo objeto principal e inmediato es la transformación del otro, de su persona.

Para los autores de la salud colectiva vigente en Brasil, la salud es un trabajo inmaterial, que produce un bien simbólico, cultural, único e histórico. Es una obra marcada por la incertidumbre y por la imprevisibilidad cotidiana. Incluso en situaciones rutinarias, por ejemplo, una consulta de rutina, existe una tensión particularmente por parte del paciente frente a su situación y al futuro.

Vivimos, por tanto, en un momento histórico de exposición de las contradicciones, sobre todo porque su visibilidad es amplificada por los medios y al mismo tiempo naturalizada por la veloz difusión de la información y, en ocasiones, de la desinformación. Esto constituye un complejo tema político, económico, sanitario y ecológico, entre otros.

Todas estas cuestiones conforman el sentido y el significado social del trabajo en salud, de la relación con los profesionales y los servicios.

De este modo, existe una producción activa que juega un papel en la construcción de nuestro modo de vida. Así, el lugar de los trabajadores de la salud en la sociedad es una producción compleja que engendra narraciones y relaciones al mismo tiempo que las produce.

En el sentido común existe la siguiente idea acerca de los profesionales de salud: al tratar enfermedades y lesiones, se ahorran estas preocupaciones, despreocupándose de los riesgos y sufrimientos (Fortuna, 2020). Deben permanecer en primera línea, incluso si existe el riesgo de

perder la vida y, a menudo, sin tener en cuenta su propia salud física y emocional.

Los profesionales de salud ocupan un lugar de poder y de saber en la sociedad, reconocido como indispensable. Ciertamente, el trabajo en salud también inspira reconocimiento y agradecimiento por parte de los usuarios. La existencia de varias personas cuyos nombres de pila se dan en honor a médicos, enfermeras o parteras es símbolo de ello. Paradójicamente, en situaciones de emergencia, también representan un riesgo para la salud de los demás, lo que los estigmatiza y discrimina, como sucedió durante la emergencia por la covid-19.

De igual manera, existe el pensamiento de que los profesionales médicos tienen más acceso a los medicamentos de la salud puesto que trabajan en este medio. Sin embargo, la realidad dista mucho de eso (Joseph y Joseph, 2016). Según estos autores, el sector de la salud es uno de los entornos más peligrosos para trabajar. De hecho, existen riesgos biológicos, como la exposición a la tuberculosis, al VIH, a la meningitis, etc.; riesgos químicos, riesgos de radiación, así como riesgos físicos y ergonómicos relacionados con las largas jornadas de trabajo, el medio ambiente y el estrés laboral.

Respecto de la violencia, hay estudios sobre las relaciones entre profesionales y su contexto de trabajo. Por ejemplo, un artículo realizado en Quebec en 2009 mostró que 87% del personal de enfermería sufrió violencia física, psicológica o sexual por parte de compañeros de trabajo, superiores o médicos (Lemelin, Bonin y Duquette, 2009).

En cuanto a la violencia contra los profesionales de salud, hay estudios que señalan a los profesionales como blanco de la violencia física y psicológica cometida por los pacientes por diversas razones: las propias enfermedades, condiciones del tratamiento, insatisfacción de los familiares por la dificultad para acceder a la atención o miedo a la muerte de un ser querido o miedo a las consecuencias de la negligencia y la incapacidad de los profesionales. Persiste la violencia de los usuarios contra los trabajadores en zonas de extrema vulnerabilidad social, posiblemente con armas

de fuego o cuchillos. En Brasil, por ejemplo, esa es la realidad que enfrenta el personal de salud de la familia que actúa en territorios sensibles.

Había cierto pacto para la protección de profesionales de salud por parte de los vecinos de determinadas colonias. El delantal blanco y el gafete funcionaron entonces como identificadores y pase libre para acceder a los establecimientos de los servicios de salud, viajar a estos territorios e ingresar a los hogares para brindar atención en el ámbito de las consultas médicas.

EJEMPLIFICANDO LA VIOLENCIA CONTRA PROFESIONALES DE SALUD

En un artículo publicado en junio de 2020 por *The Lancet*, titulado “Los ataques a los profesionales de la salud deben detenerse, especialmente mientras el mundo lucha contra la covid-19”, encontramos diversas observaciones e inquietudes sobre este fenómeno que probablemente sea cada vez más visible.

Al mismo tiempo que había aplausos en las ventanas, se producían situaciones de agresión como si los profesionales de salud fueran propagadores del virus. Esto es ilustrativo de la división binaria entre referirlos como héroes o como villanos.

El nombramiento de héroes, por ejemplo, suscita discusiones, se siente como un insulto a muchos profesionales que creen que es un intento de manipulación que oculta las condiciones de trabajo insostenibles. Al mismo tiempo, se presenta como un intento de reconocimiento (Fortuna, 2020). Particularmente, esta expresión se considera inadecuada porque los héroes son idealizados, no venden su fuerza de trabajo, son voluntarios y no son humanos. Son inmunes a los problemas a los que se enfrentan y capaces de afrontar cualquier situación, de la que siempre salen victoriosos.

Un estudio de Machado *et al.* (2022) en Brasil ha mostrado que la mayoría de la fuerza de trabajo en salud (77%) en el periodo de la pan-

demia era femenina, con jornadas laborales de hasta 60 horas semanales, falta de equipo de protección personal adecuado y sentimientos de sobrecarga, desprotección contra covid-19 y miedo de ser contagiado y de contagiar a sus familiares. Además, según Leonel (2021), “El estudio muestra que el 40% de ellos sufrió algún tipo de violencia en su entorno laboral. Además, son víctimas de discriminación en su propio vecindario (33.7%) y en el camino del trabajo a casa (27.6%)”.

Tres ejemplos de episodios de violencia (Xavier, 2020) vividos por trabajadores de la salud durante la pandemia en Brasil, en México y en Francia bien pueden bastar como botón de muestra. En México, la prensa reportó una serie de casos de violencia:

Enfermeras y médicos fueron atacados con huevos y agredidos físicamente. Un médico fue golpeado por impedir el ingreso de familiares a un área de cuarentena donde había muerto un paciente. A una enfermera le rompieron los dedos. Otro fue rociado con cloro en un centro comercial. Los informes también señalan expresiones de desprecio y repulsión de las personas hacia las enfermeras cuando se acercan a ellas.

En Brasil, el 1 de mayo de 2020, en la Praça dos Três Poderes de Brasilia, hubo una manifestación de enfermeras por las víctimas de entre estas por la covid-19 y fueron agredidas por seguidores del gobierno:

Lo que ninguno de los organizadores del acto podía esperar era la actitud de los simpatizantes del presidente Jair Bolsonaro. Durante la manifestación silenciosa, enfermeras, enfermeros y técnicos de enfermería portaban cruces y tenían los nombres de las 60 víctimas de la covid –hasta ese día. Hasta que el silencio fue roto por insultos, amenazas y agresiones físicas y verbales por parte de los simpatizantes del presidente.

En Francia, el Instituto Nacional de Investigación y Seguridad para la Prevención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (INRS)

se refiere a los ataques y violencia contra los empleados en un informe sobre la pandemia:

Los trabajadores de EHPAD (Establecimientos de Alojamiento para Personas Mayores Dependientes) pueden estar sujetos a fuertes tensiones en el contacto con los residentes. El aumento del ausentismo asociado a la negativa de acceso a las familias que muchas veces prestan ayuda (ayuda con la alimentación, por ejemplo) es fuente de intensificación del trabajo. La aplicación de medidas de barrera, el cuidado en la limpieza y desinfección muy periódica de las instalaciones son también fuente de trabajo adicional. A esto se suma el temor de contribuir al contagio de los residentes o de contagiarse, y la atención a los residentes enfermos que están sujetos a reglas de aislamiento muy estrictas. En este contexto, los residentes, ellos mismos privados del contacto con sus seres queridos, en situación de aislamiento social, pueden manifestar con mayor frecuencia e intensidad impaciencia, agresividad, violencia física o verbal contra los empleados, ya debilitados por esta situación inédita.

En general, cuando se estudia la violencia, se considera un fenómeno personalizado, que ocurre como reacción y como un comportamiento individual inapropiado. Raramente se considera en su complejidad, que va más allá de una época específica o de un contexto delimitado. No se consideran las condiciones de trabajo cada vez más degradadas por el neoliberalismo, por el debilitamiento de los sindicatos y por la pérdida de derechos laborales.

En Brasil, en el sector público, por ejemplo, existe la Nueva Gestión Pública (Kasper, 2022) que pretende aumentar la eficiencia a través de métodos provenientes del sector privado y que utiliza herramientas de gestión como la evaluación permanente de profesionales, metas, indicadores, tercerización de los contratos de trabajo, entre otros, interfiriendo en la organización de los procesos de trabajo en salud.

Cuando los profesionales de salud viven una situación de violencia que impacta negativamente en su autoestima, tienden a buscar explicaciones y soluciones simplistas, como generalizar la posibilidad de violencia a todos los usuarios o alejarse de ella. Estudios demuestran que, después de experimentar la violencia, existe una tendencia a “priorizar los aspectos cuantificables y objetivables de su trabajo en detrimento de la dimensión humana de su práctica” (Poulin-Grégoire, 2020). Esto se ve reforzado por la Nueva Gestión Pública.

La investigación cuyos resultado recoge este libro verifica las formas en que los profesionales de salud justificaban la violencia ejercida contra ellos: “Era normal, la gente tenía miedo de morir, de ser contagiada y de contagiar a sus familias”, mientras tenían que cumplir con las normas del hospital, acatar órdenes de los superiores, incluso trabajando varios turnos sin descanso y sin recibir estímulos extra porque “esas son las condiciones de nuestro trabajo”.

Así, en salud, el vínculo y la consideración hacia al otro en su unicidad es condición *sine qua non* para el cuidado del paciente. Por lo tanto, se acelera un proceso de fortalecimiento de la salud como conjunto de procedimientos, medicalización del cuerpo y de la mercancía. Además, la violencia es uno de los síntomas, efectos y productores de la objetivación de las relaciones humanas.

El ascenso de la extrema derecha política en algunos lugares del mundo encuentra terreno fértil para difundir sus valores y cuestionar los establecimientos de salud, las escuelas y especialmente los servicios que deben hacer operativas las políticas sociales. En Brasil, se experimenta la incitación a la violencia contra los profesionales de salud por parte de políticos y simpatizantes vinculados al gobierno de Bolsonaro, como en Brasilia el 1 de mayo. Existe un clima de desconfianza, fragilidad y miedo en el sector salud, especialmente agravado por una turbulenta campaña de vacunación y por el colapso del sistema de salud.

En el caso de México, ante la evidente incapacidad y fragilidad del sistema de salud del país, el presidente ha prometido públicamente que

su gobierno, en los años que le restan de mandato, transformará esta situación para que el sistema de salud sea equiparable al de otros países en desarrollo, como Dinamarca (Infobae: 27/12/2022.) Sin embargo, la precariedad laboral, la falta de medicamentos y de personal de salud, sobre todo en comunidades alejadas y marginadas, persiste.

Para finalizar, es cierto que todavía estamos sumergidos en un clima de incertidumbre y fragilidad. Creemos que discutir y visibilizar el tema puede contribuir a múltiples comprensiones de la vida, a imaginar nuevas formas de procesos civilizatorios, en diálogo y escucha con los profesionales de salud, para generar nuevas articulaciones con este sector, posicionándonos como investigadores atentos a las necesidades sociales. No podemos pretender que sabremos anticiparnos a los nuevos fenómenos que vendrán, pero sí podemos contribuir a la comprensión de sus efectos, a fin de imaginar juntos mejores futuros para la humanidad en su conjunto.

Quiséramos terminar este capítulo invitando a los lectores a reflexionar sobre la frase de Ailton Krenak, líder indígena, ecologista, filósofo, poeta y escritor brasileño: “Nuestra época se especializa en crear ausencias: del sentido de la vida en sociedad, del sentido mismo de la experiencia de vida. Esto genera una gran intolerancia hacia quienes aún pueden experimentar el placer de estar vivos, de bailar, de cantar”.

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- AYDOGDU, A. L. F. (2020). Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. *J. Nurs. Health*. 10(n. esp.): e20104006.
- DEMAILLY, L. (2008). *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Lille, Presses universitaires du Septentrion: Sciences sociales, 373 p., EAN: 9782757400456.

- FORTUNA, C. M. (2020). Nem heróis, nem novo e nem normal: a pandemia e as práticas profissionais da enfermagem (Editorial). *Online Brazilian Journal of Nursing*, vol. 19, p. 1.
- GUATTARI, F. (1986). *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. 3a. ed., tradução de Suely Rolnik, São Paulo: Brasiliense.
- INFOBAE (2022). *Cómo es el sistema de Salud en Dinamarca que AMLO prometió para México en 2023*, Argentina, 27 de diciembre. <https://www.info-bae.com/america/mexico/2022/12/27/como-es-el-sistema-de-salud-en-dinamarca-que-amlo-prometio-para-mexico-en-2023>. Acceso el 8 de agosto de 2023.
- JOSEPH, B. y M. Joseph (2016). The health of the healthcare workers. *Indian j. Occup. Environ. Med*, 20(2): 71-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299814/>
- KASPER, M. S. (2021). Repercussões da nova gestão pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França. 2021. Tesis de doctorado de Enfermería en Salud Pública, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.22.2022.tde-13052022-111604. Acceso el 22 de febrero de 2023.
- KRENAK, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. 1a. ed., São Paulo: Companhia das Letras.
- Lemelin, L., J. P. E. Bonin y A. Duquette (2009). Workplace Violence Reported by Canadian Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(3): 152-67. PMID: 19831059.
- LEONEL, F. (2021). Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. *Fiocruz*. <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>
- MACHADO, M. H. *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. En M. C. Portela, L. G. C. Reis y S. M. L. Lima (eds.). *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 283-295. In-

- formação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>
- MCKAY, D., M. Heisler, R. Mishori, H. Catton y O. Kloiber (2020). Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights covid-19. *The Lancet*, vol. 395, pp. 1743-1745.
- MINAYO, M. C. de S. y E. R. de Souza (1997/1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(3), noviembre de 1997/febrero de 1998.
- Pandémie: agression et violence envers les salariés. INRS, c2023. <https://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/pandemie-agression-violence-salaries.html>
- POULIN-GRÉGOIRE (2023). D. Effets de la violence verticale sur le travail d'infirmières soignantes exerçant en milieux hospitaliers: une étude exploratoire. *Association francophone pour le savoir (Acfas), Quebec, 2020*. www.acfas.ca/node/53963 . Acceso el 1 de agosto de 2023.
- SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO DISTRITO FEDERAL (2020). *1º de maio de 2020, um marco para a enfermagem do Brasil* <https://sindenfermeiro.com.br/index.php/2020/05/27/1o-de-maio-de-2020-um-marco-para-a-enfermagem-do-brasil/>
- SOUSA SANTOS, B. de (2020). *A Cruel Pedagogia do Vírus*. Coimbra: Edições Almedina.
- XAVIER, C. Organismos internacionais alertam para violência contra enfermeiros. *Jornal Tornado*, Portugal, 29 de mayo de 2020. <https://contee.org.br/organismos-internacionais-alertam-para-violencia-contra-enfermeiros/>. Acceso el 8 de agosto de 2023.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y TERRITORIOS: COMPOSICIONES EN PRODUCCIÓN

ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI

CINIRA MAGALI FORTUNA

LA RELACIÓN ENTRE PANDEMIA Y VIOLENCIA es compleja e implica una serie de experiencias en un momento en que vivimos situaciones de tensión e imprevisibilidad en nuestra vida cotidiana, incluso en el trabajo. El encierro, la lucha colectiva contra la muerte, la expectativa de no sobrecargar el sistema de salud pública fueron elementos vivenciados de forma diferente en diversos países del mundo. Consciente de la necesidad de producir conocimiento sobre este contexto, la investigación financiada por la Agence Universitaire de la Francophonie (AUF), en una asociación entre Brasil, México y Francia, se propuso analizar la experiencia de los profesionales de salud, especialmente de las mujeres, durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 en relación con los aspectos de la violencia. Se realizó una investigación cualitativa del tipo investigación-intervención, con la participación de profesionales de salud de esos dos países, que vivieron el periodo de la pandemia brindando atención en los servicios de salud.

Frente a la vertiente positivista que defiende que el análisis social debe ser objetivo y conducido por instrumentos estandarizados y pretendidamente neutrales, la investigación cualitativa insiste en que ese mismo análisis ha de ser promovido a través de la comprensión de la dinámica de las relaciones sociales que se construyen a partir de contextos, creencias y prácticas. Gunther (2006) destaca cuatro aspectos esenciales de esta modalidad de investigación, a menudo definida en oposición a la investigación cuantitativa: la comprensión como principio del conocimiento al enfatizar las relaciones complejas; la construcción de la

realidad, ya que la investigación se percibe como un acto subjetivo; el descubrimiento y la construcción de teorías mediante la interpretación de la realidad y la producción de textos mediante las diferentes técnicas de análisis de los datos recogidos.

En este sentido, “cómo conocer” se vuelve esencial para investigar lo que no se atiene a la objetividad, considerando la relación del investigador con el campo, la necesidad de dar voz a los actores sociales y a sus experiencias. Cefai (2002), al estudiar el Field Training Project (FTP), una innovación metodológica para su época, nos muestra cómo la Escuela de Sociología de Chicago, en la década de 1920, fue un referente en la defensa de la metodología cualitativa, afirmando la importancia de la situación social vivida y de las inserciones sistemáticas en el campo de investigación. Este grupo de estudiantes y profesores realizó importantes estudios de centros urbanos combinando conceptos teóricos e investigaciones etnográficas de campo, asegurando una sociología cualitativa. Para ello, sus investigadores utilizaron el FTP, que se mantuvo hasta finales de los años cincuenta, argumentando sobre la observación participante y las entrevistas en profundidad.

El FTP consistió en ejercicios impuestos a las y los alumnos, en los que cada uno de ellos debía describir la región que visitaba. De esta forma, produjeron experiencias con diferentes posturas y percepciones, además de enfatizar las discusiones sobre la relación entrevistado-entrevistador. Este proceso en el que el investigador era una persona viva y real interactuando con otros seres humanos fue un ejercicio de reflexión presente a través de la redacción de informes que narraban su relación con el objeto. Para el autor, el FTP es una invención, una legitimación de nuevas fórmulas de investigación, afirmando la habilidad del investigador, su capacidad de entrar y permanecer en el campo de la investigación sin ser objeto de hostilidad o rechazo.

Al discutir las metodologías actuales, Abbott (2015) entiende que uno de los desafíos es justamente contextualizar los hechos estudiados, relacionarlos con procesos e interacciones, contribuyendo a la realidad

estudiada y al avance de la teoría a partir de lo empírico. A nuestro entender, estas colocaciones tienen concordancias con la investigación de intervención como se hace en Brasil y en México, revelando la importancia de la relación con el ámbito y el énfasis en el contexto social, discutido en este texto a partir de la noción de territorio y de algunos dispositivos de investigación para la construcción de un *plan común*.

En el contexto brasileño, atento a las demandas de la sociedad y a la necesidad de trabajar con metodologías participativas que sostengan la complejidad y la procesualidad en la producción de conocimiento, tenemos la investigación-intervención, apoyada en las ideas de René Lourau y de Gilles Deleuze y Félix Guattari (Romagnoli, 2015). Esta modalidad de investigación encuentra correspondencias con la práctica de investigación clínica, presente en el trabajo socioclínico, que produce efectos sobre grupos, personas y organizaciones produciendo interferencias que posibilitan el análisis de las prácticas de servicios (Monceau, 2013). Tanto la investigación-intervención como la investigación socioclínica pretenden asociar investigación e intervención produciendo desplazamientos en el campo de investigación, además de realizar análisis junto a la población investigada, para desencadenar una producción colectiva de conocimiento en la que no hay un conjunto de reglas listas para ser aplicadas, sino la necesidad de generar un proceso de construcción que requiere de habitar el campo de investigación y del involucramiento del investigador (Romagnoli, 2015).

En las relaciones actuales entre el equipo de investigación y la población estudiada tanto en Brasil como en México, la cuestión del territorio, su develamiento y la articulación con sus potencialidades son fundamentales para pensar las relaciones del investigador con su campo de investigación. Es en el territorio que ocurre la experiencia concreta de los colectivos que integran las conexiones de los equipos de investigación con los involucrados en el estudio, conectando el saber popular, la universidad, las acciones con los usuarios, la alteridad, entre otros. Es en el habitar el territorio que el investigador construye un proyecto de trabajo cooperativo y colectivo.

TERRITORIO: CONTEXTOS RIZOMÁTICOS

Pensar la experiencia, el contexto y la práctica científica local nos lleva a la inserción en el territorio por parte de las y los investigadores como propone la investigación-intervención. La noción de territorio, base de la organización de los sistemas de salud, asistencia social y educación es ampliamente utilizada en las políticas públicas de nuestros países latinoamericanos, en los documentos oficiales y en las normas técnicas. El territorio va más allá del espacio geográfico, son espacios de vida, conexiones y vínculos cotidianos, que sostienen diferentes significados para los sujetos involucrados.

Desde esta perspectiva, el territorio representa mucho más que el municipio o la región donde se instalan los servicios; consiste también en las conexiones que se establecen entre las subjetividades, espacios relacionales de vida, de intercambios, de sostenibilidad y de ruptura de vínculos cotidianos que construyen significados para quienes viven y se mueven en él. En Brasil, como en México, pensar el territorio no significa homogeneizar las condiciones sociales y las realidades cotidianas en países con una inmensa diversidad, sino abordarlo como actor y no solo como escenario, a través de la apropiación de las situaciones que conlleva, en busca de la trama de relaciones sociales cotidianas presentes en las situaciones vividas (Romagnoli, 2014).

Aunque esta definición abarque ya la complejidad y las relaciones presentes en los servicios, es a partir de las ideas de Gilles Deleuze y Félix Guattari que buscaremos comprender cómo estas relaciones se dan en la dirección de la transformación institucional, con el objetivo de acompañar procesos y asociar saberes en la producción de conocimiento científico. La noción de territorio también se utiliza en el ámbito de la investigación de intervención y no solo en las políticas públicas, aunque sea un área en la que se realizan la mayoría de los estudios con esta metodología. El concepto de territorio trae la idea de movimiento, de acciones de entrada y salida, que se realizan por procesos de territo-

rialización, desterritorialización y (re)territorialización, inherentes a cualquier territorio (Haesbaert, 2006). En este sentido, el territorio surge como un eterno hacerse y deshacerse, componiendo un rizoma que se autoproduce agenciándose con los más variados elementos de la realidad, a los que está conectado y reconectado en todo momento (Deleuze y Guattari, 1980).

Se encuentra aquí la misma importancia del contexto destacada por Abbott (2015) como una de las grandes contribuciones de la Escuela de Chicago. Sin embargo, más allá de la empírea de un espacio concreto y geográfico, la dimensión contextual incluye también relaciones, procesos y movimientos, así como desafíos para las metodologías actuales. Conocer e intervenir en las relaciones es pensar de forma rizomática, transversal, comprendiendo la realidad a través de sus diferentes funcionamientos. La idea de rizoma fue tomada de la botánica y corresponde a una red de relaciones (Deleuze y Guattari, 1980). El rizoma es una especie de red móvil de flujos, remolinos y turbulencias, de límites internos y externos difusos, en la que se puede entrar y salir desde cualquier punto. Esta red está hecha de direcciones flotantes, sin principio ni fin. Su engranaje se realiza en relación con los más variados elementos de la realidad, a los que se conecta y se reconecta todo el tiempo, no reportando a una unidad, a una verdad única sobre una realidad que ya está dada. Esta dinámica de autoproducción es incesante, conforma el territorio y también nos remite a fuerzas que no tienen forma ni límites predeterminados y son coproducidas por sus agentes.

El pensamiento rizomático se hace por inmanencia, por la coexistencia de líneas duras, modelos ya cristalizados en el territorio, y líneas flexibles que pueden convertirse en líneas de fuga de lo repetido, formadas por flujos potentes que pueden aportar otras dimensiones; por la simultaneidad de repetición e invención, de estratificación y agencia. Esta manera de abordar la realidad y el territorio de investigación garantiza la complejidad, conteniendo al mismo tiempo, y no exclusivamente, formas estratificadas y fuerzas conectoras.

Formas y fuerzas que nos atraviesan como investigadores y atraviesan a las personas con las que producimos conocimiento. Lo que distingue las formas de las fuerzas es exactamente el modo de operar, puesto que ambas tienen la misma materia: la intensidad de la vida. En las formas, el funcionamiento es dicotómico y disociativo, realizando clasificaciones de esa intensidad, que forman estratos, segmentos que homogeneizan la vida (Deleuze y Parnet, 2008). Al dar contornos a las formas en que nos insertamos en el mundo, organizando nuestras acciones y nuestra vida cotidiana, el territorio nos ofrece “zonas familiares” producidas por líneas duras que limitan temporalmente la vida. Por ejemplo, en el caso de la política de asistencia social, que busca fortalecer las capacidades de los individuos y de las familias para enfrentar la exclusión social y que nos ayudó en este texto con la noción de territorio, vemos este tipo de operación en la repetición del sufrimiento de las familias en su vulnerabilidad, en la precariedad de la vida, en la violencia con sus circuitos reproductivos, en la cristalización de los equipos en su formación y en sus actividades, en el sentido de incapacidad de usuarios y profesionales, en las relaciones de poder entre profesiones reproduciendo rivalidades, en la falta de infraestructura material y en la ausencia de condiciones socioinstitucionales para la realización del servicio (Romagnoli, 2017). Estas cuestiones nos muestran las formas de este territorio, los modelos y las duras líneas establecidas y visibles que se reproducen en la cotidianidad institucional.

Las fuerzas, por su parte, tienen un funcionamiento heterogéneo, mutante y conectivo, constituyendo líneas de fuga que escapan de estas formas conocidas y reproductivas. En esta dimensión, compuesta por fuerzas moleculares e invisibles que atraviesan el campo social, se produce la expansión de la vida contenida por las líneas duras del territorio (Deleuze y Parnet, 2008). Estas fuerzas son convocadas por potentes encuentros con el campo de investigación. Las formas nunca agotan o capturan completamente estas fuerzas que desestabilizan el territorio y crean otros arreglos. Son las fisuras en los segmentos que permiten el cambio,

la creación de líneas de fuga. Son las fuerzas, presentes en las relaciones y en el movimiento que de ellas se origina, las que generarán nuevos significados y promoverán movimientos en el territorio, su mutación. En la asistencia social, las nuevas composiciones que se hacen en el cotidiano familiar a partir de las intervenciones son ejemplos de zonas de intersección entre el equipo y los usuarios, cuando los profesionales consiguen actuar y sostener nuevas prácticas en su cotidiano (Romagnoli, 2017).

Abordar el territorio como proceso, como movimiento, es valorar las relaciones y considerar la capacidad de agencia de las personas como la pieza clave para su comprensión, puesto que el territorio se mueve a través de las conexiones que se realizan con las fuerzas que lo atraviesan. La capacidad de agencia implica unir estados, aunar situaciones, conectar elementos, asociar subjetividades, experimentar en nosotros la activación de fuerzas instituyentes. De esta forma, esta capacidad produce alianzas y pasajes entre territorios estratificados y líneas de fuga, ampliando la fuerza de los grupos, aunque esto pueda ser capturado por clasificaciones y reducciones cuando se fija a un modelo instituido. Todos nos agenciamos y somos agenciados simultáneamente.

La capacidad de agencia, de gestión sobre la propia vida, corresponde a este pasaje “entre” lo instituyente y lo instituido, molecularmente sostenido por las relaciones. Cuando esta capacidad pierde su fuerza inventiva y su nomadismo, se forman los estratos, en movimientos de territorialización. Cuando recupera su fuerza conectiva, se produce la desterritorialización, la descodificación que permite componer estados inéditos. En otras palabras, los procesos de territorialización y desterritorialización forman parte de esta capacidad humana de agencia de forma inmanente y sustentan la procesualidad del territorio. En la política de bienestar social, somos testigos de muchos estratos endurecidos por la exclusión social, la vulnerabilidad, la pasividad y, a menudo, por la expectativa de un cierto asistencialismo, que pertenecen a territorios únicos. Estratos mantenidos por la historia y la mentalidad de la comunidad; no obstante, en este mismo territorio se realizan en-

cuentros, se manifiestan fuerzas en los encuentros que conforman líneas de fuga que inventan otras expresiones, emergen potencialidades (Romagnoli, 2017).

Las fuerzas buscan agenciamientos, velocidades y heterogeneidades, trabajando de forma conectiva a través de desestabilizaciones producidas por las relaciones, por las prácticas, por los encuentros que hacen que todos los implicados en la investigación nos atrevamos a probar nuevas formas de actuar. Las experiencias con ese “afuera” (afuera de nosotros mismos, de la universidad, de los sectores, de nuestra formación, de lo habitual...) que nos trae la desestabilización nos perturban, nos provocan extrañeza y desasosiego. Estas experiencias nos lanzan a estados que nada tienen que ver con las formas dominantes e instituidas en las que nos reconocemos e investigamos, ya que son su límite: remiten a lo que escapa a nuestros modelos, a los modelos de las personas con las que conocemos/intervenimos y pueden conducir a su transformación. Actuar puede consistir en renunciar a lo que ya sabemos para rendirnos a esa extrañeza, trastocando las formas establecidas de decir y de hacer. Producir conceptos, experimentar la fuerza práctica de la teoría es también generar procesos de creación de conocimiento en uno mismo y en los demás, de forma rizomática. En nuestra opinión, esta lectura es necesaria para pensar las conexiones y los impactos del territorio sobre el equipo de investigación y de la investigación sobre la población investigada.

En este sentido, la investigación Pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 y violencia: desafíos en la vida cotidiana de profesionales de salud se produjo en diversos territorios de Brasil y de México, y se realizó entre formas y fuerzas, entre normas, horarios y encuentros poderosos. El estudio se vivió en el campo, en pequeñas y en grandes ciudades, lo que sin duda interfirió en las vivencias y en la expresividad de los profesionales de salud.

En los poblados pequeños, se tiende a organizar la salud en la red pública a través de relaciones políticas partidarias que producen silen-

cios y muchas preocupaciones por exponerse (Avelar y Walter, 2008). Estas relaciones son formas de reproducción de las lógicas del colonialismo, del voto acarreado y de la privatización de lo público para los intereses privados de algunos grupos. Por otro lado, en los municipios más grandes, aunque exista interferencia política partidaria en la red pública de salud, los profesionales de salud suelen sentirse más libres para exponer sus experiencias. En el caso de los servicios de salud privados, la naturaleza de las relaciones políticas puede no ser partidista, sino más bien de los grupos de poder que ejercen la gestión del servicio.

Una de las tensiones vividas en la investigación fue la decisión de las y los participantes de publicar sus relatos con sus nombres, de forma anónima o de no permitir la publicación de los mismos. Ciertamente esta decisión de cada uno de los profesionales se basó en las relaciones producidas en estos territorios y en los grupos de discusión organizados en la investigación y que, paradójicamente, revelan relaciones jerárquicas y de silencio y, al mismo tiempo, relaciones de escucha y la posibilidad de expresar situaciones vividas. Algunos expresaron claramente que no les gustaría asumir la autoría de las narraciones por miedo a represalias por parte de la dirección de los servicios. Hubo trabajadores que optaron por la escritura anónima de su relato, pero no explicaron los motivos. Otros afirmaron su resistencia a estas formas de sometimiento a través de su autoría. Debido a las formas instituidas, optamos por dejar todas las narraciones como anónimas, porque también temíamos que los autores pudieran sufrir algún tipo de violencia adicional.

Las relaciones de género también constituyeron uno de los territorios de la investigación, ya que la gran mayoría de los investigadores y profesionales participantes eran mujeres.

El encuentro de las mujeres, profesionales de salud, con el tema de la violencia (re) produjo los territorios de la división técnica y social del trabajo, la fuerza del devenir femenino y muchos otros aspectos. La carrera de Enfermería, compuesta mayoritariamente por mujeres, con bajos salarios y dividida por funciones, en la pandemia fue la categoría

más expuesta tanto a la enfermedad y a la muerte por la covid-19, como a la violencia.

Otro elemento presente fue el de las vivencias de las y los investigadores en relación con la covid-19. Algunos tuvieron experiencias de pérdida de familiares, pérdida de colegas y amigos, enfermedad grave de familiares o de ellos mismos. Los relatos de los profesionales de las áreas de investigación produjeron y resonaron sentimientos de tristeza, alivio, nostalgia, solidaridad, rabia, indignación, entre otros.

Todos estos territorios, y seguramente otros más, compusieron la producción de los datos de la investigación y fueron también partícipes de la misma.

DISPOSITIVOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLAN COMÚN

Para llevar a cabo una investigación-intervención es necesario habitar un territorio en su complejidad, como lugar de paso y de movimiento, cultivando la disponibilidad para la experiencia, tan preconizada por la Escuela de Chicago, y también la apertura a la investigación “con”. En esta dirección, los investigadores deben estar dispuestos a componer con el territorio, lo que facilita habitarlo y seguir sus desplazamientos. Acompañar la dimensión procedimental del territorio implica acceder a un plano común tejido en la producción colectiva de datos de investigación entre investigadores y otros miembros de la investigación, así como entre nosotros mismos y ellos. Este plano común apunta a la dimensión colaborativa del estudio y no remite a lo homogéneo y a lo igual, en la búsqueda de alcanzar “la” verdad sobre la realidad. Al contrario, posibilita las conexiones con el otro en su diversidad, permitiendo la conexión entre los elementos heterogéneos que conforman el campo de investigación (Kastrup y Passos, 2013).

Acceder a este plano implica un movimiento que apoya la construcción de un mundo que es común y heterogéneo, a través de una lógica

relacional, tejida entre el equipo de investigación, los servicios, los profesionales, los usuarios y lo social, acogiendo tensiones y desestabilizaciones. Hardt y Negri (2014) proponen la construcción de la experiencia política de lo común como una forma de resistencia a los modos dominantes del individualismo contemporáneo, entendiendo lo común no como una propiedad, sino como un modo de producción. Insistiendo en el poder de la práctica colectiva, los autores denuncian el refinamiento de los mecanismos capitalistas, cuyo poder se ejerce en la producción y la corrupción de la subjetividad. El poder, al que denominan biopolítica, se basa en hacer vivir, en multiplicar las formas de existencia, en controlar las condiciones de vida. Biopolítica puede significar gestión, pero también lo contrario, la resistencia activa de la vida de la multitud, que remite a las fuerzas, a un plano de heterogeneidades que asumen un territorio común, que acoge las singularidades pero se abre a lo colectivo. De este modo, lo común, principio político basado en prácticas de colaboración y autogestión, se manifiesta en la producción biopolítica y en el quehacer colectivo. Para estos autores, cuando lo común es sustraído de la acumulación/valoración capitalista, este se abre al uso de la multitud, engendrando procesos democráticos y participativos.

¿Cómo delinear este plan común en la investigación-intervención en la relación con el territorio? Entendemos que este plan se persigue de múltiples maneras a lo largo del proceso de investigación. Sin embargo, nos gustaría destacar tres puntos esenciales en este trayecto: la construcción del dispositivo de investigación, a partir del análisis de la demanda; la práctica investigadora a partir de la conexión del investigador con los elementos del campo, mediante el análisis de la implicación y, finalmente, el trabajo analítico a partir del material de campo producido, mediante la lógica de la restitución. Puntos que habitan el territorio de investigación de forma transversal y no jerárquica, enfatizan los efectos de las relaciones, permiten dilucidar las líneas duras, trabajar con grupos y analizar la institución en la que investigamos, así como sus prácticas.

En la investigación, la construcción del plan común se hizo a través de la construcción del sistema de talleres. En este proceso, los profesionales de salud fueron escuchados acerca de la viabilidad de su participación, lo que llevó a priorizar tres reuniones de aproximadamente dos horas cada una. Hubo un taller con el profesor francés Gilles Monceau, que trabaja con socioclínica institucional, para el análisis de las demandas y encargos. Los detalles de esta intervención se exponen en el siguiente capítulo de esta obra.

La conexión de las y los investigadores con los ámbitos se produjo a través de numerosos momentos de inserción en los campos y de reflexiones conjuntas que tuvieron lugar antes y después de cada reunión con los grupos de participantes. Estas conversaciones fueron muy importantes para el análisis de las implicaciones, de lo que conectaba a los investigadores con las instituciones y de cómo estas atravesaban la investigación. También para identificar la sobreimplicación, la hiperinvolucración con la práctica, que muchas veces podía hacernos acríticos. El trabajo analítico se llevó a cabo en reuniones con los profesionales de los servicios y en un seminario web con los investigadores.

En la construcción del dispositivo de investigación, la investigación “con”, apuesta por un enfoque micropolítico que, al articular investigación e intervención, introduce una relación entre los participantes en la investigación (que incluye siempre al propio equipo investigador) y que, por lo tanto, provoca interferencias y favorece la emergencia de nuevas prácticas. En esta construcción están presentes el análisis de la demanda y el análisis de la implicación. El análisis de la demanda consiste en rastrear las dinámicas institucionales “tácitas” que se expresan de las formas más variadas, para poner bajo análisis el encargo de investigación, la solicitud por parte de una organización. En este punto, comienza la producción de conocimiento, que se transforma en un ámbito de intervención, accesible a través de la problematización de la demanda. Al diferenciar entre encargo y demanda, Lourau (2004) distingue entre el campo de intervención y el campo de análisis. El encargo nunca es el

centro de la investigación, ya que oculta las relaciones de poder y las tensiones institucionales. El análisis del encargo y el análisis de la demanda favorecen los cambios en el campo de intervención a través de conexiones con el campo de análisis, y ambos están intrínsecamente asociados. La asociación del campo de análisis y el campo de intervención asocia teoría y práctica, reflexión y acción, logrando lo que Abbott (2015) pretende: la contextualización de los hechos estudiados y su articulación con los procesos institucionales.

En la composición de estos momentos, debemos cuidar que el dispositivo sea siempre permeable a los ajustes en la conducción de la investigación exigidos por la experiencia de campo, de modo que podamos seguir la vida institucional en su procesualidad y el campo en su singularidad. A menudo es necesario modificar los procedimientos de producción de datos, analizar los conflictos, replantear las intervenciones. Esto se debe a que estos pueden cambiar o inventarse, según el alojamiento del territorio, las desestabilizaciones y tensiones que en el proceso de trabajo afectan tanto al investigador como a su campo. Algunos de estos procedimientos generalmente utilizados por el equipo de investigación son: asambleas, contactos informales, observaciones de las actividades de la institución, grupos de discusión, entrevistas individuales y colectivas, reuniones de restitución, entre otros. Junto con la implicación, la invención en la producción de datos es una valiosa herramienta de trabajo (Romagnoli, 2015).

En relación con las conexiones del investigador con el campo de investigación, la herramienta utilizada es el análisis de implicación. A partir de los encuentros, observaciones, actividades de investigación y de organización, entre otros, se pretende analizar los efectos de las prácticas en el cotidiano institucional, deconstruyendo territorios cristalizados y facilitando la creación de nuevas preguntas y prácticas. La implicación, la relación que los individuos tienen con las instituciones, rompe con la idea de neutralidad de la ciencia moderna, revelando que lo que la institución provoca en la/el investigador es siempre efecto de una pro-

ducción colectiva, intereses, expectativas, deseos, creencias que circulan en la relación con el campo de investigación. Problematizar estos efectos nos permite comprender la lógica de la institución. Analizar nuestras implicaciones es reflexionar sobre la vida cotidiana de la investigación, sobre las instituciones que nos atraviesan y los efectos de nuestras intervenciones, pensando en el lugar que ocupamos en el proceso, en nuestras prácticas de saber-poder. El análisis de la implicación problematiza percepciones, acciones, acontecimientos (Romagnoli, 2015).

Por último, en la tarea analítica utilizamos la restitución, también esencial en este tipo de investigación, multiplicando los puntos de conexión con el territorio. Este recurso posibilita la expresión de los sujetos, llamando a la reflexión colectiva, apoyando el cuestionamiento y la indagación. En cuanto a la restitución y la participación en el proceso de investigación, son estrategias para componer un colectivo de investigadores, permitiendo asegurar un pacto de trabajo conjunto a través de la revisión de las interpretaciones realizadas, permitiendo la expresión de las percepciones de los participantes y la elaboración colectiva, poniendo bajo análisis las instituciones y su vida cotidiana.

La restitución en la investigación-intervención puede ser pensada como un giro en las prácticas colonizadoras de la investigación científica, colocando el conocimiento producido por estas en aquellos que lo hicieron posible, incluso para discutirlo (Amador, Lazzarotto y Dos Santos, 2015). Es a través de este hacer colectivo que la investigación-intervención se coloca para producir nuevas fuerzas, tejer un campo de creación de significados, conocimientos y subjetivación relacional entre investigadores y sujetos-colectivos de investigación. La propuesta es afirmar la participación de todos los involucrados en la investigación en el curso, en una operación que transforme los modos de investigación-intervención, abriendo discusiones y brechas en los modos instituidos y reproductivos de las formas, para que el territorio pueda moverse y transformarse. Los efectos de este análisis colectivo remiten a una elaboración en curso, a un proceso subjetivo y conectivo.

Dado su carácter de transversalidad, la investigación de intervención intensifica las relaciones presentes en el territorio, se sociabiliza con los participantes de la investigación, a través de un sesgo crítico (Romagnoli, 2019). Poner en funcionamiento la teoría es una forma de extrañar lo instituido, interfiriendo de forma problematizada en el campo de la investigación, asociando elementos heterogéneos. La construcción del plan común indica la importancia de la transversalización, en los puntos que examinamos anteriormente y que se conectan de forma rizomática y transversal, activando lo social y el poder de actuar de los colectivos. Estos puntos también actúan en lo molecular, favoreciendo la creación de líneas de fuga, agenciamientos con la diferencia que permiten sortear la reproducción de quejas, lamentos y resentimientos, tan presentes en el campo del trabajo social, por ejemplo. En este sentido, la investigación- intervención busca generar dispositivos que permitan ampliar la relación con la realidad, con las personas que estudiamos y con las prácticas sociales, en las que no hay reglas prefabricadas, sino una coproducción que requiere acompañar los procesos rizomáticos del territorio.

CONSIDERACIONES FINALES

Las demandas contemporáneas nos llevan a pensar la complejidad y la procesualidad en el diseño metodológico de una investigación y llaman a la construcción de un plan común, construido también por el análisis de la demanda, el análisis de la implicación y la restitución en la composición del territorio de investigación. Territorio que nos aporta no solo el contexto, como defiende la Escuela de Chicago, sino sobre todo la experiencia compartida, el plano de lo común, las relaciones, que tienen lugar no solo en el campo de lo instituido, de lo visible, sino que crean un campo de efectos, moleculares e invisibles, que afectan a todos los implicados. Una lógica relacional que favorece el diálogo de la teoría con la práctica, propiciando el desplazamiento de la ciencia.

En lo expuesto en este texto, podemos afirmar que investigar consiste en habitar territorios, transitando sus caminos y sus conexiones, acogiendo su fluidez y sus tensiones. Reflexionar sobre lo que es investigar y buscar nuevas formas de habitar el campo, sigue siendo un desafío, como lo fue para la Escuela de Chicago. La implicación necesaria y la intervención inevitable conectan al investigador con el territorio de investigación en una exigencia de flexibilidad y disposición a la indeterminación de lo que se pretende conocer. Además, invierten en el papel de la investigación en la transformación social, una apuesta hecha desde los años veinte por algunos investigadores norteamericanos (Abbot, 2015; Cefaï, 2005).

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- ABBOTT, A. (2015). Actualité de la tradition sociologique de Chicago. *Raisons politiques*, 60(4), 9-43, 2015. doi:10.3917/rai.060.0009. <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2015-4-page-9.htm>
- AMADOR, F. S., G. D. R. Lazzarotto y N. I. S. dos Santos (2015). Pesquisar-Agir, Pesquisar-Intervir, Pesquisar-Interferir/Search-Act, Search-Intervene, Search-Interfere. *Revista Polis e Psique*, [S. l.], vol. 5, núm. 2, pp. 228-248. doi: 10.22456/2238-152X.58180. <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/58180>
- AVELAR, L., y M. I. M. T. Walter (2008). Lentas mudanças: o voto e a política tradicional. *Opinião Pública*, vol. 14, núm. 1, mayo, pp. 96-122.
- CAFAÏ, D. (2015). Pesquisar-agir, pesquisar-intervir, pesquisar-interferir. *Revista Polis e Psique*, 5(2), 228-248. http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/58180/pdf_26
- DELEUZE, G. y F. Guattari (1980). Introduction: rhizome. En Gilles Deleuze y Félix Guattari, *Mille Plateaux: capitalisme et schizophrénie*. Paris: Editions de Minuit, pp. 9-23.

- DELEUZE, G. y C. Parnet (2008). *Dialogues*. París: Flammarion.
- GÜNTHER, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-209. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>
- HAESBAERT, R. (2006). Território e Desterritorialização em Deleuze e Guattari. *O mito da desterritorialização*, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, pp. 99-141.
- HARDT, M. y A. Negri (2014). *Declaração: isto não é um manifesto*. São Paulo: n-1 Edições.
- KASTRUP, V y E. Passos (2013). Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal Revista de Psicologia*, 25(2), 263-280.
- LOURAU, R. (2004). Implicação e Transdução. En Sônia Altoé (coord.), *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, pp. 212-213.
- MONCEAU, G. (2013). Effets d'une pratique clinique de recherche. En R. C. Kohn (coord.), *Pour une démarche clinique engagée*. París: L'Harmattan, pp. 91-104.
- ROMAGNOLI, R. C. (2014). Acerca da noção de território no SUAS: a proposta esquizoanalítica. En R. Romagnoli y M. I. C. Moreira (coords.), *O Sistema Único de Assistência Social (SUAS): a articulação entre psicologia e o serviço social no campo da proteção social, seus desafios e perspectivas*. Curitiba: Editora CRV, pp. 117-131.
- ROMAGNOLI, R. C. (2015). L'implication et la recherche-intervention institutionnaliste au Brésil: différences et interfaces. *Cahiers de Psychologie Politique*, núm. 27.
- (2017). Interférences entre université, équipe professionnelle et communauté: une recherche-intervention dans le cadre de l'assistance sociale au Brésil. En G. Monceau (coord.), *Enquêter ou intervenir?: effets de la recherche socio-clinique*. Nîmes: Champ social, pp. 58-68.
- (2019). L'accompagnement des accompagnateurs du vieillissement dans le programme brésilien Maior Cuidado: les défis de l'interdisciplinarité et de l'intersectorialité. En S. Pesce y H. Breton, (coords.), *Accompagnement en éducation et formation: dimensions collectives, coopératives et partenariales*. París: Téraèdre, pp. 221-232.

DEMANDAS DE PROFESIONALES DE SALUD QUE PARTICIPARON EN LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA INVESTIGACIÓN

GILLES MONCEAU

Durante la investigación realizada con profesionales sanitarios de Brasil y de México que enfrentaron la violencia en los momentos más graves de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, el equipo de investigación, compuesto por 26 investigadoras e investigadores de México y de Brasil, entre profesores y profesoras expertos y jóvenes, todos especializados en el tema, en el método o en ambos, y diez estudiantes de maestría y de doctorado, fue incentivado por sus coordinadoras para participar en un taller coordinado por mí, que ayudara en la reflexión sobre la motivación de los grupos de profesionales que participaron en el proyecto. Se eligió el tema de la “demanda”. Por lo tanto, primero debo aclarar lo que entiendo por “demanda” en el enfoque metodológico de las socioclínicas institucionales (Monceau, 2019).

En el marco conceptual del análisis institucional teorizado por René Lourau (1970), que fundamenta el enfoque institucional socioclínico, las demandas se consideran una forma diferente al encargo. Por lo tanto, es necesario definir simultáneamente el encargo y la demanda.

Los conceptos encargo y demanda han sido desarrollados en la experimentación de René Lourau y Georges Lapassade con la intervención socioanalítica a partir de los años sesenta. Estos dos autores formalizaron los seis principios de este tipo de intervención en 1971 en un pequeño libro: *Claves de sociología* (Lapassade y Lourau, 1971). Entre estos principios se encuentra el análisis del encargo, definido así: “El análisis de la demanda comprende el encargo oficial del staff-cliente (dirigentes de la organización), su demanda implícita desviada con relación al encargo,

u oculta tras el encargo, y la demanda del grupo-cliente compuesto de los miembros y usuarios de la organización”.¹

El momento en que se formaron y se reunieron los grupos de trabajo de investigación sobre la violencia sufrida por los profesionales de salud se correspondió con el encargo que figuraba en el proyecto presentado a la AUF (Agence Universitaire de la Francophonie), como se ha expuesto en el primer artículo de esta obra. Estos grupos debían reunirse, los participantes debían debatir sus experiencias y luego redactar relatos. Las(os) investigadores debían incentivar este proceso de trabajo y las coordinadoras del proyecto debían garantizar el buen funcionamiento del conjunto hasta la elaboración de una publicación.

Aunque este encargo es de hecho el resultado de una respuesta a una convocatoria de proyectos, su aceptación por la AUF transformó el proyecto en un encargo. Este pedido incluye la realización del proyecto en sí, así como todos los elementos administrativos y financieros que este conlleva.

En el análisis institucional, el encargo no basta para comprender los retos del trabajo colectivo. Es también necesario identificar las demandas de los participantes y estas están entrecruzadas por demandas sociales más amplias. Así, cuando pequeños grupos de profesionales de salud se reúnen para discutir su experiencia de violencia en los momentos más difíciles de la pandemia, expresan no solo su experiencia particular, sino también la de su profesión. Al participar en el proyecto, se convierten en portavoces de sus colegas, aunque ellos no lo hayan solicitado.

Así, podemos imaginar fácilmente que una de las primeras demandas de profesionales de salud transmitida por los participantes de los grupos se refiere al reconocimiento de lo que han podido sufrir durante la pandemia. Sin embargo, esta demanda de reconocimiento no es en absoluto uniforme, ya que sin duda varía en función de los equipos, los establecimientos o los países. Algunos profesionales insistirán en el reconoci-

1 Traducción de Fernando M. González, UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales.

miento de su sufrimiento psicológico, otros en el reconocimiento de su utilidad social y otros en la exigencia de un reconocimiento financiero.

Por lo tanto, era importante que las(os) investigadores que coordinarían los grupos pudieran reflexionar sobre la diversidad de demandas de los participantes. Para ello, el taller sobre “demanda” se llevó a cabo de manera virtual durante una sesión de trabajo, donde les propuse que pensarán en tres tipos de peticiones:

¿Qué demandas considero que se dirigirán a facilitadores del grupo?

¿Qué demandas serán dirigidas al grupo mismo (y a los demás miembros del grupo) durante los intercambios?

¿Qué demandas se plantearán sobre el tema debatido?

El primer tipo consiste en peticiones dirigidas directamente a animadores del grupo. Su papel es acompañar a los grupos en la realización de su trabajo; sin embargo, también se perciben necesariamente como portadores del encargo y, por lo tanto, como responsables del marco institucional en el que se desarrolla el trabajo. Siendo así, se puede solicitar al motivador que aclare lo que hay que hacer.

Además de este papel relativamente claro, los animadores del grupo pueden estar sujetos a exigencias relativas al ambiente del trabajo colectivo o a la regulación de las relaciones entre sus miembros, por ejemplo. También es importante la forma en que los participantes perciben a los facilitadores. Es probable que un grupo no plantee las mismas exigencias a un investigador experimentado de 60 años que a un joven doctorando de 30 años.

El segundo tipo de demandas son las que los participantes dirigen al propio grupo. Aquí, el objeto del trabajo (la experiencia de violencia) puede generar, sin duda, demandas afectivas hacia el grupo. Los participantes se ven estimulados a recordar experiencias que pueden haberles conmovido durante mucho tiempo; es posible que ya no confíen en los equipos de trabajo y que no se sientan seguros en un entorno colectivo, por ejemplo.

Finalmente, un tercer tipo de petición se refiere al tema a tratar. El proyecto, y por tanto el encargo, prevé lo que debe ser el núcleo del tra-

bajo, pero puede ocurrir que algunos participantes se aprovechen de las reuniones para expresar su demanda de trabajar también acerca de otros temas. Asimismo, si la demanda se refiere a la experiencia vivenciada durante los momentos más difíciles de la pandemia, algunos participantes pueden querer abordar más ampliamente el trabajo de los profesionales sanitarios fuera de los periodos pandémicos. Siendo así, algunos profesionales pueden pensar que la violencia se encuentra siempre presente en sus prácticas y no solo en los momentos de crisis sanitaria. Por lo tanto, pueden exigir que la reflexión se centre en la relación, potencialmente violenta, entre cuidadores y pacientes en tiempos ordinarios.

Por último, no olvidemos que las y los propios investigadores aportan demandas. Sus intervenciones con los participantes, en la motivación e incentivo del trabajo, no se limitan a la ejecución del encargo. Algunos investigadores son más sensibles a determinadas situaciones que otros. Es posible que hayan experimentado la violencia en sí mismos o que también hayan trabajado en estrecha colaboración con profesionales durante la pandemia.

Esta consideración de las demandas se añade también a lo que el análisis institucional denomina análisis de las implicaciones para la investigación (Monceau, 2008).

Cabe señalar que este taller proporcionó al equipo de investigación herramientas de análisis importantes que fueron de gran utilidad en el trabajo realizado con los grupos de profesionales de salud que se llevaron a cabo en México y en Brasil.

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- GONZÁLEZ, F. M. (2007). Análisis institucional y socioanálisis. *Revista Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, (18/19), pp. 51-72, abril. <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/328>

- LAPASSADE, G. y R. Lourau (1972). *Chaves da sociologia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- LOURAU, R. (1975). *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes.
- MONCEAU, G. (2008). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal: Revista de Psicologia*, vol. 20, núm. 1, pp. 19-26, enero. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>
- MONCEAU, G. (2015). Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. Traducción de Roberta Carvalho Romagnoli, Lívia Eliana Machado de Castro Britto y Cecília Silva Salomão. *Psicol. Rev.*, vol. 21, núm. 1, pp. 197-217, enero: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000100013&lng=pt&nrm=iso.
- MONCEAU, G. (2019). Socio-clinique institutionnelle. Dans: Agnès Vandeveld-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique*, pp. 594-597. Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0594>.

VIOLENCIA CONTRA PROFESIONALES DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: EFECTOS DE LA NECROPOLÍTICA EN BRASIL Y EN MÉXICO

POLIANA SILVA DE OLIVEIRA

GABRIELLA CARRIJO SOUZA

MARISTEL KASPER

CINIRA MAGALI FORTUNA

INTRODUCCIÓN

ESTE TEXTO TIENE COMO OBJETIVO REFLEXIONAR sobre las relaciones entre el concepto de necropolítica y la violencia contra trabajadoras y trabajadores de salud, en el contexto de la emergencia por covid-19, a partir de datos epidemiológicos de Brasil y de México.

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una situación de pandemia, provocada por un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2, causante de la enfermedad covid-19. En el contexto brasileño, este evento sobrecargó el Sistema Único de Salud (SUS) y también los sistemas complementarios de salud (redes privadas y filantrópicas) y, consecuentemente, a los profesionales de salud.

En México no fue diferente. Al llegar al país, la covid-19 se encontró con un sistema de salud fragmentado y desarticulado, caracterizado por una diversidad de prestadores de servicios, lo que impuso una serie de dificultades para los sistemas de protección social y de salud, lo que requirió una serie de estrategias y de acciones integradas de corto plazo para enfrentar la pandemia (Souza, 2022).

En este contexto epidémico, el discurso negacionista defendido por gobiernos, particularmente el del expresidente de Brasil Jair Bolsonaro, se enmarca en el entendimiento de la necropolítica. Bolsonaro y sus parti-

darios argumentaron que naturalmente algunas personas contraerían el virus hasta el logro de una teórica inmunidad de rebaño y que, por lo tanto, deberíamos defender la economía (en una perspectiva fuertemente neoliberalista) y no implementar medidas de control de la propagación, tales como aislamiento social horizontal y el uso de cubrebocas. Además, se promovió el uso de medicamentos que no tienen evidencia científica de eficacia contra la covid 19 (Da Silva y Da Silva, 2020). Por su parte, México fue uno de los últimos países latinoamericanos en adoptar medidas estrictas de distanciamiento social. Su presidente, Andrés Manuel López Obrador, minimizó la gravedad de la enfermedad y la necesidad de medidas de prevención, acusando también a la prensa y a la oposición de resaltar la criticidad (Souza, 2022).

El concepto de necropolítica ha sido desarrollado por Achille Mbembe, filósofo e historiador camerunés, y se ha basado en las obras de Michel Foucault, principalmente en los conceptos de biopolítica y biopoder, para elaborar el término. La necropolítica se refiere al poder que ejerce un gobierno para gestionar la vida y la muerte en una población, en una lógica pragmática de matar deliberadamente o permitir la muerte (Mbembe, 2016).

Brasil ha alcanzado la marca de 36 960 888 casos de covid-19; registró 697 894 muertes desde el inicio de la pandemia hasta el año 2023 y ha concentrado el mayor número de casos y de muertes en la región sudeste del país (Brasil, 2023). En México, los registros muestran, hasta la misma fecha, 7 414 918 casos confirmados de covid-19 y 332 695 defunciones. De los afectados, 53.46% fueron hombres y 46.54%, mujeres. La edad prevalente se situó entre los 25 y los 29 años, tanto en mujeres como en hombres. En cuanto a las defunciones, los hombres también fueron mayoría, 61.53%. Los grupos de edad prevalentes en las defunciones fueron de entre 65 y 69 años, tanto en mujeres como en hombres (Gobierno de México, 2023).

La necropolítica hace la distinción entre vidas defendidas y vidas desechables. Las muertes se acumulan debido a la incapacidad de los

gobiernos para superar la debilidad de los sistemas de salud pública. Aquí presentamos la evidencia en Brasil y en México; sin embargo, países como Perú, Ecuador y Chile, entre otros, han vivido situaciones similares.

LA PANDEMIA DE LA COVID-19 COMO ANALIZADOR DE LA NECROPOLÍTICA DE ESTADO

La covid-19 ha actuado como un analizador de las prácticas de gestión de salud (Santana *et al.*, 2021). El analizador funciona como un foco de luz sobre prácticas naturalizadas e instituidas, pero que pueden ser mejor visualizadas en una pandemia, como los efectos de las políticas de austeridad fiscal, que ya venían teniendo un gran impacto en los sistemas de salud.

En el caso de Brasil, el Sistema Único de Salud (sus) sufrió un fuerte recorte presupuestario en 2016, con la implementación de la Propuesta de Enmienda a la Constitución (PEC) 241/2016, que pasó a ser llamada la PEC de la muerte (Brasil, 2016). La medida fiscal tenía el propósito de instituir el congelamiento del techo del gasto público en salud, educación y sector social por 20 años (2017-2037).

La PEC 241 fue una medida instituida en un contexto de Estado ultraliberal que tuvo como objetivo reducir el tamaño del este y su papel, implantando políticas de reforma y de austeridad con reducción de gastos y desinversión en políticas públicas sociales. Además de esta medida, tuvimos la reforma laboral (2017) y la reforma de la seguridad social (2019), que redujeron los derechos sociales.

La Nueva Gestión Pública (NGP) es un modelo de gestión originado en el sector privado y adoptado en los servicios públicos brasileños, donde introduce herramientas de gestión como, por ejemplo, el alcance de metas, indicadores y resultados, el logro de desempeño, la flexibilidad, la productividad, la eficacia y la eficiencia. En esta perspectiva de gestión, la reducción de costos y la desinversión vienen provocando transformaciones en los servicios públicos de salud, como la reducción de personal,

la disminución de la capacidad de atención a la población y la sobrecarga de trabajo de los agentes de salud (Kasper, 2022).

En lo que se refiere a México, es importante señalar que el sistema de salud mexicano presenta marcadas características de segmentación y de fragmentación en términos de acceso. El Sistema Nacional de Salud (SNS) está conformado por diversos prestadores de servicios, públicos y privados, en los que llama la atención el énfasis ligado a la pertenencia a una determinada clase social y al empleo y/o inserción en el mercado laboral formal (Souza, 2022). La Atención Primaria de Salud (APS) en el país no ha alcanzado la eficacia necesaria, debido también a la influencia de la fragmentación del sistema, resultante de diversas formas de acceso (vía seguro popular de salud, institutos de seguridad social de determinadas clases trabajadoras, desembolso directo), inversiones y el modelo biomédico de atención ofrecido en el contexto de la APS (Souza, 2022).

Los bajos salarios y el avance de nuevas lógicas de gestión hospitalaria y de Atención Primaria de Salud desencadenadas por las políticas de austeridad, juntamente con la lógica de reducción de costos, ya venían provocando, en Brasil y en México, un marco de tensión en los servicios de salud que se volvió caótico con la llegada de la covid-19. Las políticas de austeridad fiscal pueden ser consideradas necropolíticas, ya que preservan y amplían las ganancias de los estratos sociales más ricos y no son temporales para contener la crisis, con el objetivo de reducir el tamaño del Estado (Santos y Vieira, 2018; Souza, 2022).

LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19

Los profesionales del sector de salud pusieron en marcha la asistencia sanitaria en los territorios. Considerados por los medios de comunicación como héroes al arriesgar sus vidas para atender a la población, sus posibilidades de contraer la enfermedad aumentaron significativamente

por la exposición, y muchos contrajeron covid-19 y murieron a consecuencia de ello. En Brasil, al menos 4 500 trabajadores sanitarios murieron de esta enfermedad en los dos primeros años de la pandemia. De mayo a junio de 2021, sumando cuatro meses, murieron más trabajadores de este sector que en todo el primer año de la pandemia (PSI, 2022). En México, hasta octubre de 2021, 251 237 trabajadores sanitarios estaban infectados y 4 127 murieron a consecuencia de la enfermedad (México, 2021). En ambos países la clase de profesionales de salud más afectada fue la enfermería.

A pesar del estatus de héroes, que en teoría daría a los profesionales de salud un lugar destacado y valorado por la sociedad, ellos han sufrido la violencia ejercida por las precarias condiciones de trabajo, prejuicios y discriminación de la sociedad, al ser considerados agentes “ambulantes” de transmisión de virus, entre otras cuestiones (Aspera *et al*, 2020; Aydogdu, 2020). Es importante destacar que la idea de heroísmo flirtea peligrosamente con un idealismo radical, que no tiene en cuenta la humanidad, las vulnerabilidades del superhéroe, que debe hacer todos los sacrificios posibles e imposibles para salvar a la humanidad, incluso valiéndose de su propia vida (Fortuna, 2020). ¿Esta idealización en la que se coloca a los profesionales de salud tiene en cuenta esta otra vertiente del heroísmo?

Aunque a veces se considera a la categoría “profesionales de salud” como una clase única, sabemos que hay diferentes formas de vivirse y enfermarse en el contexto de la pandemia, formas de vivir y enfermar relacionadas con la raza, el género y la situación social. Ocho de cada diez profesionales de salud que murieron en Brasil eran mujeres y la mitad de ellas eran negras o mestizas. Dos tercios de los profesionales de salud muertos por la covid-19 no tenían vínculos formales con sus trabajos, tenían precarias relaciones laborales (PSI, 2022).

En México, las organizaciones no gubernamentales se unieron y crearon el Observatorio de Género y Covid-19, en donde se identificó un aumento de la precariedad laboral de las mujeres que trabajan en el sector

de la salud, lo que repercute en su vida personal y dificulta la conciliación de la vida laboral y familiar (OGC, 2020).

Analizando el impacto de las condiciones laborales precarias en los profesionales de salud, es posible considerarlas como un tipo de violencia ejercida contra estos y, más aún, puede considerarse un tipo de violencia en el aspecto de la necropolítica.

¿Qué es lo que consideramos como condiciones laborales precarias para el sector sanitario? Salarios bajos, insuficientes para proporcionar condiciones de vida dignas y que obligan a los trabajadores a tener más de un empleo; contratos laborales precarios basados en pagos por procedimientos o por guardia; baja inversión en educación permanente y continua. De por sí, estas ya eran situaciones precarias de trabajo antes de la situación de pandemia, presentes tanto en Brasil como en México, que se sumaron a la exigencia de jornadas extenuantes, falta de equipos de protección y falta de apoyo a los profesionales para lidiar con las intensas demandas psicológicas impuestas por una pandemia (OGC, 2020; Machado *et al.*, 2022).

El estudio *Perfil y condiciones de trabajo de los profesionales de salud en el contexto de la covid-19 en Brasil*, realizado en línea por la Fundación Oswaldo Cruz (FioCruz) en más de 2 200 municipios brasileños, pone de manifiesto las dificultades experimentadas en el sector sanitario. Se identificó que la mayoría de esos trabajadores entrevistados provenía de hospitales públicos de referencia para la covid-19 y de unidades de atención primaria (60%); la mayoría estaba sometida a turnos de trabajo agotadores, se sentían sobrecargados, se quejaban de la falta de equipos de seguridad, inadecuada infraestructura de los servicios, imposición de complejos procesos y rutinas de trabajo sin la prestación de un apoyo adecuado y restricción de derechos laborales como la obtención de vacaciones y permisos, entre otros (Machado *et al.*, 2022).

Según el Inventario de Defunciones de Profesionales de Salud por Covid-19 en Brasil (Teixeira *et al.*, 2021), la categoría de enfermería fue la más afectada en relación con el contagio y la hospitalización por co-

vid-19, con técnicos y auxiliares liderando las estadísticas, seguidos por enfermeros, médicos, farmacéuticos y agentes comunitarios de salud. En México, según el Observatorio de Género y Covid-19, esa categoría también fue la más afectada en cuanto a contagios y muertes por covid-19 (OGC, 2020).

El personal de enfermería permanece más tiempo con los pacientes y también es el encargado de prestar los cuidados directos. Es también una clase mayoritariamente compuesta por mujeres, y en su subdivisión técnica y social (auxiliares, técnicos y enfermeros) las mujeres negras se concentran en los niveles medios, más precarios y con menor remuneración (SEESP, 2021), exactamente los más afectados por la covid-19. De esta forma, se observa el racismo estructural y, consecuentemente, la necropolítica, que también tiene raíces teóricas y prácticas vinculadas con el racismo (Mbembe, 2016).

NECROPOLÍTICA Y VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE SALUD

Durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, en Brasil y en México, numerosos relatos de profesionales de salud ilustran la violencia recibida por parte de los usuarios antes, durante y después del atendimento. Hay relatos de violencia sufrida en transportes públicos debido a que el profesional de salud era identificado por su vestimenta blanca y era expulsado del lugar por el riesgo de contaminación.

Particularmente en Brasil, la llegada de la vacuna marcó un periodo de extrema polarización de la opinión pública, debido a la desinformación (*fake news*) y a la violencia de diversos tipos a los y las profesionales de salud. De forma constante, el personal sanitario denunció acusaciones verbales de simular la aplicación de la vacuna (jeringa sin el contenido) si el paciente no sentía dolor en el lugar de la aplicación. Numerosas denuncias aparecieron en los canales de noticias locales con fotos y videos que mostraban al profesional en la supuesta no aplicación. A me-

nudo las fotos y videos no registraban el acto completo de aplicación de la vacuna.

Otra acusación muy común suponía que se estarían comercializando o desviando dosis a amigos y a familiares, obligando al profesional a autorizar la presencia de “inspectores” dentro de la sala donde trabajaba o incluso a presentar estrictos informes que acreditaban que todas las dosis recibidas se aplicaban al público correcto. Las largas jornadas de trabajo que se prolongaban hasta la aplicación de la última dosis, a veces hasta la medianoche, sumadas a las amenazas y a la desconfianza en el trabajo realizado, llevaron a muchos a desear un cambio de profesión.

Un estudio realizado por Kantorski *et al.* (2022) en el sur de Brasil mostró que 24,6% tenía intención de abandonar la profesión en el primer año de la pandemia. Los autores citaron estudios internacionales realizados en Israel, Inglaterra, Estados Unidos, Qatar, Canadá, Egipto, Corea del Sur y Australia, entre otros, en los que el porcentaje medio de los que tenían intención de cambiar de profesión oscilaba entre 10% y 25%, debido principalmente al estrés causado por la sobrecarga de trabajo.

La escasez de profesionales de salud en los periodos más críticos de la pandemia llevó a los gestores a trasladar a los trabajadores de la APS a trabajar en los hospitales de campaña, sin la formación necesaria y confiando únicamente en actividades ocasionales de formación continua. En el ámbito hospitalario, muchos trabajadores informaron de turnos de trabajo agotadores, dada la ausencia de compañeros que presentaban síntomas respiratorios. Los trabajadores hacían turnos de 12 horas, descansaban 6 horas y después volvían al hospital para trabajar en un nuevo turno.

La pérdida de compañeros de trabajo debido a la enfermedad y el miedo a contraerla produjo una tensión importante en el personal, que temía transmitir la enfermedad a miembros de su propia familia. El sentimiento de impotencia frente a la enfermedad, relacionado con todas estas cuestiones descritas anteriormente, fue cuestionado por los negacionistas que entraban en los servicios de urgencia y de emergencia para tomar fotografías

y hacer videos en un intento de poner de relieve la saturación, debido a la incredulidad en la enfermedad y en los datos epidemiológicos oficiales.

Los profesionales de salud acusaron el impacto de la pandemia y la violencia dirigida a ellos; la susceptibilidad estaba presente, pero también había un silenciamiento, una búsqueda en cuanto a cómo trabajar esa sensibilidad. El sufrimiento estaba presente, pero había que soportarlo a cualquier precio, como lo soportan los héroes y también los esclavos.

La línea entre la figura del héroe y del esclavo era bastante tenue. La tónica del neoliberalismo es que la economía no puede parar o, como señala Safatle (2020), el “molino no puede parar”, no importa que cueste la vida de algunos esclavos/trabajadores. Se normaliza el hecho de horas de trabajo extenuantes, se normaliza el hecho de trabajar sin equipo de protección individual, de ser sacudido emocionalmente, de sufrir discriminación y violencia durante la pandemia; “estos son ‘huesos del oficio’”, nos dice el estado necropolítico.

SEGUIR VIVO COMO RESISTENCIA A LA NECROPOLÍTICA DEL ESTADO

A pesar de los numerosos desafíos impuestos por la covid-19 y de los intensos actos necropolíticos, fue posible experimentar movimientos de resistencia por parte de los profesionales de salud. Aquí no la presentaremos como una resistencia heroica, más allá de las fuerzas humanas, sino como una resistencia que tuvo en cuenta lo humano, considerando toda su fragilidad y su fuerza.

En el análisis institucional, la resistencia se constituye de una fuerza social que se opone al poder. La resistencia se entiende por refutación, conservación de lo establecido, así como producción de nuevas formas de poder. Monceau (1997) habla del análisis “por las resistencias” y no “de las resistencias”.

En esta lógica, la resistencia se define por una dinámica de tres momentos: integrador, defensivo y ofensivo. El integrador compone con lo

establecido; el defensivo actúa en la desaparición del poder establecido y el ofensivo busca la producción de un poder alternativo (Monceau, 1997).

Siendo así, fue posible contemplar reinversiones en las formas de atención frente a la covid-19, en los diversos espacios de salud que componen el sus; por ejemplo, la formación de redes de atención solidaria en las periferias de las grandes ciudades, en las comunidades ribereñas, con las personas que viven en las calles (Brasil, 2021).

Entre los movimientos de resistencia vividos durante la covid-19 se tuvo la oportunidad de dar visibilidad a ciertas profesiones, especialmente en el área de enfermería brasileña, demostrando más claramente su relevancia social, exponiendo los bajos salarios y dando seguimiento al proyecto del piso salarial y de la jornada de 30 horas, con la promulgación de la Ley 14.434/2022, en agosto de 2022.

En México, los constantes cuestionamientos de la sociedad en general, y del personal de salud en particular, relativos a la fragmentación y a la precariedad laboral en el sector salud, así como a la deficiente prestación de servicios médicos, tuvieron como consecuencia cambios relevantes en el mismo, incluida la creación de un sistema único de salud universal titulado IMSS-Bienestar, mismo que, todavía en 2023, se está implementando y que se encuentra aún lejos del objetivo planteado por el presidente de la república, Andrés Manuel López Obrador, de contar con un sistema de salud “igual o mejor al de Dinamarca” (Gobierno de México, 2023).

CONSIDERACIONES FINALES

Este texto contribuye a las reflexiones en el ámbito de la salud colectiva acerca de las relaciones entre la necropolítica y la violencia contra los profesionales de salud en el contexto de la covid-19.

A partir de datos epidemiológicos de Brasil y de México sobre el contagio y la muerte de trabajadores de la salud durante la pandemia, así como sobre las precarias condiciones de trabajo a las que estaban

sometidos, los autores discuten el lugar ocupado por esos profesionales en el periodo pandémico (a veces aclamados como héroes, a veces denostados como villanos) y las políticas gubernamentales ejercidas en Brasil y en México, aquí consideradas como necropolíticas.

Las reflexiones presentadas en este artículo nos ayudan a ampliar nuestra comprensión respecto de la conformación de políticas públicas de salud que operan un poder dirigido a promover la vida y otras dirigidas a provocar la muerte de las poblaciones, así como de los propios agentes que implementan las prácticas de cuidado orientadas por estas políticas.

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- AGAMBEM, G. (2020). *Sopa de Wuhan*. <https://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>. Acceso el 15 de febrero de 2023.
- ASPERA CAMPOS, T. *et al.* (2021). Violência contra o pessoal de saúde antes e durante a contingência de saúde COVID-19. *Revista Médica do Instituto Mexicano de Previdência Social*, [SI], vol. 58, pp. S134-143. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/3826
- AYDOGDU, A. L. F. (2020). Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. *J. Nurs. Health*, vol. 10, núm. esp., p.e20104006. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095922/3.pdf>. Acceso el 15 de febrero de 2023.
- BRASIL (2016). Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Disponible en: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>. Acceso el 14 de febrero de 2023.
- (2021). Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde na resposta à pandemia de Covid-19. APS Forte no SUS no combate à pan-

- demia. <https://apsredes.org/aps-forte-sus-no-combate-a-pandemia/>. Acceso el 15 de febrero de 2023.
- BRASIL (2023). Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Guia de Vigilância Epidemiológica do Covid-19. <https://covid.saude.gov.br>. Acceso el 15 de febrero de 2023.
- DA SILVA, M. M. y E. A. da Silva (2020). O Brasil frente à pandemia de Covid-19: da bio à necropolítica. Confluências. *Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito*, vol. 22, núm. 2, pp. 361-383, 1 de agosto. <https://periodicos.ufrb.br/confluencias/article/view/43040>. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- FORTUNA, C. M. (2020). Neither heroes, nor new nor normal: the pandemic and professional nursing practices[editorial]. Online *Braz J Nurs*, vol. 19, núm. 2, p. e20206426. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1152112>. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- GOBIERNO DE MÉXICO. SECRETARÍA DE SALUD (2021). *Informes sobre el personal de Salud Covid-19 en México*. 21 de mayo. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid-19-en-mexico>. Acceso el 10 de agosto de 2021.
- . *Covid-19 México*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- . *IMSS-Bienestar será el modelo de salud más importante a nivel mundial: Zoé Robledo*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202306/298>
- KANTORSKI, L. P., M. M. de Oliveira, P. F. Alves, C. A. Treichel, S. Dos, C. G. Wünsch, L. H. dos Santos y G. E. W. Pinheiro (2022). Intenção em deixar a Enfermagem durante a pandemia de covid-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s. l.], vol. 30, p. e3613. doi: 10.1590/1518-8345.5815.3613. <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/200881>. Acceso el 19 de febrero de 2023.
- KASPER, Maristel Silva (2022). Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários

- na França. 343f. Tesis de doctorado en cotutela. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/Escola de Doutorado em Educação, Didática e Cognição, CY Cergy Paris Université.
- MACHADO, M. H. *et al.* (2022). Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. En M. C. Portela, L. G. C. Reis y S. M. L. Lima (coords.). *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, pp. 283-295. Informação para ação na Covid-19 séries. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>
- y F. R. G. Ximenes Neto (2018). Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 1.971-1.980. <https://www.scielo.br/j/csc/a/yxKZJcmCrSHnHRMYLNtFYmP/?lang=pt>. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- MBEMBE, A. (2016). Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. *Arte & Ensaios*, núm. 32, pp. 122-151. <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>. Acceso el 18 de febrero 2023.
- MÉXICO. SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MÉXICO (2021). Covid-19. Relatórios sobre o pessoal de saúde. México: Governo do México. Acceso el 10 de agosto 2021. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid-19-en-mexico>
- MONCEAU, G. (1997). Le concept de résistance en éducation. *Pratiques de formation/analyse*, 33, pp. 47-57, https://www.researchgate.net/profile/Gilles_Monceau/publication/289123646_Le_concept_de_resistance_en_education/links/56e1ec7d08aebc9edb19cc91/Le-concept-de-resistance-en-education.pdf. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- OGC (Observatorio Género y Covid) (2020). *Observatorio Género y Covid en México, 2020*. <https://observatoriogeneroycovid19.mx/tema/personal-de-salud/>
- PSI (Public Services International). *Profissionais de saúde e a covid 19 no Brasil em dados e gráficos. Relatório Especial*. <https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com>

- com/uploads/a8783437-7df0-408d-b8bf-f05113b32402_Profissionais_de_sa_de_na_pandemia_4_.pdf. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- SAFATLE, V. (2020). *Bem vindo ao estado suicidário*. N-1 edições. <https://www.n-iedicoes.org/textos/23>. Acceso el 22 de marzo de 2023.
- SANTANA, F. R., Cinira Magali Fortuna, Maristel Silva Kasper, K. S. Santos, S. S. Silva, J. R. Gatto Júnior, C. Aubouin, y G. A. Monceau (2021). A pandemia da covid-19: um analisador da gestão em saúde no Brasil e na França. En *Saúde Pública no século XXI: pandemia de Covid-19*. 1a. ed., Triunfo-PE: Omnis Scientia, vol. 2, pp. 10-26. <https://editoraomnisscientia.com.br/post-artigo/?artigo=390>
- SANTOS, I. S. y F. S. Vieira (2018). Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, pp. 2303-2314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- SEESP (Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo) (2021). *Racismo estrutural também se manifesta na Enfermagem*. São Paulo, 19 de noviembre. <https://seesp.com.br/racismo-estrutural-tambem-se-manifesta-na-enfermagem>. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- SILVA, M. M. y E. A. Silva (2020). O Brasil frente à pandemia de covid-19: da bio à necropolítica. *Confluências*, Niterói, v. 22, núm. 2, pp. 361-383.
- SOUZA, M. S. (2022). Desafios no enfrentamento da Covid-19 no México: resposta tardia e fragmentação institucional em uma federação desigual. En C. V. Machado, A. M. M. Pereira y C. M. Freitas (eds.), *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições* [online]. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, pp. 235-264. Informação para ação na Covid-19 series. <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0009>. Acceso el 19 de febrerp de 2023.
- TEIXEIRA, E. G. et al. (2021). *Inventário de Óbitos de Profissionais de Saúde por Covid-19 no Brasil. Relatório final*. Rio de Janeiro: Fiocruz. <http://informe.ensp.fiocruz.br/secoes/secao/45072>. Acceso el 18 de febrero de 2023.

SEGUNDA PARTE

VIOLENCIA Y PANDEMIA: MECANISMOS DE ACCIÓN Y DE CONTROL DEL TRABAJO DIARIO EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS INSTITUCIONAL

FABIANA RIBEIRO SANTANA
NARAIANA DE OLIVEIRA TAVARES
THAÍS ROCHA ASSIS

PROBLEMATIZACIÓN

EL CAMPO DE ANÁLISIS DE ESTE CAPÍTULO es el entrelazamiento de instituciones (por ejemplo, de salud y de gestión), en el contexto de la covid-19, así como de los mecanismos de acción/control de las organizaciones sobre las y los trabajadores.

Al analizar los datos recolectados en el campo de intervención en Goiânia, Goiás, Brasil, con profesionales de salud de esta región, en los meses de octubre y noviembre de 2022, se evidenciaron mecanismos de violencia institucional generados en la labor diaria mediante los “atrasamientos institucionales en el proceso de trabajo”, la “idealización del héroe” y el “ocultamiento de informaciones y *fake news*”. Estos ejes y sus significados serán explorados en este capítulo.

Los datos fueron producidos a través de un dispositivo de investigación desde una perspectiva de análisis institucional, con el objetivo de poner en cuestión las situaciones de violencia sufridas/experimentadas por ocho profesionales de salud durante la covid-19. Para ello, realizamos tres encuentros coordinados por las autoras de este capítulo.

El dispositivo contribuyó al proceso de resignificación de la violencia sufrida/experimentada por las y los participantes. Se ha tomado como referencia temática a autores como Galtung (2016) y se han consi-

derado otras estrategias intra e intersectoriales que deben ser puestas en acción para la intervención, relativas a Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y a la transformación de las lógicas establecidas sobre el control de los cuerpos, así como de las subjetividades de trabajadores de salud, siguiendo los postulados de la Salud Colectiva (L'Abbatte, 2012).

CARACTERIZACIÓN DE LAS Y LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Participaron en la investigación ocho profesionales de salud (E1 a E8), con una edad promedio de 44.5 años, con un límite inferior de 25 años y un máximo de 50 años. La mayoría de los participantes fueron mujeres y solo uno era hombre. En cuanto a su formación profesional, tres son psicólogas, dos odontólogos y una de cada una de las siguientes profesiones: asistente social, enfermera y médica. En cuanto al tiempo de ejercer en el actual cargo, se refirió que entre 5 meses (mínimo) y 20 años (máximo). Finalmente, al contestar a la pregunta “¿Considera que ha sufrido violencia laboral durante la pandemia del covid-19?”, las respuestas fueron las siguientes: siete (87.5%) afirmaron haber sufrido violencia institucional y solo una (12.5%) sufrió violencia moral y psicológica. Cuatro participantes (50%) refirieron las dos opciones anteriores.

DEVELANDO MECANISMOS DE ACCIÓN Y CONTROL SANITARIO EN LA COVID-19

ATRAVESAMIENTOS INSTITUCIONALES EN EL PROCESO DE TRABAJO

Al tratar del atravesamiento de los procesos de trabajo en la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, no abordaremos las cuestiones de Salud Pública que reflejan las enfermedades (físicas y/o biológicas) generadas por el agente etiológico en las diversas esferas que preconizan la salud, ni incluso las normativas, reglas y medidas de regulación del tra-

bajo frente a la producción de cuidados. Sacaremos a la luz, mediante técnicas de escucha-escritura-mirada e interpretaciones de experiencias, los “dolores” efectivos afrontados, los miedos y las ansiedades de quienes estuvieron en el frente –año llamado “la primera línea”– y las posibles resignificaciones de atravesamiento en el territorio del trabajo.

Ese mismo espacio de escucha, que a veces es garante de lo instituido y que actúa como un engranaje en el mecanismo de la máquina, por dialéctica se compone, por un lado, del cuerpo enfermo de quien hace el trabajo y porta la diversidad de la subjetividad: lo oído, lo escrito, lo dicho, lo visto y lo sentido, que devela al profesional de salud en su función de hacer. Por otro lado, se refiere a los temas generadores relacionados con las condiciones de la violencia profesional y el cuidado de la salud contemplado como un sistema (Assumpção y Veloso, 2020; Barbosa *et al.*, 2020).

El trabajo y el cuidado instituyen tanto el territorio como sus atravesamientos y, al no percibirse ligado a dichas agrupaciones, sirve a las mismas, a las entidades plurales y produce el discurso del atravesamiento, como respuesta a las fábulas, o la producción del cuidado que genera una realidad paralela a la vivida, conocida como *fake new*.

Para Baremlitt (2012), todo lo que está entre la institución y lo instituido es susceptible de reproducción, como la violencia, el trabajo y el cuidado, y repercute en atravesamiento, según el fragmento que presentamos a continuación:

La red social de lo instituido-organizado-establecido, cuya función predominante es la reproducción del sistema, actúa conjuntamente. Cada una de estas entidades opera en la otra, a través de la otra, hacia la otra, desde la otra. Este entrelazamiento, interpenetración y articulación orientados conservadoramente sirven a la explotación, la dominación y la mistificación, presentándolas como necesarias y beneficiosas (Baremlitt, 2012, p. 152).

Aunque los relatos estuvieron colmados de elementos fácilmente accesibles, de recuerdos recurrentes en torno a situaciones concretas, dolo-

rosas y violentas, llamó la atención de las investigadoras el asombro que producía la palabra violencia; y también lo no dicho, el no reconocimiento de que esa entidad operaba en los otros (trabajo y atención). Este se convirtió en el primer contacto con esta discusión de grupo. Es decir, los atravesamientos de trabajo y violencia han sido silenciados con discursos que revelaban el hecho, las dificultades y el miedo a lidiar con lo desconocido que implicaba la situación, las consecuencias negativas del contexto laboral inestable y el desacuerdo con las informaciones transmitidas sobre la enfermedad. Esta cuestión se ilustra en el párrafo siguiente:

La primera vez que expuse esa violencia sufrida fue durante la escritura de la narración (...) Hubo una explotación del trabajo (...) No vi esto hasta que fui a terapia. Creía que era por mi culpa (E2, 23/08/2022).

Ahora es el momento de pensarlo. Empecé a pensar cuando me llamaron para la investigación. En aquella época, ni siquiera éramos conscientes de las situaciones de violencia (...) Es interesante que no sepamos que sufrimos violencia (E5, 23/08/2022).

La culpabilidad que sirve a la explotación destaca no solamente lo que había de nuevo vinculado al contexto de la covid-19, sino también la forma-funcionamiento en cuanto a la responsabilidad de los trabajadores, con acumulación de servicios y sin tiempo para entender la evolución de la enfermedad. Todos los atravesamientos de este momento les provocan dificultades para seguir los cambios y las actualizaciones en tiempo real, para entender y discernir lo que es necesario para la mejor confrontación de la situación individual o colectiva.

Los informes de E2 y E5 señalan que las experiencias sociales vividas en cadena permitieron, en parte, reducir las dificultades, ya que ciertas informaciones relacionadas con el virus se hicieron más sólidas, así como su combate, disminuyendo la angustia ante lo desconocido y ante toda la complejidad que rodeó el periodo inicial de la pandemia.

Sin embargo, la violencia no cesó y el proceso de individualización afectó directamente al trabajador.

Con todo, abordar estos atravesamiento mediante la herramienta terapéutica individual puede alienar al sujeto ante el proceso, puesto que no le permite reconocer que forma parte de una red social estratificada, en la que dichos sujetos son captados y dominados. En otras palabras, en las organizaciones, el trabajo genera el atravesamiento en el hacer a través del cuidado. Así, las determinaciones sociales engendradas que se desprenden de la organización establecida, en el *statu quo*, no se evidencian, y los hechos vividos se dirigen a las personas singulares mediante un trato unitario, individualizador y de responsabilidad personal.

La protección a la vida no fue tratada como algo individual, pero sí sus consecuencias. La posibilidad de diseminar, contagiar o causar enfermedades se sobrepuso a dichos profesionales de salud, volviéndose un productor de aislamiento social, así como de sensación de miedo como algo inherente a este momento de pandemia.

La organización, que debería ser la promotora de las condiciones de salud, fue la misma que provocó la enfermedad y las constantes incertidumbres y preocupaciones, y llevó a las y los trabajadores de la salud a la autoviolencia del aislamiento como medida preventiva, actitud necesaria, pero que trae consecuencias dolorosas. Como si la complejidad y las dificultades de todo el contexto pandémico no fueran suficientes, la reducción e incluso la falta de afecto y de calor humano, resultantes de actitudes cautelosas y cuidadosas, conllevan todo un sufrimiento que se vuelve aún más individual y singular.

... Desde el principio cuando empecé a pasarlo [...] siempre estuvo muy claro en mi mente este ejercicio de ¿qué hago aquí? Mi gran duda, cuando lo plasmé en el papel fue: ¿seré capaz de transmitir tan claramente todo lo que hay aquí, lo que sentí en su totalidad, lo que viví? [...] A veces, las palabras no pueden transponer todo lo que hemos vivido. Y viendo lo que han dicho los compañeros, veo lo difícil que es para la gente

reconocer la violencia. Y es muy común en nuestra sociedad reconocer la violencia física y la violencia sexual. Sin embargo, después de estos dos tipos de violencia, qué difícil es reconocer la violencia institucional, el acoso moral. Así que no estamos preparados para ver más allá. Una cosa que he visto mucho, la gente dice: “¡Ah, el servicio público! El servicio público es esto, es aquello”, y yo tuve la oportunidad de ver, en la pandemia, lo que era el servicio público. El que absorbió de una forma mucho más exhaustiva [...] y eso es lo que pude ver en todas las esferas, no solo en el lugar de trabajo [...] y la gente no podía nombrar la violencia, y decía “Pero yo no pasé por eso” [...] y yo me preguntaba ¿cómo no? Entonces, esto que has vivido, esto, esto que has vivido es violencia. ¿Cómo puedes tener el valor de decir que esto no es violencia? Puede que a veces la gente no se dé cuenta. O porque no quieren asumirlo [...] la gente no cree que sea violencia y no lo entiende [...] ¿tendré el valor de hablar?... (E1, 06/09/2022).

No sé cómo caracterizar ese tipo de violencia. El trabajo público ha absorbido a los profesionales. Se quitaron las vacaciones. La gente que estaba muy cansada tenía que recurrir al certificado médico del psiquiátrico (E4, 06/09/2022).

Lo no nombrado, lo no dicho y la culpa generaron una dificultad para reconocer y tipificar la violencia. Y los desacuerdos sobre “hacer el trabajo”, “retener las vacaciones” o “presentar un certificado médico” justificaron una vez más el aislamiento social como forma de garantizar la preservación de la vida. No obstante, aumentaban la culpabilidad y fomentaban la violencia; es decir, el aislamiento laboral reproducía la enfermedad psicológica. Ello aunado a la comprensión de que la rutina laboral, la precisión de los cuidados y los mecanismos de suspensión del trabajo eran legítimos y afrontaban la realidad, cargada de cansancio y de agotamiento relacionados con la actividad laboral, además de todas las implicaciones de la pandemia, de los periodos de inestabilidad sani-

taria y política y de las “nuevas” regulaciones cotidianas que conllevan enfermedades psíquicas y afectan la vida personal y laboral.

El no reconocimiento de uno mismo como ser humano y como participante en el proceso crea condiciones de salud irreales, la mistificación de la enfermedad, los mitos de los héroes. La condición de trabajo se convierte en desconfianza en los compañeros, en el personal, en los directivos e incluso en los usuarios.

Tenía síntomas. Ni siquiera pensé que pudiera ser covid-19. El director me dijo que solo tenía siete días de permiso. Si no volvía, me denunciaría al Cremego (Consejo Médico Regional del Estado de Goiás) por abandono de servicio (E2, 06/09/2022).

El relato anterior retoma y enriquece la discusión sobre la necesaria reorganización de los servicios y procesos de trabajo como respuesta a las nuevas demandas emergentes, cuando se trata de la enfermedad simultánea de los trabajadores.

Por lo tanto, es imprescindible considerar la multiplicidad de factores que influyen en la aparición de los problemas de salud y de salud mental, así como los factores de riesgo para determinados grupos de población; a saber, factores sociales, económicos, psicológicos, étnicos/raciales, culturales y de comportamiento (Broch *et al.*, 2020).

Son los DSS, que engloban aspectos individuales y colectivos, la macroestructura y la micropolítica que los rodea. Y se traducen en el atraesamiento de las relaciones de trabajo como una forma específica de violencia que acentúa la desigualdad y las vulnerabilidades a las que están sometidas determinadas comunidades. Y el territorio del cuidado pasa a estar marcado por la violencia, la pobreza, la ineficiencia de los servicios de infraestructura, las desigualdades en los espacios de sociabilidad, ocio, cultura y trabajo (Broch *et al.*, 2020).

Dichos relatos muestran algunos de los efectos de esta pandemia, que representa uno de los mayores desafíos sanitarios de los últimos años

e influye directamente en la dinámica y en la relación entre los elementos que componen el proceso de trabajo en salud, modificando la prestación de cuidados en el territorio (Maciel *et al.*, 2020).

MISTIFICACIÓN A TRAVÉS DE LA FÁBULA DEL HÉROE

Considerando el marco teórico del *análisis institucional*, Baremlitt (2012) conceptualiza la mistificación como un proceso de asimilación de ideologías regresivas que perpetúan formas históricas que adoptan la explotación y la dominación:

La mistificación es el proceso más o menos deliberado de producción, difusión y asimilación de representaciones, creencias, convicciones y valores que deforman, ocultan o falsifican la realidad natural o social con el fin de engañar a las fuerzas y agentes instituyentes y organizadores. Se perpetúa así lo instituido-organizado-establecido y con ello las formas históricas de explotación y dominación. Se pueden considerar los procesos de mistificación como fenómenos de producción, difusión y asimilación de ideologías regresivas o, según otra terminología institucionalista, de máquinas semióticas, de captura y recuperación (Baremlitt, 2012, p. 180).

Las teorías antropológicas y sociológicas corroboran este concepto de análisis institucional al considerar que el estudio del universo simbólico y sus relaciones con otras instancias de la práctica social ayuda en la observación de cuestiones de relaciones de poder internas y externas a las organizaciones. El análisis de la dimensión simbólica está vinculado a la idea de buscar desentrañar el significado de ciertas historias, mitos, rituales, determinados comportamientos y mecanismos que impregnan la vida de las organizaciones (Fleury, 1987).

En nuestros encuentros con los profesionales de salud durante la investigación, nos dimos cuenta de que la fábula del héroe recorría sus actuaciones durante la covid-19 y servía para mantenerlos en primera

línea, en condiciones de trabajo precarias y sin saber exactamente qué esperar. La siguiente frase lo ejemplifica:

Quien trabaja en el sector de la salud es un sacerdocio. Medicina por amor. Enfermería por amor [...] Odio de verdad esa frase. Es una forma de borrar la esclavitud y las terribles condiciones de trabajo. Ponen este peso sobre los profesionales. Héroe. Los aplausos no pagan la terapia que yo hago. En aquel momento no nos dimos cuenta, porque esa frase estaba cubierta (E2, 06/09/2022).

La fábula del héroe sirvió como dispositivo que fortaleció la sobreimplicación, pues mantuvo a los profesionales de salud ocupados por el único objeto, la atención a las personas con covid-19, en un activismo de práctica y sobrecarga de trabajo que dificultó los procesos de análisis de implicación (Coimbra y Nascimento, 2004). Los conceptos de análisis de implicación y sobreimplicación fueron propuestos por el análisis institucional y serán descritos a continuación.

Al realizar el acto “heroico”, que demuestra no solo su valor personal, sino también su compromiso con la organización, se convierten en los portadores legítimos de una verdad sobre el perfil adecuado de los trabajadores, sobre las pautas de relación deseadas (Fleury, 1987).

Este compromiso con la organización puede configurarse, para el análisis institucional, en una sobreimplicación. De acuerdo con Monceau (2008), la implicación es la relación que los individuos desarrollan con la institución, y el individuo es absorbido por la institución, lo quiere o no.

Para Altoé (2004, p. 190):

Lo útil o necesario no es la implicación –siempre presente en nuestras adhesiones y rechazos, referencias y no referencias, participaciones y no participaciones, sobremotivaciones y desmotivaciones, investimentos y desinvestimentos libidinales–, sino el análisis de esta implicación.

Se trata de comprender nuestro modelo de relación con la institución, porque esta implicación tiene efectos, aunque no lo sepamos (Monceau, 2008).

El concepto de sobreimplicación, que permite comprender mejor el concepto de implicación, podría definirse como la imposibilidad de analizar la implicación (Monceau, 2008). La implicación debe analizarse individual y colectivamente, lo que presupone una intensa actividad. Aunque no haya nada esencialmente pasivo en ella, una dificultad relativa a su análisis es que la implicación queda camuflada por la sobreimplicación, manteniéndose a la sombra de esta última (Altoé, 2004).

Durante las reuniones que mantuvimos para la investigación, los profesionales de salud se fueron dando cuenta de que estaban sobreimplicados en el ambiente de trabajo durante la covid-19 y que la mistificación por la fábula del héroe era la forma de perpetuar la explotación del trabajo. La investigación, por lo tanto, sirvió de dispositivo para este análisis, que puede ejemplificarse con el discurso que figura a continuación:

Ser considerado un héroe nos motivó a la racionalidad. No tengo los superpoderes de los héroes. Ahora lo entiendo. No tengo ese aparato. Soy humana [...] Estoy en este momento intentando comprender lo que viví. Necesitábamos parar, pensar y cerrar un ciclo. Necesitaba estar aquí (E5, 06/09/2022).

La propuesta de analizar nuestras implicaciones es una forma de pensar, día a día, cómo se han ido produciendo nuestras diferentes intervenciones, y nos permite mostrar las diferentes fuerzas presentes en el campo de actuación (Coimbra y Nascimento, 2004).

Todo sistema simbólico, como el mito del héroe, es ideología y, al serlo, es dominación. Los sistemas simbólicos se elaboran y se transforman para organizar una práctica política, legitimando una situación de dominación existente o en disputa:

Es importante investigar cómo grupos, categorías o segmentos sociales construyen y utilizan un referencial simbólico, que les permite definir sus intereses específicos, construir una identidad colectiva, identificar enemigos y aliados, marcando diferencias en relación con unos y disimulándolas en relación con otros. Así, cualquier elemento cultural puede ser politizado sin que por ello se agote su significado en el hecho de ser instrumentos en una lucha por el poder (Durhan, 1984, p. 87).

Algunas declaraciones de las y los participantes en la investigación muestran, de forma más explícita o implícita, el valor del coraje. Esta valentía se percibió como un valor cuando algunos trabajadores asumieron riesgos para poder realizar las tareas que se les proponían, según el testimonio a continuación:

Es como si estuvieras en una jungla. Todo el mundo en una jaula y que poco a poco nos iban soltando. Si sobrevivías, sobrevivías. Muchos se quedaron en el camino. No solamente la muerte física (E7, 06/09/2022).

De las historias sobre actos de coraje nacen los héroes, que personifican los valores y proporcionan modelos para los demás (Fleury, 1987). En este momento de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, en un momento de conjugación de fuerzas significativas, se estaban construyendo los héroes del área de salud.

La sobreimplicación también se compone de virtudes exigidas a los empleados, ordenadas en tablas de evaluación. Se trata de exigir un suplemento de espíritu, garantía de un sobreesfuerzo que produce directamente identificación con la institución e indirectamente plusvalía a favor del empleador –y no a favor del trabajador colectivo, cuya cooperación residiría como mínimo, incluso y sobre todo, en la resistencia-. Es la autogestión o cogestión de la alienación (Altoé, 2004).

Desde el punto de vista del análisis institucional, la sobreimplicación no solo produce exceso de trabajo, estrés rentable, enfermedad,

muerte y plusvalía, sino también *cash-flow* –re inversión y crecimiento indefinido de la empresa-institución–. Con la sobresimplificación se capta el vínculo entre subjetividad e instrumentalismo. Es la explotación de la subjetividad, que sucede a la explotación de la objetividad del hombre en el trabajo alienado –es una sobreexplotación y una sobrerrepresión (Altoé, 2004).

Los profesionales se convierten en héroes y empiezan a ser valorados como tales, simbólicamente, cuando sus acciones revelan su compromiso con la organización. De lo contrario, se convierten en antihéroes, o en héroes de un grupo dominado que busca los resquicios para definir su identidad, como ejemplifica el discurso a continuación:

La odontología no era por amor. Nadie nos aplaudía [...] Los ACS (agentes de salud comunitarios) nos preguntaban qué hacíamos. Poco a poco nos fuimos integrando. Teníamos esa dificultad de tener esa importancia de ser héroes sin capa [...] No necesitamos ser héroes todo el tiempo. Necesitamos descansar, apagar el teléfono, pensar en nosotros mismos (E6, 06/09/2022).

Es importante destacar que, independientemente del nivel de compromiso de cada profesional de salud durante la covid-19, todos estuvieron implicados. Esto se debe a que implicado se está siempre, se quiera o no, ya que la implicación no es una cuestión de voluntad, de decisión consciente, un acto voluntario (Coimbra y Nascimento, 2004). Es una relación que establecemos siempre con las diferentes instituciones. Por eso el análisis institucional habla de análisis de implicaciones y no solo de implicación (Altoé, 2004).

El análisis de los dispositivos de sobreimplicación (como la mistificación, por ejemplo) permite desvelar las relaciones de dominación, presentes en la vida cotidiana de las instituciones, que impregnan las interacciones entre categorías de trabajadores. Detectar la instancia de lo simbólico de una institución, en su capacidad de ocultar e instru-

mentalizar relaciones de dominación, es importante para comprender los atravesamientos institucionales en el proceso de trabajo.

OCULTAMIENTO DE INFORMACIÓN Y *FAKE NEWS*

Este eje expresa un tipo de mecanismo de violencia institucional propagado en el contexto de la covid-19 y presenciado a diario por los profesionales de salud. La ocultación de información y las *fake news* nos acercan a un concepto del análisis institucional denominado lo “no dicho”.

Lo “no dicho” se refiere a todas aquellas informaciones que fueron omitidas o distorsionadas en el discurso o en cualquier tipo de expresión o de manifestación. Lo “no dicho” se refiere a las gestiones instituidas por las organizaciones para el control –no solo de la producción de trabajo, sino también de las subjetividades (Baremlitt, 2012).

Esta lógica de funcionamiento de las organizaciones produce lo que Guattari denomina subjetividad capitalista. Es a través de esta producción que las clases y castas que detentan el poder tienden a asegurar el control de los sistemas de producción y de la vida social. Se trata de sistemas de conexión directa entre las grandes máquinas productivas y de control social, y las instancias psíquicas que definen la manera de percibir el mundo (Guattari y Rolnik, 1996).

Esta producción de subjetividades capitalistas estuvo presente en el discurso de los participantes de la investigación. E6 relató que varias veces fue cuestionada sobre el valor que recibía por emitir un certificado de defunción con la indicación de covid-19 como causa primaria. O, incluso, que el hospital facturaba por estas declaraciones específicas.

Antes de dar la noticia (de la muerte al hijo) me preguntó inmediatamente: “Mi padre ha muerto, ¿verdad?” Le pido que se siente y trato de comunicarle la muerte con calma. Entonces grita: “Has matado a mi padre. Yo pago por mis errores cuando cometo errores (era policía). Y tú pagarás por los tuyos. Recibes cuánto por cada certificado de defunción que relle-

nas”. Cuántas veces me lo han preguntado: “¿Cuánto te dan por poner covid en el certificado de defunción?”

[...] cuántas *fake news* había. Cuántas veces tuvimos personas preguntando: “¿Cuánto reciben por decir que es covid-19?” O decían: “El hospital recibe R\$ 10.000,00 por cada certificado de defunción, ¿por qué el sus recibe más cuando es covid-19?” Además de que la población no había ayudado a los profesionales en lo que podían, todavía los culpaban por muchas cosas (E6, 06/09/2022).

La pregunta dirigida a E6 es un ejemplo concreto de esta producción de subjetividades capitalistas en el contexto de la covid-19.

El gobierno federal brasileño produjo manipulación y distorsión de la información sobre la pandemia. Una situación concreta que ilustra este mecanismo de control ocurrió cuando el 28 de abril de 2020 los periodistas preguntaron al presidente sobre el rápido aumento en el número de casos de covid-19, y él respondió: “¿Y qué quieren que haga, qué? Soy el Mesías, pero no hago milagros”. Sembró la confusión al despreciar y desalentar abiertamente las medidas de distanciamiento físico y de bloqueo establecidas por gobernadores y alcaldes (*The Lancet*, 2020).

Los determinantes comerciales contribuyeron al agravamiento de la negación de la ciencia y de la inequidad epistémica, y llevaron al gobierno federal brasileño a responder apresuradamente con tecnologías e intervenciones sin evidencia científica de eficacia terapéutica contra la covid-19 (hidroxicloroquina e ivermectina), pero que tienen considerable valor de mercado (Dall’alba y Rocha, 2021). En otras palabras, existen varios intereses económicos y políticos de control y de mantenimiento de estas lógicas capitalistas.

La negación de la ciencia por parte del gobierno federal brasileño y, en consecuencia, de la gravedad de la covid-19 llevó a que no se coordinaran, promovieran y financiaran las medidas de salud pública sancionadas internacionalmente. Por intereses políticos y económicos, el gobierno interrumpió las transferencias financieras y retrasó la entrega de

suministros esenciales a determinadas regiones (Ferigato *et al.*, 2020). Toda esa falta de coordinación intencionada necesitó ser disimulada y distorsionada por las organizaciones y sus agentes sociales a través del ocultamiento de información y de *fake news*.

Sería crucial para el control de la pandemia la difusión de información transparente y lo más precisa posible sobre la evolución del número de casos y muertes (Giovanella *et al.*, 2020), así como los conocimientos necesarios para hacerle frente.

Este fue el tema de debate entre los participantes en la investigación. E01 relató una situación representativa vivida durante la formación de los profesionales que trabajan en las unidades de salud.

A menudo decían: “Con mantener la distancia es suficiente”. Y luego citaban la situación del ébola, que mantener una distancia de dos metros era suficiente. ¿Para qué? Para justificar que la Secretaría no podía permitirse comprar suficientes EPI (equipos de protección individual). Así que en cierto modo nos vimos obligados a transmitir este tipo de información, porque en aquel momento, al principio, no habían tenido tiempo de adquirir suficientes suministros, como máscaras, guantes, chalecos, para todo el mundo [...] Me sentí mal por esta situación, pues me vi en cierto modo obligada a “vender” algo con lo que ni siquiera yo misma estaba de acuerdo [...] Esto me angustió mucho y vimos tantas noticias falsas en aquella época... (E01, 06/09/2022).

La situación relatada expresa concretamente las maniobras instituidas por las organizaciones para el control de la producción del trabajo (Baremblyt, 2012) y la principal estrategia utilizada es el “no-dicho” u ocultamiento de información relevante.

En la medida en que los profesionales de salud no reconocen las precarias condiciones de trabajo o la falta de insumos, no cuestionan, no manifiestan y no se movilizan, perpetuando cierta normalización de estas inequidades epistémicas.

CONSIDERACIONES FINALES

Al cuestionar las situaciones de violencia sufridas/vividas en el contexto de la covid-19, nos enfrentamos al atravesamiento de la precariedad de las condiciones de trabajo, las creencias en héroes reales-imaginarios sobreimplicados y la difusión de información falsa.

Aunque las organizaciones de salud se encarguen de sostener la forma colectiva e institucionalizada de hacer las cosas, observamos procesos de responsabilización del individuo/trabajador por los servicios y del individuo por sí mismo y por su trabajo. Y, principalmente, la no percepción, o no dicho y, el no sentido, sobre cuáles son las reales condiciones de trabajo inherentes a la realidad (pre, durante y post) pandémica y cuáles son las determinaciones sociales de salud existentes en la pandemia, y que pueden ser generadoras de violencia institucional.

Los testimonios sobre las formas de trabajo y la violencia sufrida/experimentada suscitaron el debate sobre las implicaciones y los condicionantes previstos en la práctica del contexto de los servicios de salud y en las medidas sanitarias adoptadas. Al reflexionar sobre la dimensión psicosocial, pueden ir aún más allá de pensar en las precarias condiciones de vivienda, la falta de saneamiento básico o, incluso, las condiciones para el proceso de higiene adecuada, y el aislamiento social en el sentido de control y propagación del virus.

Lo que arroja luz sobre la realidad es la previsión del trabajo como entidad indispensable para la producción del *statu quo* que, sin este sujeto, tema de nuestras investigaciones, y que es primordial para las llamadas actividades esenciales a la sociedad, iría a la quiebra. Ello facilita el escenario para la creación del mito del héroe.

Si bien el foco de la investigación es el trabajador, en todas las instancias, la violencia se implementa en mitos y en verdades, en las subjetividades capitalistas que se dispersan y se difunden como formas de hacer y como justificación del funcionamiento institucional. Ahora, el trabajador, la organización e incluso el usuario son denunciados o cul-

pabilizados por la violencia sufrida, en sus propios escritos, discursos y acciones derivadas de ellos.

Entender los mecanismos de acción institucional, ampliando la comprensión de los determinantes económicos y laborales como sociales, y que afectan las acciones del trabajador, así como las condiciones de vida y de salud de las personas en la colectividad, podría ser un paso importante para producir un efecto de estas condiciones en el colectivo de trabajadores y, en última instancia, en la sociedad. Sin embargo, es aún más relevante identificar e intervenir en los factores estructurales, generadores de violencia en el ambiente de trabajo, muchas veces ignorados o sometidos, disminuida y menospreciada su importancia. Así, al estar desprovista de valor, la violencia se convierte en generadora de padecimientos entre las y los trabajadores.

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- ALTOÉ, S. (coord.) (2004). *René Lourau. Análise institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec.
- ASSUMPCÃO, C. M. y G. F. Veloso (2020). A atuação do médico do trabalho na pandemia do COVID-19. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3. Região*, edición especial, t. II, pp. 685-689.
- BARBOSA, D. J. *et al.* (2020). Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. *Comunicação em Ciências da Saúde*, vol. 31, núm. supl. 1, pp. 31-47.
- BAREMBLITT, G. F. (2012). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 6a. ed., Rio de Janeiro: Editora FGB/IFG.
- BROCH, D. *et al.* (2020). Social determinants of health and community health agent work. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 54.
- COIMBRA, C. M. B. y M. L. Nascimento (2007). Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? En E. M. M. Arantes, M. L. Nascimento y T. M.

- G. Fonseca (coords.), *Práticas psi inventando a vida*. Niterói: Ed. EDUFF, pp. 27-38.
- DALL'ALBA, R. y D. G. Rocha (2021). Brazil's response to COVID-19: commercial determinants of health and regional inequities matter. *The Lancet Global Health*, vol. 9, núm. 6, p. e782.
- DURHAN, E. (1984). Cultura e ideologia. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, vol. 27, núm. 1, pp. 71-89.
- FERIGATO, S. *et al.* (2020). The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, vol. 396, p. 1636.
- FLEURY, M. T. L. (1987). Estórias, mitos, heróis. Cultura organizacional e relações de trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, vol. 27, núm. 4, pp. 7-18, octubre/diciembre.
- GALTUNG, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. *Cuadernos de Estrategia*, núm. 183, pp. 147-168.
- GIOVANELLA, L. *et al.* (2020). Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde Debate*, vol. 44, núm. 126, pp. 895-901.
- GUATTARI, F. y S. Rolnik (1996). *Micropolítica, cartografias do desejo*. 4a. ed., Petrópolis: Vozes.
- L'ABBATE, S. (2012). Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, 8 (1): 194-219.
- MACIEL, F. B. M. *et al.* (2020). Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol. 25, supl. 2, pp. 4185-4195.
- MONCEAU, G. (2008). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal. Revista de Psicologia*, vol. 20, núm. 1, pp. 19-26, enero-junio.
- THE LANCET (2020). COVID-19 in Brazil: "So what?". *Lancet*, vol. 395, pp. 1461.

VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y DILEMAS ÉTICOS DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA COVID-19 EN XALAPA, VERACRUZ, MÉXICO

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

LIZETTE FIGUEROA VÁZQUEZ

ANA LAURA CERVANTES ALARCÓN

INTRODUCCIÓN

XALAPA ES LA CAPITAL DEL ESTADO DE VERACRUZ, ubicado en el su-
reste mexicano y, de acuerdo con el último censo de población y vi-
vienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía
(INEGI, 2020), cuenta con 488 531 habitantes, de los cuales 226 821 son
hombres y 261 710 son mujeres.

Veracruz cuenta con un importante porcentaje de población in-
dígena (8.6%) y de población de ascendencia afromexicana (2.7%) (INE-
GI, 2020). Es un estado que, si bien aporta importantes bienes de consu-
mo para el país como el petróleo y la producción cafetalera, azucarera
y ganadera, se ubica como la segunda entidad más pobre del territorio
mexicano (Barcelata, 2021) debido a la falta de infraestructura para la
comercialización de estos productos, a su geografía montañosa y selvá-
tica de difícil acceso y a las desigualdades en la distribución del ingre-
so, siendo que 58% de su población vive en situación de pobreza y de
pobreza extrema (Coneval [Consejo Nacional de Evaluación de la Polí-
tica de Desarrollo Social], 2020).

En el caso de Xalapa, el Observatorio de Finanzas Públicas y Desa-
rrollo Regional (2021) reportó que 37.5% de las y los xalapeños no cuen-
ta con un ingreso suficiente para adquirir bienes y servicios a fin de sa-
tisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias, y presenta por

lo menos una carencia social, entre las que se pueden encontrar: rezago educativo, falta de acceso a los servicios de salud, falta de acceso a la seguridad social, insuficientes calidad y espacios de la vivienda, insuficiencia en los servicios básicos en la vivienda y en el acceso a la alimentación.

En el marco de la investigación realizada en colaboración con las colegas brasileñas, nos propusimos como objetivo documentar y analizar las vivencias de violencia dirigida hacia profesionales de salud, especialmente mujeres, durante la covid-19, con una aproximación cualitativa, a través de una sesión de entrevista a profundidad con cuatro participantes (una psicóloga, un jefe de enfermeros, una enfermera y un médico), sesión que hubo de realizarse a través de una videollamada para lograr que asistieran las y los participantes. Posteriormente realizamos el análisis de las narrativas del personal de la salud.

LA ATENCIÓN A PACIENTES DE COVID-19 EN XALAPA DURANTE LA PANDEMIA

En el mes de marzo de 2020 se declaró en todo el territorio nacional la emergencia sanitaria por causa de la pandemia causada por el virus Sars-CoV-2. Xalapa, al ser la capital del estado, además de atender a su población, atendió por medio de su sistema de salud a 33 municipios aledaños. Para la atención a la ciudadanía derivada de la covid-19, se destinaron diferentes hospitales: de las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, atendió el Hospital General de la zona 11 y unidades de segundo nivel. Del Sector Salud, el Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio (CAE); asimismo se activó un centro de atención médica extendida CAME C-19h, el cual estuvo habilitado por dos años en el velódromo internacional de Xalapa (Mávil, 2022).

Las demandas por falta de protocolos de atención y de insumos para atender a pacientes de la covid-19 por parte del personal de salud fueron recurrentes desde los inicios de la pandemia, lo que llevó en ocasiones a manifestaciones públicas para exigir respuesta por parte

de los directivos institucionales. Conforme la pandemia avanzaba, también comenzaron las protestas exigiendo un esquema de vacunación completo. La situación se deterioró a tal grado que incluyó demandas legales para ampararse legalmente y así poder vacunarse (s. a., 2021).

Ante las diferentes olas de la pandemia, el Sistema de Información de Red IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave) informaba sobre las condiciones en las que se encontraba la entidad veracruzana, reportando la ocupación de camas con ventilador en cuidados intensivos, la ocupación de camas en hospitalización en general y las condiciones del estado de Veracruz en el semáforo epidemiológico nacional. Así, del inicio de la covid-19 a la tercera ola en julio de 2021, la capital del estado ya había reportado 935 defunciones (Caiceros, 2021). Posteriormente, a pesar de que se consideraba que el momento más complicado de la pandemia había pasado, en el mes de julio de 2022 el IMSS informó tener 88% en ocupación de camas. Veracruz se ubicaba en la posición 11 de las 32 entidades federativas, respecto a la ocupación de camas en hospitalización general, con 34.78% (González, 2022).

En lo que se refiere a las afectaciones por la covid-19 en Xalapa, de acuerdo con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), al mes de julio del 2021, de los casos confirmados en la capital del estado, 47.68% fueron mujeres y 52.14%, hombres. De estos casos, 65.12% de fallecidos por covid-19 habían sido hombres (García, 2021).

La pérdida de vidas también ocurrió entre quienes estaban en la primera línea de atención en el sector salud, quienes, además de verse afectados por las condiciones laborales en las que trabajaban, tuvieron que enfrentar pérdidas de vidas entre sus compañeros. En 2020, apenas tras tres meses de haber sido declarada la contingencia en territorio mexicano, Veracruz ya ocupaba el quinto lugar con más casos de personal de la salud fallecidos por la covid-19. Hasta esa fecha, la entidad ya registraba 20 defunciones, ubicándose solo por debajo de Tabasco, Puebla, Estado de México y Ciudad de México, que encabezaba la lista con 160 fallecimientos entre el personal de la salud a causa de la pandemia.

Aunque la federación reiteró el respaldo a miles de trabajadores de la salud, fue general el reclamo por parte del personal demandando mejores condiciones laborales e insumos necesarios para atender los casos de covid-19 en los hospitales a su cargo (Durán, 2020). El último reporte oficial realizado por el Gobierno de Veracruz (2022) se dio el día 18 de octubre de 2022, donde se informó sobre 224 260 casos acumulados, 183 020 negativos, 16 682 sospechosos y 16 993 defunciones. La economía en Xalapa fue otro sector afectado por la pandemia, pues un número considerable de empresas debieron cerrar como efecto de las medidas sanitarias que se implementaron en la entidad para evitar la propagación del virus, lo que tuvo como consecuencia el incremento de desempleo y la falta de recursos para sostener a un importante sector de la población. Las pérdidas económicas se vieron reflejadas sobre todo en los microempresarios, pues las ventas en mercados y en tiendas locales descendieron hasta 80%. El papel de estas microempresas es relevante, puesto que dan empleo a 53% de las personas ocupadas en la entidad. En Xalapa, en al menos 15 colonias, los habitantes pusieron pañuelos, banderas y prendas de vestir rojas en señal de solicitud de apoyo del gobierno (Durán, 2020).

De igual forma, el sector educativo se vio impedido para continuar las clases de manera presencial, por lo que se tuvo que recurrir a diferentes plataformas para dar las clases de forma virtual, con la finalidad de no comprometer la salud del personal educativo y de los alumnos.

EL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD, LA MUERTE Y LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL NATURALIZADA

Si bien es cierto que en México el Estado garantiza la atención a la salud con un sistema que pretende ser universal, en los hechos es insuficiente e ineficaz para atender con calidad y calidez a la población en general. Como ha sucedido en otras ocasiones, ante la emergencia se instrumentan estrategias que intentan subsanar el abordaje de los imprevis-

tos. Ante la covid -19, se implementó la atención a todo caso sospechoso de infección por el virus a través de algunos centros hospitalarios especializados para el manejo de estos cuadros infecciosos. Esto es, en un inicio algunos hospitales particulares podían dar atención, pero pronto se vio la necesidad de restringir el acceso a pacientes con covid-19, y se habilitaron espacios exclusivos para su atención, a los que coloquialmente se les llamó covitarios.

Se contrató a personal médico destinado a la atención exclusiva de pacientes con covid-19 y quien atendió a pacientes graves fue personal que en su mayoría era de enfermería: jóvenes recién egresadas, menos expuestas a complicaciones por los contagios y con sueldos y prestaciones menores que el personal de base.

La violencia institucional es un término que “ha sido utilizado para aludir a todo tipo de violencia ejercida en instituciones, en especial en los servicios públicos, caracterizada por la acción u omisión de condiciones tanto materiales como simbólicas, responsables por la falta de acceso y la mala calidad de los servicios” (Fleury *et al.*, 2013, p. 27). Esta violencia sienta sus bases en la violencia estructural (Ávila, 2002) y no puede ser de otra manera porque, como ondas expansivas en el agua, las injusticias e inequidades macro y microderivadas de las relaciones de poder se replican también en las instituciones de la salud, en este caso en los centros hospitalarios.

Aunado a ello, los determinantes sociales de salud, tales como condición socioeconómica, cultural, acceso a servicios de salud, estilo de vida, autocuidado, entre otros (Fleury *et al.*, 2013), repercuten y se evidencian en la salud física. El caso de la covid-19 no es excepción; y a la precariedad laboral se unió el estado de ánimo, las emociones, que jugaron también un papel determinante en la respuesta inmunológica ante el virus. Dichos aspectos emocionales no solo tuvieron un fuerte impacto en las y los enfermos, sino también en las personas que los atendieron. Este fue un tema difícil de tratar desde la aprobación de nuestro protocolo de investigación en el hospital público de tercer nivel donde

se recabó la información que dio pie al presente artículo. Hubimos de insistir en la relevancia de esta investigación. Se insistió en mantener la metodología cuantitativa, por lo que se tuvieron que realizar ajustes al protocolo, pero manteniendo el énfasis y la convicción de que la producción de narrativas del personal de salud es una herramienta de investigación que permite la participación activa del personal de la salud y la elaboración de sus vivencias durante la pandemia. Así, en las narrativas que pudimos rescatar –si bien limitadas en número pero ricas en contenido– encontramos un fuerte internalización de la violencia institucional; esta se naturaliza a tal grado que en los testimonios recabados resulta evidente que las y los participantes no reconocen la violencia institucional como tal en su trabajo.

Un varón, responsable de un área administrativa, se presenta a la sesión grupal virtual inicialmente diciendo que no podrá permanecer mucho tiempo en la sesión y por ello pide iniciar con su narración, ya que tendrá que salir de la reunión antes de que esta concluya; al final permanece todo el tiempo. Ello hace evidente la necesidad del personal de hablar y de procesar la experiencia de haber atravesado la pandemia en medio de un doble frente: como enfermero que le tocó atender y sobrevivir a la pandemia, y como autoridad y representante de la institución que trabajó en pro de su buen funcionamiento. Y el personal desea que eso quede constatado en la investigación.

Al inicio de su intervención, el trabajador dedica un buen tiempo a enfatizar que el hospital funcionó durante la emergencia por covid-19, que se capacitó a todo el personal en el manejo hospitalario ante el contagio, en medidas de protección, con suficientes insumos médicos para el personal médico, en armonía y sin situaciones complicadas. Reconoce, sin embargo, que hubo inconformidades por parte del personal pues, al inicio de la pandemia, no se conocían ni se tenía el mejor equipo para la protección del personal.

En su discurso afirma que en el hospital siempre hubo capacidad de atención para todos los enfermos, pues la ocupación nunca llegó a

100%; sin embargo, menciona que murieron en la misma cantidad en que ingresaban. Esto demuestra la dificultad para enfrentar estos acontecimientos puesto que, por un lado, nunca se vio rebasado el hospital, pero ello se debió también al número de decesos.

Aunque el personal de salud esté preparado para lidiar con el dolor y la muerte, la muerte masiva provoca angustia, la cual invadió a este participante que centró su esfuerzo en la capacitación al personal que estuvo a su cargo, así como en que todo estuviera bien, trabajo que reconocieron sus compañeros participantes en el grupo.

Por su parte, los cuatro participantes del grupo mencionaron una sobrecarga de trabajo y la asumieron como algo “normal”, pues la gravedad de la situación generó que aceptaran las peticiones fuera de horario y de funciones a fin de garantizar su puesto de trabajo. Esta obediencia incondicional a las reglas hospitalarias, como se discutirá posteriormente, también tiene como efecto la interiorización de la violencia como algo normal o natural; pues, ante la cantidad de muertos y de enfermos, parece insignificante una solicitud extra de trabajo. Ellos asumieron que *esas eran las condiciones de trabajo*. Esto se hace evidente incluso durante la propia sesión, cuando otro médico participante, al inicio, declara tener interés en estar presente durante toda la sesión, pero nos informa que lo hará mientras atiende a sus pacientes. La realidad se impone ante la necesidad de elaborar lo vivido por la pandemia: este médico no puede, incluso pasada ya la emergencia, dedicar una hora y media a su propia salud mental, porque hay que cubrir los estándares de la institución.

Como señala Bourdieu (2000), la violencia simbólica está presente en estas narrativas. Se internaliza como natural o normal que ocurran estos abusos, así como la sobrecarga de trabajo que en algunos casos se autoimpuso. Este mismo médico, por ejemplo, laboró con tres turnos por día; y, aunque ahora reconoce lo agobiante de las jornadas laborales, lo que incluso lo llevó a enfermarse y a tener migrañas intensas, aun así siguió trabajando. Con todo y que la emergencia provocó que necesariamente se realizaran muchas tareas que normalmente no procedían, llama

la atención que se introyecte de esta manera una situación que alude a la violencia institucional.

También están presentes en las narrativas tensiones entre el personal del hospital ocasionadas por el reparto de equipos de protección y por las cargas extenuantes de trabajo. Y en cada uno de los casos se minimizan o se justifican. En ningún caso se externó el reconocimiento de violencia vivida.

Aunado a ello, el personal médico también fue objeto de violencia dentro y fuera del hospital, por parte de algunas personas que se sentían amenazadas por su presencia, por temor a ser contagiados. En este caso, a diferencia del anterior, sí se reconoció haber sido objeto de violencia, aunque entienden que el miedo jugó un papel importante en la población, sobre todo al inicio de la pandemia, cuando mucha gente no quería estar cerca del personal que laboraba en los hospitales por temor al contagio.

LO MEJOR Y LO PEOR: DILEMAS ÉTICOS DEL PERSONAL DE SALUD

De acuerdo con Alberto Melucci (1998), en las sociedades complejas en las que nos movemos en la actualidad, las problemáticas sociales se convierten, cada vez más, en verdaderos dilemas, es decir, en situaciones que no tienen fácil solución. Para una posible aproximación, comprensión y análisis de los fenómenos sociales contemporáneos, Melucci considera que se deben analizar los puntos nodales en donde converjan aspectos fundamentales que permitan mirarlos desde múltiples ángulos.

Este proceso de construcción de saber, siempre inacabado, nos confronta, por un lado, con la imposibilidad de resolver los conflictos con respuestas fáciles, lo que a su vez conlleva a acostumbrarnos a aprender a generar nuevas preguntas, más que a brindar respuestas. Sin embargo, ello es precisamente lo que nos permite avanzar y mantener en movimiento constante el proceso de construcción del conocimiento.

Lo que verdaderamente necesitamos, dice Melucci, es aprender a coexistir con estos dilemas y con la incertidumbre que ello nos genera, puesto que los dilemas no se resuelven, solo se van gestionando a través de procesos de toma de decisión frente a una realidad social cada vez más cambiante. De esta manera, continúa el autor, los conflictos sociales visibilizan los dilemas y son ellos los que nos permiten mirarlos y nombrarlos, y con ello abren nuevas posibilidades de cambio social, reduciendo las incertidumbres en un proceso elíptico en el cual nuevos conflictos, y por lo tanto, nuevos dilemas reaparecen en nuevas formas y en distintos espacios sociales, generando la necesidad de tomar nuevas decisiones frente a los problemas enfrentados, siendo esta la única forma en que podemos enfrentar la incertidumbre, reduciéndola a una “presión manejable”.

Sin duda, la covid-19 nos enfrentó a muchos dilemas, sobre todo en el caso del personal de salud frente a una situación de enorme incertidumbre ante la cual tuvieron que tomar decisiones sin saber a ciencia cierta el resultado de las mismas. Decisiones éticas, relativas a la vida y a la muerte, a los servicios brindados, a elegir qué medicamentos, qué tratamientos brindar a las y los pacientes, a quién privilegiar para su atención en limitados espacios hospitalarios... Y todo ello sin saber a ciencia cierta si esas decisiones eran las acertadas o no, si eran benéficas o no para los pacientes, para sus compañeros de trabajo, para sus familiares; en fin, para el centro de salud en el cual se encontraban laborando.

En las narrativas del personal de salud, se evidencia que todos estos dilemas generaron mucha angustia e inquietud y les enfrentaron a múltiples cuestionamientos, muchos de ellos sin respuesta, pero que hoy podemos analizar como elementos nodales que habremos de mirar desde diferentes ángulos, para tratar de comprenderlos a modo de que, en el futuro, cuando conflictos similares emerjan en otros espacios, hayamos avanzado en el conocimiento y en la toma de decisiones.

Lo relevante, como bien lo decía Melucci ya en los albores de este siglo, es mantener el movimiento, el avance, la construcción de saberes y el aprendizaje de la experiencia, como sin duda lo hizo el personal de

salud que nos compartió sus narrativas para que podamos visibilizar los conflictos que ellos vivieron y contemos con elementos de análisis para una mejor comprensión de la realidad que les tocó vivir.

REGLAS HOSPITALARIAS Y/O AUTONOMÍA RESOLUTIVA

Consideramos que un punto nodal enfrentado por el personal de salud durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 se refirió a la decisión de cumplir o no con las reglas hospitalarias y/o ejercer su propia autonomía resolutive. La ‘y’ en este caso hace alusión a la posibilidad de hacer compatibles ambas posibilidades; la ‘o’ a lo contrario: afrontar la decisión de privilegiar una de ellas siguiendo su propio criterio o, por el contrario, aún sin estar de acuerdo con ello, seguir estrictamente las reglas hospitalarias.

En el caso de la pandemia por covid-19, hemos visto que las enfermeras, en su gran mayoría mujeres pero también hombres que atendieron en los covitatorios, eran en su mayoría muy jóvenes, carentes de experiencia, y se encontraban laborando por primera vez ejerciendo ya su profesión. Reconocían el peligro de contagio, pero aceptaban animadas(os) por la necesidad de obtener un empleo que difícilmente podrían tener en circunstancias normales.

Sin embargo, la falta de experiencia y de capacitación en muchos de los casos les llevó a caminar a ciegas frente a una enfermedad desconocida, de la cual no había certeza alguna sobre sus orígenes y, por ende, sobre su tratamiento. ¿Era mejor para una joven enfermera sin experiencia previa obedecer órdenes que ejercer su autonomía resolutive? Ambas posibilidades son legítimas y, en ambos casos, los resultados podrían tener consecuencias positivas o negativas. Nada estaba escrito durante la pandemia, y mucho menos en el interior de los covitatorios.

Ejemplo de todo ello es la narrativa de una joven enfermera que atendió a una paciente de 18 años, en estado de gravedad. La paciente le solicita que la conecte con su madre para hablar con ella y la enfermera

se niega porque las autoridades hospitalarias dieron la orden de no prestar sus celulares.

No sabemos a ciencia cierta por qué se emitió esta orden. La enfermera solo refiere un incidente anterior que la generó. El día siguiente era el cumpleaños de la chica y solo quería hablar con su madre, pero no logra hacerlo y esa noche la paciente muere.

La enfermera refiere que este suceso quedó guardado en su memoria como muchos otros y se pregunta –al tiempo que nos pregunta a quienes estamos escuchando su historia– si hizo bien o no, si no debió haberle permitido a la joven hablar por última vez con su madre. Y lo siente aún más porque, a su vez, ella es una madre soltera joven y su hija es su única interlocutora, la persona más cercana con quien habla de todo lo que le sucede.

La enfermera buscó mucho tiempo un espacio, una persona a la cual narrar esta historia, hasta que lo hizo en el espacio grupal que convocamos. La frase que repitieron ella y varios de los participantes refiriéndose a la pandemia fue “Sacó de nosotros lo mejor y lo peor”. A ella la impulsó a seguir estudiando y especializándose en cuidados intensivos. En cuanto a los médicos, la experiencia durante la emergencia por covid-19 logró que su práctica profesional mejorara, pues los llevó a atender con mayor humanidad y calidad a sus pacientes.

Al analizar sus narrativas, nos enfrentamos a la necesidad de repensar las posibilidades que hoy en día tiene el personal de salud para ejercer su autonomía resolutive frente a las situaciones complejas que enfrentan con sus pacientes. Obedecer a ciegas las reglas hospitalarias ya no es la opción. En múltiples casos nos enfrentamos con la necesidad de avanzar en la legislación en materia de salud, para anteponer los derechos humanos a las leyes y no viceversa. Los servicios de salud no pueden seguir ejerciéndose desde posiciones jerarquizadas entre el personal de salud tan rígidamente como ocurre hasta hoy en día, en vista de las cuales son siempre los médicos los que deciden y las enfermeras las que ejecutan las órdenes recibidas.

Durante la pandemia por covid-19, como en muchas situaciones extremas, las jerarquías desaparecen. En muchos hospitales los médicos se volvieron pacientes, los jefes quedaron al cuidado de sus subalternos frente a los contagios masivos y fueron las enfermeras quienes tuvieron que tomar decisiones y ejecutar acciones que nunca antes habían realizado. En los covitarios, la mayor parte de las decisiones se tomaron de manera horizontal, basadas en la experiencia, en el intercambio de opiniones entre compañeros, en el diálogo entre colegas para ir comprendiendo esta nueva enfermedad y las posibles formas de enfrentarla. En todos estos casos, se aprendieron nuevas formas colectivas y horizontales de gestionar los conflictos para, al menos, mantener una “presión manejable”, en términos de Minucci.

LA SALUD DEL PERSONAL Y/O EL PERSONAL DE LA SALUD

Otro aspecto que nos parece nodal en las narrativas del personal de salud es el que se refiere a la atención a sus propias necesidades de salud durante la pandemia. ¿Quién cuida a quienes cuidan? La salud del personal de salud implica cuestionarnos sobre sus posibilidades de recreación, de espacios de autoayuda, de contención y de escucha con las que contaban o no durante la contingencia sanitaria, particularmente frente a las violencias que vivieron por parte de las autoridades sanitarias, de sus familiares e, incluso, de las comunidades a las que pertenecen y de la sociedad en su conjunto.

Otra de las participantes en el grupo, psicóloga, profesional de salud mental y que laboraba en un hospital de especialidades donde se brindó atención a pacientes graves de covid-19, pero cuya función se ubica en el área de apoyo a madres lactantes, de tal forma que no ejercía una función directa de atención a pacientes, narra la necesidad que sentía de apoyar a sus compañeros de trabajo durante la contingencia. Para ello, por un lado, coordinó la donación de equipo de protección para el personal de salud por parte de un colectivo judío y de académicos universita-

rios en la localidad de Xalapa, Veracruz, y llevó a cabo una investigación sobre las tensiones que prevalecían entre el personal.

En lo que se refiere a la donación de equipos, le solicitaron hiciera una lista de personas que podrían utilizarlos, así como tomar fotos de la entrega de insumos junto con otra serie de evidencias del apoyo recibido.

En un determinado momento, un grupo de jóvenes enfermeros que laboraban en el hospital decidió hacer un festejo y grabarse durante el mismo portando el uniforme de protección que había sido donado por esta fundación. Esto contravenía las reglas hospitalarias por lo que, al salir el video a la luz pública, les fue rescindido el contrato. Dado que existía la lista de beneficiarios del equipo, fueron identificados y despedidos.

La psicóloga narra esta situación en el grupo y se pregunta –y nos pregunta– si no habría que haber entendido que estos jóvenes cometieron un error por la necesidad de juntarse, de divertirse un poco, y si, siendo jóvenes *millennials* acostumbrados a grabar sus vivencias, la falta de experiencia y la edad jugó en su contra al publicar el video referido.

También siente que, en su deseo de ayudar, quizá el contar con este equipo y con esta lista de evidencias jugó en su contra y provocó que este grupo de personas se quedara sin trabajo, cuando quizá lo único que buscaban era un poco de esparcimiento frente a la tensión que experimentaban todos los días atendiendo pacientes de covid-19 en jornadas extenuantes. Se preguntaba, asimismo, por qué estos jóvenes no contaron con espacios de contención y de autoayuda de tal forma que quizá no hubiese sido necesario un festejo como el que llevaron a cabo.

Ella comenta que, cuando se divulga en redes sociales que un grupo de personal médico hace una fiesta usando el equipo de protección donado, se genera mucha presión sobre ella. Señala: "... hubo de todo". Habla de la entrega del personal, de la disposición al trabajo en jornadas extensas... pero calla lo "otro".

Probablemente calla para mantener su postura institucional, donde reconoce que existió error al usar un equipo médico para un uso personal y social. La presión que ella experimentó y experimenta aún, al defender

una postura institucional que también cuestiona, probablemente ocasiona que se oculten las tensiones vividas; menciona que ella sintió la presión de los superiores y de los compañeros de trabajo; lo que describe es un ambiente de mucho enojo y presión en varios sentidos.

El intento por abordar el malestar emocional motivó esta investigación, realizada a través de la aplicación de escalas para medir el ambiente organizacional, buscando con ello resolver las situaciones tensas que prevalecían entre el personal. Los resultados demostraron que había entre el personal una ansiedad severa y la queja por la falta de reconocimiento al trabajo realizado, por parte de los directivos.

Llama la atención que mientras expresan con claridad el papel importante que juegan los aspectos emocionales y psíquicos, la respuesta sea querer abordarlos desde el clima laboral, cuando se trata de malesares subjetivos y sociales. Quizá el modelo médico hegemónico prevaleciente sea el que haya obligado a responder con intervenciones e investigaciones de corte positivista. Quizá también, en su legítimo deseo de apoyar a su institución, decidieron apoyarnos en la organización de este grupo, ya que fue esta psicóloga quien insistió en la participación de enfermeras y de médicos, invitándolos insistentemente.

¿Por qué no hubo espacios de contención y equipos de salud mental apoyando al personal de salud? ¿Por qué el personal, a pesar de necesitarlo, no respondió a las convocatorias de participar, por ejemplo, en el grupo al que los convocamos a fin de narrar y elaborar sus experiencias?

Estudios recientes sobre las vivencias del personal de salud en otras latitudes (Rangel *et al.*, 2022, pp. 48, 471-479) coinciden en la falta de apoyos en salud mental al personal de salud durante la pandemia. Ante ello, ¿debemos exigir que se les dé tiempo, voluntaria u obligatoriamente, para contar con espacios de autoayuda? ¿Por qué los servicios de salud mental siguen sin ser tenidos en cuenta en los programas de apoyo para el personal de la salud, a pesar de las problemáticas que enfrentan? ¿Será porque se considera que el personal de salud no se enferma, o que no debe enfermarse, o que no importa si se enferma?

Sin duda, la manera en que cada uno procesó la sobrevivencia a la covid-19 se dio de acuerdo con los recursos personales que poseía con anterioridad. Al igual que en las guerras, esta emergencia sanitaria puso al descubierto lo más profundo de cada ser, la miseria humana o la grandeza del alma. Algunos se arriesgaron tomando decisiones personales sobre las instrucciones institucionales, para brindar una atención más humanizada; otros simplemente obedecieron órdenes superiores.

Finalmente, este análisis nos lleva a otro punto nodal: el de nuestra propia implicación frente a los fenómenos que estudiamos. En este caso, nos lleva a analizar también las demandas de los grupos en los que intervenimos, relativas a sus necesidades de apoyo y de contención, y a la relevancia de replantear el trabajo realizado desde nuevos ángulos que hacen también a nuestra profesión, es decir, a las necesidades que hemos de atender oportunamente en el futuro próximo y a demandar, también nosotras, a las autoridades de salud, contar con profesionales de salud mental y con programas estratégicos de apoyo que cuiden la salud de quienes cuidan la salud de la población.

REFERENCIAS

- ÁVILA, M. (2022). Violencia estructural y resistencia. Dos caras de la misma moneda. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, vol. 5, núm. 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1034985>. Acceso el 23 de febrero de 2023.
- BOURDIEU, P. (2012). Violencia simbólica. *Revista Latina de Sociología*, vol. 2, núm. 1. doi: <https://doi.org/10.17979/relaso.2012.2.1.1203>
- (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- CAICEROS, C. (2021). *En tercera ola, Velódromo de Xalapa reabre como hospital covid*. Consulta en Veracruz el 26 de julio. <https://www.m.e-veracruz.mx/nota/2021-07-26/salud/en-tercera-ola-velodromo-de-xalapa-reabre-como-hospital-covid>. Acceso el 23 de febrero de 2023.

- CHÁVEZ, H. B. (2021). *Veracruz, la tragedia de la pobreza y el hambre*. Consulta el 27 de septiembre de 2021. <https://e-veracruz.mx/opinion/2021-09-27/veracruz-la-tragedia-de-la-pobreza-y-el-hambre>. Acceso el 23 de febrero de 2023.
- CONEVAL (2021). *Coneval presenta las estimaciones de pobreza multidimensional 2018 y 2020*. Comunicado No. 09, Ciudad de México, 5 de agosto. https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO_009_MEDICION_POBREZA_2020.pdf. Acceso el 23 de febrero de 2023.
- DURÁN, E. (2020). *¿Cómo afecta económicamente el coronavirus a Veracruz?* Meganoticias, 11 de mayo de 2020. <https://www.meganoticias.mx/xalapa/noticia/como-afecta-economicamente-el-coronavirus-a-veracruz/146804>. Acceso el 23 de febrero de 2023.
- (2020). *Veracruz, 5to lugar en personal de salud fallecido por coronavirus*. Meganoticias, 17 de junio de 2020. <https://www.meganoticias.mx/xalapa/noticia/veracruz-5to-lugar-en-personal-de-salud-fallecido-por-coronavirus/155988>. Acceso el 23 de febrero de 2023.
- El Comentario*. Periódico Oficial de la Universidad de Colima (9 de mayo de 2021). *Con marcha, médicos de Xalapa piden ser vacunados contra el Covid-19*. <https://elcomentario.ucol.mx/con-marcha-medicos-de-xalapa-piden-ser-vacunados-contra-el-covid-19/>. Acceso el 23 de febrero de 2023.
- FLEURY, S., V. Bicudo y G. Rangel (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 9, núm. 1, pp. 11-25. <https://www.scielosp.org/article/scol/2013.v9n1/11-25/es/#ModalArticles>. Acceso el 12 de febrero de 2023.
- GARCÍA, A. (2021). El 65.12% de fallecidos por covid-19 en Xalapa son hombres. *Diario de Xalapa*, 21 de julio. <https://www.diariodexalapa.com.mx/local/el-65.12-de-fallecidos-por-covid-19-en-xalapa-son-hombres-y-hay-suman-73-mil-369-casos-confirmados-acumulados-en-veracruz-6992203.html>. Acceso el 10 de febrero de 2023.

- GONZÁLEZ, F. (2022). Quinta ola covid: ¿cuántas personas han sido hospitalizadas en Veracruz? *Diario de Xalapa*, 19 de julio. <https://www.diariodexalapa.com.mx/local/quinta-ola-covid-cuantas-personas-han-sido-hospitalizadas-en-veracruz-8613198.html>. Acceso el 10 de febrero de 2023.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/areas-geograficas/resumen/resumen_30.pdf. Acceso el 10 de febrero de 2023.
- (2020). *Población 2020*. <https://www.cuentame.inegi.org.mx/mo-nografias/informacion/ver/poblacion/diversidad.aspx?te>. Acceso el 10 de febrero de 2023.
- MALPICA, F. (2022). Cuarta ola covid continúa cerrando escuelas; ahora secundaria en Xalapa. *La Silla Rota*, Veracruz, 13 de enero de 2022. <https://lasiillarota.com/veracruz/estado/2022/1/13/cuarta-ola-covid-continua-cerrando-escuelas-ahora-secundaria-en-xalapa-312406.html>. Acceso el 8 de febrero de 2023.
- MÁVIL, I. (2022). *Desocupan inmuebles CAME.19 en Xalapa y Boca del Río*. Meganoticias, 17 de agosto. Desocupan inmuebles CAME-19 en Xalapa y Boca del Río | MEGANOTICIAS. Acceso el 8 de febrero de 2023.
- MELUCCI, A. (1998). The public space of social action. In the sasawyer seminar on mass media and the public sphere, *New School for Social Research*. 7 de marzo.
- OBSERVATORIO DE FINANZAS PÚBLICAS Y DESARROLLO REGIONAL (2021). Universidad Veracruzana. Facultad de Economía. *Xalapa, pobreza y rezago social*. Boletín 195, 12 de mayo. <https://www.uv.mx/ofd/files/2021/05/BOLETIN-195-.pdf>. Acceso el 8 de febrero de 2023.
- RANGEL, I. C. *et al.* (2022). Biopower under a state of exception: stories of dying and grieving alone during COVID-19 emergency measures. *Med Humanit*, vol. 48, pp. 471-479.
- S. A. (9 de mayo de 2021). Con marcha, médicos de Xalapa piden ser vacunados contra el covid-19. *El Comentario*. <https://elcomentario.uco.mx/conmarcha-medicos-de-xalapa-piden-ser-vacunados-contra-el-covid-19/>. Acceso el 23 de febrero de 2023.

VIOLENCIA LABORAL DURANTE LA COVID-19 NARRADA POR PROFESIONALES DE SALUD

JOSÉ RENATO GATTO JÚNIOR

PRISCILA NORIÉ DE ARAUJO

FELIPE LIMA DOS SANTOS

CONTEXTUALIZACIÓN

LA VIOLENCIA EN EL ESCENARIO DEL SECTOR DE LA SALUD

EL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA ES COMPLEJO y su definición es desafiante; sin embargo, en algunas líneas se puede entender como cualquier situación en la que actitudes y comportamientos de seres humanos, ya sea individualmente, en grupo, colectivamente, entre otros, afectan a otro(s) ser(es) humano(s) física, moral, mental y/o espiritualmente (Minayo, 2006).

En el ámbito sanitario, la violencia está presente en el día a día de los servicios de salud, ya sea la violencia urbana que asola la vida de las personas que necesitan atención sanitaria en atención primaria de salud (Ramos *et al.*, 2016; Rodrigues *et al.*, 2018), en servicios de urgencias (Pereira *et al.*, 2016), salud mental (Organización Mundial de la Salud [oms], 2020), entre otros.

Desde hace algún tiempo se observa la falta de preparación de profesionales de salud para trabajar con el tema de la violencia (Ramos *et al.*, 2016; Fusquine, Souza y Chagas, 2021) y para atender a personas en situación de violencia. Incluso para enfrentar las situaciones de violencia que ellos mismos sufren en su trabajo (Silva, Martins y Moreira, 2019).

Sin embargo, con la llegada de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, el fenómeno de la violencia se ha agudizado aún más en la

relación entre usuarios y profesionales de salud. Se han producido situaciones de violencia tanto en la vida laboral cotidiana como en otros espacios de la sociedad, incluidas las redes sociales y otros medios de comunicación (UN, 2020; OMS, 2020).

La violencia laboral, por ejemplo, ocurre en el ámbito del trabajo, conformándose como situaciones de abuso, coacción y agresión física, y predispone a los profesionales al desinterés por su trabajo y, lo que es más grave, a enfermedades físicas, mentales y psicológicas (Krug *et al.*, 2002).

Cabe señalar que el advenimiento de la covid-19 en Brasil se vio intensificado inicialmente por la negación de la existencia de la pandemia y, posteriormente, por la distribución ineficaz de las vacunas, aunado a las teorías conspirativas e infundadas de la izquierda china, entre otras. Todo ello se agravó ante el continuo desfinanciamiento del Sistema Único de Salud (SUS) (Mendes y Carnut, 2020) por parte del entonces gobierno federal y sus ministerios, y también por el desmantelamiento y el descrédito generalizado de las instituciones políticas y de la democracia en la sociedad brasileña.

Este ambiente se convirtió en un caldo de cultivo propicio para el surgimiento y la profundización de situaciones de violencia de las más diversas naturalezas. En esta investigación se buscó escuchar las voces de las profesionales de salud acerca de las situaciones de violencia vividas en su trabajo cotidiano, por lo que en este artículo presentaremos las primeras reflexiones de un grupo de investigadores que trabajaron en el contexto de un pequeño municipio del interior de São Paulo en Brasil.

ESTABLECIMIENTO DE CONTACTO CON DIRECTIVOS Y PROFESIONALES DE SALUD, Y PARA LAS DECISIONES DEL DISPOSITIVO UTILIZADO PARA LA PRODUCCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo esta investigación, después de los procedimientos éticos explicados anteriormente en esta obra, se establecieron algunos con-

tactos y solicitudes de consentimiento, en este caso, con una Secretaría Municipal de Salud.

Habiendo obtenido el consentimiento de la Secretaría de Salud, hablamos directamente con las coordinaciones de administración y de enfermería para negociar y acordar la participación de las y los profesionales en la investigación, en el entendido de que esta actividad se vincularía a la Educación Continua en Salud (ECS).

Una vez acordadas y negociadas las actividades a realizar, se realizaron visitas a los servicios de salud pública del municipio, se divulgó el proyecto y se invitó directamente y de forma general a profesionales de salud. Las interesadas comunicaron su interés a los coordinadores, que organizaron los grupos y acordaron fechas y horas para que el grupo de investigadores pudiera desplazarse a la ciudad a fin de llevar a cabo las actividades.

Se impartieron dos talleres por reunión, puesto que uno de los grupos tenía limitaciones en relación con el tiempo de que dispondría para participar, dada la naturaleza del lugar de trabajo y la actividad que desarrollaban en ese momento en el municipio.

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA ZONA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en una ciudad del interior del estado de São Paulo, Brasil, que tiene una población estimada en más de 51 000 habitantes (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística [IBGE], 2021) y una tasa de mortalidad infantil de 11.41 muertes por mil nacidos vivos. La consulta se realizó en el IBGE con referencia a datos del año 2021; sin embargo, tal referencia no se incluirá en este artículo para no identificar al municipio y a los participantes.

El municipio cuenta con 14 centros de salud: 9 Unidades Básicas de Salud (UBS), 10 Equipos de Salud de la Familia (ESF), 1 Centro de Atención Psicosocial/Clínica de Salud Mental, 1 Centro de Fisioterapia, 1 Centro Odontológico, 1 Farmacia Municipal, 1 Hermandad de la Santa Casa

de Misericordia con sala de urgencias y una base descentralizada SAMU 192. En relación con las instancias de gestión de salud, se dispone de una secretaría de salud, un sector de transporte, un servicio de vigilancia sanitaria, y se cuenta con vigilancia epidemiológica, vigilancia sanitaria, control de vectores y control de zoonosis. Hay un consejo municipal de salud, sin que hasta ahora se haya avanzado hacia comités locales de salud.

En ese municipio, algunos servicios de salud fueron reorganizados para atender la demanda por la covid-19, con una alianza con la Santa Casa para la atención centralizada de los casos sospechosos y confirmados de SARS-CoV-2 y la creación de polos de vacunación fijos y temporales, como el *drive-thru*, para agilizar el proceso de vacunación de las personas. En este sentido, fue necesaria la contratación de profesionales temporales, con formación rápida para actuar en la vacunación. Con esta contratación y el establecimiento de la estrategia de polos de vacunación, se permitió la liberación de profesionales de la UBS y de la ESF para retomar las actividades de atención primaria de salud y continuar el seguimiento de las personas. Aún así, el contingente de contrataciones temporales no fue suficiente y hubo rotación entre las y los profesionales para ayudar en los polos de vacunación.

En cuanto a los casos de covid-19, hasta la primera quincena de febrero de 2023 había 9 962 casos confirmados y 202 muertes, con 30 288 notificaciones, de las cuales 20 626 tenían resultados negativos en las pruebas.

CARACTERIZACIÓN DE LAS Y LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN Y DEL DISPOSITIVO UTILIZADO

Al concluir las invitaciones a los talleres sobre narrativas, las 13 trabajadoras aceptaron y participaron en los talleres. En cuanto a la función de los participantes, 2 eran enfermeras, 10 técnicos de enfermería y 1 agente comunitario de salud. De ellos, 10 eran profesionales contratados debido a la pandemia y 3 eran funcionarios públicos.

Como se anunció anteriormente, los grupos se organizaron en función de la disponibilidad de sus participantes, por lo que se contó con la participación de 5 y 8 trabajadores sanitarios que constituyeron los grupos 1 y 2, respectivamente.

Los grupos se organizaron en talleres con 3 reuniones cada grupo los días 2, 9 y 11 de agosto de 2022. El grupo 1 tuvo lugar en la sala de reuniones de la Secretaría Municipal de Salud de 13:00 a 14:30 h, mientras que el grupo 2 tuvo lugar de 15:30 a 17:00 h.

El grupo 1 fue conducido por el investigador doctorando Felipe Lima dos Santos; el grupo 2, por la investigadora doctoranda Priscila Norrié de Araujo, contando con el profesor doctor José Renato Gatto Júnior como observador de ambos grupos.

La primera reunión sirvió para la presentación de los investigadores y las participantes, la lectura del formulario de consentimiento informado y la aclaración del objetivo de la investigación. Todas las participantes dieron su consentimiento para participar. A continuación, se procedió a la lectura de un ejemplo narrativo de una historia relacionada con la visita domiciliaria. De esta forma, las y los participantes fueron invitados a narrar una situación considerada por ellos como de violencia vivida u observada en su trabajo durante la pandemia por covid-19. Al final de la jornada, se entregaron 13 narraciones.

Los investigadores se reunieron previamente para la lectura de los relatos y la distribución de los pares o tríos para la puesta en común de los relatos. Se observó que algunas de las historias relatadas correspondían a la misma situación, pero con perspectivas diferentes. Por lo tanto, se agruparon. Otra narrativa consistió en el relato de violencia entre profesionales de salud; en este caso fueron divididos en diferentes grupos.

En el segundo encuentro, ya con los pares y tríos previamente organizados, invitamos a las participantes a compartir sus narrativas. Posteriormente, se presentó un video grabado a partir de la lectura de una narrativa de Chimamanda Adichie sobre “El peligro de la historia única” y participantes de ambos grupos relataron múltiples interpretaciones so-

bre el video, relativos a la violencia institucional y a la violencia cometida por usuarios del servicio de salud.

La propuesta del tercer y último día fue la producción colectiva con recortes y *collages* de estrategias para cambiar las historias de violencia.

En todos los encuentros, los trabajadores de la salud fueron escuchados en relación con las dificultades y sentimientos despertados por la covid-19.

PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO

TIPOS DE VIOLENCIA EN EL CONTEXTO ESTUDIADO

Durante la investigación de campo fue posible identificar, a través de las narrativas producidas, algunos tipos de violencia vividos por el personal sanitario participante en la investigación. Entre los tipos de violencia relatados, la violencia ocupacional fue la más evidente. Este tipo de violencia puede ocurrir en el ambiente de trabajo o como resultado de la actividad laboral (Krug *et al.*, 2002). En este ámbito de estudio, ocurrió violencia en el ambiente de trabajo, específicamente violencia psicológica. Desde esta perspectiva, destacamos tres subtemas para su análisis: violencia entre trabajadores de la salud y usuarios de servicios; violencia de la población hacia profesionales de salud y violencia entre trabajadores de salud.

VIOLENCIA ENTRE TRABAJADORES DE SALUD Y USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

En el día a día del trabajo sanitario se dan numerosas situaciones que interpelan los campos del sufrimiento, la subjetividad, la experiencia, la cotidianidad y la memoria (Lopes, 2020). Parece un tanto contradictorio que profesionales de salud, que deberían ser los que no cometen actos de violencia, sean los identificados por sus compañeros como unos

de los perpetradores de actos de violencia contra los usuarios de los servicios de salud.

Desde esta perspectiva, la violencia adquiere un sentido ontológico y, por tanto, fenomenológico. Así, abordar una fenomenología de esta violencia se traduce en explicar el modo de ser de la violencia de profesionales sanitarios contra los usuarios de los servicios de salud (Gall, 2017). Las narrativas construidas en el proceso de investigación a través de la escritura arrojan luz sobre cómo la violencia ejercida por profesionales de salud durante pandemia amplió sus dimensiones sobre el acto cometido. El siguiente fragmento corrobora que los propios profesionales de salud también cometieron actos de violencia:

Fui testigo de cómo una empleada maltrataba a los ancianos de la unidad solo porque iban sin cubrebocas. La pandemia dejó a mucha gente sin paciencia para afrontar ciertas situaciones. La violencia sucedió, todo el tiempo, estamos rodeados, todo el tiempo, el viaje es largo, debemos tratar de cuidar a cada uno como si fueran nuestros. En la vacunación en covid presencié una escena en la que el técnico gritaba a los pacientes que hicieran cola para conseguir la contraseña, allí se veía que la gente solo quería vacunarse para protegerse del virus, porque cada uno de los que estaba allí tenía miedo de perder a un familiar, así que tuve la calma y me acerqué a ellos y les pedí un poco de paciencia para que todos los que estaban allí se vacunaran; en ese momento logré calmar la situación y ese día conseguimos vacunar a todos (fragmento de narración de participante).

Michel Foucault, en el texto “La escritura de sí” que compone el libro *Serie de escritos sobre el cuerpo número 5: el autorretrato*, de 1983, nos presenta qué efectos resonantes produce la escritura del yo, al respecto de “las artes del yo”, en los cuerpos, a menudo disidentes, que la practican:

La escritura de sí mitiga los peligros de la soledad y ofrece a una mirada posible lo que se ha hecho o pensado. El hecho de obligarse a escribir

desempeña las veces de un compañero, suscitando el respeto humano y la vergüenza; cabe, por tanto plantear una primera analogía: lo que los otros son para el asceta en una comunidad, lo será el cuaderno de notas para el solitario. Pero, simultáneamente, se plantea una segunda analogía, la que se refiere a la práctica de la ascesis como trabajo, no solamente sobre los actos, sino, más precisamente sobre el pensamiento: el apremio que la presencia de otro ejerce en el orden de la conducta, lo ejercerá la escritura en el orden de los movimientos interiores del alma; en este sentido, desempeña un papel muy próximo al de la confesión al director espiritual [...] que debe revelar, sin excepción, todos los movimientos del alma (Foucault, 1999, p. 290).

Desde la perspectiva del pensar el momento de la escritura también como un momento para reflejar la existencia del yo en la acción con el otro, se realiza un acercamiento donde el yo se convierte en lo común. En esta comprensión, “la dimensión del ser para el otro a la vez nos permite vernos como somos” (Sartre, 1943; 1973 *apud* Furlan, 2013, p. 87); así, “la actividad de la institución común solo puede ser común, de modo que lo común es al mismo tiempo una cualidad del actuar y lo instituido por ese mismo actuar” (Dardot y Laval, 2017, p. 297).

De esta manera, al verse en el otro a través de la escritura, existe la posibilidad de enfrentar y comprender la(s) realidad(es) vivida(s) y ponerlas en tensión con lo vivido en la cotidianidad del trabajo en salud, pero también en la(s) cotidianidad(es) al enfrentar y (sobre)vivir durante la emergencia por la covid-19.

VIOLENCIA DE LA POBLACIÓN HACIA LAS Y LOS PROFESIONALES DE SALUD

Como se explicó en el apartado de contextualización de este capítulo, la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 también trajo al escenario sanitario la agudización de la situación de violencia cometida por usua-

rios de la salud, dirigida a profesionales de salud (Aydogdu, 2020). El siguiente fragmento destaca una situación de violencia que una usuaria de salud cometió hacia profesionales sanitarios que estaban planificando su proceso de trabajo para atenderla de forma segura, según los protocolos establecidos y basándose en los datos científicos más actuales posibles para ese momento:

La UBS es pequeña, el flujo no es grande, la provisión de materiales e insumos no siempre satisface las necesidades de trabajo. Era por la mañana cuando la adolescente llegó acompañada de su madre, necesitaba realizar un electrocardiograma a pedido médico. Según el relato de la madre, la hija se sentía cansada y con los latidos acelerados durante las actividades de educación física en la escuela. Ambas se acercaron a la recepción, la recepcionista pidió a la adolescente que se pusiera una cubrebocas y le explicó que, debido al peligro de contagio y a los riesgos del covid-19, sería necesario el uso de cubrebocas. La adolescente se negó, dijo que no la usaría; la madre intentó explicarle la necesidad del examen, pero fue en vano; la adolescente gritó, chilló diciendo que nadie la controlaba, tiró la tarjeta del sus (Sistema Único de Salud) y el documento de identificación al suelo y abandonó la unidad [...] la petición de llevar cubrebocas “significaba” una agresión [...] “hay que tener miedo al cáncer y no al covid”, y se negó a llevar la cubrebocas (fragmento de narración de participante).

Este escenario forma parte de la realidad vivida por los equipos de salud del municipio que participaron en esta investigación. Las profesionales de salud, además de toda la inseguridad y los cambios repentinos y constantes en los protocolos de bioseguridad, protocolos de seguridad respiratoria, protocolos de vacunación, calendarios de vacunación de la población, entre otros, que provocaban actualizaciones permanentes en el proceso de trabajo de los equipos de salud, también tenían que lidiar con la incomodidad, las amenazas, los malos tratos y los insultos de la población a la que atendían.

En esta dirección, no queremos mirar a las profesionales con ojos de victimización y tampoco de reprobación de la comunidad y de los usuarios por las acciones de violencia cometidas hacia los servicios de salud y sus profesionales, puesto que ellos también son partícipes de esta realidad causante de miedos, inseguridades, cansancio, incredulidad y desánimo a que fue sometido el escenario brasileño, especialmente por la inseguridad y el desgobierno político, y por la falta de financiamiento del SUS, especialmente durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (Mendes y Carnut, 2020).

VIOLENCIA ENTRE TRABAJADORES DE LA SALUD

En las narrativas se percibe la presencia de violencia psicológica entre las trabajadoras de los servicios de salud, recurrente en varias situaciones, como, por ejemplo, de una de las participantes que necesitó someterse a un procedimiento quirúrgico y tuvo que ausentarse para recuperarse:

Me dijo que hablara con la supervisora para organizarse y poner a alguien en mi lugar; cuando le dije, la respuesta que obtuve fue: no podía ausentarme por la sobrecarga de trabajo en la unidad, que según ella era consecuencia de la pandemia (fragmento de narración de participante).

En el caso narrado se puede inferir que hay presencia de violencia psicológica, cuando ocurre falta de respeto, al negar el tratamiento necesario para la salud del trabajador y, principalmente, negar sus derechos. Estas situaciones pueden perjudicar las relaciones entre los profesionales del equipo de salud, así como causar daños psicológicos al trabajador al ser privado de sus derechos.

En el municipio se dio la contratación de profesionales temporales justificada por el aumento de la demanda y debido a bajas por enfermedad de los trabajadores. Fue necesario reubicar a empleados en otras

unidades, lo que provocó desavenencias y situaciones de violencia, como se explica en el siguiente fragmento:

Una vez más fui a otra UBS, donde fui muy bien recibida por todos. Me quedé en la UBS hasta hoy, pero cuando la enfermera de la unidad se fue de vacaciones, vino otra enfermera y ahí sufrí violencia en el ambiente de trabajo, me gritó delante de los pacientes. Esto ocurrió tres veces, no contesté nada, la dejé hablando sola [...] Había días que me levantaba, pero no tenía ganas de ir a trabajar (fragmento de narración de participante).

En este relato, el impacto de la violencia psicológica es evidente cuando afecta la salud mental del trabajador. En el caso en cuestión, se trataba de una violencia entre profesionales del equipo de enfermería.

La violencia laboral, entre el equipo, puede estar vinculada a la carga de trabajo, problemas de comunicación, autoridad y competitividad (El Dahshan y Moussa, 2019) en el caso de profesionales con vínculos laborales debilitados. Estas situaciones, según lo observado en la investigación, se intensificaron con la pandemia provocando sentimientos de injusticia, desvalorización profesional, miedo y sobrecarga de trabajo.

Fernandes, Sala y Horta (2018) proponen el establecimiento de una cultura de paz en el lugar de trabajo con la valorización del diálogo y la construcción colectiva para la valorización profesional, el respeto y la ausencia de violencia.

CONSIDERACIONES (NO) FINALES

Narrar el ayer, el hoy y el mañana, hablar de momentos de violencia nos traslada a la construcción de significados de identidad(es). Esta construcción se delimita en contextos sociales, históricos, políticos, epistemológicos y económicos que permean las transformaciones y sitúan las narrativas y a quienes las escriben en una relación horizontal entre sí.

En este sentido, las narrativas de violencia contra y por profesionales perpetradas durante la pandemia por covid-19 ocupan un lugar privilegiado como poderosas herramientas para el análisis de las transformaciones históricas de la sociedad.

La violencia es un fenómeno complejo dentro de un prisma de re-orientación entre engranajes que propician procesos de diferenciación entre lo social y lo individual/singular y necesita ser comprendida tanto en el ámbito de la salud como en el de las ciencias humanas y sociales, especialmente en los estudios que tienen a la covid-19 como marcador analítico para comprender este fenómeno.

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- AYDOĞDU, A. L. F. (2020). Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. *J. Nurs. Health*, 10(n .esp): e20104006. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095922/3.pdf>. Acceso el 14 de febrero de 2023.
- DARDOT, P. y C. Laval (2017). *Comum: ensaio sobre a revolução no século XXI*. Traducción de Mariana Echalar, 1a. ed., São Paulo: Boitempo.
- EL DAHSHAN, M. E. A. y R. I. Moussa (2019). Levels and Types of Conflict Experienced by Nurses in the Hospital Settings: A Comparative Study. *American Journal of Nursing Research*, vol. 7, núm. 3, pp. 301-309. doi: 10.12691/ajnr-7-3-10
- FERNANDES, H., D. C. P. Sala y A. L. M. Horta (2018). Violence in health care settings: rethinking actions. *Rev Bras Enferm* [Internet], vol. 71, núm. 5, pp.2599-601. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0882>
- FOUCAULT, M. (2004). *Ditos e escritos. Ética, estratégia, poder-saber*. Traducción de Vera Lúcia Avellar Ribeiro, Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- (1999). *Estética, ética y hermenéutica Obras esenciales. Volumen III*. Traducción de Ángel Gabilondo, Barcelona/Buenos Aires/México:

- Paidós. <https://docplayer.es/78672469-Paidos-basica-ultimos-libros-publicados.html>
- FURLAN, R. (2013). *A relação com o outro em Sartre*. Memorandum: Memória e História em Psicologia, vol. 24, pp. 85-99.
- FUSQUINE, R. S., Y. A. Souza y A. C. F. Chagas (2021). Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande*, vol. 13, núm. 1, pp. 113-124, marzo. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1010>
- GALL, F. R. (2017). Esboço de uma fenomenologia da violência segundo Heidegger. *Analógos*, vol. edición especial, pp. 26-39.
- KRUG, E. *et al.* (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf. Acceso el 14 de febrero de 2023.
- LOPES, E. P. B. (2020). Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de covid-19. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, vol. 23, núm. 2, pp. 218-235.
- MENDES, A. y L. Carnut (2020). Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social*, [S. l.], v. 22, núm. 46, pp. 9-32. doi: 10.26512/ser_social.v22i46.25260. Acceso el 14 de febrero de 2023.
- MINAYO, M. C. S. (2006). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- PEREIRA, S. G. M. *et al.* (2016). O evento de violência urbana e o serviço de emergência SUS: profissionais de saúde diante da dor do usuário. *Rev Med Minas Gerais*, vol. 26 (supl. 8), pp. S168-S173. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2143>. Acceso el 14 de febrero de 2023.
- RAMOS, R. C. S. *et al.* (2016). A abordagem da violência na atenção primária à saúde. *Rev Med Minas Gerais*, vol. 26 (supl. 8), pp. S15-S19. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2115>. Acceso el 14 de febrero de 2023.
- RODRIGUES, E. A. S. *et al.* (2018). Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde em Debate* [online],

vol. 42, núm. spe4, pp. 55-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S404>. Acceso el 14 de febrero de 2023.

SILVA, B. D. M., J. T. Martins y A. A. O. Moreira (2019). Violência laboral contra a equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de saúde pública do paraná* [Internet]. vol. 2, núm. 2, pp.125-35. <http://revista.escolades-aude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/287/104>. Acceso el 14 de febrero de 2023.

UN (United Nations) (2020). *COVID-19 highlights nurses' vulnerability as backbone to health services worldwide 2020* [Internet]. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061232>. Acceso el 14 de febrero de 2023.

WHO (World Health Organization) (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak* [Internet]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-Mental-Health-2020.1-eng.pdf>. Acceso el 14 de febrero de 2023.

IDENTIDAD DE LAS Y LOS TRABAJADORES DE SALUD: AMBIGÜEDADES EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DURANTE LA COVID-19

ANGELINA LETTIERE VIANA

JANAINA PEREIRA DA SILVA

PRISCILA NORIÉ DE ARAUJO

KAREN DA SILVA SANTOS

TAUANI ZAMPIERI FERMINO

LUANA PINHO DE MESQUITA LAGO

CAROLINE SAIANI DAMIÃO

“DE HÉROE A INFECTOR.” Así fue como una enfermera francesa describió su percepción sobre el desplazamiento de su identidad en la pandemia por covid-19 a una de las autoras de este capítulo. Este pasaje pone de manifiesto la percepción de la identidad profesional durante el periodo pandémico. En las unidades sanitarias, la presencia de los trabajadores era anhelada y fomentada, lo que reforzaba el imaginario del héroe. Sin embargo, en los espacios de la vida cotidiana, las y los trabajadores de salud eran vehementemente evitados, reforzando la visión del infector, transmisor de la enfermedad.

Este proceso marca, de alguna manera, la deshumanización a la que se vió sometido el personal sanitario durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2. Los héroes no son humanos, son seres dotados de poderes especiales y normalmente desprovistos de las necesidades humanas básicas. Los infectores, a su vez, tampoco son humanos, tan solo son seres capaces de transmitir un agente infeccioso.

Un estudio realizado en Turquía hace referencia a este fenómeno en relación con profesionales de enfermería. Según el estudio, la imagen de la enfermería en Turquía cambió en los primeros meses de la pande-

nia. La profesión ganó visibilidad en los medios de comunicación y en las redes sociales y se asoció a un imaginario de valentía, sacrificio y humanidad. Sin embargo, con el tiempo, este escenario cambió y estos profesionales se vieron expuestos a la exclusión y al estigma social (Özkan Şat, Akbaş y Yaman Sözbir, 2021).

La perspectiva de las y los trabajadores de salud como transmisores de covid-19 resultó en la producción ampliada de la violencia en los espacios cotidianos. El día a día se convirtió en un escenario de discriminación, prejuicio y estigma protagonizado por la comunidad (Cattton, 2020).

A diferencia de la violencia producida en los espacios de cuidado, que puede explicarse, en parte, como una reacción de la persona que recibe el cuidado o de su acompañante ante el incumplimiento de una expectativa sobre las prácticas de cuidado y la incapacidad de la sociedad para gestionar las frustraciones (Manara, Giannetta y Villa, 2020), la violencia producida en la comunidad está relacionada principalmente con el miedo y con la desinformación (Golhar *et al.*, 2021).

Además de gestionar la caótica situación laboral generada por la pandemia, las y los trabajadores de la salud tuvieron que enfrentarse a un fuerte estigma social (Jain *et al.*, 2021). Ese estigma desplaza a los sujetos de una posición de persona íntegra y ordinaria a una posición de persona mancillada (Goffman, 1963).

El estigma se percibía en las relaciones con los amigos, con los vecinos, en las actividades sociales, en el trabajo, al hacer las compras y en las relaciones familiares. Su manifestación fue percibida por trabajadores sanitarios principalmente en forma de rechazo, pero también en forma de agresión verbal y física (Turki *et al.*, 2022).

En Bangladesh, se lanzaron ladrillos contra la casa de un médico que había dado positivo en la prueba de covid-19, en un intento de obligarle a abandonar la zona junto con su familia (Devi, 2020). En Canadá, se pegaron notas con mensajes de odio en los parabrisas de los coches de los médicos (Cukier y Vogel, 2021). En India, los propietarios que tenían como inquilinos a trabajadores del sector sanitario les pidieron que des-

alojaran sus propiedades (Jain *et al.*, 2021). El transporte público en Brasil también fue escenario de varios episodios de violencia contra el personal de salud en el periodo de la covid-19: "... bájate del coche, enfermo..." (Gonçalo, 2020). Un reportaje retrató el dramatismo de las actitudes: "... miré para atrás y una señora se persignó con cara fea...", "... estaba vestida de blanco en la estación *Paraíso* esperando el metro cuando me tiraron un traste desde arriba..." (Rebello, 2020). En Estados Unidos, una enfermera recibió un puñetazo en el ojo izquierdo tras toser mientras llevaba cubrebocas y uniforme dentro de un autobús. Antes de asestarle el golpe, todavía dentro del autobús, el agresor, que era un pasajero, la acusó de intentar infectarle (Larkin, 2021). En Francia, la violencia también llegó a través de cartas anónimas de vecinos y ni siquiera la mascota del profesional se salvó:

... Conociendo tu profesión, ¿es posible por nuestra seguridad no tocar las puertas de las zonas comunes o quizás durante los próximos días quedarte en otro sitio? ¿Y quizás también llevarte a tu perro más lejos? [...] Creo que los vecinos y yo nos sentiríamos más seguros... (Martin, 2020).

De este modo, el proyecto de investigación Pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 y violencia: desafíos en la vida cotidiana de profesionales de salud tuvo como objetivo analizar la experiencia de estos profesionales, especialmente mujeres, durante la pandemia por covid-19, en cuanto a aspectos sobre la violencia, lo que permitió conocer, a través de narrativas, parte de esta realidad vivida por las y los trabajadores de salud, en este caso en una gran ciudad del interior de São Paulo.

DE LA INVITACIÓN HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS SOBRE LA VIOLENCIA

Los ámbitos de este estudio fueron un servicio de especialidades médicas y un servicio de atención domiciliaria. Dos de las investigadoras acu-

dieron personalmente a solicitar el consentimiento de los responsables de estos servicios, explicándoles el objetivo de la investigación. Una de las investigadoras trabajaba en uno de los servicios y ello contribuyó a la inserción de las otras investigadoras en el mismo.

Se invitó a participar de la investigación a todas y todos los trabajadores sanitarios que atendieron a usuarios de los servicios de salud durante la covid-19 y que habían vivido o presenciado algún tipo de violencia. De acuerdo con la disponibilidad de horarios de los trabajadores de salud –divididos en tres grupos– se realizaron tres reuniones con cada uno, denominadas talleres de narrativas, en 2022, en el periodo de agosto a noviembre.

El primer taller consistió en una presentación de los investigadores, de la investigación y de las y los participantes; la lectura de un ejemplo de narración y un espacio para escribir el relato. En el segundo, hubo la puesta en común de las narrativas en parejas o tríos y una apertura a la escucha. En la tercera, se propuso una construcción colectiva sobre el tema “qué podemos hacer para cambiar nuestras historias”.

En el grupo 1 participaron 10 trabajadores de la salud del servicio de especialidades; en los grupos 2 y 3, participaron cuatro y siete trabajadores del servicio de asistencia domiciliaria, respectivamente, totalizando 21 participantes. Veintiuna narrativas fueron producidas por trabajadores de salud de las categorías: médicos, enfermeros, odontólogos, fisioterapeutas, técnicos y auxiliares de enfermería, así como agentes administrativos.

Todas las autoras participaron en los talleres y una estuvo presente en todos ellos. Fue posible identificar similitudes en la dinámica de los tres grupos; una de ellas fue la necesidad de los trabajadores de relatar sus experiencias; otra, que los talleres hayan sido considerados como un espacio de intercambio entre ellos.

Las y los participantes narraron diversos tipos de violencia sufrida y expresaron sus sentimientos de miedo, desvalorización profesional, falta de apoyo de la dirección y de la categoría profesional, así como falta de información.

NARRATIVAS DE TRABAJADORES SANITARIOS SOBRE LA VIOLENCIA EJERCIDA POR LA COMUNIDAD

Durante los talleres se relataron varias situaciones de violencia vividas y/u observadas por los trabajadores de salud durante la pandemia. En este sentido, este capítulo abordará uno de los aspectos identificados en las narrativas; en este caso, la presencia de violencia cometida por la comunidad contra los trabajadores de salud.

Además del mayor riesgo de exposición al coronavirus, inherente al ejercicio del trabajo, los trabajadores de la salud también estuvieron expuestos a situaciones de violencia imputadas debido al estigma por su actividad laboral (Ribeiro, Robazzi y Dalri, 2021).

Los relatos muestran que la violencia perpetrada fuera de los espacios asistenciales fue ejercida también por vecinos y amigos.

Vivo en un condominio residencial; mis vecinos saben que soy profesional de salud y, cuando me veían en algún lugar, pasaban de lejos (fragmento de narración de participante).

Toco el piano en un local público y, durante la pandemia, por supuesto, estuvo cerrado. Aun así, teníamos que turnarnos para el mantenimiento del instrumento. Cada semana tenía que ir una persona pero, en mi caso, al ser profesional de la salud, estaba excluida (fragmento de narración de participante).

El miedo a infectarse por el virus generó que las personas de la comunidad evitaran el contacto con el personal sanitario (Taylor *et al.*, 2020). Un estudio realizado en Brasil con 1 116 profesionales de salud mostró que, durante la pandemia, fueron víctimas de violencia por parte de pacientes, familiares de pacientes, compañeros de trabajo, vecinos, desconocidos e, incluso, de sus propios familiares y amigos (Bitencourt *et al.*, 2021).

La discriminación, la exclusión social, el rechazo y el estigma son formas de violencia psicológica a las que estuvieron expuestos las y los profesionales de salud (Dye *et al.*, 2020). El siguiente fragmento de la narrativa pone en evidencia cómo este proceso fue percibido por las y los trabajadores.

Sufrimos innumerables tipos de violencia emocional, mental y moral. La pandemia nos puso en una situación de gran exposición. La gente también utilizó la pandemia como una forma de agresión (fragmento de narración de participante).

La información cambiaba todo el tiempo; las noticias informaban de muertes y más muertes y los profesionales de salud, aún más los de enfermería, fuimos bombardeados con mucha violencia verbal, gestual (fragmento de narración de participante).

En periodos de crisis, quienes son interpretados como una amenaza real o simbólica pueden sufrir distintos tipos de violencia (Allport, 1971). En la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 se evitaron uniformes, batas de laboratorio, insignias y cualquier otro objeto que pudiera funcionar como elemento de identificación. Así, los profesionales optaron por moverse en los ambientes externos de las unidades de salud “de incógnito” (González-Díaz, 2020).

Al reflexionar sobre la violencia y el miedo, Teixeira y Porto (1998) hablan del carácter contagioso, incontrolable y desordenado que aprisiona al individuo y, consecuentemente, a la comunidad, a través del sentimiento de inseguridad y de miedo.

El miedo a la contaminación por el virus Sars-CoV-2 se ha perpetuado en diferentes culturas de todo el mundo, incluso frente al acceso a protocolos de prevención, equipos de protección personal e información sobre el contagio y la transmisión de la enfermedad (Saqlain *et al.*, 2020; Bhagavathula *et al.*, 2020; Taghrir, Borazjani y Shiraly, 2020).

La violencia ejercida por la sociedad contra las y los profesionales de salud puede tener su origen en el sentimiento de miedo a lo desconocido, que se amplifica de forma negativa cuando, al mirar a ese profesional, la población lo ve como una amenaza. El siguiente fragmento de narrativa ilustra las manifestaciones del miedo, que se materializa en violencia.

Estaba en una tienda. Cuando llegué a la caja, la mujer (empleada) se me acercó. “Usted trabaja en la salud, ¿verdad?” Le contesté: “Sí”. “Entonces no podrías estar aquí. ¿Trabajas en un lugar de riesgo y vienes a exponernos?” (fragmento de narración de participante).

Esta postura defensiva de la sociedad ante el contagio se manifiesta a través de ataques a quienes estaban dispuestos a ofrecer cuidados en medio de la situación pandémica. La visión de que las y los profesionales de salud son personas esenciales en la lucha contra la covid-19 y en la atención a la población ha sido sustituida por la idea de que tienen contacto directo con la enfermedad y, por tanto, son un foco de transmisión del SARS-CoV-2 (Aydogdu, 2020).

La escasez de equipos de protección individual, ampliamente difundida por los medios de comunicación, puede haber aumentado la desconfianza de la población hacia los trabajadores sanitarios y haber potenciado situaciones de violencia (Larkin, 2021). Además, estos deberían seguir los protocolos de bioseguridad con los recursos disponibles y todo este escenario puede repercutir en su salud mental (Carvalho *et al.*, 2020).

Así, el trabajador de salud, además de experimentar su propio miedo en el escenario pandémico y el temor a transmitir la enfermedad a familiares, amigos o desconocidos, también se sentía violentado por la sociedad, que atravesaba un miedo situacional similar, como se observó en las narrativas.

Las y los trabajadores de la salud que participaron en esta investigación, por estar muy expuestos al virus en sus espacios de trabajo, na-

rraron sus sentimientos de miedo al contagio, a contaminar a la familia e, incluso, a la muerte.

Miedo a llevar el virus a los familiares, miedo a saber si mañana volvería a estar allí (fragmento de narración de participante).

La narrativa saca a la luz la reflexión sobre la incertidumbre del mañana, corroborando los resultados de un estudio que mostraba cómo la impotencia ante la enfermedad, sumada a las críticas condiciones de trabajo, llevaba a los profesionales que trabajaban en la primera línea a replantearse el sentido de la vida y de la muerte (Messias *et al.*, 2022).

Estos profesionales tuvieron que enfrentarse a dilemas éticos, ya que, además de vivir una pandemia, sufrieron la presión de la comunidad para dar respuestas y también para evitar muertes en todo momento, incluso en detrimento de su seguridad personal (Lima *et al.*, 2022).

El relato que se presenta a continuación revela otra forma de violencia a la que estuvieron expuestos las y los trabajadores durante el periodo pandémico: la imputación indebida de culpa.

Fui al mercado. Un paciente del puesto de salud que trabajaba en la carnicería me llamó por mi nombre diciéndome: “Tú deberías de estar trabajando, tienes que atender a la población”. Me sentí avergonzada, amenazada, todo el mundo me miraba, alimentada por la rabia. Qué triste esta situación (fragmento de narración de participante).

Después del decreto de la covid-19, en todo el país y en el municipio en cuestión, los servicios de salud de atención rutinaria fueron oficialmente suspendidos para priorizar la atención de los casos sospechosos y confirmados de covid-19 y contener la transmisión del virus (Fiocruz, 2021).

Además, en Brasil, el retraso y la insuficiente ejecución de un plan nacional de mitigación y respuesta a la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 resultaron en una explosión del número de casos y de muer-

tes relacionados con la enfermedad y en el colapso del sistema de salud, dificultando el acceso de la población a las acciones y los servicios de salud (Bousquat *et al.*, 2021).

El contexto político y social vivido en el país en este periodo influyó en la percepción y en la respuesta de la población referidas a la pandemia. Un estudio realizado con 768 brasileños señala que la orientación política estaba directamente vinculada a las prácticas y políticas de aislamiento social en el periodo pandémico (Ramos *et al.*, 2020).

Un estudio brasileño mostró que, para la mayoría de la población, el miedo generado por la inseguridad y el desconocimiento de las formas de contagio y prevención pudo haber contribuido al aplanamiento de la curva de contagio. Sin embargo, cuando los participantes tenían una percepción positiva de la salud, se adherían a medidas y cuidados preventivos como la vacunación antigripal y tenían un alto nivel de educación, las y los profesionales de salud se sentían menos amenazados (Lindemann *et al.*, 2021).

Así, aunque la covid-19 y sus consecuencias estuvieron presentes diariamente en los medios de comunicación, la educación sanitaria en los territorios y la adopción de medidas alternativas para ampliar el acceso de la población a las acciones y servicios sanitarios parecen haber sido insuficientes para que la población comprendiera la necesidad y apoyara las medidas sanitarias adoptadas en los periodos más críticos.

Con eso, a pesar de la sobrecarga de trabajo con cambios de personal en los servicios y sectores, turnos extendidos, vacaciones suspendidas, falta de equipos de protección individual (EPI), el miedo, entre otros factores, la narrativa sugiere la culpabilidad de los trabajadores de salud por la falta de cupo y atención en los servicios de salud, culminando en un episodio de violencia contra el profesional.

Este escenario violento se ve alimentado por las condiciones socio-culturales, políticas e institucionales previas a la pandemia. En América Latina, la mayoría de los ataques reportados fueron dirigidos a las enfermeras en las calles, lo que puede estar relacionado con la vulnerabilidad

de estas trabajadoras por cuestiones de género y de clase social, ya que necesitan transporte público, y la naturalización cultural de la violencia las expone a ataques misóginos en el espacio público (Orellana, 2020).

Otra narrativa corrobora estas afirmaciones, abordando los tipos de violencia vividos y los sentimientos ante las situaciones enfrentadas, mismos que les afectaron diversos aspectos en la vida personal y profesional.

Lo que percibo hoy del momento vivido en la pandemia fue que sufrimos una violencia psicológica muy grande, que desencadenó muchas consecuencias. El miedo a lo desconocido, el miedo a la muerte, el miedo a transmitir la enfermedad. El distanciamiento social ha llevado a muchas personas a crisis familiares, desempleo, divorcio, depresión y dolor. Dolor por la pérdida de amigos, familiares, profesionales, compañeros de trabajo y agresiones verbales. Creo que esta violencia en nuestra vida cotidiana incluye la violencia psicológica, física y moral (fragmento de narración de participante).

La expresión “violencia en nuestra vida cotidiana” se refiere a la violencia en la vida de las y los trabajadores de la salud cometida por la comunidad/sociedad, pues está presente dentro y fuera del ambiente de trabajo. La actual crisis sanitaria y política ha evidenciado la necesidad de desarrollo y la falta de preparación del Estado y de la sociedad en relación con la protección social, incluso, en cuanto a las políticas de cuidado y valoración de las y los trabajadores de la salud.

La construcción social de la imagen del profesional de salud como héroe es contradictoria, puesto que anula los sentimientos de miedo y de vulnerabilidad, al ser considerado como un ser indestructible, que tiene como objetivo salvar la vida del otro y que, en este sentido, actúa por idealismo (Fortuna, 2020) y no como un ser humano-ciudadano-trabajador que tiene derechos y necesita ser remunerado adecuadamente.

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la violencia ejercida por la sociedad sobre el personal de salud y la ambigüedad de su identidad, reforzando el estigma social del infectador, en el contexto de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2. Por lo tanto, se considera la necesidad de crear o de fortalecer espacios de escucha y de reflexión para que las y los trabajadores de la salud puedan compartir sus experiencias, reconocer la violencia que sufren y sus diferentes aspectos, tanto en el contexto de la construcción social de su identidad profesional como en relación con las condiciones de trabajo para, colectivamente, diseñar estrategias de afrontamiento frente a las violencias vividas.

REFERENCIAS

- ALLPORT, G. W. (1971). *La naturaleza del prejuicio*. 4a. ed., Buenos Aires: Eudeba.
- AYDOGDU, A. L. F. (2020). Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. *J. Nurs. Health*, vol. 10, núm. esp. e20104006. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095922/3.pdf>. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- BHAGAVATHULA, A. S. *et al.* (2020). Knowledge and perceptions of covid-19 among health care workers: cross-sectional study. *JMIR Public Health Surveill*, vol. 6, núm. 2, e19160. <https://publichealth.jmir.org/2020/2/e19160/>. Acceso el 19 de febrero de 2023.
- BITENCOURT, M. R. *et al.* (2021). Predictors of violence against health professionals during the covid-19 pandemic in Brazil: A cross-sectional study. *PLoS One*, vol. 16, núm. 6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34138953/>. Acceso el 2 de enero de 2023.
- BOUSQUAT, A. *et al.* (2021). Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, núm. 128, pp. 13-26.

- CARVALHO, P. M. M. *et al.* (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*, vol. 286, pp. 112-902. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32146248/>. Acceso el 17 de febrero de 2023.
- CATTON, H. (2020). Nursing and health policy perspectives 2020, A year to remember or one to forget? *Int Nurs Rev*, vol. 67, núm. 4, pp. 450-452. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33428229/>. Acceso el 19 de febrero de 2023.
- CUKIER, A. y L. Vogel (2021). Escalating violence against health workers prompts calls for action. *CMAJ*, vol. 193, núm. 49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8677584/>. Acceso el 10 de febrero de 2023.
- DEVI, S. (2020). Covid-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet*, vol. 396, núm. 10252, p. 658. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32891198/>. Acceso el 7 de enero de 2023.
- DYE, T. D. *et al.* (2020). Risk of covid-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ Open*, vol. 10, núm. 12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33380488/>. Acceso el 10 de febrero de 2023.
- FORTUNA, C. M. (2020). Neither heroes, nor new nor normal: the pandemic and professional nursing practices. Editorial. *Online Brazilian Journal of Nursing*. doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206426>
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). (2021). O “represamento” do atendimento em saúde no SUS. *MonitoraCovid-19*, Nota Técnica 22, 9 de noviembre.
- GOFFMAN E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. 1a. ed., Nueva York: Simon and Schuster.
- GOLHAR, M. *et al.* (2021). A study to evaluate behavior of society with covid-19 Frontline health workers. *Asian Journal of Medical Sciences*. vol. 12, núm. 1, pp. 42-46. <https://www.nepjol.info/index.php/AJMS/article/view/30947>. Acceso el 15 de febrero de 2023.
- GONÇALO, J. (2020). Profissionais de saúde são hostilizados em trens: ‘Sai do vagão, seu doente’. [Internet]. *Jornal Estadão*. <https://www.estadao.com.br/saude/profissionais-de-saude-sao-hostilizados-em-trens-sai-do-vagao-seu-doente/>. Acceso el 12 de febrero de 2023.

- GONZÁLEZ DÍAZ, M. (2020). *Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra personal médico que combate el covid-19* [Internet]. BBC, Londres. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>. Acceso el 15 de febrero de 2023.
- JAIN, S. *et al.* (2021). Social Stigma of covid-19. Experienced by Frontline Healthcare Workers of Department of Anaesthesia and Critical Care of a Tertiary Healthcare Institution in Delhi. *Indian J Crit Care Med*, vol. 25, núm. 11, pp. 1241-1246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866820/>. Acceso el 18 de febrero de 2023.
- LARKIN, H. (2021). Navigating Attacks Against Health Care Workers in the covid-19 Era. *JAMA*. vol. 325, núm. 18, pp. 1822-1824. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33881489/>. Acceso el 10 de febrero de 2023.
- LIMA, A. F. S. *et al.* (2022). Dilemas éticos durante la pandemia de covid-19. *Revista Bioética*, vol. 30, núm. 1. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301502PT>
- LINDEMANN, I. L. *et al.* (2021). Percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, núm. 1. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000306>
- MANARA, D. F., N. Giannetta y G. Villa (2020). Violence versus gratitude: Courses of recognition in caring situations. *Nurs Philos*. vol. 21, núm. 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32662232/>. Acceso el 3 de febrero de 2023.
- MARTIN, C. (2020). “Pourriez-vous loger ailleurs?": des soignants rejetés par leurs voisins à cause de l'épidémie de coronavirus. *BFMTV* [Internet]. https://www.bfmtv.com/societe/coronavirus-des-soignants-rejetes-par-leurs-voisins-a-cause-de-l-epidemie_AN-202003250220.html. Acceso el 16 de febrero de 2023.
- MESSIAS, J. C. C. *et al.* (2022). Death and Resistance: Professionals on the Front Line Against COVID-19. *Paidéia* (Ribeirão Preto), vol. 32, núm. 5. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3209>
- ORELLANA, C. I. (2020). Health workers as hate crimes targets during COVID-19 outbreak in the Americas. *Revista de Salud Pública* [online].

- vol. 22, núm. 2, pp. 253-257. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2020.v22n2/253-257/en/>. Acceso el 15 de febrero de 2023.
- ÖZKAN ŞAT, S., P. Akbaş y Ş. Yaman Sözbir (2021). Nurses' exposure to violence and their professional commitment during the covid-19 pandemic. *J Clin Nurs*. vol. 30, núm. 13-14, pp. 2036-2047. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33761158/#:~:text=Results%3A%20During%20the%20COVID%2D19,viole%20and%2061.6%25%20to%20mobbing>. Acceso el 7 de febrero de 2023.
- RAMOS, G. *et al.* (2020). Political orientation and support for social distancing during the COVID-19 pandemic: evidence from Brazil. *Revista de Administração Pública*, vol. 54, núm. 4, pp. 697-713, julio. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200162x>
- REBELLO, A. (2020). Profissionais da saúde são agredidos a caminho de hospitais em São Paulo. *UOL* [Internet]. <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/20/profissionais-da-saude-sao-agredidos-no-caminho-para-os-hospitais-em-sp.htm>. Acceso el 14 de febrero de 2023.
- RIBEIRO, B., M. Robazzi y R. Dalri (2021). Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. vol. 4, núm. 2, pp. 115-124. <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/481/214>. Acceso el 17 de febrero de 2023.
- SAQLAIN, M. *et al.* (2020). Knowledge, attitude and practice among healthcare professionals regarding covid-19: a cross-sectional survey from Pakistan. *MedRxiv*. 20063198. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.13.20063198v1>. Acceso el 19 de febrero de 2023.
- TAGHRIR, M. H., R. Borazjani y R. Shiraly (2020). Covid-19 and Iranian medical students: a survey on their related-knowledge, preventive behaviors and risk perception. *Arch Iran Med*, vol. 23, núm. 4, pp. 249-254. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32271598/>. Acceso el 19 de febrero de 2023.
- TAYLOR, S. *et al.* (2020). Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord*, vol. 75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32853884/>. Acceso el 15 de febrero de 2023.

- Teixeira, M. C. S. y M. do R. S. Porto (1998). Violência, insegurança e imaginário do medo. *Cad CEDES* [Internet]. vol. 47, núm. 19. <https://doi.org/10.1590/S0101-32621998000400005>
- Turki, M. *et al.* (2022). Perceived stigma among Tunisian healthcare workers during the covid-19 pandemic. *Encephale*. S0013-7006, núm. 22, 00214-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700622002147>. Acceso el 18 de febrero de 2023.

PRECARIEDAD Y VIOLENCIA: ANÁLISIS DE NARRATIVAS DE PERSONAL DE LA SALUD DE OAXACA, MÉXICO

MARÍA AMANDA JULIETA TELLO BELLO

ELIA MÉNDEZ GARCÍA

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

INTRODUCCIÓN

EL ESTADO DE OAXACA SE ENCUENTRA AL SURESTE de México y tiene contrastes que lo singularizan. Es el de mayor diversidad biológica y cultural del país. Oaxaca cuenta con la mayor diversidad étnica, lingüística y cultural de México. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del INEGI 2020, 69.18% de la población se autoadscribe como integrante de alguna de las comunidades indígenas y 4.7% como afroamericana (IEEPCO, 2022). La Constitución local reconoce la existencia de 16 pueblos indígenas. A pesar de su gran riqueza biocultural, también es un estado con altos índices de rezago social.

En términos culturales, los pueblos originarios de Oaxaca han logrado el reconocimiento de sus derechos políticos como nombrar a sus autoridades bajo sus tradiciones y costumbres. De sus 570 municipios, 417 se rigen por el Sistema Normativo Indígena (IEEPCO, 2022). No obstante su fortaleza cultural, Oaxaca ocupa el segundo lugar a nivel nacional en cuanto a más altos grados de rezago social (Coneval, 2020). Desde 2005, Oaxaca ha ocupado los tres primeros lugares en rezago social; incluso en 2015 quedó en el primer lugar como el estado más rezagado.

El rezago social es importante porque considera entre otras variables el acceso a servicios de salud y está muy relacionado con la pobreza. De acuerdo con el Coneval (2020), Oaxaca presentó un aumento en la

incidencia de pobreza, en el periodo 2008-2018, de 61.8% a 66.4%, lo cual lo situó en el tercer estado con mayor porcentaje de su población en condiciones de pobreza. Si bien, hubo una reducción de la población en condiciones de pobreza extrema de 5.1% en los últimos 10 años, hoy 23.3% de su población se ubica en esa condición, lo que coloca a Oaxaca como la tercera entidad con más habitantes con carencias por debajo de la línea de bienestar. Uno de los indicadores para la medición multidimensional de la pobreza es la carencia de acceso a los servicios de salud. En la ciudad de Oaxaca, 36.3% se encuentra sin derechohabiencia a servicios de salud (Coneval, 2020).

De acuerdo con los datos que se encuentran en la página oficial de Servicios de Salud de Oaxaca, al corte del 25 de septiembre de 2022 hubo 7 082 034 casos confirmados de covid-19 en el estado, de los cuales 8 600 se encontraban activos, y se tenía 10.01% de ocupación hospitalaria. Dentro de la zona conurbana, los centros de valoración de primer contacto asignados fueron los siguientes: Hospital General de Zona 1 (IMSS), Hospital Regional Presidente Juárez (ISSSTE), Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso (SSO), Centro de Salud Urbano 1 (SSO) y Hospital Regional de Alta Especialidad Oaxaca.

Por su amplia riqueza cultural y biológica, y por los contrastes en el rezago social, pobreza y bajo acceso a servicios de salud, el estado de Oaxaca en México resulta de un alto interés para documentar las experiencias del personal de salud que estuvo en la primera línea de atención durante la pandemia de covid-19. En este capítulo se analiza el trabajo realizado con personal de salud en Oaxaca, ciudad capital del estado Oaxaca, durante el mes de septiembre de 2022. Inicialmente se llevó a cabo la invitación a posibles participantes a través de redes sociales con el método de bola de nieve, es decir, buscando hacer llegar la información a personas que las investigadoras conocían previamente, para de ahí difundir la información. Si bien alrededor de 12 personas confirmaron su interés por participar, al final únicamente asistieron 6 mujeres, todas ellas jóvenes enfermeras, quienes estuvieron trabajando con pa-

cientes de covid-19 tanto en instituciones públicas como a nivel privado, incluyendo casas particulares.

Las sesiones de trabajo se realizaron en las instalaciones del Instituto Politécnico Nacional, en un salón de clases solicitado para tal fin. A la primera sesión acudieron 4 personas; a la segunda, 2, de tal forma que el trabajo se llevó a cabo en sesiones de 2 h cada una. Entre las dificultades para la asistencia, se manifestó las grandes distancias que las separaban del lugar de encuentro así como sus jornadas laborales en distintos horarios. Finalmente, pese a las dificultades encontradas para organizar los grupos, se logró que la participación de las asistentes, aunque más limitada de lo esperado, fuera significativa y que sus participantes lograran compartir abiertamente sus historias y reflexiones en torno al trabajo realizado atendiendo pacientes graves de covid-19.

El análisis derivado de esta experiencia se organiza en cuatro apartados. El primero aborda conceptualmente la violencia en dos dimensiones: macrosocial y microsocia, elementos necesarios para el análisis de las narrativas. El segundo expone la manera de develar la violencia que parte del nivel macrosocial a través de las experiencias del personal de salud que participó en los talleres realizados en agosto de 2022. El tercero analiza el nivel microsocia de este grupo de narrativas. Finalmente, el cuarto presenta una reflexión desde los derechos humanos para comprender el sentido que se conformó a partir de la experiencia del personal de salud al enfrentar la atención durante la pandemia, lo que ha quedado documentado en las narrativas que se nos han brindado.

VIOLENCIAS MACRO Y MICROSOCIALES

La violencia puede ser vista como una privación de los derechos humanos fundamentales, en términos más genéricos hacia la vida, la búsqueda de la felicidad y la prosperidad, pero también implica una disminución real de satisfacción de las necesidades básicas, por debajo de lo que es potencialmente posible (Galtung, 2016, p. 150). De ahí que partamos de pensar

la violencia como toda acción u omisión que daña física o psicológicamente a las personas. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud y con la Organización Internacional del Trabajo (OMS, 2002; OIT, 1988), la violencia es un fenómeno multicausal, que se desarrolla en ambientes laborales, donde el sector salud tiene mayores riesgos de exponer comportamientos violentos, especialmente en el área intrahospitalaria.

De acuerdo con el Consejo Internacional de Enfermería (2002, citado en Burgos y Paravic, 2003), la violencia es un problema universal porque afecta a todos los trabajadores de atención sanitaria en mayor o menor grado, principalmente al personal de ambulancias, médicos y personal de enfermería que se desempeña en servicios hospitalarios. De ahí puede extenderse hacia los usuarios de los servicios de salud.

Nuestro interés apunta a analizar dos dimensiones de la violencia. El primero se refiere a relaciones menos visibles que tienen que ver con estructuras e instituciones que condicionan la operación intrahospitalaria a las que nos referimos como macrosociales. El segundo, a las violencias cotidianas y directas que se viven, observan y ejercen con las personas con las que se interactúa, es decir, dentro de las relaciones laborales y familiares del personal de salud, a las que nombramos microsociales.

Con el propósito de precisar nuestro concepto de partida sobre violencia macrosocial, recuperamos a Galtung con su esquemático análisis de la violencia cultural, que alude a todo aspecto de una cultura utilizado para legitimar la violencia en su forma directa o estructural (Galtung, 2016, p. 147). De ahí que el nivel simbólico de una cultura permite visibilizar la violencia no explícita, es decir, aquella que no mata ni mutila como la violencia directa. Resulta complejo advertir la explotación como la violencia incorporada a través de una estructura (económica, política y social). Por ello, atender la violencia a nivel simbólico permite desmontar espejismos que distorsionan el origen del proceso violento sin perderse en las consecuencias más evidentes.

Pensar la violencia institucional implica señalar la violencia de la estructura política, económica y social, cuya pieza central es la explota-

ción (Galtung, 2016). Esto significa, simplemente, que la clase dominante recibe más beneficios de la interacción en la estructura que el resto; eufemísticamente se denomina desigualdad. Las clases más desfavorecidas viven en pobreza y pueden morir de hambre o ser diezmados por las enfermedades; o pueden ser abandonadas en un estado permanente de miseria, que comporta malnutrición, un desarrollo intelectual menor y enfermedades asociadas a una menor esperanza de vida. En este sentido, no es extremo afirmar que la forma de morir varía de acuerdo con la posición que se ocupe en la estructura social, ya que todo esto sucede dentro de un sistema de estructuras complejas organizadas en cadenas causales, altamente ramificadas, largas y cíclicas. La violencia estructural deja marcas no solo en el cuerpo humano, sino también en la mente y en el espíritu (Galtung, 2016, p. 153).

La violencia estructural se concreta en la acción de las instituciones estatales y privadas, por lo cual podemos pensar la violencia institucional. Siguiendo a Oliver en sus estudios en el ámbito penal, afirma que la violencia debe definirse en tres respuestas objetivas e ineludibles: qué tipo de agencia realiza la violencia, cómo la ejerce y dónde se produce (2018, p. 118). En el ámbito de salud, la agencia son las instituciones; la forma será la operación de la función administrativa; y el lugar concreto, el hospital.

El autor hace énfasis en este último componente espacial, ya que es necesario poner atención en la relevancia de la infraestructura, las instalaciones y edificios, hospitalarios para nuestro caso, como territorios de poder normalmente opacos e invisibles a la opinión pública y a otras jurisdicciones o entidades que pudieran controlar sus actuaciones (Oliver, 2018, p. 118). También Oliver apunta las implicaciones de la función político-administrativa. Para nuestro análisis, son los regímenes presupuestales, que impactan en el acceso a recursos materiales, medicamentos; regímenes contractuales, salariales, jerárquicos y de capacitación del personal, así como las políticas públicas en salud. De esta forma, se expone la doble dimensión de la violencia institucional: prácticas de violencia y condiciones de vida que violentan (Oliver, 2018, p. 120).

VIOLENCIAS MACROSOCIALES EN LAS NARRATIVAS DEL PERSONAL DE SALUD

Con base en las coordenadas conceptuales presentadas en la sección anterior, a continuación exponemos ejemplos –a veces oscuros– de violencia macrosocial entendida como las acciones y omisiones de las instituciones que obedecen a una estructura política, económica y social, que implican daños físicos y psicológicos, desarrollada a través de la operación administrativa en los hospitales que atendieron en la emergencia por covid-19.

Sin embargo, es necesario reconocer los límites de esta aproximación analítica: no abordamos el análisis de las políticas públicas en materia de salud, ya que este rumbo demanda amplia revisión histórica para comprender el estado actual del sistema oaxaqueño actual. No obstante, se analizan las consecuencias concretas en la atención hospitalaria durante la pandemia narradas por el personal de salud y que sirven como marco comprensivo de las experiencias de los participantes de la investigación. Es decir, nuestro punto de partida son las historias vividas y compartidas de las enfermeras que atendieron a pacientes de covid-19 en hospitales públicos y privados.

LÍMITES PRESUPUESTALES

La violencia estructural se concreta en los recursos asignados al sector salud. Las instituciones operan con presupuestos insuficientes para la atención a la población. Estas condiciones fueron expuestas de manera evidente durante la covid-19. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la persistencia de condiciones estructurales de inequidad en materia de salud en la región y los retrocesos sociales en materia de pobreza y de pobreza extrema, desigualdad, inequidad en el acceso a la salud, educación y nutrición, entre otros (Cepal y OPS, 2021). Estas

condiciones se reflejan en la estructura institucional de los sistemas de salud y se han visto exacerbadas por la pandemia.

Tanto la Cepal como la OPS (2021) sostienen que una proporción significativa de la población de la región ha visto sus necesidades básicas insatisfechas precisamente porque persisten sistemas de salud subfinanciados, segmentados y fragmentados. La debilidad estructural más significativa es el escaso nivel de financiamiento, que se expresa en un bajo gasto per cápita en salud y en una reducida disponibilidad de recursos humanos. Las consecuencias repercutirán entre distintos grupos de la población que experimentarán en carne propia la ineficiencia e inequidad de la atención en salud.

Otra de las consecuencias del bajo nivel de gasto público en salud es el alto gasto de bolsillo, que representa una importante fuente de desigualdad estructural en el acceso a los servicios de salud. La necesidad de recurrir a gastos privados para tener un acceso a la salud aumenta el riesgo de empobrecimiento de las personas, sobre todo de las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, que de manera recurrente tienen un estado de salud más precario y necesitan mayor atención (Cepal y OPS, 2021, p. 5).

En el caso de estudio, el estado de Oaxaca registra datos de cobertura de servicios de salud muy bajos. Solo 29.4% de la población cuenta con algún derecho en el sector salud, lo que implica que 70.6% de la población carece de alguna afiliación a servicios de salud, por lo cual se ubica en el lugar 28 respecto de la cobertura de salud (Coneval, 2020). Cuenta con 1.64 médicos por cada mil habitantes y ocupa el lugar 21 a nivel nacional. En la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades respiratorias agudas (defunciones por cada 100 000 menores de 5 años), reporta 31 muertes infantiles, con lo que ocupa el segundo lugar a nivel nacional. Con estos indicadores, podemos advertir la complicada situación de Oaxaca en materia de salud, la cual se agudizó durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2.

En las narraciones del personal de salud que participó en Oaxaca se materializan la violencia estructural y la violencia institucional en varios aspectos. Los límites presupuestales representaron desabasto de medicamentos (principalmente los sedantes para mantener a los pacientes intubados), escasez de materiales como los equipos de protección personal (goggles, escafandra, cubrebocas), deficiencia en las instalaciones hospitalarias (acceso al agua caliente, deterioro de las instalaciones para acceder al oxígeno) y capacitación al personal (sobre todo al que fue contratado para atención en el covitario con cuidados intensivos y con manejo de equipos de ventilación mecánica), entre otros.

Estas condiciones fueron expuestas principalmente en hospitales del sector público. No obstante, en las instituciones privadas también se advirtieron circunstancias en que se negaba el acceso a medicamentos, aun cuando había en existencia, precisamente porque “elevaban la cuenta del paciente”. Dentro de las narrativas, el personal describió que quienes controlaban los medicamentos los restringían a las enfermeras bajo el argumento de que se corría el riesgo de que el paciente no pudiera pagar el alto monto de su atención, por lo cual, hasta que personal de mando del hospital autorizara la salida del medicamento, se le proporcionaría a la enfermera. Esta situación ponía al personal frente a su paciente que podía despertarse de forma traumática al verse intubado. Asimismo, fueron descritos casos en que la enfermedad del paciente implicó gastos onerosos de los familiares, lo cual representó, o bien la pérdida de bienes patrimoniales como casa o terrenos, o bien que contaron con el apoyo económico de las remesas de familiares migrantes en Estados Unidos.

Es muy complicado encontrar información sobre los hospitales privados que ofrecieron atención durante la pandemia. De acuerdo con la Secretaría de Salud de Oaxaca (sso), en la Ciudad de Oaxaca, están registrados 29, y se sabe que atendieron a pacientes de covid-19 de manera informal. En unos hubo atención médica dentro de las instalaciones, y en otros, solo seguimiento de la evolución del contagio en la persona (sso, 2022). Sin embargo, no hay registros de la atención: número

de casos, defunciones, recuperados. Por ello, resulta un gran aporte las narrativas aquí documentadas provenientes de los hospitales privados.

CONDICIONES LABORALES

La pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 tuvo en el ámbito del trabajo aspectos positivos y negativos. En los primeros, el personal de salud compartió la alegría de haber encontrado trabajo al concluir sus estudios:

La pandemia abrió la puerta laboral para muchos recién egresados (fragmento de narración de participante).

Nunca pensé en poder entrar a trabajar en el Hospital de Especialidades, un hospital de tercer nivel (fragmento de narración de participante).

Sin embargo, los segundos fueron más numerosos.

Las condiciones laborales durante la pandemia establecieron serias diferencias dentro de las instituciones. Quienes tuvieron oportunidad de negarse a atender contagiados de la covid-19 fueron el personal de contrato definitivo y el sindicalizado. La demanda de personal efectivamente permitió ofrecer contratos en interinato, lo cual implicó establecer jerarquías. Los jóvenes afirmaron:

Por no ser de base, me tocó atender a los pacientes covid. Me quitaron a los pacientes que tenía para que entrara con los de covid (fragmento de narración de participante).

Por tener un rango menor a los basificados y por ser de contrato, te toca (fragmento de narración de participante).

También por ser de contrato eventual les tocaba prolongar sus jornadas laborales. Sus superiores les decían:

Te quedas porque te quedas; porque le tienes que dar al hospital (fragmento de narración de participante).

Estos comentarios por parte de las enfermeras participantes implicaban el hecho de que, además de que se tenían que quedar otra guardia, muchas veces no se las pagaban.

En estas experiencias se evidencia la explotación laboral que deja ver la violencia estructural e institucional, la cual deja estragos tanto físicos como emocionales. En los físicos, el uso del equipo personal de protección en jornadas de doce horas provocó perturbaciones urinarias, alergias en la piel, e incluso llegar a contagiarse de covid-19 y poner en riesgo a sus familiares. En los emocionales, la experiencia provocó impotencia, enojo, molestia porque

No pudimos hacer nada; solo obedecer (fragmento de narración de participante).

Los participantes afirmaron:

No saben [la gente] en qué condiciones estamos trabajando (fragmento de narración de participante).

La violencia institucional también se expresó en la precaria capacitación. Atender a pacientes dentro del covitario implicaba conocimientos que muchos recién egresados desconocían, principalmente el manejo de equipos de asistencia respiratoria. Esta situación se agudizaba con la sobrecarga de pacientes asignados al personal de enfermería:

Por nuestra poca experiencia, no sabíamos muchas cosas como la ventilación mecánica y muchas veces en los covitarios nos llegaba a tocar cuatro pacientes intubados en cada turno y no nos daba tiempo de hacer todas las maniobras de cuidado (fragmento de narración de participante).

Las participantes advirtieron una violencia económica estructural porque recuerdan un tiempo en que escasearon los medicamentos, no solo en el hospital sino en las mismas farmacéuticas. Los familiares buscaban los medicamentos y se los vendían muy caros, a más del doble de su precio.

Fue una temporada muy complicada porque, si los pacientes se quedaban sin medicamento, sin sedación, se despertaban e intentaban quitarse el tubo y se lastimaban. También los analgésicos eran medicamentos muy importantes porque son el sostén para que los pacientes mueran sin dolor (fragmento de narración de participante).

Como arriba señalamos, en el sector privado, a las enfermeras se les negaba los medicamentos, especialmente los sedantes:

No, ya no; es mucho y la cuenta del paciente ya está creciendo mucho. Hasta que venga el jefe (fragmento de narración de participante).

A ello se suma la observación de los cobros excesivos de la clínica privada, que ascendían a “150 000 pesos por día”, de acuerdo con el personal de salud que participó en nuestros talleres. En sus reflexiones experimentaban la injusticia porque señalaban:

Nos pagan bien, pero la clínica cobra mucho más. Y somos nosotros (enfermeras) los que estamos al frente, con los pacientes, exponiéndonos al contagio y haciendo cosas que no nos corresponden (fragmento de narración de participante).

Es muy importante señalar que las condiciones laborales del sector privado son más desventajosas que las del sector público. Sobre todo, se evidenció cuando el personal se contagió. La clínica privada solo pagó los estudios para comprobar el diagnóstico, pero la medicación corrió

por cuenta de las trabajadoras. Una vez más se expone otro rasgo de explotación laboral que implica violencia institucional.

En este mismo segmento de salud privada, se documentó el caso de violencia institucional en que a enfermeras se les asignaron tareas propias de una jefe de enseñanza y jefe de enfermería, pero encubiertos bajo la apariencia de distinción por la capacidad de liderazgo.

Uno de los médicos, con fama de “enojón”, llamó a una enfermera y le enseñó el uso de los equipos de ventilación mecánica porque ella era muy lista, pero en realidad fue porque necesitaba que ella a su vez reclutara a otras enfermeras y las capacitara. También esta enfermera tenía la responsabilidad de organizar los roles de guardias del personal de enfermería y asegurarse de que siempre estuvieran cubiertos los turnos. Sin embargo, por estas tareas adicionales no recibió ninguna compensación económica. Incluso, llegó a realizar actividades propias de los médicos, como la valoración clínica. Cuando veía que un paciente entraba en crisis, llamaba al médico de guardia y este le preguntaba:

¿Puedes controlar la situación del paciente?, o ¿es necesario que me vista [ponerse el equipo de protección personal: escafandra y goggles necesario para entrar al covitario]? (fragmento de narración de participante).

El médico de guardia, si podía, evadía entrar al covitario fuera de sus rondas normales y, para ello, delegaba responsabilidades en las enfermeras que necesariamente estaban dentro el turno completo.

Una de las situaciones más terribles descritas por las participantes refiere a cuando debieron tomar decisiones importantes en la elección de pacientes para su atención. Tuvieron que decidir si quitar los medicamentos de soporte porque ya el paciente no iba a salir y habría otro paciente que necesitaba la cama o el equipo. Estas decisiones que aluden a debates bioéticos se agudizaron precisamente ante las condiciones estructurales que se materializan en las limitantes de recursos hospitalarios y la alta demanda de atención.

En las reflexiones finales de las sesiones, las enfermeras analizaron algunas formas en que se encubren las consecuencias de la violencia estructural e institucional. Una de ellas recordaba que, en un curso de capacitación, el instructor perpetuaba la idea de la falta de cooperación entre enfermeras, afirmando que se atacan entre ellas. Esta idea fue cuestionada porque, si bien es verdad que hay tensiones y competencia en el cuerpo de enfermeras, muchas de ellas son propiciadas por la forma de operar del sistema de salud.

Contrastaron la unión que se estableció entre quienes estuvieron dentro del covitario y se ayudaron para resolver las diferentes situaciones críticas en la atención a los pacientes, y cómo muchas de esas amistades ahora estaban fragmentadas e incluso destruidas porque, después de la crisis sanitaria, llegaron las plazas en definitividad y tuvieron que competir por ganar alguna. Las rivalidades se originaron por la forma en que la autoridad destinó las plazas y se acrecentaron porque el número de vacantes se vio disminuido, ya que los sindicatos intervinieron y lograron que tuvieran preferencia los familiares del personal de base, que no entró al covitario, que no se arriesgó como el personal eventual. Estas situaciones se reconocen como formas de contratación abiertamente injustas y en las cuales no hay posibilidad de cambio. No obstante, las enfermeras advirtieron que las razones del enfrentamiento tienen su origen en la forma de operación institucional, que las enfrenta a experiencias de injusticia y las condiciona a competir férreamente por un puesto laboral.

VIOLENCIAS MICROSOCIALES EN LAS NARRATIVAS DEL PERSONAL DE SALUD

A raíz de la covid-19, la violencia hacia el personal de salud en México se incrementó, ya que trabajaba directamente en servicios relacionados con personas, quienes demandaban una atención de salud rápida, eficiente y de calidad, sobre todo cuando la vida propia o de familiares estaba en riesgo (Galián Muñoz, Llor Esteban y Ruiz Hernández, 2012).

Ante este contexto cargado de urgencia y de incertidumbre se desarrolló un sentimiento de inseguridad generalizado donde la violencia emergía a nivel personal.

Las violencias microsociales se refieren al contexto inmediato donde el individuo interactúa (la familia, amistades, el entorno laboral). Son violencias ejercidas, experimentadas y/o observadas que se despliegan de manera verbal, física y emocional en los ámbitos de convivencia cotidiana. En dichos entornos, se identificaron distintas experiencias de violencia de acuerdo con: *a)* el lugar y momento de la agresión, *b)* autor de la agresión y *c)* el tipo de violencia. Es necesario aclarar que la violencia microsociales se puede observar en los discursos.

LUGAR Y MOMENTO DE LA AGRESIÓN

En cuanto al lugar o espacio físico de la violencia, se pueden identificar espacios públicos, entornos donde se prestan los servicios (instituciones de salud tanto públicas como privadas y domicilios particulares) y el hogar mismo, en el seno familiar. En cuanto al momento de la agresión, encontramos que se presentó la mayoría de los casos durante la jornada laboral y, en el menor de los casos, fuera de ella.

Las participantes narran que en los espacios públicos, al principio de la pandemia por covid-19, cuando aún portaban el uniforme para trasladarse a su trabajo, la gente les gritaba en la calle que ellos “estaban matando a los pacientes”; algunos familiares de los pacientes también hacían comentarios de ese tipo o referían que “les sacaban el líquido de las rodillas para venderlo”. Antes, portar el uniforme blanco era parte de su orgullo e identidad; con la pandemia, se convirtió en un elemento de riesgo, pues la población creía que ellos “eran los responsables de la propagación del virus y de la muerte de las personas atendidas en los hospitales”. Estas creencias generaron diferentes conatos de violencia hacia el personal, con lo que surgieron en ellos sensaciones de injusticia, ya que sentían que se manifestaba muy poca empatía y consciencia por

parte de los familiares y personas que estaban fuera del hospital, que no tenían en cuenta las adversidades que el personal de salud tenía que enfrentar dentro de las áreas covid-19:

La situación que se vivía dentro, en la que vives un montón de emociones, en donde en la sala tienes que acompañar al paciente hasta su último respiro (fragmento de narración de participante).

Después de conocer algunos sucesos en la televisión sobre agresión al personal de salud por parte de la población, la estrategia puesta en marcha fue no portar el uniforme en los espacios públicos, sino llevarlo en una bolsa y usarlo al llegar a su centro de trabajo. Esta acción les beneficiaba, ya que, aparte de no exponerse a agresiones, les permitía trasladarse a sus centros de trabajo, porque, como lo comentaron algunos participantes, los taxistas no les prestaban el servicio a quienes portaran el uniforme blanco característico del personal de salud:

Nos pidieron que ya no nos fuéramos vestidas de enfermeras porque había agresiones por parte de las personas y los taxis a veces no te querían subir si ibas con el uniforme (fragmento de narración de participante).

El espacio donde el personal narra haber sufrido más eventos violentos fue dentro de la institución de salud donde prestaban su servicio, y durante su jornada laboral. Había ofensas por su supuesta falta de conocimientos para atender a pacientes críticos:

Me dijeron: “No sirves, no sabes nada”. Me sentí mal. Decían “No sé para qué contratan personal así” (fragmento de narración de participante).

No se consideraba que muchos fueron contratados inmediatamente después de egresar de la universidad, sin tener experiencia laboral; y menos aún en una situación de emergencia como la que se presentaba en ese momento.

Otra forma de violentar al personal de salud fue no suministrarle los insumos necesarios para entrar al área covid, argumentando que “todos los que estaban laborando en esa área ya se encontraban infectados”, situación que, como lo menciona una de las participantes, los hacían sentir como “peste”, fomentando con esto discriminación por parte de sus propios compañeros de trabajo. Después de salir del área covid, luego de jornadas de hasta 12 horas acumuladas, el personal se despojaba de todo el equipo de protección y debía bañarse como medida protocolaria de prevención. Narra una de las participantes:

Nos teníamos que bañar a las dos de la mañana con agua helada, pues rara vez se acordaban de poner el calentador en el hospital, una razón por la que muchos enfermaron de vías respiratorias y, entre incapacidades y todo, la carga de trabajo aumentaba (fragmento de narración de participante).

Otro tipo de violencia que el personal recibió en su lugar de trabajo fue hacer jornadas dobles de trabajo, ya que en muchas ocasiones faltaba personal:

Qué cansado es cuando, después de tu jornada laboral, te piden que te quedes a otro turno extra porque hace falta personal, o cuando el personal de base no quiere integrarse solamente por el hecho de ser de base (fragmento de narración de participante).

Esto no era voluntario, sino obligatorio, por ser personal de contrato. Se menciona también que solo se permitía salir a cenar e ir al baño y de nuevo debían vestir el equipo de protección para entrar al área covid. Cabe mencionar que dichas jornadas extras no eran pagadas; eran acumulativas y podían pedir posteriormente días de asueto en algún momento que lo requirieran, pero también mencionan las participantes que estos solo se otorgaban si no hacía falta personal, situación que muy pocas veces ocurría.

Algunas de las participantes daban servicio de manera particular cuidando a domicilio a pacientes con covid-19. En esta situación tampoco se encontraban exentas de recibir algún tipo de violencia, sufriendo discriminación por parte de los familiares de los enfermos a los que iban a cuidar:

Cuando me tocó ir a cuidar a una paciente a su casa, me daban de comer en la casa, pero no nos permitían salir de la habitación donde tenían a la paciente. Querían que comiera dentro de la habitación y yo mejor no comía en toda la jornada, porque tenía que quitarme el cubrebocas para comer y era un riesgo (fragmento de narración de participante).

AUTOR DE LA AGRESIÓN

Cuando hablamos del autor de la agresión podemos encontrar tres vertientes. En la primera ellos son agredidos por diferentes actores de su entorno (vivida); en la segunda, ellos, como personal de salud, agredieron en algún momento a otros (ejercida); y en la tercera fueron testigos (observada).

La que se manifiesta más en las narraciones es la que ellos recibieron por parte de otros: la ejercida por familiares, compañeros de trabajo, jefes o personas con las que prestaban el servicio. El entorno familiar es el espacio más cercano al ser humano, donde se espera encontrar seguridad, fortaleza y apoyo; pero ante esta situación de emergencia la agresión surgió dentro de las propias familias, con ambientes hostiles debido al miedo al contagio. Emergió en estos entornos la discriminación al personal de salud, señalados como agentes de riesgo:

... pese a todo lo que cargaba encima, el miedo, la ansiedad, temor de llegar a casa e infectar a mis padres, más porque tenía un hermano con miedo, pánico a la enfermedad, que casi, casi, me veía como un apestado, me relegaba, decía que ya no llegara a mi casa mientras trabajara en covid (fragmento de narración de participante).

En el ejercicio del cuidado en casa de pacientes covid, el personal no estuvo exento de recibir violencia por parte de sus empleadores. Para empezar, los trabajadores de la salud no tenían ningún tipo de prestación por el servicio que daban, por lo que, si llegaban a infectarse, ellos mismos debían hacerse cargo del gasto de su tratamiento. Otro aspecto digno de señalar es la falta de empatía por parte de los familiares de los enfermos, ya que, como lo narra una de las participantes, aquellos no visitaban a los pacientes, ni siquiera al morir estos:

Me tocó que una paciente se murió cuando yo la estaba cuidando en casa; murió en la tarde y les comuniqué a los familiares por teléfono y nada más me dijeron que me quedara con ella toda la noche hasta la mañana que llegara la funeraria; entonces me quedé toda la noche yo sola con la señora ya muerta (fragmento de narración de participante).

La violencia recibida por parte del personal del centro de trabajo, era ejercida principalmente por los jefes o por los coordinadores del área. Iba desde discriminación, falta de guía, llamadas de atención severas y forzamiento a ejercer responsabilidades ajenas como personal de enfermería. Los ejemplos de este tipo de violencia se explicaron a profundidad en el apartado de violencia macrosocial.

Aunque existió muy poca aceptación por parte de las participantes acerca de la violencia ejercida por parte de ellos hacia los pacientes, también emergieron algunas reflexiones en cuanto a que probablemente también el personal de salud ejerció violencia:

Ahorita, reflexionando, yo pensaba en que también pude haber ejercido violencia; es que yo estaba a cargo de una persona y no quería comer, y esta ansiedad que me daba que se recuperara, porque ella sí tenía posibilidades. Entonces, en un momento sí le levanté la voz para que ella comiera, porque necesitaba recuperarse (fragmento de narración de participante).

... Me tocó atender a una señora que cada ratito me hablaba para hacer del baño y llegó el momento que me desesperé, porque no podía ocuparme de los otros pacientes, y le dije, cuando me volvió a llamar para pedirme el cómodo: sabe qué, le voy a poner un pañal porque tengo mucho trabajo y ya usted haga del baño ahí y ya yo vengo en un rato, cuando me desocupe, a cambiárselo (fragmento de narración de participante).

La violencia observada principalmente tenía que ver con mala praxis en los cuidados, debido a la poca o nula capacitación del personal que entraba al área covid, situación que las mismas participantes mencionaron:

Sí hubo algunos pacientes que se deterioraron por una mala praxis y falta de conocimientos de estos compañeros que todavía estaban como estudiantes y que no tuvieron la supervisión adecuada para algunos procedimientos; en ningún caso de estos costó la vida del paciente, pero sí, sí se agravaron (fragmento de narración de participante).

Esto hace pensar en la precarización de la atención dentro de los servicios y la tiranía en el cuidado cuando el personal se encuentra con una sobrecarga de trabajo y con falta o nula capacitación y supervisión por parte de personal con experiencia, debido a que mucho del personal contratado para la atención dentro del área covid era recién egresado; algunos aún eran estudiantes, los cuales requerían de supervisión y orientación, mismas que el personal de base tendría que haber otorgado; pero en las narraciones se menciona que este tipo de personal no entraba a las áreas covid, por lo cual ellos se sentían solos e inexpertos en el manejo de los pacientes, sin poder recurrir a nadie que los orientara:

Uno de mis compañeros administró un medicamento, norepinefrina, que se debe pasar por vía exclusiva. Este compañero no sabía que el medicamento se pasaba solo y entonces por un mismo catéter él pasaba antibióticos, pasaba... de todo tipo de medicamentos... Otra cuestión, de una

sonda vesical; la colocó mal y le reventó la uretra al paciente... Tuvo mucho sangrado; se logró controlar también, pero fueron las dos cuestiones que a nosotros nos marcaron horrible, porque fueron malas praxis (fragmento de narración de participante).

La estrategia que este personal empleó fue convertirse en autodidactas. Refieren que llegaban a sus casas a ver videos sobre el manejo de algunos de los procedimientos que tenían que hacer. Además, entre hubieron de solidarizarse para superar las dificultades que se presentaban en esos momentos.

Otro tipo de violencia observada es que, debido a la cantidad de muertes tan recurrentes al día, el cuerpo se comienza a percibir como un objeto, situación que se salía de control para el personal sanitario:

... Las muertes eran trágicas, porque se iban sin despedirse. Era triste ver cómo entraban las funerarias por cuerpo tras cuerpo, y hubo momentos donde veía como el cuerpo pasa a ser un objeto que tiraban a una caja sin cuidado; en alguna ocasión, cuando estaba cerca, hablaba con los de la funeraria que tuvieran cuidado, pues era un ser humano el que había muerto (fragmento de narración de participante).

EL TIPO DE VIOLENCIA

En muchos de los fragmentos presentados anteriormente, la violencia simbólica –concepto que introdujo Bourdieu (2001)–, en la cual no se utiliza la fuerza física, sino la imposición del poder y de la autoridad, tiene manifestaciones a veces tan sutiles e imperceptibles que es permitida y aceptada por parte de la persona violentada. Este tipo de violencia emergió en las narraciones de las y los participantes del estado de Oaxaca, debido a las características concretas del personal contratado para la atención de pacientes covid, personal que, como se ha mencio-

nado, era recién egresado y, por lo tanto, este era su primer empleo; se trataba de personal con contratos eventuales, situación que los puso en una desventaja ante el personal de base de la institución, ya que, como lo mencionan muchos de ellos, no podía tener ningún tipo de reclamo, porque era muy clara la jerarquización y el poder en dichas relaciones laborales. La violencia recibida por parte de los superiores incluía el menosprecio a su labor diaria, imposiciones para cubrir jornadas dobles, discriminación por ser personal que atendía covid-19, entre otras. La violencia entre compañeros no estuvo ausente, debido al nivel de estrés al que estaban sometidos en el área:

Es un tema que igual se vio mucho en el hospital: la violencia verbal entre compañeros, el estrés los llevaba a explotar entre ellos. A pesar de que sabíamos de la sobrecarga de trabajo y el desgaste, nos exigíamos entre nosotros con tal de que entre enlace de turno la carga fuera menos para cada turno; pero eso era imposible, pues estamos trabajando un 300% más del indicador en atención a un paciente crítico (fragmento de narración de participante).

RESILIENCIA Y APRENDIZAJES DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA CONTINGENCIA SANITARIA

Lo que predomina en las narraciones de quienes estuvieron “en la primera línea del frente” durante la contingencia sanitaria son historias descritas como de verdadero “horror”, enfrentando la muerte, la incertidumbre, el miedo al contagio y a la transmisión de la enfermedad a los seres queridos, y todo ello sin contar con la capacitación y las herramientas médicas necesarias para enfrentarla.

La exposición frente a la muerte detona en el ser humano pasiones extremas: por un lado, lo que Hanna Arendt (1961) describió como la “banalidad del mal”, en el sentido de que cualquier acto cruel y deshu-

manizante puede ejercerlo cualquier persona común, hasta el punto en que la maldad puede convertirse en un mero proceso burocrático ejercido solo por cumplir órdenes, por ambición personal, por ganar posiciones de jerarquía o de poder, pero también por sobrevivencia para defender la propia vida. Estos actos, enfatiza la autora, no los llevan a cabo los enfermos ni los locos ni los monstruos, sino personas “normales”. Pero, al mismo tiempo y bajo las mismas circunstancias, surgen actos heroicos también realizados por personas “normales”, actos de amor a la humanidad, de valentía, de solidaridad y de aprecio por el ser humano desvalido.

Todo ello lo observamos en las narraciones de personal de salud atendiendo enfermos graves de covid, y converge con narrativas de hechos terribles, ya mencionados, como obligarlos a tener que escoger la dosis de medicamento que pudiera salvar la vida de un paciente o de otro, de tenerles solas y confinadas con pacientes de covid entubados y graves por horas a fin de no exponer a otras personas que también eran responsables de ellos, tales como los médicos, jefes de hospital y hasta familiares directos; además, se verificaron gestos de valor humano vital y de aprecio al otro y a la vida como acompañar a un paciente hasta su último suspiro, brindándole atención, tranquilidad y compañía, o enseñar al/a la compañera que llega a ejercer su labor, así como mostrar señales infinitas de apoyo mutuo y solidario entre el personal, a fin de atender mejor a los pacientes.

Frente a lo vivido, se hace patente el valor de la expresión y de la narración de esta experiencia a fin de poner palabras a las emociones, para elaborarlas colectivamente; de ahí la buena acogida de este personal a la propuesta de compartir sus historias y de poder identificar tantos sentimientos encontrados: tristeza, miedo, angustia, enojo, desesperación, impotencia, pero también satisfacción, esperanza y, sobre todo, aprendizaje y experiencia acumulada. Las narrativas del personal, aun cuando son contundentes al decir que no quisieran tener que volver a pasar por una situación similar bajo ninguna circunstancia, expresan la

forma en que lo vivido les hizo más fuertes, más capaces, más sensibles en su labor profesional.

Al respecto, una de las enfermeras participantes en los grupos comentó:

La palabra resiliencia me hace sentido con lo que nos pasó, porque salimos con vida y con la satisfacción de haber cumplido con nuestro trabajo (fragmento de narración de participante).

En efecto, la resiliencia frente a la covid-19, no solo a nivel individual, sino también colectivo, se convirtió en una suerte de *adaptación en la adaptación*, mitigando la ansiedad provocada por la adversidad a través de procesos reflexivos y de acción, tal y como la definen González y Montealegre (2021, p. 369).

La resiliencia, esta capacidad humana de “absorber y preservar (o mejorar) el funcionamiento a pesar de la presencia de obstáculos y adversidades” (González y Montealegre, 2021, p. 379), es ciertamente lo que podemos identificar en las narraciones del actuar del personal de salud que atendió pacientes graves de covid-19, capacidad que no solo ejercieron a nivel individual tratando de mantenerse a flote frente a las dificultades experimentadas dentro y fuera de los covitarios, sino también fortaleciendo las redes de tejido horizontal entre sí mediante acciones solidarias entre unas y otros. Destaca, por ejemplo, el que, en algunos casos, para quienes atendían a domicilio, se asociaran libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales apoyándose mutuamente con equipos de protección personal y hasta creando una agencia propia de cuidadores a fin de percibir una mejor remuneración por los servicios profesionales que prestaban.

Esta lógica de sostenimiento y acompañamiento, de autocuidado y cuidado al otro, fue lo que permitió aprovechar los recursos personales y colectivos para elaborar innovadoras respuestas adaptativas.

EL APRENDIZAJE DE LA EXPERIENCIA

Por su parte, el aprendizaje acumulado sobre esta experiencia fue expresado mediante la técnica de elaboración de *collages* colectivos, tal y como se muestran a continuación:



FIGURA 1.



FIGURA 2.

En estas obras colectivas podemos destacar propuestas de personal de salud respecto a cómo mejorar después del covid-19 e identificar los aprendizajes de la experiencia vivida. Al respecto, en cuanto al apoyo gubernamental al sector salud, destacan la necesidad de organización colectiva y de mejoras en la legislación en beneficio de este sector, así como también la de mejorar la infraestructura de salud.

En lo que se refiere a las relaciones interpersonales, se evidencia la necesidad de mejorar las relaciones entre las personas y fortalecer el apoyo mutuo a nivel social y familiar, recuperando, entre otras, la importancia del “abrazo en el momento indicado”, considerado también un aspecto relevante.

A nivel personal, enfatizan la importancia de desarrollar prácticas de autocuidado y de salud mental, tales como la musicoterapia, el descanso, la relajación, respirar, leer, escribir, descansar, estar tranquilo. Asimismo, en lo que respecta al aprendizaje a partir de esta experiencia, se señala la importancia de documentar las experiencias vividas y, finalmente, seguir adelante con ánimo y actitudes positivas.

Finalmente, cabe destacar la elaboración manual de una flor rosa al centro de uno de los *collages* y la imagen de una mujer con flores al centro del segundo con el mensaje “Felicidades”, lo que alude, en ambos casos, al coraje, al esfuerzo y al autorreconocimiento por la labor realizada.

A MANERA DE REFLEXIÓN FINAL

En lo referido a las macroviolencias, pensar en la violencia estructural e institucional en relación con las relaciones laborales, personales y familiares nos permite comprender la manera en que se imbrican diferentes formas en que se ha violentado a un sector muy importante de la sociedad y protagónico durante la crisis sanitaria. Aquí ha cobrado especial relevancia el nivel simbólico de la cultura que permite visibilizar los tenues hilos estructurales para resistir a la normalización y apropiación de los procesos violentos.

Tras la experiencia de los momentos más agudos de la pandemia por covid-19, sabemos que el problema no puede considerarse concluido. Aún se detectan casos, y la población no está vacunada en su totalidad. Además, quienes han recibido la primera y la segunda dosis, ya no están cubiertos. Se discute la capacidad estatal para sostener la vacunación total y gratuita a la población. El personal de salud que estuvo en la primera línea enfrentando la realidad de la enfermedad y de los dolorosos decesos merece nuestro reconocimiento. Sus experiencias son historias que deben ser contadas, conocidas y valoradas.

Las epidemias y las pandemias, entendidas como desastres sociales (Perry, 2018), generan las condiciones de incertidumbre adecuada para el desarrollo de creencias que subyacen a diferentes tipos de violencia. La covid-19 ha traído consigo episodios de violencia y señalamiento social específicamente hacia las y los trabajadores del sistema de salud, dando como resultado una gran variedad de agresiones, desde amenazas verbales hasta ataques directos, que en su gran mayoría son perpetradas por pacientes, familiares o visitantes de los usuarios de los servicios. Otros tipos de ataque han sido ejercidos en la vía pública; por ejemplo, acusar al personal de salud de ser un riesgo para el contagio y no permitiéndole el uso del transporte público.

Por otro lado, se encuentra el ataque recibido por parte de los propios familiares, que es el que más impacto ocasiona en el personal sanitario, al sufrir discriminación por parte de su núcleo más cercano. El personal médico y en especial el de enfermería han sido los más afectados por dichos actos.

No es casualidad que los ataques principalmente fueron al gremio de enfermería, ya que por mucho tiempo han estado en una posición inferior respecto de los médicos. A las enfermeras se las percibe como simples cuidadoras, y no se les da el reconocimiento a su formación, dando como resultado no solo una jerarquía de poder sino también y, sobre todo, una jerarquía de saber (Guerra, 2020). Por ello es indispensable visibilizar la situación de precariedad laboral y de vulnerabilidad

que tuvieron que enfrentar durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2.

Finalmente, es claro que la situación de emergencia vivida por el personal de salud, particularmente en condiciones tan precarias como sucedió en el caso de Oaxaca, nos plantea la necesidad de reflexionar sobre los derechos humanos del personal de salud, ya que es justo en estos casos extremos cuando habría que garantizarlos y respetarlos de manera contundente, dados los procesos de deshumanización que generalmente conllevan estas situaciones.

Sus derechos humanos, plasmados en el marco de la ley, como sucede en muchos otros casos, quedaron en el papel y muy lejos de la realidad cotidiana experimentada por el personal de salud durante este periodo de la covid-19. Revisando la Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros (2005), vemos que el poder ejercer esta profesión con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales no se cumplió. Tampoco en cuanto al derecho a desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.

No se garantizó el derecho del personal a contar con los recursos necesarios que permitieran el óptimo desempeño de sus funciones, tales como equipo de protección personal, instrumentos de trabajo y medicamentos, capacitación especializada, al extremo de no contar con apoyo para amortajar y realizar las diligencias administrativas necesarias cuando los pacientes fallecían en su turno de trabajo. Tampoco recibieron un trato digno por parte de pacientes y de sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.

Es, pues, tiempo de imaginar nuevos dispositivos que garanticen la salud y el pleno goce de los derechos humanos del personal de salud en el ejercicio de sus labores, tanto en situaciones cotidianas como en las extraordinarias, como lo ha sido la pandemia de covid-19. Para muchos autores, entre otros, Magaña y Lozoya (2021, p. 53), a la covid-19

sigue otra contingencia, esta vez de salud mental, y es por ello que destacamos la importancia de llevar a cabo espacios de reflexión grupales como el que aquí realizamos, con el objetivo de “orientar la energía difusa provocada por las adversidades a desempeños en que la sinergia colectiva pueda desplegarse” (Magaña y Lozoya, 2021, p. 71), puesto que ciertamente los escenarios desbordados de problemas y conflictos no tienen soluciones individuales, sino colectivas. Soluciones humanizantes y solidarias como las que encontraron las y los profesionales de salud, las cuales tienen que ser apuntaladas por las autoridades sanitarias y por las comunidades locales, para no dejar solo al personal de salud nunca más en medio del horror, y para asegurarnos de que sea el bien concientizado y reflexivo el que triunfe sobre el mal banal y deshumanizante.

REFERENCIAS

- ARENDET, H. (2020). *La condición humana*. Austral.
- BOURDIEU, P. y J. C. Passeron (2001). Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica. En P. Bourdieu y J. C. Passeron, *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. España: Editorial Popular, pp. 15-85.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina) y Opas (Organización Panamericana de Salud) (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. Informe COVID-19, 14 de octubre. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf. Acceso el 21 de septiembre de 2022.
- CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) (2005). *Carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros*. <https://www3.ugto.mx/redmedica/images/pdf/carta-derechos-enfermera.pdf>. Acceso el 3 de septiembre de 2022.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2020). *Informe de la pobreza multidimensional 2008-2018: una década*

- de medición multidimensional de la pobreza en México*. Ciudad de México: Coneval.
- FRADE, I. M. y M. S. L. Fuentes (2021). El dispositivo pandémico covid-19: capturas biopolíticas en alteridades migrantes y salud mental. En S. González *et al.* (ed.). *Chile en el vértice de la transformación social*. Santiago: Usach, pp. 53-76.
- GALTUNG, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. *Cuadernos de estrategia*, núm. 183, pp. 147-168.
- GONZÁLEZ, S. y J. Montealegre (2021). Resiliencia colectiva y reflexividad organizacional: afrontamiento en las encrucijadas. En S. González *et al.* (ed.). *Chile en el vértice de la transformación social*. Santiago: Usach, pp. 365-383.
- GUERRA, E. (2020). Médicos y enfermeras: ¿por qué los vemos como enemigos? *Infobae*, México, 21 de abril. www.infobae.com/america/mexico/2020/04/21/medicos-y-enfermeras-por-que-los-vemos-como-enemigos. Acceso el 21 de septiembre de 2022.
- INSTITUTO ESTATAL ELECTORAL Y DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE OAXACA (IEEPCO). Dictámenes de métodos de elección de concejalías a los ayuntamientos que se rigen por sistemas normativos indígenas 2021-2022. <https://www.ieepco.org.mx/cat-info/dictámenes-sni2022>. Acceso el 21 de septiembre de 2022.
- MORENO, M. B. y T. P. Klijn (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Cienc Enfer*, vol. 9, núm. 1, pp. 9-14.
- MUÑOZ, I. G., B. L. Esteban y J. A. Ruiz Hernández (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*, vol. 86, núm. 3, pp. 279-291.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1988). *Anuario de Estadísticas del Trabajo*. 1988. https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9220073579_ES/lang--es/index.htm. Acceso el 28 de septiembre de 2022.
- Olmo, P. O. (2018). El concepto de violencia institucional: un enfoque desde la historia social del control y el castigo. *Gerónimo de Uztariz*, Pamplona, núm. 34, pp. 117-138.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Ginebra.

Perry, R. W. (2018). Defining disaster: an evolving concept. En H. Rodríguez, W. Donner y J. E. Trainor (eds.), *Handbook of disaster research*. Cham: Springer, pp. 3-22.

SSO (Secretaría de Salud de Oaxaca) (2022). *Red Hospitalaria Covid-19. Gobierno del Estado de Oaxaca, 2016-2022*. <https://coronavirus.oaxaca.gob.mx/red-de-hospitales-covid-19>. Acceso el 21 de septiembre de 2022.

REFLEXIONES SOBRE LA (NO) PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN

SIMONE SANTANA DA SILVA

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

EN ESTE CAPÍTULO BUSCAMOS ANALIZAR algunos aspectos relevantes de los desafíos que enfrentamos en la formación de grupos para llevar a cabo la investigación que nos ocupa, relacionados con la falta de participación de las y los profesionales de salud en la misma, particularmente en Senhor do Bonfim, Bahía, Brasil, y en Xalapa, México. Esto porque consideramos que la no participación también ilustra las dificultades que aún hoy enfrentan las y los trabajadores de salud en el campo de la atención que requieren para lidiar con las consecuencias de la violencia vivida durante la pandemia. Apoyados en la perspectiva del análisis institucional, entendemos que la no participación en nuestra convocatoria es también una forma de participación sobre la que es importante reflexionar y analizar. Para eso, describiremos inicialmente el proceso de aproximación a los campos, seguido del respectivo análisis.

Senhor do Bonfim, Bahia Brasil: Senhor do Bonfim es el municipio donde tuvo lugar la producción de datos en el estado de Bahia, Brasil. Se envió un proyecto a la dirección municipal para que autorizara la realización de la investigación y se acordó que la dirección facilitaría la realización actuando de enlace con los posibles participantes.

El inicio de las reuniones se vio dificultado no solo por el horario de las y los profesionales, sino también por el horario de la propia dirección. Buscamos contacto los días 12, 17 y 30 de agosto de 2022 y el 2 de octubre del mismo año, sin éxito en la programación.

En vista del contexto, la investigadora, ante la dificultad, realizó una encuesta entre profesionales que se habían acercado y los contactó individualmente. En ese momento, algunos informaron que no tenían tiempo para participar en los grupos y otros se mostraron entusiasmados con el tema y confirmaron su participación en la reunión de presentación de la investigación.

El 5 de octubre de 2022, se realizó la primera reunión y solo asistieron dos personas: una técnica de enfermería y un agente comunitario de salud. Otras personas invitadas, a pesar de su interés en integrar el grupo, enfrentaron imprevistos de última hora, lo que repercutió en la dificultad de asistencia. En esta reunión se presentó la propuesta de investigación a las dos personas presentes y se fijaron las fechas para tres reuniones. En vista del reducido número de personas presentes, acordamos que sería válido intentar añadir más personas a la primera reunión. Las fechas sugeridas por los presentes fueron: 26 de octubre de 2022, y 9 y 16 de noviembre del mismo año.

El 18 de octubre de 2022, se acudió a una Unidad de Salud Familiar (USF) del municipio y la investigación fue presentada al equipo de salud. La enfermera del servicio aceptó estar presente en las fechas establecidas para las reuniones y firmó el documento Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE). El 19 de octubre de 2022, se mantuvo un diálogo con una enfermera del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) y también se mostró interesada en formar parte del grupo que se estaba formando. Ha firmado de igual modo el término de consentimiento.

Dada la descripción, tenemos 4 profesionales mujeres confirmadas para el grupo que se realizaría el 26 de octubre de 2022. Sin embargo, en esta fecha solo asistió la técnica de enfermería presente en la reunión del 5 de octubre. En este día, hablamos sobre sus experiencias y decidimos que ella escribiría una narrativa sobre ello.

En enero de 2023, en un nuevo intento de formar grupos, con el apoyo de la coordinación de Atención Básica (AB) del municipio, se presentaron los Agentes Comunitarios de Salud. Hubo un diálogo armonio-

so sobre el trabajo diario y sobre los desafíos; sin embargo, al presentar la propuesta de investigación y, sobre todo, después de leer el formulario de consentimiento libre e informado, ambos revelaron incomodidad en firmar y aceptar la participación. Sugieren que sería más beneficioso para las enfermeras de los equipos de los que forman parte participar únicamente exponiendo los ejemplos de violencia vividos en la covid-19.

Por su parte, en Xalapa, México, el acercamiento se inició en el mes de junio de 2022, en un centro hospitalario al cual el equipo del servicio solicitó que el proyecto de investigación fuese aprobado por el comité de ética interno del hospital. Se rechazaron dos intentos, porque el comité entendió que, al no tratarse de una investigación experimental, no contribuiría a la aportación de datos relevantes. Finalmente, el proyecto fue aprobado en el mes de agosto de este mismo año.

Para organizar los grupos, una vez aprobado el protocolo, se buscaron contactos individuales con profesionales a través del personal de los hospitales. Algunos aceptaron formar el grupo, si bien el día de la reunión informativa acordado, 18 de septiembre de 2022, no acudieron a la cita, argumentando el excesivo tráfico de la ciudad. Se intentó entonces realizar los grupos de manera virtual los días 23 y 24 de septiembre del mismo año, con un horario matutino y otro vespertino. Por la mañana del día 23 de septiembre, cuatro personas se presentaron a la reunión por internet (el relato de este grupo se analiza en el capítulo correspondiente). Entre ellos, había un participante del comité de ética, quien insistió nuevamente en que, al no tratarse de una investigación experimental, no habría tanta gente involucrada y, por lo tanto, los resultados no serían relevantes. Sin embargo, esta misma persona accedió a compartir su experiencia y compartió con el grupo las dificultades enfrentadas para manejar la situación planteada por la pandemia, así como el trabajo realizado en conjunto con las autoridades del hospital para solventarlas. Poco a poco, a medida que iban narrando su experiencia, los demás fueron participando activamente en el grupo, reconociendo las dificultades y también los aciertos en la gestión hospitalaria de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2.

Este grupo solo participó en una sesión de dos horas, de forma virtual, y manifestó que no podrían tener la sesión acordada al día siguiente. En el caso del grupo convocado en el horario de la tarde, también de manera virtual, no se presentó nadie, aunque tres personas habían confirmado que lo harían.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA (NO) PARTICIPACIÓN EN GRUPOS

RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

La violencia en el trabajo es un fenómeno que puede tener diversas causas, y que puede estar directamente relacionado con las condiciones laborales. En cuanto a dichas condiciones, se hace relevante analizar los significados relacionados con la precariedad que impregna las relaciones que allí se establecen. Esto fue evidente en todos los grupos que se reunieron en Brasil y en México.

Por ejemplo, las formas de organización del trabajo pueden estar guiadas por el miedo, la autonomía limitada, las prácticas participativas forzadas, la imposición sutil de la autoeficacia laboral, la multifuncionalidad y otras acciones de control. Como resultado, se perfilan la inseguridad, la competencia, la desconfianza, las limitaciones, el individualismo y el secuestro del tiempo y de la individualidad de la persona trabajadora (Hagopian, 2019).

La covid-19, como ya fue ampliamente discutido y divulgado (Trinidad, Buss y Paes-Souza, 2020), amplifica problemas ya existentes en la sociedad. En este sentido, en el contexto de lo que nos proponemos discutir aquí, diferentes formas de violencia han sido atribuidas a los profesionales de salud desde el inicio de los casos de la enfermedad (Ribeiro, Beatriz Maria Santos Santiago, Robazzi y Dalri, 2021). Así, desde la fase de invitación a participar, los profesionales mencionaron categóricamen-

te numerosos recuerdos de la tensión sufrida en el enfrentamiento con la enfermedad y en el trato con la sociedad; sin embargo, de diferentes maneras, se negaron a vincularse formalmente al desarrollo de la investigación. Este hecho fue particularmente relevante, como se mencionó, en los casos de Bahía, Brasil, y Xalapa, México, lo que nos animó a realizar esta reflexión.

Entendemos que la geopolítica del poder se organiza de diferentes maneras en contextos neoliberales, patriarcales y discriminatorios. El patriarcado se constituye como un poder que crea, difunde relatos y esboza argumentos de discurso hegemónico. Este poder opera en muchos ámbitos diferentes, incluidas las acciones sanitarias. En la enfermería, por ejemplo, profesión ocupada predominantemente por mujeres, es conveniente percibir cuidadosamente la acción del patriarcado en el ejercicio de la profesión y en las experiencias cotidianas del trabajo.

Frente a estas lógicas, no es difícil entender que las personas puedan posicionarse de forma autoafirmativa a través de la palabra puesto que, desde una perspectiva más fina, la geopolítica del poder asegura que algunas personas sean libres hablantes, que otras mantengan su discurso limitado a la repetición y otras se contenten con ser oyentes (Diniz y Gebara, 2022). Teniendo en cuenta el escenario vivido en la realización de la investigación de la que trata este libro, es necesario considerar algunos aspectos: hablar de violencia no es una acción instintiva y fácil, así como reconocer la violencia es una tarea ardua. El propio discurso añade una lógica existencial y no solo la emisión de palabras (Ribeiro y Djamila, 2017).

RESISTENCIA A PARTICIPAR POR DIFICULTADES PARA HABLAR CON VOZ PROPIA

Cuando Gayatri Spivak se pregunta *¿Pueden hablar los subalternos?*, hace una provocación que incluye el silenciamiento, particularmente de las mujeres, que constituyen la mayoría del colectivo de personas que han

asistido a los pacientes de la covid-19, y la fragilidad de las estructuras políticas, los espacios lícitos y los lenguajes para que sus demandas puedan ser escuchadas. Señala la innegable acción del colonialismo y cómo el intelectual occidental tiende a convertirse en un agente transparente del conocimiento (Spivak, 1988). En consecuencia, señala cómo actúa hoy el despliegue de este proceso, incluso en la idea de quién puede hablar. En términos de investigación, la presencia de una investigadora académica que, en nombre de un grupo de investigación internacional, invita a las y los profesionales a relatar sus experiencias y a producir ciencia de forma colectiva puede suscitar tanto motivación y estímulo como desconfianza, incredulidad y la idea de apropiación de su historia. Se trata de un reto sobre el que la academia debe reflexionar y respecto de lo que debe mejorar de forma urgente.

Además, diferentes sujetos actúan en los espacios de cuidado y salud. El despliegue de los encuentros ocurridos en esta producción permite una reflexión sobre las prácticas profesionales desarrolladas. La vida cotidiana del mundo laboral está permeada por fuerzas que se tienden en todo momento (Merhy, 2014). En relación con las tensiones, se cuentan las que surgen de las “imposiciones universalizantes del Estado”, que moldean sentimientos, emociones e ideas. Así, el Estado encuentra formas de obtener las acciones que desea a través de la idea del permitido, tolerado, impuesto o prohibido. De esta manera, el principio de equivalencia es estimulado por el propio Estado y se despliega en el movimiento en el que cada fuerza social busca su reconocimiento adoptando elementos próximos a los propuestos por las instituciones (Lourau, 1970). Con los elementos señalados hasta ahora, es posible reflexionar sobre algunas posibles razones de la resistencia a participar en la investigación. Aunque en principio parezca una decisión individual, en realidad no lo es, ya que involucra aspectos subjetivos, de género e inclusión, de comprensión y, por supuesto, el contexto del trabajo, los vínculos existentes y la noción de autonomía.

En el contexto explicado al inicio de este capítulo, en el que los Agentes Comunitarios de Salud señalan a la enfermera como la más

preparada para abordar las orientaciones sobre violencia, es necesario reconocer que el saber también tiene el potencial de silenciar, de la misma forma que la representación de quien habla en el grupo también silencia.

Las narrativas de quienes participaron en los grupos nos dan cuenta de las múltiples situaciones de sufrimiento y de dolor vividas por el personal sanitario que atendió a pacientes de la covid-19. Revelan que sucedió en condiciones muy complejas y sin acompañamiento, de modo que cada uno lo vivió de acuerdo con su propia historia y según sus posibilidades, en el contexto en que se encontraba. En general son historias que se vivieron desde el silencio, sin posibilidad de compartir lo que se sentía. Esto se debe, en primer lugar, a que “no había tiempo” dada la emergencia de acciones que les involucraba en múltiples horas de trabajo que les dejaban exhaustos, abrumados y, en muchos casos, enfermos e contagiados por el virus. Todo lo anterior lejos de casa, de sus familias, de sus amigos y de sus comunidades, dado el aislamiento impuesto por el riesgo de posible contagio.

El lenguaje, como todos los productos de la socialización, se rige por los códigos de las relaciones sociales existentes, por lo que también se normaliza, es decir, se establecen normas sociales en torno a lo que puede y debe decirse y, a la inversa, lo que debe permanecer en silencio. Dado que el habla es una fuente de poder y de creación de significados, produce realidades sociales alternativas y, por lo tanto, también se vigila y controla socialmente (Foucault, 2018). Por eso, el silencio priva en poblaciones subalternas y marginadas, como en el caso de las enfermeras que atendían a los enfermos graves de covid-19.

LOS HÉROES NO SIENTEN: DIFICULTADES PARA EXPRESAR SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

Como se ha discutido ampliamente en esta obra, las y los trabajadores de salud, mal apodados “héroes de la pandemia” en el imaginario colec-

tivo, fueron en realidad personas que sufrieron física y emocionalmente ante pacientes moribundos, colegas enfermos y familiares permanentemente expuestos al contagio de un virus desconocido. No es de extrañar que algunos expresaran abiertamente que preferían borrar todos estos recuerdos de su memoria antes que revivirlos de nuevo.

Sin embargo, sabemos que nombrar una experiencia, por traumática que sea, permite acceder a su elaboración para reconstruirla y transformarla así en fuente de aprendizaje e incluso de vida y supervivencia. El hecho de sacar a las personas del silencio en el que se sumergen ante el dolor es fundamental, porque el lenguaje humano es fuente de intercambio y de generación de vínculos entre las personas, y es uno de los principales medios que tenemos para la producción de sentido.

Quienes participaron en los grupos destacaron la importancia de estos espacios: ser capaces de compartir sus experiencias con otros, escribir y contar sus historias a sus compañeros, ser escuchados y acompañados. Los grupos generaron un diálogo fructífero entre sus participantes y se convirtieron en espacios de deconstrucción, construcción y reconstrucción de las experiencias vividas en el encuentro con otros. Aunque nunca fue fácil contar sus historias, a veces aterradoras, sobre el “horror” y el “infierno” en el interior de los llamados covitarios, que les dejaron importantes secuelas físicas y emocionales, escribir sus historias les permitió pasar de un acontecimiento “saturado”, es decir, con un único y repetitivo sentido, a la reconstrucción como un acontecimiento con significados diversos y alternativos, en el que cabían la tristeza y la esperanza, pero también el deseo de renovar su sentido para acceder a un futuro posible y mejor.

Estamos seguros de que para aquellos que no pudieron –o no quisieron– participar en los grupos, el silencio no borrará sus recuerdos, permanecerán guardados, esperando otro momento en que puedan emerger y ser elaborados. De ahí la importancia de continuar con este tipo de trabajo y estar presentes, acompañando a las personas en la escucha activa y buscando contribuir a la concientización sobre la implementación

de prácticas encaminadas a la preservación de la salud y los derechos humanos del personal de salud.

[TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS DE MARCIA TSCHERKAS]

REFERENCIAS

- DINIZ, D. e I. Gebara (2022). *Esperança feminista*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- FOUCAULT, M. (2018). *Microfísica do poder*. São Paulo: Paz e Terra.
- HAGOPIAN, E. M. (2019). Contornos da violência na enfermagem: abordagem quantitativa. Tesis de doctorado en Ciencias, São Paulo: Universidade de São Paulo.
- LIMA, N. T., P. M. Buss y R. Paes-Sousa (2020). A pandemia de covid-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cad Saúde Pública*, vol. 36, núm. 7.
- LOURAU, R. (1975). *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes.
- MERHY, E. E. (2014). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- RIBEIRO, B. M. S. S., M. L. C. C. Robazzi y R. C. M. B. Dalri (2021). Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19. *R Saúde Públ Paraná*, vol. 4, núm. 2, pp. 115-124.
- RIBEIRO, D. (2017). *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte: Letramento.
- SPIVAK, G. C. (1988). Can the subaltern speak? En C. Nelson y L. Grossberg (eds.), *Marxism and the interpretation of culture*. Urbana: University of Illinois Press.
- TRINDADE, Nísia Lima, Paulo Marchiori Buss y Rômulo Paes-Souza (2020). A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cadernos de Saude Publica*, vol. 36, núm. 7, p. e00177020.

ESTOICISMO, ECUANIMIDAD, VOCACIÓN Y SERVICIO: EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE SALUD DURANTE LA COVID-19 EN VERACRUZ: UNA COMUNIDAD EN DUELO

AIMÉ LÓPEZ GONZÁLEZ

ALEJANDRA NÚÑEZ DE LA MORA

INTRODUCCIÓN

EL INICIO DE LA PANDEMIA CAUSADA POR EL VIRUS SARS-CoV-2 representó un reto descomunal que demandó una respuesta inmediata a una crisis de salud sin precedentes y la puesta en práctica de políticas públicas acordes con el contexto y con los recursos de cada país. Como toda crisis, los profundos cambios y sus consecuencias en el ámbito no solo de la atención a la salud, sino en todas las esferas de la vida pública y privada, revelaron limitantes e importantes debilidades en las estructuras, instituciones, sistemas y relaciones que conforman nuestra sociedad y que definen nuestras experiencias. Los sucesos expusieron de manera inexorable las profundas inequidades, injusticias y otras formas de violencia que permean la vida nacional, institucional y doméstica en el mundo entero.

En este contexto incierto y, en un primer momento, inexplicable, todas las sociedades atestiguamos, con desasosiego, expresiones de violencia, discriminación y abuso en un ambiente de terror hacia lo desconocido y lo incontrolable (McKay *et al.*, 2020; Devi, 2020). No obstante, y de alguna manera redentora, las circunstancias extraordinarias vividas durante la covid-19 evidenciaron también el valor y la necesidad de las relaciones humanas, de las redes de apoyo, de las conductas prosociales y de las motivaciones altruistas (Batson, 2003) como estrategias

intuitivas de afrontamiento a los desafíos de una realidad cambiante, impredecible y, en muchos sentidos, amenazante.

Ante las escenas dantescas que se desplegaron en nuestras pantallas al inicio de la emergencia por covid-19, la vocación, entrega y dedicación de las personas trabajadoras clave, entre ellas, las de las comunidades de cuidados y de la atención a la salud, capturaron el imaginario colectivo, que los idealizó como heroínas y héroes. En algunos países, todas las tardes, al punto de una hora acordada, el público salió a las calles a aplaudir en homenaje a las personas voluntarias y profesionales de salud que se batían con una enfermedad inescrutable en las casas de descanso, hospicios, clínicas y hospitales. Dicho reconocimiento, sin duda, mantuvo en alto la moral de miles de profesionales de salud entregados a contener la hecatombe; sin embargo, estas expresiones se articularon también como demandas colosales y expectativas irreales de la sociedad para con esta comunidad de servicio.

La literatura científica y periodística da cuenta del enorme interés en documentar e investigar los efectos físicos, mentales y emocionales de las largas jornadas laborales, de la falta de o el uso prolongado de equipos de protección personal (Montero *et al.*, 2021; Galanis *et al.*, 2021), del riesgo omnipresente de contagio y muerte (Bandyopadhyay *et al.*, 2020), así como de las alteraciones en la alimentación, el sueño, la concentración y otras dimensiones del bienestar de las y los profesionales de salud durante los momentos más álgidos de la crisis (Saragih *et al.*, 2021; Chigwedere *et al.*, 2021; Robles *et al.*, 2022). Sin embargo, se ha hablado comparativamente menos de las consecuencias a largo plazo en cuanto a otros aspectos de su bienestar, las vivencias diarias y las situaciones de las que fueron actores y testigos los miembros de esta comunidad en el cumplimiento de su labor. En particular, las consecuencias de tener que hacer frente, bajo condiciones por demás desfavorables y restringidas, a dilemas éticos o conflictos morales, y a niveles descomunales de dolor, sufrimiento y muerte, sin poder, en muchos casos, evitarlo.

En este texto abordamos esta cuestión, motivadas por las perspectivas adquiridas durante las jornadas de trabajo realizadas con ocho profesionales de salud en Minatitlán, al sur del estado de Veracruz, México, como parte del proyecto binacional México-Brasil. El propósito de este ejercicio fue documentar, mediante una reflexión colectiva, las experiencias de violencia vividas por el personal de salud de primera línea durante la pandemia por covid-19 (para los detalles metodológicos véase la introducción a este volumen). Específicamente, exploramos algunas de las demandas explícitas e implícitas que identificamos en los testimonios orales y escritos que las y los participantes compartieron durante estas jornadas grupales; relatos que –interpretamos– dan voz a una necesidad de saberse visibilizados y reconocidos como individuos sentipensantes, vulnerables y falibles, no únicamente como profesionales estoicos, ecuanimes y dispuestos a sacrificarse por el prójimo en aras de cumplir con su compromiso social como veladores de la salud de la población.

Comenzaremos con una breve descripción de la situación del sistema de salud mexicano al momento del estallido de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, así como de las condiciones laborales de los empleados del sector salud, tanto a nivel nacional como estatal, en el estado de Veracruz.

Consideramos importante ofrecer un panorama de la situación política, social y económica que impactó las decisiones sobre el manejo de la covid-19, tanto estratégicamente como económicamente, y las repercusiones que ello tuvo para las condiciones en las que sirvieron, se desarrollaron y tomaron decisiones día con día las y los profesionales de salud. Esto, con el fin de apreciar las tensiones entre las exigencias y expectativas que se crearon para el personal de salud, los principios medulares asociados a su identidad profesional y las ramificaciones éticas y morales del imperativo de llevar a cabo el cuidado de la salud en condiciones subóptimas, inadecuadas, desfavorables y, en la mayoría de los casos, extremadamente restringidas.

Finalmente, detallaremos la conformación y la dinámica de los grupos de reflexión, así como los principales beneficios que las y los participantes expresaron haber obtenido de su participación en este ejercicio.

Partimos de la convicción de que un análisis situado permitirá percibir, en su justa dimensión, la magnitud de la problemática y lo trascendental del impacto que las experiencias vividas tuvieron en millares de profesionales de salud, así como la urgencia de reconocer, visibilizar y asumir la responsabilidad que tenemos como sociedad de atender las necesidades de esta comunidad, con la misma humanidad y prestancia que las y los profesionales de salud mostraron durante los largos días y cruciales noches de la pandemia, y en los meses que la han sucedido.

BREVÍSIMA RADIOGRAFÍA DE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO EN VÍSPERAS DE LA COVID-19

México es, en la segunda década del siglo XXI, uno de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con la menor proporción del producto interno bruto dedicado a la salud (6.1%) y el país con el menor aporte de financiamiento público al gasto total en salud (2.8% del PIB en 2019) (OECD, 2019a; OECD, 2019b). Los recortes presupuestarios y medidas de austeridad recurrentes desde mediados de la década de 2010 han derivado en una inversión a todas luces insuficiente para responder a las necesidades de una población en aumento, envejecida, y con una alta prevalencia de enfermedades crónicas, visible en todos los grupos etarios. Aunado a la financiación insuficiente en salud, la organización del sistema de salud mexicano en subsistemas, producto de la historia de su desarrollo, genera redundancia de funciones y disparidades importantes. Específicamente en México, la cobertura de seguridad social, incluyendo la asistencia médica, está ligada al tipo de empleo. Los diferentes proveedores públicos atienden a diferentes segmentos de la población y la integralidad y calidad de la atención depende de la capacidad de financiamiento y de la asignación del presupuesto pú-

blico. Además de complejizar su administración, esta organización desarticulada limita de manera importante la capacidad de adaptación y resiliencia en condiciones de crisis (Barraza *et al.*, 2002).

Estas limitaciones estructurales y la insuficiencia crónica de financiamiento se hacen evidentes en un exiguo número de instalaciones médicas, la mayoría de las cuales están mal equipadas y sin personal suficiente (Olivera y García, 2021). En comparación con el promedio de 8.8 enfermeras, 3.5 médicos y 4.7 camas por cada 1 000 habitantes en países de la OCDE, México registró en 2019, la víspera de la pandemia, 2.9 enfermeras, 2.4 médicos y 1.4 camas por cada 1 000 habitantes (OECD, 2019b). Además de escasos, dichos recursos se distribuyen de manera desigual entre regiones y subsistemas de salud. Las localidades más ricas reportan de tres a cuatro veces el número promedio de médicos registrados (Coneval, 2018), mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), uno de los pilares del sistema de salud, cuenta con solo la mitad de camas por cada 1 000 afiliados que el promedio nacional –de hecho, la disponibilidad de camas ha disminuido al tener 0.13 camas por cada 1 000 afiliados, menos que hace una década) (IMSS, 2020).

Posiblemente más crítica que la insuficiencia en infraestructura es la escasez de personal de salud capacitado, ya que, como se constató durante la pandemia, los recursos humanos son el factor limitante de una atención de salud eficaz y de calidad; sobre todo, en casos de emergencias sanitarias. Al igual que en el ejemplo anterior, los recursos humanos no solo son insuficientes, sino que las diferencias regionales en su distribución son formidables. Por ejemplo, mientras que en la capital del país se concentran más de la mitad de los especialistas clave para la atención de personas infectadas por covid-19, tres cuartas partes de los estados del país cuentan con menos del 1.5% de los neumólogos certificados; y la mitad de los estados, con menos de 1.2% de especialistas en terapia intensiva (Vázquez *et al.*, 2014). Asimismo, las cifras relativas al personal de enfermería calificado, en quien descansa en buena medida la capacidad para una atención de calidad efectiva, dan cuenta de lo raquítico de

los recursos humanos del sistema de salud nacional. Pese a que en 2020 se registró un aumento considerable en el número de enfermeras relativo a los años inmediatamente previos al inicio de la covid-19, particularmente para los subsistemas públicos, el número de enfermeras por cada mil habitantes en México sigue estando al menos tres veces por debajo del estándar de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, 2019b).

No obstante el estado raquítico de la plantilla del personal calificado del sistema nacional de la salud, el recién instaurado gobierno del presidente López Obrador ejecutó, como parte de una política de austeridad, agresivos recortes presupuestales y despidos de trabajadores de la salud con contratos temporales. En marzo de 2019, poco más de seis meses antes de que iniciara la pandemia, la Secretaría de Salud reportó el despido de al menos un tercio de sus trabajadores (Secretaría de Salud, 2019). Para 2020, el presupuesto de salud per cápita había acumulado una pérdida de 26.4% respecto de su máximo de 2015, retrocediendo a niveles registrados una década antes.

En la víspera del comienzo de la pandemia por covid-19, la recién instaurada administración federal había iniciado una reestructuración del sistema de salud pública con el objetivo manifiesto de eliminar la corrupción y avanzar hacia un sistema de salud unificado. En 2019 quedó eliminado formalmente el Seguro Popular, un esquema que en las dos décadas previas había logrado reducir el porcentaje de población no asegurada en más de 50% (INEGI, 2020). En su lugar, se impulsó la reinstalación, no consensuada, de un sistema de salud centralizado bajo una nueva institución, el Instituto Nacional del Bienestar (Insabi), con una participación reducida de los estados y del sector privado. La pobre implementación técnica con la que se llevaron a cabo las reformas afectó aún más la funcionalidad del sistema de salud, el cual, además, hubo de operar bajo un estricto programa de austeridad del gobierno federal. Añadiendo insulto al daño, la reorganización apresurada de la gestión de suministro de insumos causadas por las reformas administrativas al

sistema de salud, aunado a las tensiones con la industria farmacéutica, resultó en la escasez de medicamentos y equipos médicos, que al tiempo de la segunda ola de la pandemia no había sido resuelto (Castañeda y Méndez, 2020). Fue en este escenario de incertidumbre, desarticulación, recortes presupuestales debilitantes y descontento laboral generalizado que el virus SARS-CoV-2 sorprendió al aparato institucional de salud mexicano, en el que se libró la batalla contra la pandemia.

LA EXPERIENCIA MEXICANA DE LA COVID-19: UN BREVE RECUESTO *POST MORTEM*

Aunado a estas condiciones a nivel estructural, hubo características demográficas, geográficas, socioculturales, biológicas y conductuales de la población mexicana al momento del contacto con el virus SARS-CoV-2 que se constituyeron como factores de riesgo y que, en interacción con otros elementos circunstanciales, como el ambiente político y las políticas públicas implementadas durante la pandemia, incluyendo la estrategia de manejo de la misma, influyeron en el curso que esta tomó en el país y determinaron el saldo de daños en términos de salud, y las secuelas en otros ámbitos de la vida nacional (Sánchez *et al.*, 2021; Knaul *et al.*, 2021).

Como resultado directo e indirecto de estas condiciones definitorias, al inicio de 2021, tras un año del inicio de la covid-19, México superó los dos millones de personas contagiadas y registró una tasa de incidencia de 324 por 100 000 (OPS, 2021). Esta incidencia, tres veces por encima del umbral que el CDC (Centre for Disease Control USA) catalogó como ‘muy alto’ para covid-19, significó una presión colosal en el ya de por sí debilitado sistema de salud. Desde temprano en la pandemia, México tuvo el dudoso honor de colocarse como uno de los países con la tasa de letalidad más alta (superado únicamente por Estados Unidos y Brasil), el tercer país con mayor número de muertes confirmadas por la covid-19, y el cuarto con mayor exceso de mortalidad por todas las causas (aproximadamente 43% más muertes en 2020 que lo que se hu-

biera esperado con base en el promedio para 2018-2019); esto, aun considerando la alta tasa de subdiagnóstico asociada al uso limitado de pruebas de detección en la primera fase de la covid-19 en México (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, 2023).

Las carencias y limitaciones de la estructura sanitaria que exacerbaron la crisis sanitaria en el país no fueron menos perniciosas en el estado de Veracruz. Al término del primer semestre de 2020, este estado (8 millones de habitantes, 6.4% de la población del país) reportó una tasa de exceso de mortalidad por todas las causas de 41% (Gobierno de México, 2023), con el mayor número de casos de covid-19 confirmados en 6 de los 212 municipios, dos de ellos en la región sur: San Andrés Tuxtla y Coatzacoalcos (Comunicados del Gobierno del Estado de Veracruz, 2022).

Si bien los factores que contribuyeron a estas cifras perturbadoras son múltiples y muy complejos, se pueden conceptualizar como el resultado de la interacción entre aspectos estructurales –descritos brevemente en el apartado anterior–, las características biosociales y culturales de la población mexicana, y las circunstancias políticas que influyeron en las decisiones de manejo de la covid-19 y que afectaron el desenlace en varios ámbitos.

En México, como en otros países de América Latina, el dilema entre salvaguardar las medidas diseñadas para contener los contagios en la población *versus* contrarrestar el impacto económico derivado de las restricciones de movilidad impuestas por los gobiernos para reducir la transmisión de infecciones durante el primer trimestre de 2020 informó las directrices que hubo de seguir la población y la comunicación de las mismas (Secretaría de Salud, 2020). Si bien en el caso mexicano, las medidas de sanidad no fueron de carácter obligatorio, la falta de una estrategia integral de realización de pruebas, monitoreo y rastreo de contactos para intentar controlar la propagación de la infección y mitigar las repercusiones de la enfermedad resultó en elevadas tasas de exposición y de riesgo de contagio a nivel comunitario (Flannery, 2023).

Aunado a esto, el reducido alcance de los programas financieros gubernamentales para apoyar el aislamiento y la cuarentena y amortiguar las pérdidas de ingreso (Esquivel, 2020) obligó a las personas a salir a la calle a ganarse el sustento, particularmente a aquellas en la economía informal (que en México, corresponde a 58% de la población ocupada y a 70% en Veracruz [INEGI, 2023]). Como esta, muchas situaciones obligaron a las personas a tomar decisiones en contra de su mejor interés, exponiéndolas al contagio y a la enfermedad, contribuyendo, sin proponérselo, a perpetuar el ciclo de contagios y al incremento exponencial en la demanda de atención por parte del sistema de salud. La falta de medidas de apoyo a los ingresos socavó estructuralmente la eficacia de las recomendaciones sanitarias y profundizó las inequidades en el impacto de la covid-19: México fue uno de los países con una de las menores inversiones públicas para amortiguar los efectos sociales y económicos de la covid-19 (OECD, 2019b).

Por otro lado, el perfil epidemiológico asociado a una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Shamah *et al.*, 2022), vinculado a modos de vida de precariedad, inseguridad económica y alimentaria, se constituyó como un riesgo importante de hospitalización para un amplio sector de la población mexicana adulta (Shamah *et al.*, 2022; Jordan, Adab y Cheng, 2020). Esta vulnerabilidad estructural, agravada por inequidades en el acceso a la atención médica oportuna y de calidad (Barraza *et al.*, 2002), derivó en un número importante de casos que llegó a los servicios de emergencia con cuadros avanzados de covid-19 que requirieron cuidados intensivos, que los hospitales, abrumados por la demanda, no siempre pudieron garantizar. Estas múltiples manifestaciones de la desigualdad contribuyeron a la mortalidad desproporcionada de grupos principalmente, pero no exclusivamente, en condiciones de pobreza, indígenas y víctimas de distintos tipos de violencia (Rivera, Ferdows y Kumar, 2021; Millán, Caballero y Monarrez, 2021; Revollo *et al.*, 2022; Ríos, Denova y Barquera, 2022).

Aunque la sociedad en general se enfrentó con el virus en muchos frentes, se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que fueron los espa-

cios de atención a la salud las trincheras en las que se vivieron las consecuencias más desgarradoras de la negligencia crónica del Estado mexicano hacia el sistema de salud y la comunidad de profesionales que le dan vida.

La demanda descomunal ocurrida durante la primera ola de la crisis obligó a las autoridades a recurrir y a contratar temporalmente a médicos de todos los campos, a médicos residentes, profesionales recién graduados, pasantes y personal subalterno para subsanar el déficit de recursos humanos derivado de los despidos masivos ocurridos a principios de 2019, para aumentar temporalmente la capacidad e intentar hacer frente a la emergencia. En este reclutamiento apresurado e improvisado, se ofrecieron contratos temporales, algunos con la promesa de hacerlos permanentes una vez que terminara la crisis –promesas que no siempre se honraron–. El personal se integró de la noche a la mañana, muchas veces sin recibir la capacitación necesaria ni el equipo de protección personal adecuado, suficiente y de calidad; circunstancia que contribuyó a las tasas desproporcionadas de casos y muertes reportados entre los trabajadores de la salud en México (Domínguez, 2021; Amnistía Internacional, 2020).

México contribuyó con 45% de todas las muertes registradas entre los trabajadores de la salud en 17 países durante la primera ola (Agren, 2020). Datos proporcionados por la propia Secretaría de Salud de México para el mismo periodo indicaron que aproximadamente una cuarta parte del total de los trabajadores de la salud había sido infectada por el virus SARS-CoV-2. De estos, casi la mitad fueron personal de enfermería; sobre todo, mujeres; una cuarta parte, personal médico y el resto, otros profesionales de salud, incluyendo trabajadores en servicios funerarios. De estos, cerca del 10% requirió hospitalización y 2% desarrolló enfermedad grave (Domínguez, 2021; Ray, 2021; Antonio *et al.*, 2021).

Además de un alto riesgo de infección, varios estudios identificaron un mayor riesgo de presentar indicadores desfavorables de salud mental asociados a la pandemia en esta población. En comparación con los trabajadores de la salud que no estuvieron en contacto regular con pacien-

tes de covid-19, aquellos que estuvieron en la primera línea reportaron una mayor incidencia de insomnio, depresión, síndrome de *burnout* y trastorno de estrés postraumático (Robles *et al.*, 2020). Los principales factores asociados descritos repetidamente por el personal sanitario fueron: las atroces condiciones laborales, la inseguridad laboral que obligó a muchos trabajadores a duplicar y triplicar turnos en diferentes instituciones, las largas jornadas extenuantes, el agotamiento emocional, el estrés, el miedo al contagio y a la muerte, y la preocupación y culpa por el riesgo de contagiar a seres queridos (Lucas *et al.*, 2022; Kola *et al.*, 2021). Por si esto no fuera suficiente, se estima que más de la mitad del personal sanitario, particularmente mujeres y enfermeras, experimentó repetidamente agresiones físicas, verbales y otros tipos de violencia, tanto en sus centros de trabajo como en espacios comunitarios (Observatorio, 2020; Aspera *et al.*, 2020).

Estas condiciones, por demás inaceptables e indefendibles, y el desdén que mostraron las autoridades ante las mismas, incitaron al personal sanitario a tomar repetidamente las calles para exigir mejores condiciones de trabajo, capacitación adecuada, provisión oportuna de EPP (equipo de protección personal) y otros suministros médicos, así como para demandar el acceso a pruebas diagnósticas de covid-19 como una medida de prevención (León, 2020).

El respiro momentáneo que la contratación temporal de personal y la reconversión (en la mayoría de los casos, modesta) de algunos hospitales y otros espacios públicos en ‘covidarios’ (centros sanitarios en los que se trataba a personas con coronavirus) pudieron haber dado al sistema sanitario se vio suspendido por la irrupción de una segunda ola de casos entre diciembre de 2020 y enero de 2021, la cual desbordó nuevamente los hospitales en la mayoría de las entidades. La transmisión viral descontrolada obligó al extenuado sistema de salud a redirigir sus exiguos recursos a la atención de pacientes enfermos de covid-19 y a posergar el seguimiento de pacientes con otras condiciones de salud. Pese a estos cambios de prioridad, la saturación de los servicios y el incre-

mento de la demanda muy por encima de la capacidad física y humana resultaron en un marcado aumento en la tasa de mortalidad de pacientes hospitalizados con covid-19. La escasez de tanques de oxígeno durante este periodo agudizó esta situación extrema, dejando a muchas personas –que no alcanzaron a ser admitidas o que evitaron buscar atención médica en los hospitales por miedo a contagiarse– a merced de los cuidados subóptimos que sus familiares pudieron asegurar en sus hogares –las consecuencias en términos de sufrimiento, vidas perdidas e implicaciones económicas fueron descomunales (Ángel, 2021).

LA SITUACIÓN EN EL ESTADO DE VERACRUZ

Pese a la presencia cíclica, desde tiempos históricos, de epidemias por agentes infecciosos asociada a las condiciones ecológicas y al clima cálido húmedo de la región, la entidad no cuenta con una estructura sanitaria suficiente para garantizar la cobertura, acceso y calidad de servicios de salud para la población. Al tiempo de la llegada de la covid-19 a la entidad, la capacidad total de todos los subsistemas de atención a la salud institucional en la región sur del estado de Veracruz (que comprende 12 municipios y representa la zona en la que se desempeñaron los participantes en las sesiones de trabajo) ascendía a la exigua cantidad de 63 camas para medio millón de habitantes (0.000126 cama por habitante). Ante la primera ola de contagios ocurrida en la región en el mes de mayo de 2020, se incorporaron, para la atención de pacientes con virus SARS-CoV-2, 631 camas en todo el estado y dos hospitales más en la región sur (Gobierno del Estado de Veracruz, 2020).

Además de insuficientes, dichos recursos están mayormente concentrados en las ciudades de Coatzacoalcos y Minatitlán, dejando prácticamente desamparados a los habitantes de otras partes de la región. Toda la región indígena de la sierra que abarca 5 municipios con un total de 35 000 habitantes tiene, en el único hospital de segundo nivel, una capacidad de 10 camas; los casos graves tuvieron que ser canalizados a

los hospitales de Minatitlán y Coatzacoalcos. No sorprende que, dadas las barreras económicas, geográficas y culturales que dicho traslado significa, la mayor parte de los pacientes de estas regiones rurales e indígenas no hubieran tenido otra opción que cursar la enfermedad en sus hogares, con la consecuente elevada tasa de fatalidad.

A finales del mes abril de 2020, en respuesta al incremento de los contagios de virus SARS-CoV-2 en los municipios de Veracruz, Boca del Río, Coatzacoalcos, Minatitlán y Poza Rica, se abrió la convocatoria para contratar personal de salud, a la que se presentaron principalmente médicos y personal de enfermería recién egresados que aspiraban a una plaza en el sector salud; fueron estas plantillas de trabajadores de la salud quienes, en gran medida, mantuvieron a flote a las instituciones, ya que un número importante de trabajadores de base sindicalizados solicitó su incapacidad laboral por presentar factores de riesgo a la covid-19 (edad, comorbilidades, embarazo, entre otras), debilitando aún más una estructura ya extendida al límite (Segob, 2020).

Los escenarios antes descritos son difíciles de imaginar y de comprender en toda su dimensión por quienes no los vivimos en carne propia; y fueron, fundamentalmente, la consecuencia de las estrategias mal concebidas y de decisiones fallidas por parte del gobierno mexicano para manejar la pandemia y amortiguar sus efectos. Cuando los esfuerzos de prevención para contener la infección hicieron patente su ineficacia, fue al sistema de atención médica –más precisamente, a la comunidad de trabajadores sanitarios– a quien se le impuso indirectamente lidiar con el grueso de la carga y a quien se hizo, de manera implícita, responsable de los desastrosos resultados. Esta exigencia sin el conmensurable sostén material, moral y simbólico del gobierno (y de la sociedad civil), aunado a la percepción egoísta de una población que se creyó defraudada por el personal sanitario por haber incumplido sus expectativas, posicionó a los profesionales de salud, simultáneamente, en el ojo del huracán de la pandemia y en el punto ciego del favor y la empatía públicas.

Atendiendo; atendimos pacientes que muchas veces ni sabíamos que eran, o que estaban contaminados, de covid; se trataba de dar calidad en la atención; sin embargo, la falta de insumos siempre fue una limitante. Quedó la ansiedad; quedó cierta frustración; quedó la visión de que la población exige calidad y los responsables o culpables son los médicos y enfermeras, pero no ven lo que está atrás: falta de presupuesto, autoridades y directivos ineptos e inútiles. Una cultura no preparada para la salud, una idiosincrasia. La población nos hizo ver la realidad de nuestro sistema de salud, el otro México (fragmento de narrativa de participante).

De verdad creo que la gente se cuidó de nosotros, pero no nos cuidaron. Nadie nos cuidó. Creo que la gente, el sistema, nuestros compañeros, nuestros amigos y nuestra familia no nos cuidaron. Esperaron que los cuidáramos, esperaron que llegáramos a estar con ellos a acompañarlos; pero no nos cuidaron (fragmento de narrativa de participante).

La descripción de la evidencia aquí, y en otras muchas fuentes que la han documentado, da cuenta de los múltiples agravios y violencias experimentados por el personal de la salud en el cumplimiento de su actividad. Las consecuencias tangibles de dichas demandas, exigencias y responsabilidades agobiantes se hicieron manifiestas muy tempranamente en el curso de la pandemia en forma de un rápido deterioro físico y síntomas de *burnout* emocional de las personas trabajadoras de la salud, con repercusiones importantes para ellas mismas, sus familias, sus comunidades y el mismo sistema de salud. Pero ¿qué hay de las afectaciones cuyas raíces subjetivas son más difícil de identificar, clasificar y, por tanto, elaborar? ¿Qué consecuencias tiene atestiguar día con día manifestaciones de dolor, sufrimiento, injusticia y violencias sin poder prevenirlas? ¿Qué repercusiones tiene ser testigo y convivir de manera cotidiana con la muerte en condiciones indignas en las que los derechos de las personas no han sido (podido ser) respetados?

LESIONES MORALES Y DUELOS COMPLICADOS: LAS SECUELAS INVISIBLES DE LA PANDEMIA EN EL PERSONAL DE SALUD

Los trabajadores sanitarios operaron bajo condiciones extremas y extraordinarias durante meses.

Me sentía maestra, con una ansiedad que no sé si me da taquicardia, ¿no? Y decía: “¿A qué horas?” Entraba yo en la guardia y sabía yo que tenía que estar doce horas con el equipo, para que entrara el otro grupo, u ocho, diez horas y poderme quitar el equipo (fragmento de narrativa de participante).

La naturaleza de la etiología de la enfermedad y la dinámica con la que se fue desarrollando la pandemia causada por el virus SARS-Cov-2, mismas que fueron revelándose conforme fue transcurriendo el tiempo, dieron lugar a un estado permanente de incertidumbre y de inestabilidad. Aun en estas circunstancias, las personas en la primera línea de acción contra la enfermedad hubieron de aprender a relacionar fenómenos, perfeccionar técnicas desconocidas, operar instrumental con el que no estaban familiarizadas, adaptar creativamente sus estrategias y ajustar sus criterios como parte de su función de brindar atención y cuidados a sus pacientes, las más de las veces en circunstancias subóptimas y sin la seguridad que da una capacitación eficaz y oportuna.

... Y empieza a haber reconversión en los hospitales y en el hospital no hay, este..., no hay ni siquiera una plática (fragmento de narrativa de participante).

“Bueno, si nosotros vamos a tener contacto con los pacientes, me tienes que dotar de la protección necesaria”, porque no había cubrebocas, no había gel, no había nada. Entonces, llegó el punto en que los trabajadores

de mi hospital se unieron y dijeron: “No vamos a trabajar si no nos dan seguridad”. Hicieron un paro, nos plantamos todos afuera. Nada más se quedaron atendiendo los casos más urgentes, eso sí, y se cerraron las puertas hasta que llegó el delegado como 10 horas después y se le exigió cubrebocas y gel. Prometió muchas cosas y a lo último no cumplieron nada. Los famosos cubrebocas que dijeron que nos iban a dotar, mandaron cajas con batas desechables a recortarlas para hacer cubrebocas improvisados. No había elásticos, eran totalmente incómodos. Entonces realmente no cumplieron nada de lo que prometieron. Y, entonces, pues llegó el momento en que en el departamento dijimos: “Pues no podemos dejar de ir a trabajar y los únicos que nos vamos a cuidar somos nosotros”. Entonces, pues como dicen, nosotros aprendimos primero, porque ni siquiera podías conseguir caretas, aprendimos a cuidarnos nosotros mismos” (fragmento de narrativa de participante).

A las exigencias de este ambiente de precariedad tanto material como laboral se sumó el estrés de navegar dinámicas de poder dentro de las instituciones y de los grupos de trabajo. Las jerarquías vinculadas a la especialización profesional, a la veteranía y a la antigüedad laboral, y las estructuradas alrededor de otros aspectos identitarios como el género, la clase y la edad resultaron en situaciones en las que el personal de salud hubo de realizar acciones y tomar decisiones que, en algunas ocasiones, estuvieron fuera de su competencia, su capacidad o su voluntad, y que pudieron haber contravenido sus principios éticos, morales o religiosos.

Ver, por ejemplo, la incapacidad (inasistencia por enfermedad). Igual a veces no les interesaba tu salud, sino ya cuántos días llevas que no has regresado. Me daba coraje porque no te llamaban para ver cómo estás, sino que “¿Cuántos días llevas ya?”, y una interconsulta con el internista que nunca llegó, más coraje me daba; digo yo: “Oye, si somos compañeros, quieren que regrese” (fragmento de narrativa de participante).

“La frustración”; dice que tuvieron frustración por no poder hacer más por las personas que fallecían, pese a las múltiples acciones que ellos realizaban, frente a los múltiples equipos que tenían esto; y también ellos dicen que, o sea, la frustración de ver perder a un compañero, porque vieron ahí, en esa batalla, perder a compañeros que perdieron la vida. El perdón, porque a lo mejor dice, sin querer, lastimé con alguna de mis acciones o mis palabras, a esas personas, dice, o a lo mejor no hice correctamente lo indicado (fragmento de narrativa de participante).

En las largas jornadas de trabajo y los meses en que se extendió la covid-19, los trabajadores sanitarios atestiguaron y participaron, frecuentemente de manera involuntaria, en hechos o conductas incoherentes con los principios y responsabilidades asociados a la identidad de las profesiones del cuidado de la salud (Kröger, 2020; De Angelis, 2014). Específicamente, la demanda desproporcionada de atención y la insuficiencia de camas y de recursos humanos especializados en los hospitales desbordados demandaron criterios de triaje y prácticas de cuidado que contravinieron los principios de autonomía, no maleficencia y justicia, en los que se basa la medicina humanizada. Además de las injusticias y violencias de las que fueron objeto, dentro y fuera de los espacios laborales, los trabajadores sanitarios fueron, con frecuencia, testigos de violaciones a los derechos y a la integridad de sus pacientes y de sus compañeros.

Y ahí estuve: me tocó ser parte de esa, de ese grupo, y nosotros estuvimos en un aislamiento que yo considero que fue mi segundo rechazo como personal de salud, porque nos reunimos y reunió el director, a los jefes de servicio y a los directivos. Y en ese momento solamente escuchaba: “Allá déjenlos en el patio, allá déjenlos por el campo, allá lejos”. Y sí, o sea, era: “Apártenlos completamente de nosotros”. Nos llegaron a poner plástico, para que nosotros no pudiéramos tener contacto con nadie más (fragmento de narrativa de participante).

El personal que salía de tener cuidados con los pacientes de covid sentían temor y pues no había un medio donde tú te pudieras sanitizar. Entonces, ante esa situación, como estrategia, se van atrás de la clínica, consiguen unos archiveros, arman una especie de baño, meten unas tarimas, le meten unas cortinas, ponen una manguera y arman un baño donde ellos salían para no llegar a sus casas sin sanitizarse. Entonces se iban de en pares, te decían: “¿Sabes qué? Me voy a meter al baño y tú le abres a la llave cuando yo te diga”, una llave que sacaba agua de chorro. Llegabas con el traje de astronauta y ahí tenían una cubeta ya especial donde los metían en una bolsa y te bañabas con agua; llevaban su jabón y todo, y sacabas tu ropa y ya salías bañado. Después le tocaba al otro compañero. Creo que para una persona, llegar a ese grado de tener que bañarte así, tal vez un poco el pudor y todo, pues te habla del miedo, de la responsabilidad de no llegar a contagiar a tu casa. Y de pronto un día llega una supervisión y los ve y dice: “¿Saben qué? Ese baño me lo desarman ahorita porque se ve horrible y no vaya a haber alguien acá de los edificios y les vaya a tomar una foto, que están haciendo un baño”, y nunca les puso un baño. O sea, te quito algo pero te digo “Te voy a poner un baño nuevo, debes de hacerlo aquí”. No, les desbarataron el baño y todo y no les dieron ninguna otra alternativa (fragmento de narrativa de participante).

Cuando yo llego a un lugar, este..., siempre ya como que siento que me van a rechazar o... Y ahora ya tengo como más confianza para acercarme, o sea, ya, sigo teniendo como ese pensamiento de que a lo mejor me digan algo (fragmento de narrativa de participante).

Quizá lo más traumático de estas experiencias fue haber sido testigos, cotidianamente y por un tiempo que se apreció como interminable, de niveles inconcebibles de dolor, sufrimiento y muerte, tanto de pacientes como de personas cercanas, sin tener la capacidad de intervenir para evitarlo.

... O sea, verlos decir que no se querían morir, porque ellos decían: “Oíamos a las personas, maestra, no me quiero morir, no me quiero morir”, y sabíamos que ya lo tenemos que entubar y sabía que el entubar a lo mejor iba a acabar, pues en ese paciente, en ese desenlace, ¿no? (fragmento de narrativa de participante).

Esto era como como si viviéramos en una guerra. De pronto, a lo lejos, tú empiezas a escuchar las bombas, luego empiezas a ver los destellos, de pronto empiezas a ver que empiezan a caer más cerquita, hasta que de pronto ya la ves aquí cerca. Entonces, creo que yo pudiera enumerar decenas de personas que a mí me tocó ver cómo murieron. Cuando tú estás trabajando, pues tú ves que todo mundo está muriendo, tus conocidos, tus amigos, tus vecinos, tus compañeros de trabajo. Yo llegué a contar personas que yo conocí que se murieron en la pandemia, más de cincuenta, y dejé de contarlas. O sea, ¿por qué? Porque dentro de una institución, cuando tú tienes más de veinte años trabajando, conoces a mucha gente, y aunque no lo quieras son como una familia, o sea, de decir: “No, pues yo cuando entré, él trabajaba aquí”, no los frecuentas, pero tú sabes quiénes son. Entonces es muy doloroso (fragmento de narrativa de participante).

Por encima de las jornadas largas y extenuantes, la incertidumbre y el miedo al contagio, y la sensación de pérdida de control, haberse sentido incapaces de hacer lo correcto, sentir que sus valores estuvieron comprometidos o debilitados, la impotencia de no poder cumplir con sus obligaciones profesionales o ser el tipo de profesional que se hubiera querido ser, y enfrentar situaciones extremadamente complejas, éticamente desafiantes sin la seguridad de cómo resolverlas colocaron al personal sanitario de primera línea en situaciones de alto riesgo de experimentar distrés moral (Jame-ton, 1984; Koppmann, Cantillano y Alessandri, 2021). La disonancia y el conflicto interno que causa el distrés moral amplifican la respuesta negativa ante el próximo evento de distrés, precipitando una lesión moral, carac-

terizada por efectos perdurables para la salud mental y psicosocial (Litz *et al.*, 2009).

Pero un día me llegó un mensaje de un amigo que es de primera, era de primera línea y que había fallecido. Fue lo más caótico que yo pude vivir. No, me senté en el sofá y lloré, por él, porque era injusto; lloré por mí, lloré porque extrañaba a mis hijos, porque estaba aislada, porque sentía el rechazo, porque muchas veces, muchas veces escuché “No te le acerques, es doctora de covid”, “Hijo, házte para acá”. Y entonces ahora yo pienso que está mal, en ese momento yo decía “Es correcto, ¿no?, está bien”, pero si yo ya había tocado un tanque de oxígeno, ya nadie tocaba ese tanque; o sea, ya, me desinfectaban; o sea, vaya, yo ya no quería ni comer porque pues qué iba a pasar con lo que yo agarrara, ¿no? Siento que las personas que tuvieron covid fueron, eh..., eh..., lastimadas en el proceso que tenían covid; pero los que tuvimos que trabajar, pareciera como que siempre estuvimos infectados” (fragmento de narrativa de participante).

Al distrés moral se sumó el desmesurado sentimiento de pérdida asociado no únicamente a la muerte, sino a las otras múltiples pérdidas derivadas de las condiciones de confinamiento y de distanciamiento social y sus consecuencias (Kumar, 2023). Esta aflicción excedió en mucho las aptitudes de afrontamiento que el personal de salud suele tener desarrolladas para hacer frente a desenlaces desfavorables en el cuidado de sus pacientes.

Esta pandemia nos arrebató muchas cosas: trabajo, estabilidad económica, salud física, emocional, espiritual, alegría, seguridad, sueños y la convivencia social. Como personal de salud, esta situación me permitió tener muy en claro la fragilidad del ser humano en todas sus esferas y percibir el miedo ante la muerte (fragmento de narrativa de participante).

La premura y la necesidad de seguir brindando atención y de mantener bajo cierto grado de control las operaciones en los hospitales durante la

parte más álgida de la emergencia sanitaria, sin los suficientes recursos humanos para atenderla, significó para el personal sanitario escasas o nulas oportunidades para el descanso, la restauración; y, de manera crítica, para la elaboración de los múltiples duelos propios y compartidos que se superpusieron y se acumularon conforme transcurrió la pandemia.

Y la depresión y tristeza, porque en esa batalla se perdieron muchos compañeros, amigos entrañables, que tal vez ya no los veré (fragmento de narrativa de participante).

La comunidad dedicada al cuidado se vio en una situación en la que no solo tuvo que elaborar sus propias pérdidas, sino acompañar también las pérdidas de aquellos de quienes cuidaron (Sera *et al.*, 2023; Fahey, Ru-maker y Ordille, 2023). Esta situación no solamente agudizó los efectos duraderos de las lesiones morales, sino que propició condiciones en las que los duelos no resueltos, algunos incompletos por la situación de distanciamiento social que impidió acompañar, despedir y llevar a cabo prácticas y rituales mortuorios, derivaran en duelos complejos persistentes.

No sabía que yo había estado en una situación así tan vulnerable, y como nunca lo analicé, pues yo no sé qué es lo que tengo que sanar, ¿no? Hasta este momento (fragmento de narrativa de participante).

Creo que todos compartimos un trauma que nos dejó marcados, ¿sí? Y todo eso, eso lo estamos reflejando en nuestro trato, lo estamos reflejando en nuestra familia, con nuestros compañeros y todo (fragmento de narrativa de participante).

Cuando estaba la pandemia en todo lo que daba, este..., pues también yo tuve una compañera que con ella estudié la secundaria, y pues ella se jubiló un año antes de la pandemia; cuando ella llegó por ahí, nos saludamos y todo; ¡qué bueno que estás jubilada! A ver cuándo nos echamos un

café; sí, ya. Y enterarme que ella se enfermó, enfermó su mamá, su hermano, los tres estuvieron entubados y que ella ya no salió [llorando, con la voz cortada]. Perdón, pero ese café ya no me lo tomé con ella. Yo sí me quedé con eso. Era una amiga que yo estimaba mucho. Y, pues, a seguir adelante (fragmento de narrativa de participante).

Los testimonios de las y los participantes en las sesiones de reflexión dan cuenta de algunas estrategias de autocuidado que los trabajadores sanitarios llevaron a cabo, tanto de manera individual como colectiva, para hacer frente a los desafíos del trabajo práctico en los espacios hospitalarios y para protegerse del contagio y la enfermedad.

Aunque tenemos que reconocer la solidaridad, solidaridad entre el personal de salud, que siempre cuidaba que el poco equipo de protección estuviera bien, estuviera bien colocado (fragmento de narrativa de participante).

Dichos relatos también pusieron de manifiesto el acceso limitado a servicios de atención psicológica durante la pandemia por covid-19 y la ausencia de iniciativas por parte de las instituciones de salud donde laboraron para proveer de tan necesitado y crucial acompañamiento.

Pues no tuvimos apoyo, ni material, ni apoyos psicológicos, ni nada, ni quién preguntara cuando menos cómo nos encontrábamos. Aprendimos a sobrevivir entre nosotros, cuidándonos, apoyándonos, viendo la manera (fragmento de narrativa de participante).

Yo decía: “Sí, cuéntame, ¿qué pasó?” Y me quedó, pues, como muy claro que nosotros teníamos que ser fuertes, teníamos que estar presentes, y que nos teníamos que cuidar nosotros; así, en chiquito, solitos. Y si podíamos cuidar a nuestro compañero, pues también, ¿no? Porque nadie iba a ver por esa persona más que el que estaba viviendo la misma situación (fragmento de narrativa de participante).

Hubo momentos bien valiosos donde recibimos caretas que la gente hizo en sus casas, que fueron; no era la careta, era el hecho de que alguien haya pensado en uno (fragmento de narrativa de participante).

Resalta, en cambio, el fervor religioso y la confianza en prácticas religiosas como formas de autocuidado cotidianas y como estrategia para hacer frente a la adversidad y para dar sentido a la realidad.

La vivencia es impactante ante el temor inminente de muerte, y empiezas a elucubrar qué pasará con tu vida. Sin embargo, tu fe, siempre firme, más la seguridad de haber realizado siempre lo mejor posible en tu vida, te da tranquilidad (fragmento de narrativa de participante).

En mi rol como docente, pues me impactaba enterarme de la muerte de compañeros de generación, colegas, egresados. De manera particular, este..., el alumno que comenté que solo hacía un año de haber regresado y era de base en una institución de salud, tenía tres meses de haberse casado con una de sus compañeras que fue su novia de toda la carrera. Entonces empecé a asimilar que somos vulnerables, que somos efímeros, que en momentos como estos solo nos queda ser fuertes y, como decía ayer, abrazar la religiosidad, si eso es lo que nos inspira paz. Creo que hoy asumo la vida con otra actitud, que es más de entereza y de vivir el presente y, este..., he tenido que acudir a estrategias como terapias (fragmento de narrativa de participante).

Con todo y ello, se puede entrever que dichas estrategias no fueron suficientes para subsanar del todo las dimensiones del insondable trauma psicológico que dejó la covid-19 en un buen número de profesionales de salud.

Pero lo que yo les estoy platicando es algo que tengo ahí, que nunca jamás platiqué con nadie, pero que me hacía sentir, pues, triste, de cómo viví yo la pandemia (fragmento de narrativa de participante).

Ante la magnitud del daño, es imperativo articular propuestas de atención para brindar a las personas que se desenvolvieron en las entrañas de la pandemia por covid-19 una vía para que puedan elaborar y resignificar las experiencias vividas y seguir su curso absueltos, tranquilos, fortalecidos y, ante todo, gozando de buena salud mental. Dada la realidad actual de los sistemas institucionalizados de atención a la salud del país, es preciso identificar propuestas realistas, viables y efectivas que puedan escalar para cumplir la demanda con los recursos materiales y humanos disponibles; la iniciativa al centro de este proyecto ofrece una posibilidad concreta.

LA EXPERIENCIA DE LAS SESIONES COMO ESPACIOS DE REFLEXIÓN, DE TOMA DE CONCIENCIA Y DE ELABORACIÓN DE LA EXPERIENCIA VIVIDA

El grupo de reflexión se conformó por ocho personas, todas involucradas –en distintas capacidades– en proporcionar atención de primera línea a pacientes con el virus SARS CoV-2 en el sur del estado de Veracruz durante la pandemia por covid-19. Se identificaron personas que representaran una diversidad de voces en relación con el tipo de labor, la ubicación y el tipo de institución en la que se desempeñaron, además de diversidad etaria y de género. Se consideraron personal de primera línea a los empleados de los departamentos de medicina, enfermería, radiología, laboratorios, farmacia, limpieza, ambulancias, camilleros y servicios generales.

La invitación a participar se hizo de manera personal por una de las coautoras, Aimé López González, quien vive en la zona y cuenta, por su actividad social y profesional, con una amplia red de contactos en la región. Inicialmente se invitó a diez personas, dos de las cuales se excusaron por motivos de salud. Las cinco mujeres y tres hombres participantes provinieron de diferentes dependencias; tres fueron personal médico, principalmente de hospitales de segundo nivel de atención; uno de ellos con actividades de docencia; tres fueron enfermeras involucradas

en labores de docencia y de atención a nivel comunitario; y dos más estuvieron empleados en el área de asistencia médica y servicios generales de un hospital de segundo nivel. Tres personas tuvieron funciones directivas al momento de la pandemia. La mayoría no se conocía entre sí o no tenía trato previo a la reunión.

No nos conocimos, o sea, nosotros. Yo conozco de vista al doctor, pero nunca yo me he sentado a platicar con el doctor. Pero en este momento, ayer y hoy, pues todos entramos en una sintonía de expresar nuestros sentimientos (fragmento de narrativa de participante).

En cuanto al lugar para llevar a cabo la reunión, se pensó originalmente en un hospital, una asociación civil y en el campus Minatitlán de la Universidad Veracruzana, la institución de educación superior más grande e importante del estado (seis de los participantes son egresados del campus en cuestión). Se optó por la Universidad Veracruzana, en parte por ser un lugar céntrico; pero, sobre todo, por considerarse un lugar “neutro”, distinto a sus instituciones de adscripción y lejos de la influencia o supervisión de sus empleadores.

Dados lo restringido de los horarios institucionales y la flexibilidad de tiempo del personal sanitario se acordó, por preferencia de las personas participantes, realizar las actividades durante dos sesiones matutinas durante la primera semana de agosto de 2022.

Para las y los participantes fue emotivo llegar a la universidad. Algunos comentaron que hacía tiempo que no visitaban las instalaciones, recordaron sus salones de clases y sus laboratorios y se sintieron acogidos; una de las participantes conversó con algunas estudiantes antes de entrar a la sesión. La confianza que generó el espacio se vio reflejada en el ambiente de respeto y de camaradería que se dio de manera orgánica en el transcurso de las sesiones. La comunicación entre participantes y facilitadoras fue horizontal y, al paso del tiempo, se vivió un claro ambiente de escucha atenta y empática.

Nos integró a todos y, al menos yo, me siento más tranquilo y más desahogado (fragmento de narrativa de participante).

Después de las presentaciones y las actividades del inicio de la primera sesión, se propuso a las y los participantes, de acuerdo con el planteamiento de la metodología, hacer uso de la palabra escrita para compartir sus vivencias, pensamientos, sentimientos y/o reflexiones sobre su experiencia al frente de la atención médica de la población durante la pandemia por covid-19, para después compartirla con el grupo. Sin embargo, esta invitación fue recibida con renuencia por una buena parte de las y los participantes: la mayoría confesó preferir dar su testimonio en forma oral, pues consideraba que un escrito no se prestaba para expresar todo lo que habían vivido y sentido. Algunos comentaron no saber por dónde empezar; o sentir que la escritura limitaba lo que querían decir. Pese a lo dicho, seis participantes sí produjeron testimonios escritos –los cuales, comparados con las narraciones compartidas durante los dos días de convivencia, resultaron escuetos y visiblemente menos elaborados y matizados.

Así pues, abierto el espacio posterior a la presentación, los participantes tomaron ávidos la palabra y pasaron, algunos por más de media hora de manera ininterrumpida, a compartir sus vivencias.

Fue tal la intensidad de los testimonios, que se prefirió no intervenir y dejar fluir la emoción. Todos querían hablar, contar su experiencia, exponer sus sentimientos, desahogar su frustración, enojo y dolor ante las situaciones que se presentaron, la impotencia de sentirse abandonados por el Estado, las instituciones, sus familias y la comunidad; algunos expresaron la experiencia que vivieron en los centros de salud ‘como una guerra’.

La inmediatez de la narración oral permitió que los participantes hicieran contacto con emociones y sentimientos que no habían manifestado en otro espacio y que pudieran desahogar, en cierta medida, esa necesidad que, a decir de los propios participantes, no se habían percatado de que tenían.

Bueno, yo, este..., inicialmente yo sabía que nada más veníamos a una entrevista [ríe] y no pensé que fuera todo un taller; pero, este..., agradezco que hayan abordado esta temática porque ya desde el primer momento visualicé que era como que también la oportunidad de decir muchas cosas que sentíamos y que no habíamos dicho; aún y cuando yo sí he ido a apoyo, sentí que todavía había algo más que decir y que es necesario, ¿no? Porque seguimos siendo vulnerables ante la situación (fragmento de narrativa de participante).

En el transcurso de las sesiones, quienes participaron expresaron que habían guardado o reprimido las emociones y los sentimientos que habían vivido en el ejercicio de su labor durante la pandemia. Una de las participantes mencionó que no se había dado cuenta de cuánto le había dolido la muerte de una amiga y compañera de trabajo hasta ese día: “Me cayó el veinte”, dijo, y se permitió llorar. Las y los participantes encontraron un espacio para compartir lo que sintieron durante la epidemia. Se sintieron acompañados y pudieron acompañar, sentir empatía por otras personas que estuvieron en la primera línea de atención y de cuyo esfuerzo no habían tomado conciencia.

Estoy muy sorprendido. Yo sabía que no venía a una entrevista; pero no sabía a qué venía. Más o menos tenía una idea, creo que sobrepasa las expectativas que uno tiene porque uno piensa pues que sí, vamos a hablar de esto; pero no sabe los alcances sanadores que tiene (fragmento de narrativa de participante).

A juzgar por los testimonios, compartir las experiencias y las emociones con otras personas les permitió a los participantes reconocer, nombrar y validar lo que vivieron individualmente y tomar conciencia de una experiencia colectiva común hasta ahora, irónicamente, no racionalizada. Fue palpable el efecto reconfortador de identificarse mutua-

mente y de reconocerse como parte de una comunidad que reconoce su vulnerabilidad, pero también su capacidad, fuerza y resiliencia.

Siento como mucha empatía entre cada uno de ustedes. A mí me dio muchísimo gusto estar aquí. Estoy muy sorprendida también de lo que cada uno vivió, porque todos lo vivimos de diferentes formas. Pero ustedes que estaban al frente, que cada uno decía “Vimos esto, no nos daban esto”, el apoyo, y solo eran ustedes los que estaban al frente de todo lo que estaba pasando. Nunca nos pusimos a pensar, este..., qué es lo que está viviendo la enfermera; qué es lo que está viviendo el doctor; cómo lo están viviendo. Entonces yo sí me llevo mucho aprendizaje; me llevo todos esos sentimientos que cada uno aportó (fragmento de narrativa de participante).

Todos entramos en una sintonía de expresar sentimientos y de hasta decir: “Bueno, yo digo mi tristeza”, ¿no? Y pongo ante ustedes un dolor que muchas veces decimos: “Eso es mío”, ¿no? Es muy mío y nadie más tiene por qué enterarse; pero qué bonito que se dio esa oportunidad y darnos cuenta de que por mucho que dijéramos son muy fuertes ¿no?, también estuvimos muy frágiles y sacamos fuerza de esa fragilidad para ayudar a otros (fragmento de narrativa de participante).

Finalmente, las y los participantes expresaron el deseo de compartir lo reflexionado y vivido en la sesión, con sus familias, compañeros y autoridades en su entorno laboral. Identificaron también la necesidad e importancia de llevar a cabo talleres y sesiones similares con todo el personal de salud, estudiantes y voluntarios, independientemente de la posición desde la cual hicieron frente directo a la covid-19 como un dispositivo terapéutico, pero, sobre todo, como una manera de estimular una conversación pública que consideraron necesaria para compartir los aprendizajes obtenidos y reivindicar la labor de los trabajadores de la salud como piedra angular de la resiliencia y el bienestar de nuestra sociedad.

Entonces urge un taller –ojalá y lo visualice la universidad–, un taller para todos los que estuvimos frente a los pacientes (fragmento de narrativa de participante).

Esperemos que, al menos en todos aquellos que tomamos consciencia de esto, quede un aprendizaje para ayudar a los que vienen. Muchos de nuestros hijos van a crecer y van a enfrentar otra cosa y nosotros les podemos decir: “Fíjate que yo tuve una experiencia y la viví así y así, y espero que eso te ayude a ti a enfrentar lo que a ti te tocará vivir”. Muchas gracias y, al menos yo, sí voy a retomar, con el permiso de ustedes, lo que hicieron, con mis grupos (fragmento de narrativa de participante).

La experiencia de este ejercicio muestra, con toda claridad, la centralidad de la reflexión y toma de conciencia que propone la investigación participativa para una acción transformadora. Mediante el diálogo horizontal y la escucha respetuosa y empática de las distintas realidades vividas, el colectivo tomó conciencia de la importancia de su salud mental y de su derecho a acceder a espacios que la fortalezcan. Conceptualizar la salud como un derecho permitirá generar las sinergias necesarias para exigir las condiciones adecuadas para una atención de la salud que ponga en el centro la dignidad y el bienestar de las personas, elementos ausentes de la generalidad de la experiencia de los trabajadores de la salud durante la pandemia por covid-19.

Se visibilizó también la necesidad y la trascendencia de sanar en colectivo, en distintos ámbitos: personal, familiar, comunitario. Finalmente, se evidenció cómo la universidad puede convertirse en un espacio de encuentro y de reflexión, facilitando intervenciones comunitarias con dispositivos como el presente para contribuir a fortalecer la salud mental de distintos grupos, particularmente de aquellos con acceso limitado a la atención que ofrecen los canales institucionales.

REFLEXIÓN FINAL

El argumento al centro de nuestra reflexión es que la desinversión, descuido y desinterés por parte del Estado en lo referido a los sistemas y programas de seguridad social, incluido el sistema de salud y, en particular, los servicios de cuidado y de salud mental, tienen un impacto medular en el bienestar, funcionamiento y resiliencia de las personas y de la sociedad en su conjunto. La inversión insuficiente derivada de la austeridad, el ajuste estructural y la crisis económica, aunado a la desigualdad y a la violencia, han generado escenarios en los que las opciones y las posibilidades para la atención inclusiva y el cuidado de la salud se han reducido de manera crítica. En este escenario, se hace apremiante, quizá más que nunca, reconocer a la comunidad como un ámbito emergente y privilegiado para la atención de la salud mental, en el que las personas construyen conexión, solidaridad y atención dentro de espacios invisibilizados o intersticiales que, por su naturaleza, escapan a los enfoques rutinarios de la atención institucional.

La experiencia de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 y sus secuelas nos invitan a seguir reflexionando sobre cuáles son las prácticas de cuidado, creatividad, resistencia o subversión que pueden constituirse como estrategias alternativas para practicar y atender la salud mental comunitaria (sin que esto, desde luego, signifique eximir al Estado de su respectiva responsabilidad). Para ello es menester preguntarnos: ¿qué formas de cuidado emergen en los intersticios de la vida comunitaria? ¿Cómo experimentan e improvisan las personas el cuidado en contextos de precarización, abandono y discriminación? ¿Qué prácticas resisten las constricciones de las instituciones, las rutinas y el tratamiento normativo y contribuyen a imaginar alternativas? ¿Cómo se negocian los dilemas éticos?

Este ejercicio, necesario tanto a nivel individual como colectivo, ofrece identificar e imaginar prácticas que informen nuevas posibilidades de vida y de enfoques para la salud mental; visiones y proyectos so-

ciales necesarísimos para hacer frente a las repercusiones derivadas de las vivencias extraordinarias de la covid-19 y a las circunstancias ordinarias de abandono y vigilancia de la vida contemporánea (Povinelli, 2011). Hagámoslo nuestra responsabilidad y entreguémonos a ello con esperanza y sensibilidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las personas participantes la confianza de compartir sus experiencias. A la doctora Esther Alice Jiménez Zúñiga, directora de la Facultad de Enfermería, las facilidades otorgadas para realizar las sesiones en el campus de la Universidad Veracruzana en Minatitlán, Veracruz; a Diego Galicia Pacheco, la transcripción cuidadosa de los testimonios; y a Tania de Jesús Arizmendi Ficachi y Lizbeth Antonio Martínez, la asistencia técnica durante las sesiones de trabajo.

REFERENCIAS

- AGREN, D. (2020). Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths. *The Lancet* [Internet], vol. 396, núm. 10254, p. 807. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31955-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31955-3)
- AMNISTÍA INTERNACIONAL (2020). *Expuesto, acallado y atacado: Deficiencias en la protección del personal sanitario y que realiza labores esenciales durante la pandemia de COVID-19* [Internet]. Reino Unido: Amnesty International, vol. 1, pp. 1-63. <https://www.amnesty.org/es/documents/pol40/2572/2020/es/>. Acceso el 27 de febrero de 2023.
- ÁNGEL, A. (2021). *Cifra real de muertos por COVID, casi 45% más de lo reportado por Salud: Inegi*. *Yahoo news* [Internet]. https://es-us.noticias.yahoo.com/cifra-real-muertos-covid-45-143412737.html?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLmNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAAK5PYmr8I1oAk4P5ZB94tRpD-NJyNF8EoCgvlVeD-wQjiW2CufPkSoHAwvghjrVCWiD5qXAbk9ZymvwtDF1g-

MzWVPHdZ-7-C3zZ_jplMXx5Eh1jVaCIC-caxRPuu0PWgDNqu8IP-nK9BTGVqmRi2HGK5Gx-HKebfKhxDz1j4aPW6dI. Acceso el 28 de febrero de 2023.

- ANGELIS, C. de (2014). Medical professionalism in the twenty-first century. *Patient Care and professionalism*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- ANTONIO VILLA, N. E., O. Y. Bello Chavolla, A. Vargas Vázquez, C. A. Fermín Martínez, A. Márquez Salinas, J. Pisanty Alatorre *et al.* (2021). Assessing the Burden of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Among Healthcare Workers in Mexico City: A Data-Driven Call to Action. *Clinical Infectious Diseases* [Internet], vol. 73, núm. 1, pp. 191-8: <https://academic.oup.com/cid/article/73/1/e191/5912602>. Acceso el 8 de febrero de 2023.
- ASPERA CAMPOS, T., Hernández-Carranco RG, Gutiérrez-Barrera ADT, Quintero-Valle LM.. (2020). Violence against health personnel before and during the health contingency COVID-19. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet], vol. 58, supl. 2, pp. 134-143. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34695326/>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- BANDYOPADHYAY, S., R. E. Baticulon, M. Kadhum, M. Alser, D. K. Ojuka, Y. Badereddin *et al.* (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *Bmj Global Health*, [S. L.], vol. 5, núm. 12, p. e003097, diciembre. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097>
- BARRAZA LLORÉNS, M., S. Bertozzi, E. González Pier y J. P. Gutiérrez (2002). Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico. *Health Affairs*, [S. L.], vol. 21, núm. 3, pp. 47-56, mayo. Health Affairs (Project Hope). doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.47>
- BATSON, C. D. y A. A. Powell (2003). Altruism and Prosocial Behavior. En: T. Millon y M. J. Lerner (eds.), *Handbook of psychology: personality and social psychology*. Nueva Jersey: Hoboken, cap. 19, pp. 463-484.
- CASTAÑEDA, A. y J. Méndez (2020). *Los reportes de desabasto de medicamentos crecen durante 2020*. <https://www.animalpolitico.com/analisis/organismos>

- zaciones/nuestras-vozes/los-reportes-de-desabasto-de-medicamentos-crecen-durante-2020. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- CHIGWEDERE, O. C., A. Sadath, Z. Kabir y E. Arensman (2021). The Impact of Epidemics and Pandemics on the Mental Health of Healthcare Workers: a systematic review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, [S. L.], vol. 18, núm. 13, p. 6695, 22 de junio. MDPI AG. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18136695>
- COMUNICADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ (2022). Portal Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz para mantener informada la población acerca del avance del COVID-19 (coronavirus). <http://coronavirus.veracruz.gob.mx/category/comunicados/>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. <https://www.coneval.org.mx/quienessomos/InvestigadoresAcademicos/Paginas/Investigadores-Academicos-2014-2015.aspx>
- (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. Ciudad de México: Coneval, 168 p. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- DEVI, S. (2020). COVID-19 exacerbates violence against health workers. *The Lancet*, [S. L.], vol. 396, núm. 10252, p. 658, septiembre. Elsevier BV. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31858-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31858-4)
- DOMÍNGUEZ VARELA, I. A. (2021). High Mortality Among Health Personnel With COVID-19 in Mexico. *Disaster Med Public Health Prep* [Internet], vol. 15, núm. 4, pp. 20-21. doi: <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.382>
- ESQUIVEL, G. (2020). Los impactos económicos de la pandemia en México. *Rev. Economía UNAM*, vol. 17, núm. 51. <http://revistaeconomia.unam.mx/index.php/ecu/article/view/543>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- FAHEY, D. M., K. Rumaker y J. Ordille (2023). Grieving while you work, working while you grieve: Three strategies to reconnect the mind, body, and spirit after loss. *J Interprof Educ Pract*, vol. 31, junio.

- FLANNERY, N. P. (2020). *Why Is Mexico Failing to Confront the Covid-19 Pandemic?* [Internet]. <https://www.forbes.com/sites/nathanielparishflannery/2020/12/03/why-is-mexico-failing-to-confront-the-covid-19-pandemic/?sh=7a6f3bc717cd>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- GALANIS P., I. Vraka, D. Fragkou, A. Bilali y D. Kaitelidou (2021). Impact of personal protective equipment use on health care workers' physical health during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *American Journal Of Infection Control*, [S. L.], vol. 49, núm. 10, pp. 1305-1315, octubre. Elsevier BV. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2021.04.084>
- GOBIERNO DE MÉXICO (2023). *Exceso de mortalidad en México. Exceso de mortalidad por todas las causas, durante la emergencia por COVID-19, México, 2020-2022, según método de estimación de las defunciones esperadas* [Internet]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ (2020). Secretaria de Salud de Veracruz. Servicios de Salud de Veracruz. Ata da segunda sessão ordinária do Conselho Estadual de Saúde de Veracruz de Ignacio de la llave, pp. 1-50. https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/wp-content/uploads/sites/7/2022/08/7_ACTA_2aSESION_ORDINARIA_COESAr.pdf. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2020). *Derechohabien- cia. Información sobre derechohabientes afiliados a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2020*. <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabien- cia/>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- (2023). *Encuesta nacional de ocupación y empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad, 2023*. [Internet]. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (2020). Gobierno de México, Segu- ro de Enfermedades y Maternidad. En: Instituto Mexicano del Seguro Social, Gobierno de México, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexi-*

- cano del Seguro Social 2019-2020*. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Cap. 5, pp. 113-165. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20192020/21-InformeCompleto.pdf>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- JAMETON, A. (1984). *Nursing Practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1a. ed.
- JOHNS HOPKINS CORONAVIRUS RESOURCE CENTER (2023). *Mortality analyses*, Johns Hopkins University & Medicine. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- JORDAN, R. E., P. Adab y K. K. Cheng (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ* [Internet], p. 368, marzo. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217618/>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- KNAUL, F. M., M. Touchton, H. Arreola Ornelas, R. Atun, R. J. C. Anyosa, J. Frenk *et al.* (2021). Punt Politics as Failure of Health System Stewardship: Evidence from the COVID-19 Pandemic Response in Brazil and Mexico. *The Lancet Regional Health-Americas* [Internet], diciembre, 4:100086. <http://www.thelancet.com/article/S2667193X2100082X/fulltext>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- KOLA, L., B. A. Kohrt, C. Hanlon, J. A. Naslund, S. Sikander, M. Balaji *et al.* (2021). COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry* [Internet], vol. 8, núm. 6, pp. 535-550. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)
- KOPPMANN, A., V. Cantillano y C. Alessandri (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet], vol. 32, núm. 1, pp.75-80, enero. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-distres-moral-y-burnout-en-S0716864020301000>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- KRÖGER, C. (2020). Shattered social identity and moral injuries: Work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pande-

- mic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 12, núm. 1, pp. 156-158. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000715>
- KUMAR, R. M. (2023). The Many Faces of Grief: A Systematic Literature Review of Grief During the COVID-19 Pandemic. *Illness, Crisis & Loss*, vol. 31, núm. 1, pp. 100-119. doi: <https://doi.org/10.1177/10541373211038084>
- LEÓN, M. (2020). Médicos del ISSSTE piden protección ante un juez y obtienen equipos. *Expansion política* [Internet]. <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/04/24/medicos-del-issste-piden-proteccion-ante-un-juez-y-obtienen-equipos>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- LITZ, B. T., N. Stein, E. Delaney, L. Lebowitz, W. P. Nash, C. Silva *et al.* (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*, vol. 29, núm. 8, pp. 695-706. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- LUCAS HERNÁNDEZ, A. *et al.* (2022). Stress, anxiety, and depression in health workers during the COVID-19 pandemic. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet], vol. 60, núm. 5, pp. 556-62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36048869>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- McKAY, D., M. Heisler, R. Mishori, H. Catton y O. Kloiber *et al.* (2020). Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. *The Lancet* [S. L.], vol. 395, núm. 10239, pp. 1743-1745, junio. Elsevier BV. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31191-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31191-0)
- MILLÁN GUERRERO, R. O., R. Caballero Hoyos y J. Monarrez Espino (2021). Poverty and survival from COVID-19 in Mexico. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, vol. 43, núm. 3, pp. 437-44, septiembre. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa228>
- MONTERO VILCHEZ, T, C. Cuenca Barrales, A. Martínez López, A. Molina Leyva y S. Arias Santiago (2021). Skin adverse events related to personal protective equipment: a systematic review and meta-analysis. *Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology* [S. L.], vol. 35, núm. 10, pp. 1994-2006, 29 de junio. Wiley. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.17436>

- OBSERVATORIO GÉNERO Y COVID-19 EN MÉXICO (2020). *COVID-19: La pandemia que agravó la desigualdad de género* [Internet]. <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development). *Health at a glance 2021*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- (2019b). *Indicators*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- (2019a). *Statistics*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- OLIVERA MARTÍNEZ, G. y A. García Andrés (2022). Infraestructura hospitalaria y personal médico del Sistema Público de Salud en México ante la pandemia por COVID-19. *Ciencias Administrativas. Teoría y Praxis*, [S. L.], vol. 17, núm. 2, pp. 85-105, 24 de febrero. Academia de Ciencias Administrativas, A. C. doi: <http://dx.doi.org/10.46443/catyp.v17i2.288>
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2021). *Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. 15 enero. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-15-enero-2021>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- POVINELLI, E. A. (2011). *Economies of abandonment: social belonging and endurance in late liberalism*. Durham: Duke University Press, 236 p.
- RAY, S. M. (2021). *Data Which Call for Action, Clinical Infectious Diseases* [Internet], vol. 73, núm. 1, pp. 206-7. <https://academic.oup.com/cid/article/73/1/e206/5925249>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- REVOLLO FERNÁNDEZ, D., L. Rodríguez Tapia, C. Medina Rivas y J. A. Morales Novelo (2022). Socio-economic determinants of COVID-19 in Mexico. *Public Health*, vol. 207, pp. 28-30, junio. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.03.011>
- Ríos, V., E. Denova Gutiérrez y S. Barquera (2022). Association between living in municipalities with high crowding conditions and poverty and morta-

- lity from COVID-19 in Mexico. *PLoS One*, vol. 1717, núm. 2, e0264137, 2022. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264137>
- RIVERA HERNÁNDEZ, M., N. B. Ferdows y A. Kumar (2021). The Impact of the COVID-19 Epidemic on Older Adults in Rural and Urban Areas in Mexico. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet], vol. 76, núm. 7, pp. 268-74, agosto. doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33367752>. Acceso el 26 de febrero de 2023.
- ROBLES, R., S. Morales Chainé, A. Bosch, C. Astudillo García, M. Feria, S. Infante *et al.* (2022). Mental Health Problems among COVID-19 Frontline Healthcare Workers and the Other Country-Level Epidemics: the case of Mexico. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [S. L.], vol. 19, núm. 1, p. 421, 31 de diciembre. MDPI AG. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19010421>
- ROBLES, R. *et al.* (2020). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Brazilian Journal Of Psychiatry* [Internet], vol. 43, núm. 5, pp. 494-503. <http://www.scielo.br/j/rbp/a/q4vcynPfdMjvx9JY5qVGg7v/?lang=en>. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- SÁNCHEZ TALANQUER, M., E. González Pier, J. Sepúlveda, L. Abascal Miguel, J. Fieldhouse, C. del Río *et al.* (2021). *Mexico's response to COVID-19: A case study*. San Francisco: University of California/Institute for Global Health Sciences.
- SARAGIH, I. D., S. I. Tonapa, I. S. Saragih, S. Advani, S. O. Batubara, I. Suarilah *et al.* (2021). Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Nursing Studies*, [S. L.], vol. 121, p. 104002, septiembre. Elsevier BV. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104002>
- SECRETARÍA DE SALUD (2019). *083 Cumple Secretaría de Salud con el compromiso de trabajar en austeridad*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/083-cumple-secretaria-de-salud-con-el-compromiso-de-trabajar-en-austeridad>. Acceso el 28 de febrero de 2023.

- SECRETARÍA DE SALUD (2020) Gobierno del México. Jornada Nacional de Sana Distancia. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf. Acceso el 26 de febrero de 2023.
- SEGOB (Secretaría de Gobernación) (2020). Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). *Diario Oficial de la Federación* [Internet]. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020#gsc.tab=0. Acceso el 28 de febrero de 2023.
- SERA JOSE, K. M. C., A. J. Navarro, A. N. Pomida y M. R. Hechanova Alampay (2023). Bereaved in Me: Understanding the Vicarious Grief Experiences among Helping Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Omega Journal of Death and Dying*. doi: <https://doi.org/10.1177/00302228221150870>
- SHAMAH-LEVY, T., M. Romero Martínez, T. Barrientos Gutiérrez, L. Cuevas Nasu, S. Bautista Arredondo, M. A. Colchero, E.B. Gaona Pineda, E. Lazcano Ponce, J. Martínez Barnetche, C. Alpuche Arana y J. Rivera Dommarco (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/novedades-editoriales/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2021-sobre-covid-19-resultados-nacionales>. Acceso el 26 de febrero de 2023.
- VÁZQUEZ GARCÍA, J. C., J. Salas Hernández, R. Pérez Padilla y M. Montes de Oca (2014). Salud respiratoria en América Latina: número de especialistas y formación de recursos humanos. *Arch Bronconeumol*, vol. 50, núm. 1, pp. 34-9, enero. 2014. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2013.07.011>

TERCERA PARTE

LA PALABRA DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE SALUD

NARRATIVAS MEXICANAS

NARRATIVA 1

En lo personal, el escuchar las experiencias que tuvieron los egresados que estuvieron en el frente de la covid-19, sobre todo porque fueron egresados que apenas se iban a incorporar al campo laboral, fue de gran satisfacción y aprendizaje a la vez, ya que ver cómo intervienen en el proceso del dolor, la angustia, la ansiedad, el miedo a morir de sus pacientes les hizo reflexionar de que la profesión de enfermería era para atender esas necesidades que ellos detectaban en cada uno de sus pacientes.

El ver como ese sentido de humanismo por ayudar a esas personas conforme fueron ellos aprendiendo en este proceso de la covid-19 se volvió más importante, preocuparse por atender las necesidades tanto fisiológicas, de seguridad. Además, pude percatarme que aquel estudiante que en años anteriores parecía no estar muy interesado en el rol de la enfermería en estos momentos lo tomaba como algo suyo.

También me comentaban que tuvieron que seguir estudiando para no cometer errores porque estaban ante una gran responsabilidad, ya que el cuidar al otro implicaba una entrega y también ameritaba que una palabra pudiera calmar a algunas personas su angustia y su desesperación. Creo que esta pandemia los acercó a afrontar muy tempranamente al proceso de ver morir a alguien que estaba contagiado y que a lo mejor no quería morir pero, por estas circunstancias y las complicaciones de algunos, terminaban en este desenlace, la muerte.

Considero que los egresados en este proceso de la covid-19 aprendieron a trabajar en equipo, apoyarse mutuamente para poder ayudar a

que las personas salieran adelante. En el caso de no ser así, ayudarlos a que tuvieran una muerte tranquila y digna.

Creo que la covid-19 también les enseñó que es muy importante todas las actitudes que fueron aprendiendo y aplicando durante su formación, como el respeto, la empatía, la vocación, el saber escuchar, el amor al prójimo, el trabajo colaborativo, la interacción. También a tener algunos sentimientos como son el amor, la frustración, el miedo, el perdón, la angustia, la depresión, la ansiedad.

El amor por ver a esa persona vulnerable y estando en un hospital ante personas desconocidas da el aliento para seguir adelante. La frustración por no poder hacer más por las personas que fallecieron pese a las múltiples acciones que ellos realizaban. El perdón porque a lo mejor sin querer lastimé a alguien con mis palabras. La ansiedad por tener que trabajar con un equipo y el pasar las horas con el equipo de trabajo les generaba ansiedad. La depresión o tristeza porque en esta batalla estaba el covid, y se perdieron muchos compañeros, amigos entrañables que tal vez ya no verán.

ANÓNIMO

NARRATIVA 2

Mi nombre es (mujer). Soy médica desde hace 22 años. Mi trabajo siempre lo he realizado en hospitales de segundo nivel en donde me he sentido a gusto y parte importante del medio. Mi historia de la covid-19 y mi trabajo en ello inicia un poco antes, cuando llegan las primeras imágenes de lo que está pasando en China. Son imágenes explícitas de personas sin vida en las calles, así me llega la información.

Dos semanas antes de que se dictara el aislamiento por indicación federal, me reuní con mis familiares en un parque temático. Ahí nos enteramos del primer caso registrado en Puebla, era inminente que llegaba a cada ciudad. Ahí tuve mi primera experiencia de rechazo por ser

médica. Mi hermano propuso lo siguiente: “¿Qué les parece si nos aislamos juntos en la casa de los abuelos, tú ahora dejas a tus hijos con nosotros y tú solo nos prometes que no vas a vernos?”

¡¿Cómo?! Durante aproximadamente una hora me insistió en que le diera una respuesta. En el camino de regreso a casa venía con un profundo dolor. En ese momento no tenía miedo, solo mucha tristeza al imaginarme lejos de mi familia. Sobre todo recordaba esa frase, la que aún recuerdo con tanta tristeza: “Solo prométenos que no vas a la casa de los abuelos”. Y sí, al final acepté, dejé a mis hijos con mis padres y me aislé en casa en una habitación. Tres semanas después no había ninguna indicación por parte de los directivos del hospital, así que el grupo de médicos solicitamos una reunión y ahí quedamos los que posteriormente nos llamaríamos personal de primera línea.

Esa fue la segunda vez que sentí rechazo de la gente. Esta vez del personal del hospital. El director reunió a los jefes de servicio y solo escuché cosas como preguntas allá afuera, “Mejor en el estacionamiento, que nunca entren”; y así fue: nos quedamos en un espacio fuera, con un clima que no servía nunca. Nadie volvió a recibir nada que hubiéramos tocado los de primera línea, que éramos nosotros.

Tal vez la idea fue aceptada por todos, incluso por nosotros mismos. Pero ya en la práctica fue muy difícil de digerir, la gente nos evitaba, se alejaban y de forma abierta nos decían: “No, doctora, aquí no pasen” o “Aléjate, eres del área de covid”. Aumentaron los guardias, pues no había personal, se incapacitaron. El traje era sumamente incómodo. Ahora estamos aislados de nuestras familias y también de muchos compañeros de trabajo. Yo no sabía que estaba totalmente desmoralizada, triste y sin ánimo; solo sí tenía mucho pesar y el dolor. Un día me llegó un mensaje de la muerte de un amigo doctor, de esos agueridos y entregados. Lloré sin parar, por él, por mí, por mis hijos ausentes, por no saber qué pasaría conmigo. Hasta ese día comprendí el dolor tan grande que tenía dentro. Pero había ratos de cariño también. Nos empezaron a llegar donaciones de las personas. Gracias. Siempre recordaré con mucho amor ese detalle.

Tiempo después llegaron las vacunas. En mi hospital fueron mal distribuidas, ya que enlistaron a personas que no tenían atención directa con los pacientes. Actualmente estoy, por así decirlo, en un proceso de rehabilitación, porque la mascarilla me dejó marcas en mi piel que la dermatóloga está corrigiendo con láser, y empiezo a sentirme aceptada sin que la gente tenga temor a que los infecte. Creo que ahora estoy mejor con mi salud y conmigo misma, valoro cada minuto que estoy cerca de mis hijos y con mi familia y tengo fe que se tuvieron que aprender cosas para bien. Gracias.

ANÓNIMO

NARRATIVA 3

Es importante dar a conocer la serie de cambios de conducta en pacientes que han sufrido covid, tanto a nivel personal como particular. Yo no hablo aquí como médico, sino como paciente. Yo soy un paciente diabético e hipertenso, y la verdad es que siempre he sido muy comprometido con mi profesión. Se enfermaron mis hijos, que son mi punto álgido, mi punto más sensible junto con mi esposa. Sin embargo, cuando yo enfermo, nunca fui entubado, pero toda la humanidad en el egocentrismo se caen, porque estás desnudo ahí. ¿Y sabes qué? No puedes ir, ni ir al baño, y te hacen 30 piquetes al día, porque me hacían gasometría cada 6 horas, cada 4 horas, ¿sí?, y te aplican insulina y te aplican el antiagregante plaquetario o la heparina; en fin, todo lo que te tengan que poner, y uno que normalmente es uno llorón para un piquete, decías tú: “Pónganme todos los piquetes que quieran, no hay problema”, ¿no?, “lo que necesito es vivir”.

La vivencia es impactante ante el temor inminente de muerte, y empiezan a elaborar qué pasará en sus vidas. Sin embargo, tu fe más la seguridad de realizar siempre las cosas lo mejor posible te dan tranquilidad. Mi pesar era mi esposa e hijos; ella es una dama que siempre ha sido

apoyo incondicional; mis hijos son parte esencial de seguir en esta vida hermosa. Aunque vuelva a aparecer covid la vida es bella.

ANÓNIMO

NARRATIVA 4

Enterarme del descubrimiento de un nuevo virus muy contagioso y que inevitablemente llegaría a México sentí miedo, mucho temor. Pensé en mi familia, en la obligación de atender pacientes cuando llegaran y la posibilidad de contagio. Vivir en incertidumbre es un duelo, la preocupación cambia el carácter, que aumentan al llegar las noticias de los primeros casos en México, la muerte de nuestros compañeros trabajadores, falta de insumos, etcétera.

El trauma de todo, y generó problemas con directivos y personal de salud ante la falta de equipos de protección, el desabasto de estos y la poca empatía de la población con el personal de salud. Al tener que atender a los primeros pacientes, lo hicimos con miedo, evitando contacto. Se perdió humanismo, predominó cierto egoísmo, aunque tenemos que reconocer la solidaridad entre el personal de salud, que siempre cuidaba que el poco equipo de protección estuviera bien, estuviera bien colocado y sujeto. Muchos compraron equipos de protección; de hecho, compramos equipos de protección.

Atendimos pacientes que muchas veces ni sabíamos que eran o estaban contaminados de covid. Se trataba de dar calidad en la atención; sin embargo, la falta de insumos siempre fue una limitante.

Quedó la ansiedad, quedó cierta frustración, quedó la visión de que la población exige calidad y los responsables o culpables son los médicos y enfermeras, pero no ven lo que está atrás: falta de presupuesto, autoridades y directivos ineptos e inútiles. Una cultura no preparada para la salud, una idiosincrasia.

La población nos hizo ver la realidad de nuestro sistema de salud, el otro México. En lo personal quedé con ansiedad, quedé con frustración. La pandemia se ha vuelto una palabra de miedo y ahora no quiero que mis familiares toquen nada o insisto en el lavado de manos, higiene, etcétera. Si no responden, me enojo, respondo con ira. Y el carácter, sí, ha cambiado. Y bastante.

ANÓNIMO

NARRATIVA 5

En mi centro de trabajo corría el rumor de una suspensión laboral por la covid-19. Se comentaba que serían dos semanas y tristemente se convirtieron en dos años. Durante este tiempo aprendí y desaprendí para sobrevivir y apoyar a otros a hacer lo mismo. Ahora la docente que viajaba constantemente de una localidad a otra para dar clases debía instalar un espacio ideal para continuar este trabajo. Mientras habilitaba el espacio, tuve que lidiar con los gritos de mis vecinos, el ladrido de los perros, el canto del gallo y el sonido particular del mototortillero o panadero que del otro lado mis estudiantes escuchaban al dar las clases virtuales. Aunado a lo anterior, debía pensar en un espacio para que mis hijos también recibieran sus clases y eso significaba tener que salir, realizar compras para la construcción de estos espacios, y no era el mejor momento.

Pese a las circunstancias había que seguir, ser valiente, paciente y confiar que todo estaría bien. En mi localidad, cada vez que alguien fallece, los familiares acostumbran anunciarlo a través del perifoneo y era doloroso enterarme de tres a cuatro muertos en el día. Muchas veces oré por aquellas esposas e hijos, hermanas, hermanos, tías, tíos y demás familiares que sufrían ante la pérdida de su ser querido y también oraba para no pasar por lo mismo. Dar clases, en lo personal, me relaja. Es una actividad que disfruto mucho, y durante la pandemia me adapté a estar

frente a una computadora con cerca de 20 estudiantes que conocía sus voces más no sus rostros. Muchas veces me sentí sola y lo comentaba con ellos, pero debía respetar su derecho a encender o no su cámara.

Siempre me esforcé por darles la mejor enseñanza y motivarlos a continuar a pesar de las adversidades. Recuerdo que un tutorado me dijo en una sesión: “Maestra, discúlpeme, pero a veces recibo la clase moviendo los frijoles o cocinando el arroz”, y entendí que para ellos tampoco era fácil esta forma de aprendizaje.

Recuerdo que un día un mensaje llegó a mi celular, en donde se me solicitaba apoyar a una familia. El padre de familia se había contagiado y requería la administración de sus medicamentos. El lugar estaba lejos y algo peligroso; sin embargo, estaba consciente que era mi deber ayudar, y así lo hice. Fueron cuatro días de atención. Su salud parecía mejorar y, entre risas, el último día me dijo: “Enfermera, yo no tengo para pagarte en este momento, pero qué te parece que cuando esté mejor te haga las puertas de tu casa”. Yo le respondí que no se preocupara por eso, que lo importante era su salud. Al anochecer, su esposa me llamó para darme la noticia que había muerto. No sabía qué decirle a una esposa que se quedaba desamparada con tres niños pequeños.

La covid-19 nos arrebató muchas cosas: trabajo, estabilidad económica, salud física, emocional, espiritual, alegría, seguridad, sueños y la convivencia social. Como personal de salud esta situación me permitió tener muy en claro la fragilidad del ser humano en todas sus esferas y percibir el miedo ante la muerte.

NARRATIVA 6

Yo soy de [nombre de la ciudad]. Cuando inician los rumores de la covid-19, inicialmente visualicé que tarde o temprano llegaría a México por los puertos, que han sido la vía de transferencia de enfermedades; sin embargo, no imaginé que fuera tan rápida la diseminación del virus y que fuera tan letal al grado de que tener covid era sinónimo de muerte.

Este panorama epidemiológico me hizo sentir miedo al contagio; sin embargo, opté por no dejarme dominar por ese sentimiento, pero sí tomar todas las precauciones por mis hijos de en ese entonces 10 y 4 años, porque sentí que la vida de todos estaba en un limbo, que todos éramos vulnerables. Hoy estas vivo y al día siguiente podías no estarlo.

El miedo se incrementó en mí por llamadas de extorsión, y veía que vehículos me seguían, por lo que optamos por cambiarnos de domicilio a una casa que no estaba concluida, pero la habilitamos porque era aparentemente más segura por encontrarse al lado de familiares del padre de mis hijos. Pero como eso solo era una suposición, no quise arriesgar a mis hijos y decidimos dejarlos en casa de mis padres, que viven en otro lugar, alrededor de un mes, mes que mi hijo varón no sintió mucho porque está más acostumbrado a la convivencia con los abuelos, pero mi hija de 4 años ha estado apegada a mí y cada que iba a visitarla la despedida era realmente dolorosa para ella y para mí. De igual manera en las llamadas diarias. Su papá definitivamente prefirió no verlos, porque no quería externar su debilidad emocional ante sus hijos por la situación que vivíamos y lo reflejaba en un carácter irritable y que solo opté por tener paciencia, no contender y refugiarme en la oración y meditación, que era lo que me daba paz en medio de la zozobra e incertidumbre ante la pandemia y ante la situación de inseguridad en el país.

Posterior al mes, la niña tuve que traerla conmigo porque sufría la separación, y el niño se quedó otro mes sin problema con los abuelos, y a los dos meses ya volvimos a vivir como familia, pero afrontando todos los cuidados. Yo era la que salía, por lo que tomaba todas las medidas, más que nada pensando en mis hijos. A partir de ahí el contacto físico de abrazo y beso al llegar dejamos de hacerlo. Debía bañarme, desinfectarme, antes de volver a la convivencia con ellos, pues el primero de julio de 2020 muere el hermano mayor de mi madre, quien al momento de su muerte aún no tenían el resultado de la prueba y posteriormente se supo que salió negativa la prueba y que fue un infarto; sin embargo, sospechaban del resultado porque murió porque el oxígeno se le acabó y no hubo manera de conse-

guirlo, a pesar de ellos tener la solvencia económica. Mi prima me habló como a las 10 a. m. pidiéndome el apoyo para conseguir un tanque; como a las 11 a. m., que ya lo había conseguido y le avisé, me dijo: “Acaba de fallecer”. Fue un tío muy querido. Mis primas nos hablaron y nos dijeron que entenderían el que no pudiéramos acompañarlas; sin embargo, en mi madre el impacto de no volver a ver a su hermano y no despedirlo como se acostumbra le movía muchos sentimientos y, como no lo cremaron, y sí lo velaron en privado en su casa, decidió en la madrugada ir a su velorio para despedirlo. Me dijo que fue algo que la alivió y que también a mis primos. Ese sentimiento de solidaridad hasta la fecha es algo que ellos comentan como algo que valoran mucho. Yo decidí ir al sepelio por lo mismo, no me sentía tranquila. Hice empatía con mis primas, no era suficiente mensajes y llamadas para acompañarlas. Llegué al panteón cuando lo estaban sepultando y eso permitió despedirme de mi tío y sentí alivio al acompañar en esos momentos a mis primos, quienes tres años atrás había muerto su madre y decían que ahora estaban huérfanos; pero por el amor que le tienen a mi madre decían que mi madre iban a considerarla como tal si nosotros se lo permitíamos. Claro que hasta la fecha no sentimos celos sino, al contrario, honrada de que ellos también vean a mi madre con amor. Mi madre me contó que en el velorio de mi tío llegó mi tío que era el hermano menor de mi madre y que él no quiso entrar a la sala, solo desde afuera saludó con señas a mis primos. Ellos respetaron esa decisión; sin embargo, a fines de julio ese tío enfermó de covid confirmado.

En mi rol como docente me impactaba enterarme de la muerte de compañeros de generación, colegas, egresados; de manera particular, un alumno que solo hacía un año que había egresado, ya era de base en el IMSS y tenía tres meses de haberse casado con una de sus compañeras que fue su novia de toda la carrera. Empecé a asimilar que somos vulnerables, que somos efímeros.

Estrategias, acudir a compras en horas que no había mucha gente. Cambiaron prioridades. Me falta narrar cuando enfermé de covid; era triste enterarme que familias completas de conocidos morían.

NARRATIVA 7

La covid-19 trajo muchos cambios en nuestras vidas, tanto personales como laborales; entre ellos, cambios emocionales para el personal que atendimos a pacientes covid. La sobrecarga de trabajo nos llevó a nuestros límites y dependía de nosotros si podíamos o estábamos listos para controlar nuestras emociones de todo el “horror” que estábamos viviendo. Hay tantas historias que contar, como cuando empecé a entrar a covid y que teníamos exceso de trabajo. No era humana la atención que se le daba a los pacientes, ni completa, pues ni bien terminaba un procedimiento y ya estaba otro paciente en espera. Las muertes eran trágicas porque se iban sin despedirse. Era triste ver cómo entraban las funerarias por cuerpo tras cuerpo, y hubo momentos donde veía cómo el cuerpo pasa a ser un objeto que tiraban a una caja sin cuidado. En alguna ocasión, cuando estaba cerca, hablaba con los de la funeraria que tuvieran cuidado, pues era un ser humano el que había muerto.

Muchas historias se me vienen a la mente. A veces los pacientes estaban tan graves o con otras enfermedades de base con trastornos psiquiátricos, que nos levantaban las manos y por consecuencia teníamos que sujetarlos y ponerles sedantes. Los médicos no entraban a valorar con frecuencia, así que actividades o procedimientos que antes solo hacía medicina los teníamos que hacer nosotros y todavía soportar exigencia por parte de ellos, aun siendo compañeros de trabajo.

Es un tema que igual se vio mucho en el hospital: la violencia verbal entre compañeros, el estrés los llevaba a explotar entre ellos. A pesar de que sabíamos la sobrecarga de trabajo y desgaste, nos exigíamos entre nosotros, con tal de que entre enlace de turno y la carga fuera menos para cada turno. Pero eso era imposible, pues estamos trabajando un 300% más del indicador en atención a un paciente crítico.

Saliendo del covitario cansados, tristes y con una terrible sensación de poder enfermarnos, nos íbamos a bañar a las dos de la mañana

con agua helada, pues rara vez se acordaban de poner el calentador, una razón por la que muchos enfermaron de vías respiratorias; y entre incapacidades, la carga de trabajo aumentaba.

Muchos compañeros fallecieron. Me tocó conocer de cerca a una compañera de mi edad que primero falleció su mamá, su hermana; ella se deprimió y, como el covid no solo deja secuelas respiratorias, a ella le dejó enfermedad renal. Se comenzó a dializar, perdió la vista y falleció. Viendo todo esto en el hospital, daba terror.

Yo, cuando me incorporé al área covid, lo que antes no hacía: empecé a realizar oraciones, encomendada a mi hija; y pedir salud, pues yo era todo lo que ella tenía. Eran horas de llanto. Hubo un tiempo donde era mi descanso, pero no podía dormir. Muchos compañeros pasaron lo mismo con ansiedad, otros con depresión y es ahora donde muchos compañeros quedaron con esas secuelas y están con tratamientos psiquiátricos.

ANÓNIMO

NARRATIVA 8

Estaba laborando en el hospital militar ya por durante un mes, conociendo las actividades a realizar que implicaba en mi trabajo como enfermera, un tanto asustada por todo el riesgo que se tenía al poder contagiarse de covid, pero aún más de no poder resolver o ayudar lo suficiente a los pacientes, pensando en todas las limitaciones que ya se tenía tanto en el sector salud y en mi persona.

Era recién egresada de la universidad y la vida laboral comenzaba para mí. Me enfrentaba a un mundo o tal vez a dos mundos desconocidos: uno del ámbito laboral y otro la atención a personas con covid.

En una de esas guardias de 12 horas que tenía que permanecer en el covitario, los casos aparentemente estaban disminuyendo y solo tenía asignado un paciente, el cual estaba entubado, sedado ya por dos sema-

nas, pero dentro de esto estaba “estable”. Realizaba mis cuidados entusiasta y con un deseo de que lo poco o mucho que pudiera hacer por aquel paciente fuera ayuda o apoyo para su recuperación. Al terminar ciertas actividades, un compañero me pide ayuda para realizar cuidados a su paciente, ya que era complicado su movilización. Por durante 20 minutos me ausenté de mi paciente y cuando vuelvo comienzo otros cuidados. El monitor de signos vitales marcaba cifras normales; salgo por una sábana y, cuando vuelvo, las constantes estaban en cero, mi paciente no respiraba. En ese momento sentí mucha desesperación al no saber qué hacer y llamé a mis compañeros para pedir apoyo; sin embargo, ellos solo me comentaron las acciones administrativas que tenía que hacer y los cuidados de amortajamiento.

En mi interior sentía impotencia al no poder hacer algo más y los médicos tampoco estaban presentes. Con todos mis sentimientos y con apoyo de otros compañeros, realicé mis actividades [cuidados de amortajamiento]. Al salir del covitario, mi jefa de área me hace un llamado de atención debido a la muerte de aquel paciente diciendo que era mi culpa que el paciente falleciera, ya que el paciente era un exmilitar y que se suponía se debió dar una atención adecuada y que, si era casi inminente su muerte, sin embargo, podía estar tal vez una semana más en esas condiciones vivo. Recuerdo esto con mucho enojo, debido a que en aquel momento también falleció otra paciente a cargo de otra enfermera; sin embargo, a ella no le hicieron comentario alguno.

Yo me sentí incapaz de continuar laborando en esas condiciones y pensaba que aquella muerte era mi culpa, que tal vez mis cuidados no fueron suficientes. Sin embargo, en esos días mucha gente moría a causa de la covid-19. Y día tras día veía que ingresaban pacientes conscientes y con el paso de los días se complicaban y morían, uno tras otro. Era muy difícil ver uno recuperarse y salir de ese edificio llamado covitario. Así comprendí todo lo que pasaba a causa de las condiciones en las que estábamos aquellos pacientes y el personal de salud. Y yo solo tenía que hacer mi trabajo lo mejor que pudiera y mantener fortaleza porque, pese

a todo, yo era una persona que podía brindar cuidados y no alguien que estuviera en alguno como del covitario.

ANÓNIMO

NARRATIVA 9

Era una guardia más. Estaba brindando cuidados a domicilio, cuidando en un comienzo a una pareja de adultos mayores, del cual uno de ellos se conoció diabético y su esposa solo conocida con hipertensión. Los dos estaban contagiados; sin embargo, unos días antes de aquella guardia el señor ya había fallecido.

Cuando recibo mi turno, me entregan a la paciente estable; posterior comienzo a dar mis cuidados y, pasando dos horas aproximadamente, mi paciente se inquieta y posterior solo trato de no movilizarla para no fatigarla. Me comunico con sus familiares para avisar de lo ocurrido; solo recibo indicaciones de acompañar a la paciente, ya que tenía una condición delicada, según el médico tratante.

Por un periodo de dos a tres horas traté de mantener estables sus signos vitales, platicando con ella para que no se durmiera. Durante ese tiempo, después de casi dos semanas de no ver a sus familiares, llegó a la casa una nieta de aquella paciente. Se pone su equipo de protección, entra a ver a su abuela agonizando, habla con ella. La paciente solo podía apenas abrir los ojos y, al preguntar la nieta “¿Cómo estas, abue?”, ella dijo: “Bien”.

Una hora después, mi paciente deja de respirar. Verifico signos, ella ya se encontraba sin vida. Informo al familiar. Ella me indica vestirla, arreglarla y mandarle fotografías, y me pidió velar a su madre durante toda la noche, a la espera de una carroza que llegaría a las 6 a. m. Dada la hora dicha, llega. La envuelven completamente y se la llevan, dejando la casa vacía. Yo me cambio de ropa y todo lo procedente y me retiro, dejando mi trabajo.

Ese día para mí fue triste, tras ver que, al yo llegar a brindar mis cuidados, fue aquella paciente quien me abrió la puerta y, después de tres semanas, yo era la última que salió de la casa de aquellos pacientes.

La covid-19 fue una enfermedad que nos separó de nuestros seres queridos, nos hizo sentir angustia y miedo. Pero de igual forma para mí, como profesional de la salud, me trajo mucho aprendizaje, valorando la vida de cada persona.

ANÓNIMO

NARRATIVA 10

Durante la covid-19 me encontraba laborando en el [lugar de trabajo]. Mi turno era nocturno (martes, jueves y sábado) con horario de 20 h a 8 a. m. Cada día laborando entraba a la institución, checaba mi hora de entrada y pasaba por mi EPP [equipo de protección personal] en donde nos proporcionaban un cubrebocas tricapa, una KN95, un overol desechable, una bata estéril desechable, un gorro quirúrgico, dos pares de botas quirúrgicas, un par de guantes estériles, un par de guantes quirúrgicos.

Cabe mencionar que, al inicio de la contratación, me dieron a conocer que estaría con pacientes covid, por lo cual me proporcionaron un par de goggles y una careta, la cual debía llevar todos los días. La jornada laboral era de 12 horas. Cada que ingresábamos al área debíamos vestirnos y, aparte, pasábamos por uniforme (pijama quirúrgica) y después nos calzábamos un par de botas. Posterior a eso, el overol, el gorro quirúrgico, un par de guantes estériles, después otro par de botas, la bata quirúrgica, el par de guantes quirúrgicos, tus goggles y tu careta (para que los goggles no se empañaran usábamos jabón). Se dividía el personal del turno y se hacían dos equipos por servicio del hospital, el cual cada equipo ingresaba con pacientes seis horas y las que quedaban fuera se encargaban de estar al pendiente de insumos a utilizar y pro-

porcionarlo a los demás compañeros. El trabajo de cierta manera no era tan pesado, ya que utilizabas EPP solo seis horas.

Estar con todo el equipo puesto fue algo horrible. No puedes tocar la cara y peor si estás sudando no puedes limpiarte el sudor. No puedes ir al baño, no puedes tomar agua y sientes que te falta el aire. Como en todo, después de algunos días empezó a notarse la falta de compañerismo entre los equipos que ingresaban a atender a los pacientes covid. La jefa de enfermeras pensó que la mejor forma de evitar eso era ingresando todo el personal las 12 h y atender a los pacientes.

Recuerdo que ese día en la entrada se habían terminado los overoles que siempre nos daban y solo tenían unos de material de plástico (horrible) y esos nos brindaron. Al momento de ponerse todo el equipo sudabas horrible. Solo imagina: todo el equipo puesto y un overol de plástico. Esa guardia todas teníamos demasiado calor, sudaba horrible, solo sentía la espalda fría y no podíamos salir porque aún no teníamos ni medio turno. Fue mi jornada más larga que había vivido, no tanto por las horas, sino por el equipo que usaban y las condiciones en las que me encontraba (no se podía poner el clima por los pacientes). Fue una de las experiencias de las que me acuerdo y aún sigo pensando que las personas que estaban afuera no tienen idea de lo que realmente se vive dentro de ese ámbito.

ANÓNIMO

NARRATIVA 11

Hacia aproximadamente seis meses de que se escucharon los primeros casos confirmados de covid en Oaxaca y yo me encontraba laborando en un centro de atención privada, que previamente atendía pacientes de diversas patologías (cabe mencionar que existieron muchas clínicas privadas que rechazaban pacientes positivos a covid debido al miedo del personal de salud y a las exigencias de los pacientes que pagaban por

servicios privados). Esta clínica habilitó el tercer piso para área exclusiva de covid; el personal que laboraba en la tercera planta, médicos y enfermeras, incluyéndome, éramos externos al personal de esta clínica.

Al llegar al servicio tenía que pedir todos mis insumos al personal interno de la clínica. Una mañana, nadie fue a recoger mi lista de insumos. Bajé a la primera planta antes de ponerme mi equipo de protección personal e iniciar mi jornada laboral. Cuando la enfermera y el médico de guardia me vieron, cerraron su puerta en mi cara. Estuve tocando por un minuto aproximadamente. Cuando salió el médico muy molesto a decirme qué necesitaba, apenas iba a responder cuando la enfermera me dice en tono altisonante que no me quieren volver a ver en su área “porque estás infectada”.

El hecho me molestó mucho y les aclaré que aún no había entrado con los pacientes y que me había visto obligada a bajar porque no respondían mis llamadas y nadie subía por mi requisición de insumos. La enfermera me volvió a responder: “A mí no me pagan lo suficiente para pasarte tu material, habla con el jefe a ver a quién manda, porque todos ustedes que están en el tercer piso ya están infectados”.

Todos los días por mucho tiempo fue lo mismo: apenas me veían y cerraban las puertas, me veían salir y se encerraban. Negaban insumos, cuestionaban el porqué pedía tantos guantes, etc., etc. Para mí fue muy difícil laborar en área privada, pues nos miraban como peste.

Los momentos dentro del covitatorio también fueron difíciles; con el equipo de protección que nos daban era terrible. Después de un tiempo, dejaron de darnos overoles y comenzaron a darnos batas sustituyendo el overol. Tuve que acoplarme a ello al igual que todos. Recuerdo el día que llegué y encontré unas batas tan delgadas que se veía nuestro uniforme y tan cortas que a mí apenas me llegaba por arriba de las rodillas. Le hablé al doctor que nos coordinaba y contestó diciéndome que era lo que había, si quería que los usara o que entrara sin ella.

ANÓNIMO

NARRATIVA 12

Bueno, soy [nombre] y contaré mi experiencia durante el proceso de pandemia atendiendo pacientes con la enfermedad de covid. Primeramente, regresaré en el tiempo, 2014, año en el que decido ingresar a la carrera de licenciatura en enfermería. Siempre dije y digo que soy enfermero por vocación, que estudiar enfermería y ser enfermero es lo mejor que me ha pasado en mi vida laboral.

En el 2019, cuando terminé mis estudios e inicié el servicio social, nunca me imaginé lo que se aproximaba. Estando en el servicio social, aparece a finales del año 2019, el mes de diciembre para ser exactos, un nuevo virus lejos de nuestra nación. Como todo incrédulo, pensaba que China estaba muy lejos y que jamás llegaría a Oaxaca. Pero ¡gran sorpresa! En el mes de marzo de 2020 se reportó el primer caso en el estado. Yo, siendo un pasante, nunca pasó por mi mente que me tocaría atender pacientes covid. Cuando terminó el servicio social y la pandemia estaba iniciando con récords impresionantes de contagios día a día, me toca empezar la vida laboral, empezar a buscar un trabajo. Gracias a Dios solo tarde dos semanas en encontrar, pero mi sorpresa fue que era exclusivo para atención de pacientes covid.

En un principio decía que no tenía miedo, que yo estudié para ese momento. Me sentía preparado sin estarlo, estaba eufórico por encontrar trabajo en el mejor hospital público del estado. Mi alegría era inmensa, pero lo peor estaba por venir. El 16 de agosto, primer día laboral, cuando di un paso dentro del hospital, el miedo, el pánico entró en mí. Me di cuenta que ahora empezaría mi responsabilidad.

Con miedo y todo eso decidí entrar, realizar lo que más me gustaba. El primer día fue complicado no saber nada acerca de esta enfermedad, no conocer ni los registros, protocolos ni absolutamente nada del hospital, no tener ni un solo amigo, o mínimo conocido cerca. Me sentí chiquito, desprotegido. Sin embargo, tenía que hacerlo, ya me pagan por atender pacientes covid.

El primer día fue horrible. Me coloqué el equipo de protección personal; a los cinco minutos ya estaba sudando a chorros, no podía ver nada, los goggles empañados; peor: no podía respirar por el cubrebocas. Empecé a entrar en ansiedad, en pánico, pensar que tenía que estar cuatro horas con ese equipo, sin poder respirar adecuadamente, sin ver lo que hacía y sin conocer qué hacía. Me frustré. Salí casi llorando, me di cuenta que lo que tenía de conocimiento no era nada a lo que los pacientes necesitaban, no sabía manejar un paciente entubado, no conocía cómo funcionaban los ventiladores. Salí aterrado, frustrado, decepcionado de mí.

Sin embargo, regresé al siguiente día. Volví a hacer la rutina, colocarse el equipo de protección personal. Ahora llegaba el momento de atender a mis pacientes solo, porque un día antes solo entré a apoyar a una compañera. Fue fatal, me bloqueé, se burlaron de mí, me dijeron no sirves, no sabes nada, me sentí mal. Una enfermera llamada Adriana me reportó diciendo: “Ese chamaco no sabe nada, solo se hace bolas, se enreda, no sé para qué contratan personal así”. Me dolió, me dio en el orgullo, sí me entristeció, sí se me derramaron un par de lágrimas internas. Pero me sirvió para agarrar fuerza, empezar a estudiar, aprender la rutina diaria y demostrarles que estaban equivocados, que yo sí podía, que, pese a todo lo que cargaba encima, el miedo, la ansiedad, temor de llegar a casa e infectar a mis padres, más porque tenía un hermano con miedo, pánico a la enfermedad que casi casi me veía comoapestado, que me relegaba, decía que ya no llegara a casa mientras trabajara en covid.

Tuve que superar cada cosa que pasaba. Llegaba al hospital con nuevos ánimos, con mucha energía, pero salía de guardia cansado física y emocionalmente. Ver a pacientes que en su momento yo tenía su vida en mis manos, sentir la frustración de que, a pesar de hacer todo lo posible, aún así se morían, que morían solos, que en ocasiones no podía acompañarlos en ese último instante, por la carga de trabajo. Sin embargo, había días buenos en los que tus pacientes salían con vida del hospital. Te reconfortaba ver que tus cuidados contribuían al mejoramiento de su salud, que ya en casa había una familia esperándolos.

De las cosas más tristes que me sigue tocando ver, los ojos de pacientes a los que se les informa que serán entubados, esos ojos que expresan angustia, miedo, de no saber si volverán un día a abrirse. La covid-19 nos ha enseñado a amar a personas que estábamos separados, nos unió. En el hospital nos hemos encontrado con personas maravillosas y personas soberbias, groseras, déspotas, que tratan de sobajarte por ser enfermero y ellos médicos, que la violencia laboral existe, pero deberíamos erradicar cada una de esas cosas y trabajar para el fin común de la salud de nuestros pacientes. Hoy en día agradezco cada una de las cosas que me han pasado. Sigo con mi trabajo, económicamente mejor mi situación. Académicamente aprendí muchas cosas más, pero sobre todo aprendí a ser mejor ser humano.

ANÓNIMO

NARRATIVA 13

Desde el inicio de mi trabajo en la covid-19, el miedo y a la vez el querer ayudar a la gente, así como ejercer mi profesión me crearon muchas emociones, tristeza, emoción, ira, enojo y, sobre todo, miedo. Yo en mi primera guardia cuando veo cómo ponerme el equipo de protección personal, del cual solo se logran distinguir los ojos. Y hasta eso, si no entrabas con escafandra que era como una capucha.

Cuando entré por primera vez, ver correr de un lado a otro a mis compañeros, apurarse para poder dar todos los cuidados a los pacientes, algunos ya con mucha sed, ganas de ir al baño, hambre, etc., y ver que aun a pesar de estas necesidades ellos continuaban, yo comencé a hacer lo mío, es decir, a comenzar a apoyar en aspirar secreciones, ayudar a tomar muestras de laboratorio, a realizar procedimientos. Cuando menos me di cuenta, ya estaba inmersa en esa burbuja a la que tanto tenía ganas de conocer, pero también a la que tanto temía, pero desde luego me sentía muy segura.

Con el paso de las jornadas de trabajo, el entrar no era lo difícil, el tema crecía cuando salíamos y nos teníamos que quitar ese equipo debido a que, si hacíamos aerosoles o creábamos corrientes de aire al quitarlo, sabíamos que nos podíamos contagiar. Eso a veces le llamábamos el paso de la muerte, pues te quitabas todo y solo quedabas en ropa interior; agarrabas una bata lo más rápido que podías y pedías, ya sea hablando o haciendo señas, un cubrebocas, pues incluso a veces hacíamos apneas para no inhalar las partículas que estaban en ese lugar. Así era el poner y quitar un EPP [equipo de protección personal], no olvidando las marcas que te dejaba, lo irritable que era el jabón que le poníamos a los goggles para que no se empañaran y nos dejaran trabajar adentro. Pues, si esos goggles se empañaban, tenías que pedir ayuda para que alguien te apoyara en realizar algo.

Así eran las guardias que poco a poco nos iban gustando más, a pesar de todo. Cuando ocurrió la oleada del mes de diciembre, nosotros ya teníamos marcas en la cara. La deshidratación era bastante pesada y a ello súmale que todos o la mayoría de nuestros pacientes llegaban muy mal, ya con deterioro neurológico, saturando al 40% o 50%, y ver sus caras de desesperación, que el solo hecho de levantarles la mano hacía que se descompensaran. Luego la carencia de medicamentos que había a nivel nacional.

Recuerdo que cuando el hospital donde trabajo dijo ya hay cupo lleno, no hay más camas, muchos pacientes suplicaban por entrar. Y no era que el hospital no los quisiera atender, sino ya el insumo no alcanzaba. Entonces comenzaron a hablar con los familiares y les decían: “Si consiguen y se comprometen a conseguir los medicamentos, entran, porque nosotros tenemos para iniciar, pero no nos alcanza para continuar con el tratamiento”.

Yo veía cómo las trabajadoras sociales incluso averiguaban dónde los podían encontrar, en qué farmacias; y, mientras, la lucha de los pacientes era adentro, ya hospitalizada, luchando con un virus que les estaba arrebatando la vida. Sus familias luchaban con otras familias para

conseguir medicamento, torres de alto flujo para ser otra alternativa y ver si eran candidatos para sobrellevar la evolución de la enfermedad sin necesidad de entubarlos. Así también los directivos, médicos, enfermeras, camilleros luchábamos con el miedo de y si el siguiente infectado soy yo, quién me va a atender, ya no hay espacio en los hospitales y ya no hay medicamentos y si se encuentran son muy caros.

Costó mucho esa ola. Vimos morir a mucha gente que luchaba por seguir viviendo. El cansancio ya era muy grande y, aunque muchas personas nos decían que para eso estudiamos, para atenderlos, que para eso nos pagaban, y otros familiares nos decían que por favor salváramos a su familiar, eso a veces nos llenaba de enojo, tristeza, así como ver cuánta gente seguía saliendo, haciendo fiestas.

Recuerdo que una paciente ya adulta mayor, que en la historia nos decía que ella era ama de casa pero que vivía con sus nietos y pues se había contagiado por uno de ellos. A veces era tanta la impotencia de ver ese tipo de casos, que en ocasiones la indiferencia nos fue ganando. Y es cierto, a veces decíamos: “Para eso nos pagan, pero el precio más alto lo están pagando ustedes”. Desafortunadamente esa paciente, ella falleció, y su familia también estuvo internada y solo uno sobrevivió.

Fueron muchas historias, tristes. Unas que tenían final feliz, es decir, se recuperaban, pero quedaban muy débiles. Y otros que fallecían. A veces sentía que tenían más miedo a morir lejos de su familia, pues esa respuesta veíamos cuando el paciente despertaba y nos veía. Muchos nos decían: “Cuando abrí los ojos me daban miedo, verlos con sus trajes blancos, me sentía en una película de terror”. Hubo uno que pensó que lo habíamos secuestrado y se trataba de arrancar todo a manotazos hasta que pudimos calmarlo.

La covid-19 tuvo muchas cosas malas, pérdidas familiares, económicas, depresión, ausentismo familiar. Pero también veíamos muchas cosas buenas. En muchas ocasiones el miedo nos unía a cuidarnos, a apoyarnos y a ser solidarios, porque hay una cruda realidad ante esto. Si la covid no hubiera llegado, muchos no hubiéramos tenido trabajo y,

aunque en ese momento éramos héroes, y a dos años después somos un personal de salud más, creo que nos dio la oportunidad de crecer profesional, sentimental y a algunos económicamente. Y aunque la covid llegó para quedarse, lo que nos sigue molestando es la indiferencia de que muchos ya olvidaron lo que pasó hace dos años.

ANÓNIMO

NARRATIVA 14

Yo trabajo en un hospital en [lugar]. Yo ingresé al área covid y, de hecho, fue mi primer trabajo como enfermera, porque yo recientemente terminé la carrera. Entonces mi primer trabajo fue en el área covid, el día 1 de diciembre de 2020. Yo no recibí capacitación para recibir el equipo de protección personal; pero no me quejo, porque mis compañeras ahí me dijeron cómo tenía que usarlo. Pero pues ya no considero que fue una dificultad, solo que sí los cubrebocas sí causan bastante molestia durante siete horas o casi ocho de tenerlos puestos. Pero no considero tampoco que sea un acto de violencia hacia nosotros, sino que definitivamente sabíamos que era lo que hacíamos enfrentar. Pero sí, donde vivo el calor es, hace mucho calor. Tenemos un clima cálido húmedo; entonces cuando yo ingresé pues era en diciembre, no hacía tanto calor; pero sé, por la experiencia de mis compañeras, que los primeros meses fueron terriblemente calurosos y difícil portar el equipo de protección personal para ellas y también para los pacientes, porque al principio no estaba climatizada el área covid.

Ya con los meses se fueron adaptando otras áreas en donde sí estaban climatizadas, y ya fue menos, pues menos difícil, ¿no?, portar todo el equipo, el overol, los gorros, las botas, el cubrebocas. Bueno, yo nunca usé careta, porque usé lentes. Entonces solo usaba los goggles, y pues toda esa dificultad. Estar muchas horas con ese equipo, pues empañaban y eran dificultades que sabíamos que íbamos a enfrentar. Pero pues

yo lo que sí noté que, al menos en el hospital, faltó, fue que no había suficientes insumos para los pacientes. Entonces a veces ahí yo sí noté mucho eso. Por ejemplo, de nosotros, que teníamos que estar tratando de tener cómodos a los pacientes y ellos no tenían familiar.

A veces teníamos 25 pacientes por enfermera y llevábamos al que estaba en la cama 1, al que estaba pidiendo el cómodo de la 12, si es que podía hablar, porque a veces unos no podía ni hablar, y pues eso fue algo que yo considero que fue un poco violento para ellos, porque tenían que estar aguantando que pudiéramos, o que entrara el personal de intendencia a limpiar los cómodos, que ya estaban, bueno, sí podíamos los limpiamos, pero no siempre podíamos, porque teníamos otras cosas que hacer. Entonces tenemos que decirles: “No, pues ahorita que entre intendencia”, y a veces intendencia tardaba una hora, y el paciente ya tenía una hora y media queriendo el cómodo. Y eso sí considero que fue un sufrimiento para algunos. A lo mejor no implicaba un riesgo para su vida, pero sí era algo que les hacía más incómoda su estancia.

Eso, por un lado. Por otro lado, pues a veces, y yo también considero que nosotros mismos, los compañeros de enfermería, nos hacíamos un poco más pesado el turno, porque a la hora del cambio, pues a veces las compañeras no consideraban que ya teníamos siete horas por ejemplo sin tomar agua, sin ir al baño y padeciendo todo ese calor, y pues nos pedían muchos pendientes, o sea, lo que se dice en enfermería, de que no pues me arreglan esta venoclisis, o me cambias esas sábanas. O sea, cositas que a la mejor durante el turno de siete horas lo podían hacer, pero nos hacían quedarnos media hora más, y pues sí nos hacía sufrir. Entonces ya sabíamos que cada que iba a haber cambio de guardia nos iban a hacer sufrir por lo que nos pidieran, y bueno son cosas que se viven día día en enfermería. Considero que esa es una situación que debería de ser distinta, pero así es.

Y, pues, por otro lado, a mí sí me afectó emocionalmente o psicológicamente ver tanto sufrimiento. Entonces muchas veces leí cartas a los familiares que nos pedían, bueno, en el hospital donde yo trabajo, noso-

tros íbamos por los medicamentos y bajábamos los enfermeros, a veces bajamos por los medicamentos, no los que estábamos dentro del área, los que estábamos fuera, y ya se lo llevamos a los pacientes, y dentro de los medicamentos a veces nos ponían cartas los familiares para sus familiares. Cuando uno estaba dentro, pues, ya veías, ¿no?, pues carta para la familia tal, y pues se las leías, y pues las personas lloraban o nos pedían que hiciéramos videollamadas. Pero hubo un tiempo que no nos permitían a nosotros hacer videollamadas, solamente los médicos podían estar haciendo videollamadas con los familiares. Nosotros como personal de enfermería no. Y hubo un tiempo en el que se nos permitió, y hubo un tiempo en el que se nos prohibió por cuestiones, situaciones particulares que sucedieron ahí.

Entonces pues todo eso, esa angustia que salíamos en el tiempo que estábamos esperando para ir a checar después de bañarnos, porque tenemos que seguir el protocolo de protección. Pues entre nosotras comentamos, ¿no? Ay, pues qué triste esa situación o aquella, o el otro, pero entre nosotros. Y ya supongo que cada quien cuando llegaba su casa, con sus familiares.

Y yo, por ejemplo, aquí llegaba y contaba a mi hija lo que había pasado, y así, y pues nos duraba la angustia o el corazón estrujado toda la tarde, de lo que había vivido. Pero considero que debió haber habido algo dentro del hospital, como grupo de enfermería, para hacer como una catarsis, o hablar de todo eso. Porque yo hasta la fecha aún siento como que todavía me acuerdo de algunas personas, que digo, realmente siento que sí necesitamos como que hablarlo. Aunque, bueno, no considero que me haya causado un trauma, pero sí, quizás, hubiera sido bueno que lo hubieran hecho. O sea, el personal de enfermería estamos de siete a ocho horas con los pacientes y obviamente el contacto, pues, nos hacía vivir más sus angustias, o sea su sufrimiento. Muchas personas nos expresaban lo que sentían, las que podían hablar le digo. Porque había otras que ni siquiera podían hablar. Pero sí, muchas veces cargaban con nosotros su sufrimiento, y pues eso te lo llevas, esa emoción, y

considero que debían haber tenido cuidado en eso. No sé, los directivos, o personal de psicología del hospital.

En fin, por lo que tiene que ver con el uso del equipo, pues no me quejo, porque yo estaba, de antemano sabía que iba a haber muchas horas sin poder tomar agua, muchas horas sin poder ir al baño, y que aquí hace mucho calor. Pero pues eso lo soportamos. Pero lo otro, considero que sí tenía que haber habido ese cuidado y no lo hubo. Entonces pues yo me quedé con esa sensación. Pero de ahí en fuera, pues también, pues para todos era nuevo, para todos era nuevo esa situación, y todos estábamos, pues a la mejor no estamos al 100% preparados para enfrentarla. Sobre todo, el ver tantas defunciones en el hospital, pues no había 15, por ejemplo, porque somos el hospital más pequeño, pero sí por lo menos había cinco; incluso hubo una, en una velada, en un tiempo, hubo defunciones de gente más joven; o sea, empezó a morir gente de 30, 40 años. Con hijos jóvenes, o sea, con pequeños. Madres de familia, padres, y eso fue muy muy doloroso, la verdad, verlo. Entonces esa fue mi experiencia, lo que considero que fue un poco violento, pues esa parte de cuidado en cuanto a expresar lo que sentíamos, pero sí.

Hubo una niña de 17 años; bueno, cumplió 18 ahí en el hospital, que nos pidió una videollamada. Entonces yo, ya no teníamos permitido hacer las videollamadas, y ella tenía muchísimo miedo. O sea, esa niña tenía muchísimo miedo de morir, pero yo traté de consolarla. El punto es que, pues, quien estaba ahí, en ese momento del médico, dijo: “No, es que esa niña es como muy, pues, tiene mucho miedo, hay que darle por su lado”. El punto es que al otro día esa chica murió. Hija única de madre soltera. Entonces fue como que algo tan dramático que todavía, bueno, recuerdo que fue el 25 de agosto del año pasado cuando esa niña, y justo cumplía 18 años ese día... Entonces fue como que muy triste y pues yo quedé ahí. Debí haberle hecho esa videollamada, debí haber, no debí haber hecho caso, o no sé, me hubiera enfrentado a lo mejor a que me dijeran, ¿no?, porque tal vez le hubiera dado a esa mamá la oportunidad de hablar con su hija por última vez antes de que ella

muriera cuando todavía podía hablar. Y, o sea, son cosas con las que me quedé, y de ella y otras personas, que también en su momento les dije: “Es que no podemos hacer videollamadas, si quiere escríbale algo y yo...”, pero pues no, no podíamos sacar, o sea, “Yo le tomo foto y se lo mando a su familia, o lo que usted le escriba y así. Pero en videollamada ya no podemos”, y cosas como esas, que sí sentí como que me quedé con esa sensación. Pero, pues, ya pasó.

ANÓNIMO

NARRATIVA 15

Yo soy médico, ya me gradué por ahí del 2016 y, bueno, tuve dos trabajos anteriormente. Estuve de directivo en una unidad de rehabilitación [lugar]. Justo terminé mi contrato y aparece la oportunidad de la pandemia. Ya habíamos escuchado sobre la situación; entonces, pues tuve la oportunidad de ingresar a un [lugar] para participar en el evento de esta situación que se venía encima sobre la pandemia. Ingresé al área de urgencias en triage.

Lo primero que puedo mencionarles es que yo creo que esta experiencia, como otras más, saca lo mejor y lo peor de muchas situaciones. El personal con el que me tocó colaborar realmente son unos entrañables amigos en la actualidad, son compañeros con los cuales tuve una relación bastante buena, trabajamos muy bien. Incluso nos apoyamos bastante. Si el compañero que estaba principal de triage necesitaba ayuda de los demás que estábamos en el área de urgencias, pues nos rotábamos. Realmente hicimos un gran equipo, nos apoyábamos todos. Tratamos siempre de mantener al compañero que estuviera en el área de triage adentro con el equipo de protección, en las mejores condiciones, y apoyarlo de la mejor manera.

Definitivamente creo que fue por ese lado una experiencia bastante agradable, ver a personas comprometidas, a personas que tenían, que

compartíamos el interés de poder ayudar y apoyar a la ciudadanía, de apoyar al ser humano que estábamos tratando de atender. Entonces definitivamente creo que por ese lado fue una experiencia bastante grata. Yo les comentaba: el personal de enfermería, mis respetos. También ellos que estuvieron más todavía al frente, nosotros teníamos ocasiones en las cuales podíamos entrar a menor tiempo o nos rotábamos para estar el menor tiempo posible de exposición; pero el personal de enfermería se encontraba ahí todo el tiempo; entonces, de verdad mi respetos para ellos, siempre fueron personas muy comprometidas, con los que yo vi, muy entregados al apoyo a las personas que lo necesitaban y siempre muy a la disposición también de apoyarnos cuando lo necesitábamos nosotros. Entonces definitivamente, como lo mencionaba, sacó algo muy bueno de nosotros como seres humanos.

Yo creo que esa fue una grata experiencia. En la experiencia quizá personal creo que, pues, sí nos capacitaron, nos mostraron cómo teníamos que utilizar el equipo de protección, cómo debíamos de revisar las actividades y recuerdo muy bien que la primera vez, o sea, y eso es algo personal, cuando ya ahora sí me vestí y ya iba a ingresar por primera vez, creo que caí en cuenta quizá de que detrás de esa puerta de cristal estaba, digo, no puedo decirlo literal, pero estaba el riesgo, la muerte se encontraba detrás de esa puerta de cristal en donde íbamos a ingresar. Entonces creo que fue una situación que en lo personal se me quedó muy grabada, porque dije, bueno, creo que para esto fue para lo cual nos entrenamos, para esto es para lo cual decidimos estudiar, para apoyar en este tipo de situaciones, para poder ahora sí que tener esa sensibilidad hacia los pacientes que lo necesitaban, ¿no? Entonces creo que sí fue, lo recuerdo bastante bien, tengo muy nítida esa imagen en mi cabeza de ingresar, de traspasar esa puerta y comenzar a actuar, ya dejar atrás lo que se escuchaba en las noticias, las personas, y comenzar a actuar, a hacer algo por la ciudadanía, por las personas, ¿no? Entonces yo creo que por ese lado también, pues el desgaste físico fue bastante, el uso de equipos de protección personal era bastante agotador.

Teníamos mucho tiempo el traje puesto. Yo lo máximo que lo llegué a utilizar, porque era una jornada acumulada nocturna, yo estaba de ocho a ocho, lo ocupé 11 horas. Entonces fueron 11 horas de estar sin tomar agua, sin poder ir al baño; bastante compleja esa situación. A veces de verdad ya nos lastimaba el equipo de protección, los goggles, los cubrebocas. Yo me quedé aquí con cicatrices en la parte de las orejas, en la parte superior, de que, por estar usando constantemente, el temor obviamente de que yo también no me quería contaminar.

Es algo raro, hasta el momento yo no me he contaminado de covid jamás, a pesar de haber estado un año y medio de haber estado ahí, de ver a compañeros que se enfermaron, haber visto a médicos y enfermeras que tuvieron que vivir esa experiencia. También de haber cruzado la enfermedad, yo hasta el momento no la he cruzado realmente. Sí fue algo complicado, donde la familia, el apoyo familiar fue muy bueno. Mi mamá fue quien realmente me alentó mucho, mi hermano también. Pero también creo que pasó lo que evidenciamos mucho; la sociedad en sí también fue un tanto, pues ahora sí que no fue muy empática. A veces con el personal de salud, a veces yo sí llegué escuchar que algunas personas me dijeron: “Sabes qué, mira, pues no quiero que vengas a mi casa”, y lo entiendo, yo definitivamente puedo entender, que creo que todos estábamos, pues, temerosos de la situación; pero creo que como que se perdió un poco de sensibilidad hacia el equipo de salud, al personal de salud en general.

Yo veía luego a los de las noticias de que agreden al personal de enfermería porque llegaba en su uniforme y fue algo que en lo personal me daba algo de temor todo, el experimentar eso, de que por ahí personas fueron un tanto rudas al decir las cosas. Entonces sí fue algo que dices, bueno, creo que yo estaba haciendo algo bueno, no estoy tratando algo de hacer algo malo como para que se comporten de esa manera. Igual de bueno, de la misma manera, también hubo personas que nos alentaban. Tuve amistades que estaban al pendiente, me escribían, me llamaban para ver cómo estaba, cómo seguía. Realmente me estuvieron dando ánimos. Entonces creo que eso se agradece mucho.

Yo creo que sin tener el afán de ofender a nadie, pero que esto hubiera sido un poco más, el haber realizado, porque yo sé que contrataron a personal de psicología; entonces haber dado el seguimiento un poco más personal, el habernos, el haberse acercado más al personal que estábamos en esa situación, pues precisamente como lo comentaban los compañeros, para poder expresar estas emociones que en ese momento nos teníamos nosotros que guardar. De verdad fue muy complejo el ver a una persona sufrir, el ver algunas personas que no nos autorizaron, que hacíamos más allá de lo que teníamos, que no autorizaron la realización de la intubación y, bueno, pues dentro de lo posible nosotros tratamos de mejorar su calidad de vida, aunque, pues, algunas personas, pues, era imposible. Tratamos obviamente de que sea dentro de lo que se podía, de la comodidad de los pacientes.

A mí me gusta mucho platicar con los pacientes, yo sí me acercaba a platicar con ellos, cómo estaban, cómo era su familia que estaba afuera esperándolos. Trataba de tener esa interacción, porque creo que no teníamos por qué inclinarnos solamente hacia lo científico, sino también a lo humano. Que ellos se sintieran acompañados, yo sé que el temor de morir, y más en un lugar aislado con gente que no conocían... Sobre todo, no ver el rostro, que también es algo muy muy personal, el ver el rostro de la persona con la que estás interactuando era algo complicado para ellos. Traté en lo personal, siempre traté de mantener esa humanidad con ellos. Ver la angustia de sus familiares cuando nos los dejaban, porque yo estaba en triage, y entonces, tras la valoración, era necesario ingresarlos, y pues platicamos con ellos, les explicamos que era una situación complicada, que, bueno, realmente íbamos a hacer lo posible por salvarlos. En muchas ocasiones nos decían: “Bueno, se los encargo, por favor; cuiden a mi mamá, cuiden a mi esposa, a mi hijo”. Realmente era un compromiso que uno lo podía sentir y lo podía, de verdad, lo podíamos palpar.

Esas sensaciones que ellos tenían en muchas ocasiones, incluso me preguntaron a mí: “Bueno, doctor, y usted ¿qué haría? O sea, ¿usted au-

torizaría la intubación para su familiar? Si usted fuera en mi posición”. Bueno, era una situación difícil poder decir lo que yo haría, pero siempre tratamos de mantenerlos de la mejor manera posible. Es verdad que muchas personas fallecieron, pero creo que ese sentimiento del personal de salud, esa fuerza que tuvimos para poder hacer algo hacia la sociedad, pues realmente fue un compromiso bastante bueno en el hospital. De verdad todos trabajamos en equipo muy bien. A veces teníamos esas situaciones de que, bueno, pues como habíamos algunos diferentes equipos, nosotros éramos los que recibíamos, y teníamos que pasarlos a otra área, pues a veces había una cierta falta de comunicación porque, a veces, no, pues a mí no me avisaron, yo no sabía, es que yo fui y no estabas, y bueno, cosas que se presentan en cualquier campo laboral. Y pues a veces sí molestaba que a veces decías, bueno, sí, creo que todos estamos en el mismo barco, no hay por qué tratar de entre nosotros mismos de generar problemas. Pero generalmente casi nunca se presentaba.

Yo creo que fue una experiencia en la cual aproveché a conocer mucho, desarrollar muchas habilidades. También de que esto pasará a la historia. También de que tenemos que entender qué fue lo que sucedió, qué fue lo que nos falló, qué podemos mejorar, qué podemos realmente desarrollar para futuras situaciones complejas como esta y no perder la humanidad, que simplemente pues eso es lo que nos hace personal de salud, ser humanistas, tratar de mantener siempre al ser humano, ante todo. Entonces yo creo que esa fue de las experiencias más importantes que he tenido hasta el momento en mi vida, y que después también lo pude desarrollar en otras áreas, porque, al mismo tiempo, yo estaba trabajando, me invitaron a trabajar en una empresa en donde estoy ahorita como médico laboral para realizar los protocolos de seguridad, en donde hasta el momento aquí dentro de la plaza se ha llevado un control muy bueno. Esa experiencia que viví allá la pude aplicar acá.

También soy docente de secundaria, también apoyé allá. O sea, tuve mis tres trabajos. Yo estuve saturadísimo esos años, tuve tres trabajos, no tenía días de descanso. Trabajaba en las mañanas en la planta de lunes a

viernes; en la tarde en la escuela y los otros días en el hospital. Fue un año y medio corrido de trabajar, fue muy complejo. Yo creo que ya al final el desgaste físico ya era bastante evidente. Recuerdo que yo tuve migrañas constantes. Ya incluso a veces hasta le pedía a mis compañeros de enfermería que me aplicaran analgésicos intravenosos, porque ya era bastante desgastante la situación. Entonces yo creo que fue una experiencia muy fuerte, pero qué bueno que pudimos sacarla adelante todo el equipo del personal de salud.

ANÓNIMO

NARRATIVA 16

En el año 2019, bueno, prácticamente 2020, a enero y febrero, estuve todavía en quirófano; sí, en quirófano. Pero en marzo tuve una junta con la jefa de enfermería y, en marzo del 2020, tuve una junta y me comentó, me planteó la opción de ayudarlo en el plan administrativo en una coordinación [lugar]. A partir de ahí, bueno, lo que fue marzo y abril prácticamente nos dedicamos a hacer investigación, obviamente para lo que había reportado o lo que había publicado obviamente en el plano covid, con la enfermedad, las medidas obviamente de seguridad que se podían o se iban a implementar debido a que, bueno, todo esto está dentro del contexto y nos dedicamos principalmente a eso, a establecer protocolos sobre la protección personal que utilizaba el personal.

Bueno, a partir de ahí, en más o menos lo que fue abril, empezamos a oír en el comunicado que ya estaba la enfermedad en México, ya se habían publicado casos en México y, a partir de mayo, pues obviamente los primeros días ya se implementó el protocolo de protección personal, que fue el que se realizó en mi centro de trabajo. A partir de marzo, en la primera capacitación, si bien no me equivocó fue el 19 de marzo, empezamos a capacitar al personal tanto de enfermería como médicos y todo el personal que iba llegando precisamente para la asignación a este, aho-

ra sí, a este servicio que lo que fue convocado y obviamente seleccionado tanto personal médico como de enfermería; lo dedicamos a capacitar en cuanto a medidas de protección, en cuanto a enterarlos cómo estaba esta enfermedad.

Las medidas de transmisión y obviamente las medidas de protección, a final de cuentas toda esa parte de la capacitación, bueno, creo que fue una fortaleza muy importante en el [lugar] debido a que el personal no entró a ciegas, entró informado precisamente de cómo se transmitía obviamente esta enfermedad y, a final de cuentas, el equipo de protección personal que se brindó al personal fue de la más alta calidad conseguido en ese momento, porque lo digo, porque obviamente quisiéramos haber empezado con los famosos respiradores 3M; mas, sin embargo, bueno, teníamos los certificados en la Secretaría de Salud y obviamente a la mejor eso causó un poquito, digo un poquito, porque al final de cuentas se explicó todo eso, el personal a lo mejor un poquito de molestia en cuanto al uso de respiradores KN95 en lugar de los..., de los respiradores 3M, que obviamente eran los cómo..., que es lo más ideal.

Empezando por ese punto, el equipo de protección personal nunca tuvo un desabasto, nunca hubo un no, un no al personal para dotarlo de equipo; al contrario, todavía en los pasillos hay cajas de overoles, cajas de batas porque, pues, porque se hizo una requisición calculando la capacidad hospitalaria, calculando obviamente los turnos de cambio, calculando todo eso, pues, obviamente, solicitamos miles de equipos de protección personal, por eso todavía están ahí las cajas, porque, la verdad, sí solicitamos pensando en que el hospital se iba a llenar; afortunadamente hubo una capacidad suficiente en cuanto a capacidad tanto de personal como de camas. Estuvimos muy al límite, la verdad. Estuvimos a punto de declarar el hospital 100% lleno; mas, sin embargo, bueno, siempre estábamos al límite, desgraciadamente, por las defunciones que obviamente había. Entonces por aquí entraban cinco, por aquí se iban también la misma cantidad, ¿no? Entonces ese fue un plano a nivel pues general, muy sentido, a cada rato, en las fechas más pesadas que

fue junio, julio y agosto. Prácticamente todos los días se anunciaba códigos naranjas, que en aquel entonces eran códigos naranjas.

El código, el famoso código naranja, a planta baja, ¿no? Que obviamente ya sabíamos para dónde iba, pues obviamente, desgraciadamente, entonces era un voceo de códigos naranja. Yo creo que al día en esas fechas superpesadas era como de 15 códigos naranjas diarios; entonces, pues, a partir de ahí obviamente en el personal, bueno, afortunadamente, yo siempre lo he dicho, afortunadamente, esa capacitación que se dio al principio desde marzo-abril, continuando a mayo, pues fue una fortaleza para nuestro centro de trabajo, debido a que el personal nunca tuvo desconocimiento del método de transmisión. Obviamente con todo el equipo necesario, siempre y cuando obviamente acataran protocolos tanto de entrada como de salida para evitar infecciones. Fuimos el único hospital que aguantó prácticamente sin contagios hasta junio reportados. Del personal de primer contacto hasta junio que obviamente ya fue cuando se empezaron a contagiar por otros medios; pero, al menos dentro del hospital, se brindó toda la protección.

Ahora, pasando a toda esta breve introducción, bueno, la experiencia personal precisamente, debido al cargo que en ese momento tenía un servidor de capacitar al personal de enfermería, bueno, tuve que entrar, de hecho prácticamente el único personal administrativo de enfermería que entraba, aparte de la supervisora diaria, pues era un servidor y, de esa manera, bueno, establecíamos la comunicación con el, ahora sí, la parte operativa y la parte de supervisión con la parte, en este caso, directiva, con la dirección obviamente administrativa, en este caso el director de hospital, los subdirectores y obviamente de la jefatura de enfermería. Por medio de un servidor, bueno, ya hacíamos ver las condiciones que obviamente tenía el personal dentro con los pacientes. Me refiero al personal de enfermería; específicamente, el personal médico; bueno, obviamente entraba a hacer su trabajo, tenemos la evidencia que el personal médico entraba aproximadamente por jornada solamente dos horas o tres máximo; de ahí el personal de enfermería en el que es-

taba prácticamente las ocho horas; bueno, las 24 horas continuas, con sus relevos correspondientes a siete u ocho horas.

En el turno nocturno hacíamos relevos de seis, siete horas, obviamente para que el personal no estuviera toda la jornada nocturna. Pero de esa manera, bueno, estamos haciéndola, ahora sí, la comunicación a la supervisión dentro de las áreas, en este caso covid. Todo el área de quirúrgica se dispuso para área covid, que era una área rehabilitada recientemente; pero se tomó esa opción como no había pacientes o todavía el área no se estrenaba, por decirlo así, para quirúrgica, bueno, se agarró para covid y, bueno, pues obviamente el estar en contacto dentro del área y todavía con el personal y todavía con los personal con los pacientes, pues sí, al final de cuentas tuvimos ciertos eventos, que de hecho todos los días a cada hora por decirlo así, obviamente en los meses más pesados, el personal de enfermería, bueno, tenía contacto con personas que venían demasiado graves, insuficientes completamente, sin saturación de oxígeno y la urgencia de tener que intubarlos sí ofrecía demasiada presión al personal; y lo digo a nombre del personal de enfermería.

Nuestra fortaleza en el hospital fue la capacitación previa que tuvimos; obviamente, una capacitación extensiva a todo el personal dentro de sus horarios laborales. Antes de que tuviéramos los primeros pacientes aquí en el hospital, se les capacitó, se les brindó la oportunidad de ensayar con el equipo de protección personal, porque también esa era una parte angustiante para el personal, el poder estar con equipo de protección personal actuando como personal de salud. Obviamente con los pacientes e interactuar con los pacientes y todavía revisar sus procedimientos con todo el equipo, ¿no? Entonces, parte de nuestra capacitación era un taller en el que se le brindaba todo el equipo de protección al personal y lo ensayaban, y lo ensayaba con el fin de que no tuviera miedo a la hora de utilizar, o que le costara menos trabajo, obviamente para entrar a las tareas. Y yo creo que esa manera de capacitación que tuvimos al principio fue una fortaleza bastante grande para nuestro personal.

De ahí obviamente que, después de haber ensayado 12 meses, me refiero a meses ya con agosto, septiembre, octubre, el personal de enfermería, hablo por el personal de enfermería específicamente, ya entraba con una habilidad para colocarse el equipo de protección personal, para quitárselo, obviamente bastante grande; o sea, entraba y salía prácticamente como un traje de quirófano nada más, ya no era la misma angustia. De hecho, al final de cuentas la capacitación sirvió para eso, para disminuir ese tecnicismo de cómo portar el uniforme y el equipo de protección personal y, además, cómo actuar con él. Yo creo que todo eso fue lo que nos ayudó bastante. Y de ahí, en la parte de atención directamente, el personal de enfermería siempre haciendo conciencia; bueno, el enfermo va a venir deteriorado porque obviamente a nadie se le va, o nadie tiene un tanque de oxígeno en sus casas para estar como que viendo si me voy a enfermar o no, y que al final de cuentas, bueno, cómo voy a llegar al hospital si me enfermo. Entonces de esa manera también se le comentaba al personal: “Bueno, vamos a hacer todo lo posible”; obviamente todo el recurso lo teníamos.

De hecho, toda la parte de material para intubación lo teníamos: equipo, material, lo teníamos. A los pacientes una vez diagnosticados, obviamente una vez observada la insuficiencia de primera opción, era obviamente el procedimiento de intubación endotraqueal para asistirlos, ayudarlos; pero, desgraciadamente, debido a las condiciones deterioradas que traían prácticamente todos en acidosis, bueno, se les brindaba la atención, y de eso se hablaba mucho con el personal de enfermería. Bueno, nosotros hacíamos o teníamos todo el equipo necesario para ayudarlos, se les ayudaba; y, en caso de que continuaran con sobrevida posterior a la intubación horas o días, pues también brindarles toda la atención posible. De ahí, bueno, pues mi experiencia a fin de cuentas fue checar todo eso: equipo, material, que estuviera lo más surtido posible toda el área, que el equipo de protección personal también.

Las supervisoras se dedicaban a capacitar lo más posible al personal nuevo que teníamos precisamente por eso, y de igual manera esta-

mos todos conscientes que el personal de enfermería, la mayoría era nuevo; su juventud nos impulsaba obviamente en todo esto de que eran un poquito más resistentes.

A la mejor al virus, si se enfermaban, no tenían muchos síntomas. Regresaban obviamente a la semana. La mayoría del personal que se contagió regresaba en la semana y, obviamente, prácticamente sin limitación de la capacidad pulmonar. Los adultos mayores como uno sí se enfermaban; obviamente sí me enfermé, ya hasta junio; pues, sí, regresé. Yo tuve como un mes de incapacitado, porque la verdad sí tuve un poco de insuficiencia. Pero de ahí en fuera regresamos, obviamente, y seguimos ayudando en este plano. Nuestra mayor preocupación fue que el personal de enfermería y obviamente el personal médico tuviera todo lo necesario precisamente para brindar este cuidado en el hospital.

Pues sí sentí angustia más que nada dentro de las áreas en cuanto a la gravedad de los pacientes cuando llegaban, porque el paciente venía completamente insuficiente, no podía respirar y, obviamente, el tratar de ayudarlo a ese paciente pues sí implicaba demasiado estrés, la verdad; no solamente en uno que, obviamente, solamente iba como que a medio hacer funciones administrativas y supervisar. Más a mis compañeras que, obviamente, trataban de hacer lo medianamente posible, obviamente los médicos asignados tenían el equipo precisamente para este tipo de procedimientos complicados que después se presentaban; se intentaba de primera instancia, de segunda instancia y obviamente nunca se dejó de hacer nada por el paciente. Obviamente que todo eso en el personal de salud generó esa angustia, estrés. Porque sí, al final de cuentas, intentábamos salvar nuestra, pues en este caso, nuestras funciones a favor del paciente. Pero no fue en realidad, no ha sido una experiencia traumatizante, quisiera decirlo; o sea, al final de cuentas sabíamos que sí, efectivamente, los pacientes iban a llegar graves y no era por negárselo, sino simplemente por aceptar la realidad. Muchos de esos pacientes estaban demasiado graves, se iba a hacer todo lo posible, de hecho, se hizo todo lo posible, pero desgraciadamente por esas condiciones, y apar-

te a sus enfermedades de base que ya traían, pues se complicaban demasiado los pacientes.

Pero, de hecho, el correr, el ir por una cosa, ir por el otro, sacar un carro rojo de un lado, meterlo del otro, y así sucesivamente, pues sí, eran prácticamente tarea de todos los días en todos los turnos. Y obviamente en toda la parte de las áreas que obviamente involucraban covid, no solamente en el área de contención que era el primer nivel, sino también en el área de internamiento que había en medicina interna y en la unidad de cuidados intensivos. Pero sí, esa angustia, la verdad, a la mejor posterior a esos eventos, bueno, salías, y hablo otra vez por parte del personal de enfermería, era de que salías supercansadísimo, eso sí, tanto por la angustia como por el estrés, y todavía por la utilización del equipo de protección personal, que obviamente, en algunas ocasiones, sí contábamos con el aire acondicionado, pero el estar dando vueltas y todo eso aumentaba la temperatura corporal. Entonces, a lo primero que salías era prácticamente a quitarte el equipo de protección personal, porque pues por todas las carreras que se realizaban dentro del área, y pues básicamente esa es, pues, toda la experiencia que tuvimos; bueno, que tuve o que tuvimos por parte del personal de enfermería.

NARRATIVA 17

Soy psicóloga y pedagoga. En la institución donde trabajo mis funciones, pues, realmente son administrativas, y mis funciones continuaron de esa manera durante la pandemia, aunque, bueno, por mi edad y mi tipo de contratación, yo durante los primeros ocho meses, me parece, tenía una jornada de trabajo especial. Venía una semana al hospital y una semana estaba fuera. Tenía esta jornada alterna. Conmigo había dos asistentes del área de nutrición para hacer como las funciones operativas de pasar a visitar en piso. No atendimos pacientes de covid, o sea, solo los pacientes que estaban en el piso de ginecología y obstetricia; y la verdad es que durante este tiempo la atención de las pacientes de gine-

cobstetricia se disminuyó mucho, solo se atendían únicamente en el hospital pacientes muy complicadas; entonces disminuyó mucho la atención de pacientes.

La comunidad judía de México nos ofreció a los miembros de la asociación a la que pertenezco, que ellos estaban haciendo donativos de equipos de protección personal para que los hospitales que dieran atención a pacientes covid y, bueno, pues yo pregunté a los directivos de ese momento si considerarían pertinente que tuviéramos. Esto fue en marzo del 2020. En ese momento, pues, todavía no había una gran cantidad de pacientes, no había una gran disponibilidad de equipo de protección personal. Eso era así como que la percepción, aunque sí, después se fue eso regularizando. Pues, bueno, me dieron el visto bueno, yo hice la gestión. Esta gestión era de alguna manera como a nivel personal. Esta asociación civil solicitaba que hubiera alguien que hiciera las solicitudes y enviara una lista del personal que daba atención directa a pacientes de covid. Entonces yo cumplí con todos los requisitos, hicimos todas las listas y enviamos la solicitud. La solicitud tarda unos meses en llegar, creo que por aquí estaba revisando los expedientes, creo que llegó en abril o mayo, por ahí, y sí nos dieron una gran cantidad de estos equipos de protección.

Estaba dividido, eran como paquetitos, eran bolsas, y unos eran para el personal de limpieza, que también no se estaba considerando tanto como este personal, y otros eran para enfermería, y otro como para médicos. Y variaba el contenido de los kits, eran unos kits. Entonces, pues, bueno, yo la verdad es que sí me apliqué, como que sentí que esa era como una función que yo podía hacer, de apoyar al hospital y a mis compañeros en esta situación, pues, de crisis, y esta cuestión que era tan desconocida. Y total que recibimos estos equipos, y había que recibirlos personalmente, como les decía; o sea, llegaron las cajas a mi casa.

Eran un montón de cajas, la verdad mis vecinos fueron muy solidarios. Tenía una vecina que tenía un departamento desocupado y ahí se recibió estas cajas. Había que contarlos, o sea, hacer como todo un proceso para la recepción, y la asociación nos pedía que tomáramos fo-

tos cuando se entregaban. Nos pidieron como algunas cuestiones así, de grabar un video en el hospital diciendo que se había recibido, cuándo se había recibido. Ellos, su solicitud de comprobar era con fotos, no pidieron algo más. Entonces, pues, bueno, ya nos vamos a la tarea de empezar a repartir los equipos. Yo también un poco previendo alguna cosa, hice algunas listas para que se registraran ahí como los datos generales, como para mantener el orden.

Y pues se suscitaron varias situaciones, complejas, porque sí había algo de incertidumbre. Y los equipos venían digamos que etiquetados para las personas que a mí me habían dado las listas los jefes que entraban. Yo se las tenía que entregar a esas personas, y como no eran todos, todas las personas de repente o así como un motín de que había que, o sea, que los que no recibían del equipo pues ya decían que no iban a entrar. Entonces esto fue una situación difícil para manejar, porque los directivos estaban muy molestos, o sea de qué se organizó esta cuestión, pues también causó inconformidad entre algunos compañeros médicos, enfermeras, o inclusive con el personal de limpieza, y eso tuvo que irse sobrellevando, y estarse haciendo como que es muy transparente entre clarificar toda esta cuestión.

Pues, posteriormente a eso, bueno, en el inter, en la universidad se organizaron para hacer una colecta y apoyar también a los hospitales. Y yo les comenté como que hay esta asociación, nos está haciendo donativos; entonces nos contactamos. Hicieron el donativo y se envió a la asociación. No me acuerdo si se pagaron como 40 donativos de este tipo y ellos nos enviaron como 100 o 150 kits, y fue algo que fue como muy productivo. Pero en ese inter, pues resulta que hubo una fiesta covid y hubo en redes sociales; en Facebook se subió esta cuestión que había, pues habían reunido personal de salud personal de enfermería y eso, hacer una fiesta, y usando como trajes estos trajes, este equipo de protección. Entonces pues esto fue así como ¡ay!, un shock, porque pues había que responder. Bueno, yo me sentí con la obligación de responder o avisar a la asociación que había sucedido esta situación. No había se-

guridad de si los trajes habían sido sustraídos o habían sido parte de este donativo que se entregaba de manera personal, y fue pues, sí fue así como una cuestión de sorpresa. Además de que el hospital tuvo que tomar cartas en el asunto, y hubo, estaba, este archivo en donde había las personas que habían recibido los trajes.

Hubo un proceso legal y estas personas que se pudieron identificar pues fueron despedidas. Y esta cuestión, pues, bueno, no sé yo, pensando ahora, pues pudo haber obedecido a varias situaciones, pues todo este estrés no hablado, de tener pues esperanza de poder además de sobrellevar esta carga emocional tan fuerte, porque en realidad yo, algunas personas a las que me pude acercar, que estaban dando atención a las áreas de terapia intensiva, pues sus narraciones eran muy dramáticas en relación a lo que les sucedía, personalmente, al enfrentar esta cuestión de una cantidad de muertes no vistas antes. Entonces sí había quien decía que era así como ok, ya me voy a vestir, voy a hacer todo porque me toca entrar al infierno; o sea, porque ahí se muere la gente. Y estas eran, pues, charlas en el pasillo, cuando había oportunidad de tener un ratito para platicar. Pues hubo a quien le afectó de manera muy importante. Yo creo que fue un momento para conocer, así como todas las dimensiones de la naturaleza humana, y la verdad es que, pues, hubo de todo. Yo sí recuerdo ver doctores tan entregados y con una energía muy grande para hacer como todo su trabajo de capacitación.

Alguna vez me tocó también presenciarlo, aunque ya no entré a las áreas covid, pero, pues, sí, para mí hubo de todo. Cosas que llamaron profundamente mi atención, como esta entrega tan grande, pues esta energía, y esto de ir para delante del personal, de muchísimo personal, y como también que tenía que sobreponerse a su estado emocional tan afectado para poder seguir dando el servicio. Y, bueno, pues esta experiencia en lo personal para mí, sobre la cuestión de los donativos y todo eso, pues sí fue impresionante, porque yo no me esperaba esta cuestión de, pues, que iba a suscitar, quizás estos otros problemas que derivaron en problemas legales, y que desafortunadamente pues no sé en esta viven-

cia, pues, gente también valiosa, con muchos años de experiencia, perdió su trabajo por esta cuestión administrativa, y de las cuestiones de los contratos; y como pues también nuestra participación tiene que ver con las cuestiones laborales éticas, y pues de representación de nuestras profesiones. Entonces esa para mí fue una gran experiencia, la verdad es que sí siguió habiendo mucho apoyo, también por parte de la sociedad. Cuando supimos esta cuestión de las fiestas, y justo creo que el día que se entregó el cheque de la universidad, pues salió la noticia; entonces yo así también me sentía con un gran compromiso, por la responsabilidad de cómo se estaba usando el dinero.

Bien, bueno, pues esta otra experiencia de entregar estos equipos y que la gente también mencionara que, pues era muy bueno sentirse reconocido, recibir algo como algo tangible, como una expresión hacia el reconocimiento de sus funciones. Entonces fue como todo, es algo como que yo, después de haber pasado el tiempo, son las cosas que yo puedo recordar. También cuando se hizo el donativo, se dio equipo a los psicólogos que estaban en el hospital, porque ellos no estaban contemplados en estos grupos. Entonces pues había un grupo de psicólogos que estuvieron trabajando aquí en el hospital para apoyar a los pacientes, también tratando de hacer algún trabajo con el personal. No siempre hubo el espacio ni los medios para acompañamiento o esta contención emocional, sobre todo, pues, a los trabajadores, médicos, enfermeras, demás tipo de trabajo.

Nos invitaron a este grupo de psicólogos que estaban ahí a participar en un diagnóstico del clima organizacional, y esto fue como en septiembre del año 2020, y se incluyó. Hicimos una encuesta pequeñita en la que se utilizó una escala de valoración de la ansiedad de Hamilton, y un test de frases incompletas para hablar sobre esto, y la verdad es que sí había manifestaciones. Fue una muestra pequeña. El objetivo era buscar, o sea, poder abonar a conocer cuál era el clima organizacional, y sí, pues, hubo, pues de la muestra, no tengo como los números totales, pero sí era algo significativo, quienes salieron con ansiedad severa. Pues en-

tre las narrativas de las frases incompletas había algunas cosas relacionadas con la falta de reconocimiento a la labor por parte de los altos directivos. Entonces, pues, la verdad es que sí, los elementos de salud mental, o sea, no es algo que se tiene en cuenta siempre dentro de las áreas de la salud, es algo que yo creo que sí podría mejorarse y tendría que haber una mayor incidencia, y pues ya después de este tiempo, pues, poder recuperar las narrativas y recordar; yo creo que es importante.

No sé, siento que reconociendo las diferencias en la formación de personal de la salud, su entrenamiento les permite enfrentar esta situación. Es que para quienes somos extraños no son tan fáciles, pero bueno, siempre hay este componente emocional y afectivo que, pues, a veces se pasa por alto, y pues sí está afectando ahí. Eso es, pues, lo que yo recupero, y como lo que les puedo compartir de mi vivencia.

NARRATIVA 18

Durante la pandemia se abrió la oportunidad de ir a trabajar a otro estado. Accedí puesto que yo quería vivir esa experiencia y no lo había hecho, ya que vivía con mis padres y de cierta manera mi temor era llegar a infectarlos. Así que cuando tuve la oportunidad de irme no lo dudé. Hablé con mis padres, pero no les conté que mi trabajo sería exclusivo pacientes covid.

El primer día en el servicio, una enfermera me explicó cómo utilizar el equipo de protección personal (que era algo completamente nuevo para mí). El hospital nos proporcionaba el equipo (goggles, careta, un gorro quirúrgico, dos pares de botas quirúrgicas, un overol, una bata quirúrgica, un par de guantes estériles, un par de guantes quirúrgicos dos cubrebocas, un tríceps y unos KN95). Primer día en servicio y con el EPP puesto, sentí que me ahogaba. En ese momento llegaron pensamientos de “Qué hago aquí”. Al ver a la gran mayoría de pacientes entusiasmados y saber que eres responsable de ellos, daba mucho que pensar. Enfrentarse a algo completamente nuevo, y te das cuenta que son cosas

que no se comparan con lo que en la escuela aprendiste, la práctica es diferente, muchas de las veces no cuentas con el material necesario.

Me asignaron cinco pacientes, dos graves. En ese momento quería llorar de impotencia, no sabía cómo manejarlo. Le dije a una compañera que me explicara y en eso me escuchó el encargado del servicio y dijo: “¡Cómo!, ¿nunca has estado con pacientes covid?” Mi respuesta fue: “No”. Hizo sus ojos y dijo: “Entonces hoy serás de chocolate”, y me quitaron mis pacientes.

Nadie me decía nada, me sentí mal por no conocer. Recuerdo que una compañera me habló y me dijo: “Amiga, no te preocupes, todos comenzamos así. Aquí aprendemos”, y fue quien me enseñó a montar la hoja de enfermería y conocer el área.

A falta de trabajo en equipo y compañerismo, en una ocasión nos dejaron 12 horas con los pacientes. Fue horrible tener que estar con el EPP sin poder salir al baño, tomar agua o simplemente sentir esa sensación de ahogo. Recuerdo que esa ocasión nos tocó un overol de plástico y sudaba demasiado, solo sentía un calor frío en todo el cuerpo. Cuando salí de servicio, todo el personal salió empapado en sudor.

Se escuchaban comentarios de los familiares de los pacientes sobre que el personal de salud, estaba matando a los pacientes, que les sacaban el líquido de las rodillas para venderlo. Comentarios tontos, pues desconocían realmente la situación que se vivía dentro, en la que vives un montón de emociones, en donde en la sala tienes que acompañar al paciente hasta su último respiro.

Qué cansado es cuando, después de tu jornada laboral, te piden que te quedes a otro turno extra porque hace falta personal, o cuando, aunque carezca de personal en área covid, el personal de base no quiera integrarse solo por el hecho de ser de base.

ANÓNIMO

NARRATIVAS BRASILEÑAS¹

NARRATIVA 19

Al principio de la covid-19 trabajaba en la unidad de Accidente Vascular Cerebral, donde los pacientes tenían acceso para entrar sin hacer pruebas; además, no teníamos suficientes EPI (equipos de protección individual), que en varias ocasiones compré para ponérmelos y no llevarme la enfermedad a casa. Mi caso es que tuve dos acercamientos desde la mañana hasta la noche lidiando con lo desconocido. Muchas veces, después de una intubación de un paciente que había llegado con un derrame cerebral (AVC), al día siguiente sabíamos que el paciente estaba positivo para covid.

Teníamos amigos que ya estaban de licencia por la enfermedad. Y en nuestro caso esperábamos si tuviéramos algún dolor, agresividad por haber realizado varios tests con hisopos hasta recibir los resultados. Estuve aislada en un hotel con una amiga. Fueron más de 16 pruebas. Y muchas familias que desconocían la enfermedad nos decían: “Les pago tu sueldo”. Mucha agresión sufrida, muchos llantos. Vivo con mi madre anciana, que igual ha sufrido conmigo debido a tantas presiones, pérdida de varios amigos, que extrañamos hasta la fecha. Y, a causa de todo eso, sufrí un ictus isquémico. Me quedaron secuelas que trato con medicación hasta el día de hoy. Tuve que jubilarme de un trabajo a petición del médico y solo lo conseguí en ese momento porque había presentado la demanda durante 2 años, porque, en el momento que me jubilé, por lo menos las jubilaciones estaban siendo autorizadas por el gobierno.

ANÓNIMO

1 Todas las narrativas brasileñas fueron traducidas del portugués por Marcia Tscherkas.

NARRATIVA 20

Hemos sufrido incontables tipos de violencia: emocional, mental y moral. La covid-19 nos ha puesto en una situación de gran exposición. La gente también utilizó la pandemia como una forma de desatar la agresividad. Abandono de tratamientos, demandas de atención y resoluciones que solo correspondían a los profesionales de enfermería. Estábamos muy angustiados por la pandemia y teníamos que actuar, amparar y resolver todos los problemas. Pero también se utilizó la pandemia para anular el compromiso personal de los pacientes, así como un aumento de la violencia y de la falta de respeto. Cito dos hechos: paciente gritando que debíamos obedecerle; paciente con charla de que en su pueblo todo se solucionaba en el “fusil” si no hacía lo que él quería.

ANÓNIMO

NARRATIVA 21

Trabajaba en [lugar de trabajo-Unidad Básica de Salud] y contar una sola historia es imposible. Fueron quizás los tiempos más difíciles que he vivido. Todo nuevo, una nueva enfermedad que cambiaba nuestro comportamiento, nuestra rutina, nuestra experiencia, todo. En fin, atendíamos una media de 600 personas al día, de todo, además de los enfermos respiratorios, los accidentes, traumas y cosas banales. Perdimos compañeros de trabajo. Lo que más duele: recordar a personas llenas de vida que se entregaban a su trabajo y fueron consumidas por este maldito virus. El desgaste emocional de ver la clínica médica sin citas y a los pacientes sin asistencia.

El [lugar de trabajo] se convirtió en un hospital de campaña, podemos decirlo así. Tuve muchos pacientes que fueron intubados e incluso dados de alta, incluso por falta de vacante en el hospital, la asistencia de nuestro equipo. Trabajamos duro e intensamente. Al cabo de más o me-

nos un año y medio de toda esta locura, decidieron asignar a una empresa externa para nuestra unidad. Tuvimos que ir a donde nos pidieran, sin más remedio. Creo que fue una violencia muy grande con todos los empleados de [lugar de trabajo]. Lamentablemente, no respetaron a los profesionales de esta unidad.

ANÓNIMO

NARRATIVA 22

Vivo en un condominio residencial y mis vecinos saben que soy profesional de la salud y cuando me veían en algún lado, pasaban (lejos).

Toco el piano en un lugar público. En la pandemia, por supuesto, estaba cerrado. Aun así, teníamos que hacer mantenimiento en el instrumento, por relevos. Una vez a la semana, una persona tendría que ir, pero yo, siendo un profesional de la salud, estuve excluida.

Mi mayor sufrimiento en la pandemia fue que mi padre estuvo internado y no fue posible visitarlo en el hospital, aunque supiera de las reglas y los motivos para no verlo. Eso es un hecho que mi mente no lo acepta hasta hoy, pues mi padre murió después de 41 días de hospitalización.

En el ámbito laboral trabajamos sin parar durante la pandemia. Aconsejábamos a los acompañantes que ellos no podrían entrar a consultas y exámenes, por protección, principalmente porque trabajaba con mujeres embarazadas. Asimismo, los padres no lo aceptaban, algunos gritaban o maldecían.

Trabajamos sin parar. En un principio la vacuna no fue dada a los empleados en mi lugar de trabajo y todavía atendíamos a embarazadas con covid positivo que no nos decían la verdad.

En covid aprendimos a tener empatía y respeto para ayudar más a los demás.

ANÓNIMO

NARRATIVA 23

Estaba trabajando en el sector de acogida. Llegó una madre con un niño en brazos con tos y fiebre, solicitando atención; sin embargo, había muchos niños. Los padres que vivían en la comunidad llegaron intimidándome, que no se iban de ahí con el niño enfermo. El niño sin fiebre, el médico nervioso; los padres peleaban y me amenazaban diciéndome: “Si mi hijo se muere, vuelvo y te mato”. Yo me quedé paralizado queriendo ayudar, pero tengo un límite.

Llega un paciente a recibir la vacuna del covid, un indigente, y yo estaba con la medicación cuando, de repente, la enfermera sale gritando por auxilio [nombre]. La persona estaba sentada y se cayó convulsionando. Fue aterrador, pues no sabíamos nada de él; qué bueno que fue antes de la vacuna, si no la vacuna iba a ser la culpada de la reacción convulsiva. La gente asustada, gritando, y atendíamos sin saber si estaba enfermo o no.

Una narrativa frecuente: me fui al mercado, y una persona que trabajaba en la carnicería me llamó por mi nombre y me dijo: “¿No trabajas?! ¿No hay trabajo?! ¡Tienes que atender a la población!” Estaba avergonzada, me sentí amenazada, todos me miraban, alimentados por la ira. ¡Gente! Qué situación tan triste. Pandemia, miedo, falta de atendimento.

ANÓNIMO

NARRATIVA 24

Estaba en un supermercado. Cuando llegué a la caja, una mujer (empleada) se me acercó: “Trabaja usted en salud, ¿verdad?” Respondí que sí. “Entonces no podrías estar aquí. ¿Trabajas en un lugar de riesgo y vienes a exponernos?”

Trabajando con pacientes psiquiátricos, me di cuenta de que el miedo se apoderaba de ellos y, en algunos casos, se aprovechaban. De-

jaban de acudir a la cita, pero luego nos agredían verbalmente, listos para pelear. Una tarde llegó un paciente diciendo: “Se acabó mi medicina, yo LA QUIERO AHORA”. El paciente quería demostrar que estaba en crisis; sin embargo, no quería pasar por la consulta médica. Hubo muchas palabrotas, insultos, gritos, ofensas. Situación muy difícil y de mucho miedo.

ANÓNIMO

NARRATIVA 25

Ante el escenario pandémico y un repentino cambio de cultura en el entorno laboral, tuvimos que adaptarnos a nuevas normativas, nuevos protocolos asistenciales, nueva carga de trabajo, pocos compañeros trabajando (debido a bajas por comorbilidad), algunos muriendo y otros enfermos. La falta de información y el miedo a lo desconocido. Tantos acontecimientos, tantos pacientes y atenciones que, al final del día, en el momento de la reflexión, paraba para relajarme y prepararme para el día siguiente. Fueron muchos los episodios en los que reflejé la falta de apoyo emocional de “todos”, en medio de un escenario inestable de la covid-19.

En el área odontológica sufrimos además de todos los escenarios de pandemia en el área de salud. Estuvimos totalmente expuestos porque la atención odontológica tiene que suceder y el paciente sin mascarilla generaba aerosol. En la anamnesis de la covid-19 no siempre decían la verdad. La exposición del asistente dental y del dentista fue intensa e inevitable. La generación de aerosol de alta rotación, la dispensa de la mascarilla en el momento de la atención por el paciente generó toda una inestabilidad emocional. La peor sensación es lidiar con el MIEDO.

Durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 se suspendió la atención odontológica primaria. Aquí en [el centro de trabajo] atendíamos a “todo el mundo” que llegaba con dolor, y en este lugar no atendíamos urgencias, pero los pacientes no lo entendían así, exigían

atención y la mayoría de las veces ignoraban los riesgos que teníamos de contraer la enfermedad. Lo que realmente me inquietaba era el desconocimiento de los pacientes de sus deberes y no solo de sus derechos; el desinterés por dar prioridad a la vacunación, la falta de preparación de algunas personas en relación con las pérdidas (muertes) y las diversas formas de contagio, la comparación para intensificar la presión psicológica de los pacientes, en relación con los profesionales más expuestos a la muerte.

ANÓNIMO

NARRATIVA 26

Llevaba varios años trabajando en el centro de salud pública municipal, hasta que un día... ¡Pandemia! ¡Viene la pandemia de covid-19! Una nueva situación donde el mundo entero sufrió. Como profesional de la salud estábamos todos muy expuestos y sin el menor conocimiento porque todo era nuevo.

En nuestra unidad de salud, además de tener que dar de alta a los pacientes con cita agendada por el alto riesgo que tendrían allí, también cumplimos de guardia y en este momento de la pandemia la cantidad de pacientes contagiados era muy alta. Muchas veces los pacientes que tenían citas agendadas no entendían y estaban muy molestos y, además de estar bajo mucha presión, padecíamos esta dificultad.

Durante el periodo de la pandemia, sobre todo al principio, no contábamos con los EPI (equipos de protección personal) para los profesionales. Como todo pasó de repente, la falta de materia prima, la búsqueda frenética de este equipo dificultaba aún más el trabajo.

Cuando llegaba el EPI era como si tuviéramos que elegir a quién dárselo, porque no había suficiente. Era doloroso ver a compañeros en primera línea, dándolo todo sin las mínimas condiciones. Miedo, miedo, miedo, todos los días moría gente delante de nosotros. Miedo a llevar

el virus a los familiares, miedo a no saber si mañana volvería a estar allí. Colegas que morían por el virus, pérdidas familiares, todo muy cerca de nosotros. Realmente se convirtió en un pánico total.

ANÓNIMO

NARRATIVA 27

De lo que me doy cuenta hoy, desde el momento en que experimentamos la pandemia, es que sufrimos una violencia psicológica muy grande que desencadenó muchas consecuencias. Miedo a lo desconocido, miedo a la muerte, miedo a transmitir la enfermedad. El distanciamiento social ha llevado a muchas personas a crisis familiares, desempleo, divorcio, depresión y dolor. Dolor por la pérdida de amigos, familiares, profesionales, compañeros de trabajo y agresión verbal. Creo que esta violencia en nuestra vida diaria incluye violencia psicológica, física y moral.

ANÓNIMO

NARRATIVA 28

Era un sábado por la tarde. Yo y un amigo del trabajo de atención domiciliaria, ese día en particular teníamos programado aplicar las vacunas de covid. Muchas vacunas, un sube y baja del coche, toca el portón, llama a la puerta, toca el timbre, llama por el nombre, hasta que alguien aparece y contesta. Llevábamos uniformes de servicio, identificación y vestidos con la inconfundible bata azul y mascarilla N95. Por cierto, es muy malo usarlo: el elástico lastima atrás de las orejas, así como el clip para ajustar la nariz y, cuando uno habla, no se escucha bien.

Ya era la tarde, pues ya había pasado el turno de la mañana y, bendito sea Dios, sin ninguna complicación en nuestras tareas. Muchos de los cuidadores y algunos pacientes nos daban las gracias de la mejor ma-

nera que podían o sabían, como: “Dios los bendiga; son ángeles de la guarda; ángeles de la tierra; Dios les pague; Dios los guarde”. Gracias con los ojos llenos de lágrimas, qué maravilloso combustible para continuar nuestro trabajo. Sin embargo, también había quienes nos evitaban; si podían, pasaban alcohol por donde poníamos las manos, los objetos e incluso a nosotros mismos. Y, en el penúltimo paciente, en un lugar y sitio de la ciudad considerado lujoso, nos dirigimos a la entrada del edificio, que nos autorizaba a entrar solo por el ascensor de servicio y también por la entrada de servicio del edificio. Hasta aquí todo bien. Entramos y, cuando llegamos al piso, nos recibió en el *hall* del ascensor un profesional de salud exigiéndonos que para entrar tendríamos que ponernos una gorra, cubrezapatos desechables, lavarnos las manos en el lugar indicado, vestirnos de nuevo y, luego, usar su alcohol en gel. Rápidamente nos miramos e hicimos lo que se nos pedía. Entramos en el lugar indicado, paciente postcovid, tratando secuelas; se nos indicó que no pusiéramos nuestros objetos en lugares no demarcados.

Hicimos nuestro trabajo y lo cumplimos y nos deshicimos de las vestimentas en el lugar designado. No fuimos bien recibidos en absoluto, excepto a la salida: una disculpa por el profesional de salud contratado, diciendo que estas reglas eran reglas de familia.

Después de siete días, al pasar por esta famosa avenida, salía del consultorio del cardiólogo, y vi al paciente caminando por la calle, sin mascarilla y con un acompañante sin mascarilla. Fue doloroso, pero recordé a los otros que nos bendijeron y abrazaron sin abrazarnos. Eso me motivó a continuar y a hacer siempre lo correcto.

ANÓNIMO

NARRATIVA 29

Un día más de guardia viviendo la covid-19 y ¡gloria!, ¡había llegado la vacuna! Los profesionales de la salud fuimos los primeros en vacunarnos

y luego los ancianos por edad. En mi área hicimos varios equipos para vacunar a nuestros pacientes. Mi compañera y yo salimos por la mañana con EPP (equipo de protección personal) y una lista de pacientes a vacunar, todo organizado por la enfermera encargada en ese momento. Vacunas debidamente conservadas a la temperatura ideal. Llevábamos esperanza, vida, eso lo escuchábamos mucho, aunque en muchos hogares también nos enfrentábamos a la vergüenza, principalmente por parte de los familiares. Los conserjes de los edificios nos llevaban al ascensor de servicio, era la orden del condominio. Eso me destrozaba, pues dejaba una residencia con elogios y en la otra nos recibían con desagrado. Recuerdo que fuimos a un departamento donde la hija del paciente nos hizo quitarnos los zapatos y nos dio unos cubrezapatos desechables para ponernos. Eso generó una revuelta y tanto; mas, para evitar conflictos, lo hicimos. Otra ni siquiera nos dejó entrar. Colocó una silla fuera del piso y se vacunó al paciente allí mismo, en la puerta. Vimos las diferencias en las personas que recibían al equipo que estábamos allí llevando esperanza a todos sin diferenciar la razón socioeconómica. Pero puedo confirmar con toda razón que la clase social más favorecida fue la que más nos molestó.

ANÓNIMO

NARRATIVA 30

Era marzo de 2020 cuando se declaró la situación de pandemia en Brasil. Al principio, los profesionales de la salud creíamos que sería por dos meses nada más. Pero después de más de dos años, aquí seguimos en pandemia. Trabajo en una UBS (Unidad Básica de Salud) donde el acceso fue restringido y toda la escala fue cambiada. La entrada a la unidad se hacía por un profesional que se turnaba diariamente. Allí se oía de todo: “¡Son todos unos vagos, no sirven para trabajar! ¡Esta unidad también es nuestra! ¡Yo soy el que paga tu sueldo! ¡Otras enfermedades también ma-

tan! ¡No me va a atender nada más porque no estoy usando una mascarilla? ¡No me va a atender porque no he traído un documento?”

Las tensiones aumentaron cuando los compañeros de trabajo pedían incapacidad por el sobrecargo del trabajo para el que estaban realizando. En una visita a un paciente encamado, los vacunábamos siempre entre dos empleados.

En un edificio donde vivía una familia con una situación económica más afortunada, al entrar al ascensor con las hieleras que contenían las vacunas, otro residente que estaba en el ascensor dijo: “¿Es la vacuna? ¡Cuidado! ¡Creo que los voy a robar!” En ese momento recordé otra ocasión vivida por otros compañeros, creo que fue en el 2016. Durante una epidemia de fiebre amarilla, los profesionales fueron asaltados literalmente, con la imposición de un arma. Solo podía pensar: “Aquí estoy trabajando, también tengo familia y solo quiero irme a casa en paz”.

Al principio de la pandemia, la situación era muy, muy mala. La información cambiaba continuamente, las noticias informaban de muertes y más muertes, y los profesionales del área de la salud, especialmente las enfermeras, éramos bombardeados con mucha violencia verbal y gestual. Un día en la UBS, con una fila enorme para acudir a la sala de vacunación, un padre llegó a decirme: “Tú no sabes quién soy yo, dónde vivo y a qué me dedico. Voy a volver aquí armado y ya verás”. En ese momento solo pensaba en mi hijo de siete años, que quería vivir y cuidar de él. Las reglas de qué grupo de edad sería vacunado no estaban estipuladas por nosotros, que estábamos dando la atención, pero fue en nosotros en quienes se reflejó. Hoy, después de más de dos años de pandemia, todavía me pregunto cuándo acabará. De hecho, lo que pienso cada día es que estoy aquí para hacer lo mejor por el paciente, ya sea en la UBS, en casa o por teléfono. Y eso me basta por ahora.

ANÓNIMO

NARRATIVA 31

Hoy les traigo mi relato como profesional de salud, así como mis vivencias durante la covid 19. Soy técnica de enfermería desde hace 16 años y actualmente trabajo en [lugar de trabajo]. Mientras veía cómo todo cerraba sus puertas, nosotros salíamos todos los días de casa y yo dejaba a mi hija, que en ese momento tenía siete años, con mi madre y mi abuela, que estaban en el grupo de riesgo. Confieso que tenía mucho miedo, pero mi profesión me exigía valor y lo hice.

En una visita domiciliaria, cuando mi equipo y yo llegamos a la casa, el cuidador nos recibió con mucha descortesía y miedo a la vez, temeroso de que le lleváramos el virus a su casa, y exigió que nos quitáramos los zapatos para entrar. Incluso hablando con él no había acuerdo, y notamos que la casa estaba sucia y en muy malas condiciones higiénicas.

Después de hablar mucho con el cuidador aceptó que entráramos con los zapatos, pero nos recibió muy mal y esto duró mucho tiempo, y en la siguiente visita nos recibieron con un cubrezapatos desechable y cloro en la puerta de la casa. Esta fue una de las experiencias que enfrentamos en la pandemia”.

ANÓNIMO

NARRATIVA 32

He actuado directamente con la aplicación de vacunas a pacientes encamados y confinados en sus casas. Debido a que empecé la vacunación en un momento de gran conmoción popular, miedo e inseguridad de toda la población, sufrí varias veces agresiones verbales e, incluso, en tono de amenazas por estar siguiendo las directrices de las normas de vigilancia epidemiológica en cuanto a la vacuna aplicada para cada grupo de edad y también debido al periodo de liberación de la vacuna para cada grupo. No

obstante, también hubo numerosos casos de agradecimiento por parte de pacientes y familiares por el servicio prestado. Otro hecho que se produjo en varias ocasiones fue el de grabar y desconfiar en relación a la correcta aplicación de las vacunas, lo que incomodó a los profesionales.

ANÓNIMO

NARRATIVA 33

Atendimos a un paciente de nueve años cuyo diagnóstico era síndrome neurológico de nacimiento. El niño estaba postrado en una cama de hospital en la habitación de su madre, junto a la cama de sus padres. Tenía traqueotomía y respiraba a través de un dispositivo de bipap, utilizando también GTT para la alimentación y la administración de medicamentos. Había sido atendido por [lugar de trabajo] durante algunos años y la familia se sentía acogida y atendida por todos los profesionales de [lugar de trabajo]. La madre y toda la familia se habían trasladado a otra ciudad para que el niño pudiera estar bien atendido en un lugar donde había buenos recursos y cuidados para él. Una mañana, cuando llegamos al domicilio del paciente, el padre nos preguntó si era nuestra primera cita del día, si habíamos estado antes en los domicilios de otros pacientes y qué precauciones tomábamos para no “llevar” el covid de un hogar a otro. También nos preguntó si llevábamos puesto todo el EPI, nos hizo limpiarnos los zapatos y los pies y pidió que su hijo fuera el primero en ser atendido ese día. Tras unas cuantas visitas al mismo paciente durante la pandemia, la madre nos pidió que dejáramos de hacerlo, ya que la familia temía que pudiéramos llevar y transmitir el covid-19 al paciente. Meses después, la madre del paciente contrajo el virus y ella misma se lo transmitió a su hijo, que enfermó y acabó falleciendo.

ANÓNIMO

NARRATIVA 34

Durante una visita domiciliaria para la aplicación de la vacuna contra covid, la cuidadora y su hijo quisieron grabar el hecho con el celular. Les fue pedido que no filmaran mi rostro; sin embargo, se negaron completamente. Les dije que no haría el procedimiento si me grababan, hasta que accedió.

ANÓNIMO

NARRATIVA 35

En la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 varias veces fuimos a hacer visitas domiciliarias avisando que íbamos. Se nos impedía el paso en la puerta de la casa diciendo que no querían a nadie allí porque traeríamos la enfermedad a la familia, y también en las campañas de vacunación a domicilio se nos imponía, por parte del familiar, que nos quitáramos los zapatos para entrar en casa a realizar la vacunación de los pacientes encamados, y siempre dudando si realmente nos vacunábamos, por lo que siempre realizábamos las visitas en equipos de al menos dos personas para tener testigos. Y, cada vez que entramos al domicilio, íbamos equipados con batas desechables, mascarilla N-95, a veces gorros y goggles y siempre con un vehículo identificado con el nombre del servicio.

ANÓNIMO

NARRATIVA 36

Durante la pandemia causada por el virus Sars-Cov-2 nuestro trabajo de visitas domiciliarias se intensificó. Nos pidieron ayuda para vacunar a personas encamadas en sus casas, hubo algunos casos que los

familiares por miedo o pánico a la enfermedad tuvieron un comportamiento diferente al que ya estábamos acostumbrados.

Uno de estos casos, el de un hijo que nos trató con autoridad como si fuéramos sus empleados y nos exigió que nos quitáramos los zapatos para entrar; después de intentar negociar, nos permitió entrar con cubrezapatos desechables.

En otro caso, a la entrada del edificio nos identificamos y nos dejaron entrar por el ascensor de servicio. Cuando llegó el ascensor se bajaron dos señoras que no nos querían dejar subir, aconsejándonos que subiéramos por las escaleras (el paciente vivía en el décimo piso) porque el ascensor era solo para residentes.

Otro caso: en un condominio no se nos permitió entrar para realizar la medicación intravenosa, siendo que la filmación de la puerta muestra el profesional, el coche identificado por el departamento de salud y el brazo del conductor. La filmación fue expuesta en internet como una estafa, avergonzándonos. Esta filmación fue vista por un conocido en Rio de Janeiro y nos alertó.

ANÓNIMO

NARRATIVA 37

- Dificultad para entrar en el domicilio incluso utilizando EPI de protección.
- Episodios específicos de vacunación.
- Dudas sobre si realmente se estaba aplicando la vacuna covid-19, desconfianza para con el profesional de salud.
- Medios de comunicación sociales que aterrorizan a la población.
- En varias ocasiones [lugar de trabajo] fue necesario aplicar la vacuna covid-19. Debido a la falta de aclaraciones sobre la pandemia, la población tenía mucho miedo. Y los medios de comunicación poniendo muchos reportajes con mala aplicación

o no aplicación generaron mucho más miedo en la población. Durante estas visitas domiciliarias muchos malestares se nos generaron, así como la desconfianza en la aplicación de la vacuna. Además, cada procedimiento que se le iba a realizar al paciente, el acompañante quería filmar o sacar una foto. Muchas dificultades al entrar a sus domicilios, muchos pacientes temerosos de que el profesional de la salud llevara la enfermedad a su casa. Incluso el profesional usando todos el EPP, muchos pacientes ponían cloro en un trapo del piso para que el profesional entrara al domicilio.

ANÓNIMO

NARRATIVA 38

El periodo de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 ha cambiado algunos hábitos y costumbres de la población. En la UBS (Unidad Básica de Salud) es una lucha diaria: por un lado, el profesional que necesita trabajar y brindar asistencia a la población enferma y/o sana, como en los casos de prevención mediante vacunas y, por otro lado, la población que acude a las UBS en busca de atención y muchas veces no está muy dispuesta a seguir normas y lineamientos. De un lado, el profesional teniendo que utilizar EPI's (Equipos de Protección Individual) para protegerse y, por otro lado, la población insistiendo en siquiera llevar mascarilla de tela. La UBS es pequeña, el flujo no es grande, la provisión de materiales y suministros no siempre satisface las necesidades de trabajo.

Era por la mañana, la adolescente llegó acompañada de su madre, necesitaba realizar un electrocardiograma a pedido del médico. Según el relato de la madre, su hija se sentía cansada y tenía latidos acelerados durante las actividades de educación física en la escuela. Ambas se acercaron a la recepción; la recepcionista le pidió a la adolescente que se pusiera una mascarilla y le explicó que, debido a la contaminación y los

riesgos de la covid-19, sería necesario usarla. La adolescente se negó, dijo que no la usaría. La madre intentó explicarle la necesidad de realizar el examen, pero sin éxito. La adolescente se enfureció, gritó diciendo que nadie estaba a cargo de ella. Tiró la tarjeta del sus (Sistema Único de Salud) y el documento de identificación en el suelo y salió de la unidad. La madre, aún avergonzada por la situación, siguió llamando a su hija y pidiéndole que volviera al lugar. Y, así, en repetidas ocasiones en la UBS, la solicitud de usar una máscara era sinónimo de agresión, una ofensa, cuando en realidad el significado era de protección y cuidado. Y, al comparar los casos vividos en la UBS con los casos en un hospital privado, es posible identificar cuál es la clase social que se caracteriza por no seguir normas. Un ejemplo de esto: fui a recoger análisis de sangre, le pedí al paciente que se pusiera la mascarilla y él, sin dudar, respondió: “Hay que tener miedo al cáncer y no al covid”, y se negó a usarla. Por no hablar de la violencia psicológica. A veces, durante innumerables intubaciones de ancianos, jóvenes, las lágrimas corrían por mis ojos y, tomando la mano del paciente, vi varios ojos cerrarse durante la sedación para la intubación, con la certeza de que esa era la última vez que vería esos ojos abiertos. Siempre muy difícil. Y así seguimos, sabiendo la importancia de la vida. Lo bueno que es haber sobrevivido, contagiado o no, pero lidiar y vivir con la enfermedad, cada día es un logro.

ANÓNIMO

NARRATIVA 39

Fue difícil convivir con personas que no sabían cómo afrontar la situación durante la pandemia, técnicos de enfermería sin paciencia con los pacientes, enfermeras que no podían realizar sus actividades por problemas mentales. Fui testigo de cómo un empleado maltrataba a los ancianos de la unidad solo porque iban sin mascarilla. La pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 ha dejado a mucha gente sin paciencia para afrontar

ciertas situaciones. La violencia ha estado presente todo el tiempo, estamos rodeados, el camino es largo, debemos tratar de cuidar a cada uno como si fuera nuestro prójimo. En la vacunación de la covid, presencié una escena en la que el técnico de enfermería les gritaba a los pacientes que hicieran fila para sacar la contraseña. Ahí se podía ver que eran personas que solo querían vacunarse para protegerse del virus, porque todos allí tenían miedo de perder a un familiar. Entonces tuve la calma y me acerqué a ellos y les pedí un poco de paciencia para que todos los que estaban ahí se vacunaran. Así logré en ese momento apaciguar la situación y ese día logramos vacunar a todos.

ANÓNIMO

NARRATIVA 40

Llevo dos años trabajando como auxiliar en un centro de salud y con la pandemia he visto muchas veces a los profesionales de salud deshacerse de los pacientes; no sé si era por miedo a contagiarse de covid o porque realmente no les gustaba atender. ¡Cuántas veces le pedí al paciente que esperara un poco y mientras yo trataría de solucionar su problema! Es muy difícil ver a una persona sin hogar o a un alcohólico siendo humillado en un centro de salud, donde tenemos que prestar atención especialmente a estas personas. Iban sin mascarilla, por lo que no eran atendidos por este motivo.

Ahora les voy a contar un poco de los agentes de salud, acerca de lo que ellos pasaron en esta pandemia. Cuando tenían que subir al autobús para tomar la temperatura a la gente, eran recibidos por los mismos con cara fea, a veces incluso con blasfemias, pero estaban obligados a hacer eso pues era su trabajo.

ANÓNIMO

NARRATIVA 41

Un hecho que me ha pasado a principio de abril de 2022: recibí una llamada de una chica que era cuidadora de un paciente. El señor estaba postrado en cama con Alzheimer; ella estaba desesperada, decía que el señor no estaba bien y que sus hijas se negaban a ir a casa porque si su padre estaba con covid se iban a contagiar. Como la unidad [laboral] donde trabajo estaba muy cerca de la casa, me dirigí allí. Cuando llegué, vi al paciente en una crisis de sudoración con dilatación abdominal, edema generalizado, casi en estado de *shock*. Llamé al servicio SAMU (Servicio Ambularial de Urgencias), y cuando SAMU llegó, ¡cuál fue mi decepción! Los profesionales también se negaron a trasladar al paciente, ya que decían que los síntomas eran de covid. Llamé a las hijas. La mayor dijo que no iba; la menor vivía al lado, pero se negó a acompañar a su padre; llegó la hija mediana, pero tampoco quería ir. En ese momento comencé a discutir, primero con los profesionales de salud; les dije que si no metían al paciente en el coche llamaría a la policía porque estaban omitiendo ayuda y no lo iba a permitir. Luego empecé a gritar con las hijas. También les dije que las denunciaría por abandono, ya que no acompañaron a su padre. En ese momento ya no me entendía con ellos, era una enfermera general que si no actuaba ese paciente moriría sin ayuda. Al mismo tiempo llegó un hermano suyo, tío de las niñas, que había sido operado del corazón. También empecé a gritar a las hijas del señor llamándolas egoístas, malas hijas, hijas sin alma. Era una situación muy triste. Por un lado, el sufrimiento del paciente; por otro, la falta de amor de las hijas para un padre que, por lo que yo sabía, crió y educó muy bien a sus hijas. Esta historia me hizo sentir que las personas, por miedo a la covid-19, eran capaces de pensar que la vida de un ser humano valía más que la de otro. Pero también vi que el amor construido por la familia de ese ser, en este caso con sus hermanos, fue una historia de amor muy grande, porque aún sin poder, arriesgándose con su estado de salud, porque se estaba recuperando, no escatimó esfuerzos para venir a luchar por la vida de su hermano. Después de pasar

por todo esto, sentí una mezcla de enojo, decepción con los seres humanos, pero también cariño y respeto por personas como el señor, su hermano y su cuidador. Decepción con los profesionales del SAMU y enfado con las hijas por actuar con su padre de esa manera.

ANÓNIMO

NARRATIVA 42

Aquí comienza mi historia. Entré a trabajar en una UBS (Unidad Básica de Salud) donde llegué y me acogieron pocas personas, donde ya me sentía muy mal, porque había una mesa en la puerta que era para impedir que entraran los pacientes en la UBS. Empecé a hacer mi trabajo con una buena acogida y dedicación, pero pronto fui a cubrir varias y había una unidad donde me recibieron con mucho cariño y afecto. Allí estuve un mes. Me enviaron a otra unidad donde, apenas llegué, y me trataron muy mal. Cogí mis cosas y me fui a buscar al encargado del municipio. Escuchó mi versión y me envió de nuevo a la misma unidad donde empecé. Me quedé allí, pero, aun así, la acogida fue mala, tanto con los pacientes como con el personal. Después me llegó la invitación para ir a la coordinación de la vacuna covid. Hice un trabajo brillante, pero mucha gente seguía molesta. La enfermera de la unidad no sabía tratar bien al personal, no sabía atender y ni siquiera ayudaba con las necesidades de sus compañeros. Una vez más la vida me ponía a prueba. Me quedé allí por mucho tiempo y una vez más la vida me sorprendió: recibí la noticia de que Dios llamó a mi padre (falleció). En ese momento viajé a mi ciudad natal, luego regresé y, nuevamente, la vida me puso otra prueba: el coordinador me invitó a ir al *drive thru*, donde fui muy bien recibida, especialmente por el enfermero que estaba allí. Nuestro equipo fue muy bueno a la hora de recibir tanto a los pacientes como al personal. Pasó un tiempo, el local cerró y una vez más fui a otra UBS, donde fui muy bien recibida por todos. Sigo en la UBS hasta el día de hoy pero, cuando la enfer-

mera de la unidad se fue de vacaciones, vino otra enfermera. Con ella sufrí violencia en el ambiente de trabajo, me gritó en tres diferentes ocasiones frente a los pacientes y yo no respondí nada, la dejé hablando sola. Fueron muchas presiones, una tras otra. La enfermera se negaba a acomodar a un paciente que estaba muy enfermo. Así que llamé a otra unidad donde obtuve una cita inmediata con el doctor de esa UBS. Llamé al paciente para que fuera a ese lugar, pero el médico me pidió que llevara la historia clínica del paciente a la unidad; allí lo consultaron, pero en ese lugar no había medicación. Tomé mi carro y regresé a la UBS, donde tampoco tenía la medicación prescrita. Hablé con la enfermera, pero no le importó el caso de la paciente. Tomé la actitud de llamar a otras UBS donde encontré ese medicamento. Nuevamente fui a la unidad y busqué su medicación prescrita, pero en ese momento el paciente necesitaba ser examinado y el acompañante no podía salir de la UBS. Así que fui al departamento de salud, hablé con el coordinador, le expliqué el problema del paciente donde él mismo pidió autorización en ese momento, regresé a esa unidad y logramos solucionar el problema del paciente, pero conté los días hasta que la otra enfermera regresara a UBS. Había días que me paraba, pero no tenía fuerzas para ir a trabajar, porque en ese ambiente, para mí, ya había gastado todas mis energías. En el momento que la enfermera regresó, pasé por muchas cosas, pero logré darle la vuelta. Durante ese tiempo pude sensibilizar a muchas personas y empleados, logré ganarme el respeto de mis pacientes. Hoy puedo volver a decir que me estoy encontrando y reencontrándome como profesional y empleada de esta UBS. La vida me deparó muchos obstáculos, pero también obtuve mucha gratitud en la vida. Podemos topar con muchas piedras en el camino, pero también podemos encontrar muchos ángeles en esa vida. Solo tengo que agradecer a Dios y a todos los que me tomaron de la mano para que nunca me rindiera. Tengo mucho que aprender y cada día me convierto en una persona más humana y humilde.

ANÓNIMO

NARRATIVA 43

Sería un día como cualquier otro, hasta que entró un adulto mayor en nuestra sala de vacunación de la covid-19. Repito, “adulto”, una señora. Saludábamos como hacemos con todos y ya nos estaban faltando al respeto. Al revisar la fecha y el nombre en la cartilla para ver si estaba en periodo de vacunación, noté que en la cartilla de la tercera dosis tenía un apellido y en la cartilla de la cuarta dosis tenía otro. Le pregunté a los internos si se habían equivocado al llenarlo para poder arreglarlo y ella sacó su identificación del bolsillo, se quitó la mascarilla y empezó a hablar en voz alta: “Esta soy yo, mira mi foto, mi cara. Me he separado y por eso cambié el documento”. Le dije que solo quería confirmar con ella los datos correctos. Se le administró la cuarta dosis y ella se alejó, criticándonos a todos por hacer preguntas. Sé que tenemos muchos retos en esta vida, pero no creo que tengamos que pasar por todas. Los míos los llevo conmigo, no desquité con los pacientes. Yo también tengo una familia, tengo dolor, quiero llorar, sonreír, o sea, también soy humana. ¡Más respeto!

ANÓNIMO

NARRATIVA 44

Durante la pandemia no fue fácil. Trabajaba en el hospital en el sector covid. Otra compañera y yo estábamos atendiendo a un paciente, iba con un acompañante y, durante un procedimiento de intercambio (higiene), el paciente de repente sufrió baja saturación. Realizamos los procedimientos de acuerdo al protocolo pero, desafortunadamente, después de dos horas, el paciente murió y el acompañante no vio que intentamos todo para que el paciente estuviera bien. El acompañante nos maldecía con todas las groserías, diciendo que no fuimos capaces de dejar a su padre con vida, que no sabemos lo que es perder a las personas. En ese

momento nos quedamos boquiabiertos porque entendíamos su desesperación y tristeza, pero no hacía falta denigrar ni menospreciar a los profesionales que estábamos allí. Trabajamos en primera línea para cuidar, para hacerlo lo mejor posible.

ANÓNIMO

NARRATIVA 45

Con la llegada de la pandemia, la atención al público se ha vuelto más difícil en las unidades de salud, todos preocupados por el nuevo virus que ha azotado a gran parte del mundo, dejando a todos psicológicamente sacudidos.

Y, con las noticias, tanto los pacientes como acompañantes se preocuparon y terminaron descargando su enfado y emociones con los profesionales de salud. Estos también estaban pasando por un momento difícil: tener que dejar a sus familiares muchas veces para cuidar a otros, soportar las tensiones en las guardias. Como resultado, he sido testigo de familiares que no aceptaban la enfermedad, agrediendo verbalmente a los miembros del equipo, que estuvieron presentes en el momento de los procedimientos que eran esenciales para que el paciente continuara con su vida.

Son momentos que marcaron, ofensas que se guardaron, aun sabiendo que estábamos trabajando con respeto y por un bien común.

ANÓNIMO

NARRATIVA 46

Trabajábamos en la campaña de vacunación contra la covid-19, y en un día muy complicado que era el cambio de grupos de edad, como se hizo en todo el país. Cada edad tenía su turno para vacunar, pero el surtido

de vacunas tenía un límite, había una cantidad de dosis a aplicar por día. Con este bajo almacenamiento y la alta demanda de pacientes que querían vacunarse, se realizaba una distribución de fichas al inicio del día, de acuerdo con la cantidad de vacunas liberadas. Por lo tanto, como eran pocas las dosis, se repartían los turnos y se acababa rápidamente; todos querían vacunarse, porque era la única esperanza de inmunizarse. Un día, casi al final de la jornada de vacunación, llegó un señor para vacunarse. Le explicamos que ya se habían repartido todas las fichas del día, que volviera temprano al día siguiente y se volvería a repartir. No quiso entender y empezó a insultarnos en medio de la carpa donde estábamos, llamándonos groseras, analfabetas, (blasfemias morales) y varios nombres más, y diciendo que estábamos guardando vacunas para nuestra familia y gente rica. Se fue del lugar difamándonos y fue a la estación de policía a hacer una denuncia contra nosotros. Fuimos a la policía también, porque nos maltrataron, nos juzgaron en nuestro lugar de trabajo sin siquiera haber hecho nada contra el paciente, y sí, explicamos lo que realmente había pasado, como se estaba haciendo en todas partes. Estamos en la línea de frente para poder ayudar a los demás, y aun así somos estúpidamente maltratadas.

ANÓNIMO

NARRATIVA 47

Hace unos días, en el proceso de registro para vacunación, ingresó a la unidad una mujer con un niño sin mascarilla; sin embargo, en el servicio de salud, su uso sigue siendo obligatorio. Al ser cuestionada por este caso, la madre, en tono agresivo, dijo que su hijo era autista y que estaba garantizado por ley que “ellos” no estaban obligados a usar mascarilla. Bueno, la asistente fue a pasar el caso al equipo de enfermería que realizaría la atención, momento en el que la madre ya estaba irritada por esperar y, a la vuelta de la asistenta, dijo que con el tiempo per-

dido allí su hijo ya habría sido atendido. La asistente, continuando con el proceso, solicitó el documento de identificación del niño. Sin embargo, la madre no traía consigo lo necesario, y tomó el documento de la mano del asistente y se fue alegando que haría una denuncia policial. Mientras tanto, la madre fue a la oficina de salud y allí también se mostró agresiva. Esta situación no solo es incómoda para el equipo de salud, porque ella como madre de una persona autista frente a un derecho adquirido, con la pandemia, no supo hacer el uso correcto de eso. En un grupo de Whatsapp de madres que tienen hijos con capacidades diferentes posteó que había sido mal atendida, que la gente estaba enojada con su hijo. Una coordinadora del consejo de personas con capacidades diferentes asistió poco después con su hija, que tiene Síndrome de Down, y nos comentó sobre la situación anterior. Hubo un cuestionamiento por parte de la miembro del grupo, ya que el proceso de vacunación de su hija fue tranquilo, respetuoso y muy diferente del relato de la madre en cuestión. Todo el equipo habló con esta coordinadora y le explicó lo que había sucedido e, incluso, me ofrecí como voluntaria para ir a la reunión del consejo para personas en situación de discapacidad. Generó un sentimiento de falta de respeto hacia nosotros y hacia su propio hijo.

ANÓNIMO

NARRATIVA 48

Una vez en mi lugar de trabajo (vacunación contra la covid-19) apareció una señora con su hijo, un niño hermoso, limpio, aparentemente muy bien cuidado. La señora expresó su interés en vacunar a su hijo y fue asistida de inmediato para revisión y recepción. Fueron atendidos con prontitud, se solicitó el documento necesario y se les pidió que usaran mascarilla porque es un área de salud y, aunque no estaban en la pandemia, seguía siendo un riesgo. La señora no aceptó el pedido y ante insul-

tos y amenazas de hacer una denuncia policial, además de la exposición en las redes sociales y la denuncia de que su hijo era tratado con indiferencia por ser un niño autista, y aunque se le explicó que el equipo no sabía que el niño era especial, no hubo comprensión, huyó del lugar. Después de unos días volvieron, fueron asistidos nuevamente por el equipo y entonces expuso la situación de su hijo. Esta segunda vez estaba más tranquila. Informó que se había aplicado una ley y que, como su hijo era especial, no era obligatorio el uso de mascarilla. Al instante le aplicaron la vacuna al niño. La madre estaba contenta, el hijo feliz, aún sin entender la situación, y nosotros adquirimos conocimiento. En vista de la situación, no culpo a la madre, porque debe ser muy difícil y complicado para ella, y también para nosotros, por las leyes que cambian y nosotros no nos actualizamos.

ANÓNIMO

NARRATIVA 49

Durante la campaña de vacunación contra la covid-19, justo cuando empezaba, liberábamos la dosis de la vacuna por contraseña para tener un control y no haber revuelos y pasó un caso: llegó una señora con su hijo para vacunarse, pero no contaban con una contraseña y empezaron a insinuar que nosotros no queríamos administrar la vacuna. Uno entregaba la contraseña precisamente por eso, para que no hubiera este tipo de problemas y no faltara la dosis de los que tomaron su turno. La señora y su hijo empezaron a gritar al equipo de vacunación, humillando a cada empleado. Una compañera de trabajo contestó a la mujer y a su hijo pidiéndoles que fueran al *drive-thru* donde les estaban aplicando la vacuna sin la contraseña. La señora y su hijo, no contentos, empezaron a gritar diciendo que el personal de vacunación solo aplicaba la vacuna a personas ricas. Mi compañera de trabajo le contestó que en el *drive-thru* se vacunaba hasta a los que llegaban en coche, que no

había diferencia. Los dos se sintieron ofendidos por esto, pensando que los habían llamado tontos. Comenzaron a gritar, llamando vagabundos al equipo de vacunación (una palabra de ofensa moral) y que éramos unas perras. Prendieron la cámara del celular y comenzaron a grabarnos diciendo cosas horribles. Fue entonces cuando llamaron a la guardia civil y fueron a la estación de policía a hacer la denuncia: unas vacunadoras, la señora y su hijo. Para mí, eso fue violencia contra nosotros, los profesionales de salud, que estamos trabajando para la población.

ANÓNIMO

NARRATIVA 50

Llevaba 24 horas de guardia en la UTI (Unidad de Trabajos Intensivos). El turno había sido ajetreado, solicitudes de lugares durante toda la noche. De las 15 camas, aproximadamente 10 pacientes estaban con ventilación mecánica.

A última hora de la mañana, el encargado llamó solicitando una vacante. Paciente masculino, de aproximadamente 60 años, fumador empedernido, covid confirmado hace aproximadamente cinco días. Estaba en la enfermería esperando una vacante para la Unidad de Trabajos Intensivos.

Recibí al paciente con mascarilla, con oxígeno al máximo, con el habla entrecortada, fatigado y agitado. Pensé: “Prepárate para intubar” y se hizo la intubación. La saturación permanecería baja. Se colocó el tubo. La auscultación era buena y la radiografía también. Se administraron medicamentos. No hubo respuesta. El paciente murió. Sensación de impotencia de nuevo. Quería llorar. Era la tercera muerte en servicio. Llamo a la familia para informarles.

Temprano en la mañana, llegó el hijo del paciente. Exaltado, me pregunta: “Mi padre ha muerto, ¿verdad?” Le pido que se siente. Trato de comunicarle la muerte con calma y entonces grita: “Has matado a mi

padre. Pago por mis errores cuando me equivoco y tú también vas a pagar por los tuyos. ¿Cuánto te pagan por cada certificado de defunción que rellenas?”

Cuantas veces me han preguntado esto. “¿Cuánto le pagarán por poner covid-19 en el certificado de defunción?” Terminé la parte burocrática que me faltaba. Me fui al baño y lloré mucho. Mi colega de guardia me abrazó y todo el llanto que estaba atrapado se fue.

Fueron demasiadas veces las que nos culparon por la falta de apoyo, de camas y de profesionales. Y durante mucho tiempo cargué con la culpa de cada hoja de certificado de defunción que firmaba. Incluso anoté en un cuaderno los nombres de todos los pacientes que perdí. Me torturé mucho. Hasta que el día que empecé la terapia, en la primera sesión, ella me hizo una pregunta que me liberó de toda esa culpa. “Por casualidad, ¿creó usted este virus? No, así que no cargues más con ese peso”.

ANÓNIMO

NARRATIVA 51

Fui a trabajar como todos los días. El día estaba hermoso, soleado. A pesar de los días de miedo debido a la pandemia, que prevalecía en este momento, estaba tranquila, con el corazón en paz. Cuando llegué a la unidad, empecé a toser, pero la tos cesó pronto. No tenía ningún síntoma de covid-19.

Cuál fue mi sorpresa al ver que la compañera de la sala de enfermería aparecía de repente delante de mí preguntando: “¿Qué haces aquí? Estás tosiendo, ni siquiera deberías estar en la unidad, vete a hacerte las pruebas”. Me quedé en *shock* por un momento, sin saber si irme o quedarme. Esperaba otro tipo de trato, me sentía excluida. Me fui, me hice la prueba y salió negativa. Después, esos comentarios, que al principio me parecieron violentos, se convirtieron en parte de la rutina. Palabras como: “Vete de aquí, desaparezca de aquí, tienes covid-19” se convirtie-

ron en un lugar común, se convirtieron en una broma. Sin embargo, yo sé que, para el que escucha, pesa, y pesa mucho.

ANÓNIMO

NARRATIVA 52

Nos enfrentábamos a un momento de incertidumbre, donde el miedo a lo desconocido estaba presente, unido a la ausencia de protocolos y nos vimos “llamados” a actuar, a continuar con la asistencia en salud, incluso cuando los cuidados necesarios ya trascendían los recomendados para la atención primaria.

Cuando la orientación fue QUEDARSE EN CASA, nos dimos cuenta de que se nos privaba de este “derecho a elegir”. Teníamos que encontrar a alguien que pudiera cuidar de nuestros hijos para cuidar de la salud de los demás, incluso en detrimento de nuestra propia salud.

En ese contexto, me sentí agredida por la institución en que trabajo, ya que la información transmitida no era clara. A veces sentía miedo de enfermarme y que me culparan de mi enfermedad; o, incluso, ser sancionada con una reducción salarial, además de ausentarme del trabajo sin pruebas que justificaran mi ausencia. Nuestra salud física y mental se puso a prueba. A veces queríamos renunciar a recibir “aplausos” por tener el “derecho” a ser personas “normales”, pero nuestras obligaciones laborales siempre estaban por encima de todo.

Para mí se destacó la violencia institucional vivida, por ejemplo, en relación a la violencia verbal sufrida por la población que ansiaba una asistencia inmediata y resolutive/curativa.

ANÓNIMO

NARRATIVA 53

Trabajábamos en un equipo (enfermera, agente de servicios comunitarios, odontólogo) realizando una visita a domicilio a una familia que tiene un historial de problemas de salud, como el alcoholismo y las drogas. Nos encontramos, esto después de un año y medio de pandemia, con el empeoramiento de la situación agresiva de la persona, con la madre muy “quejumbrosa”, contándonos dificultades con la situación, quejándose de que el aislamiento y la falta de trabajo y socialización han puesto a todos muy nerviosos.

La falta de ocio y convivencia comunitaria que ya era una realidad se convirtió en una pesada carga para todos. En lo personal me sentí dentro de esta narrativa, a pesar de las orientaciones y apoyos enviados a los CAP (Centro de Atención Psicosocial), entristecidos por una situación de difícil resolución, que se refleja en la calidad de la salud mental, para desarrollar nuestras actividades diarias, lo que genera frustraciones por no poder ser resolutivos. Los principales problemas detectados por el equipo fueron la creciente agresividad del dependiente químico, la negativa a buscar ayuda y el sufrimiento de los padres con la situación, generando además conflictos entre ellos, aumentando con el miedo a las consecuencias de la pandemia y que esta “enfermedad” pueda afectarles, reafirmando nuestra capacidad de orientación, pero, al mismo tiempo, limitando nuestras capacidades en general, así como las de las entidades públicas y privadas para encontrar respuestas, generando una situación de violencia institucional en relación al trabajo y a la sociedad.

ANÓNIMO

NARRATIVA 54

Hago parte de uno de los equipos de [lugar de trabajo], un servicio de atención primaria diseñado para atender a la población sin hogar. Al

estallar la crisis sanitaria mundial derivada de la covid-19, además de las dudas, el miedo y la falta de preparación que nos invadieron, tuvimos que lidiar con la omisión y descuido de los poderes públicos con la población sin hogar. Esto a menudo me dejaba indignada e impotente, lo que para mí se caracteriza como violencia. A partir de acuerdos firmados por los poderes públicos para atender a la población sin hogar diagnosticada con covid-19, un día fuimos a llevar a uno de nuestros usuarios a un servicio de albergue, para que allí pudiera ser atendido y aislado, y así evitar el contagio. Ya era de noche, y cuando llegamos al local, este usuario fue tratado con tal desconsideración, no sé si por prejuicio, miedo, falta de infraestructura, condiciones de trabajo; pero no permaneció allí ni 15 minutos. Esta experiencia comprometió nuestro trabajo, ya que era una noticia que circulaba en los grupos de personas sin hogar a los que acompañábamos, lo que dificultaba el trabajo en aquel momento.

ANÓNIMO

NARRATIVA 55

Contaba con menos de tres meses de haberme graduado y la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 fue un duro golpe. El número de profesionales de salud con síndrome gripal aumentaba cada día y las pruebas eran escasas. Empecé con mialgias y fiebre mientras estaba de guardia en una ciudad cercana [un municipio del interior de São Paulo], pero creía que era agotamiento por los días vividos en la pandemia. Dos días después, perdí el sentido del olfato y del gusto. Acudí a la UPA (Unidad de Atención de Urgencias) de mi ciudad para realizarme la prueba de RT-PCR. Sin embargo, el resultado solo saldría en 15 días. Me dieron la baja por 15 días. Me puse en contacto con el jefe del hospital [de la red privada] donde trabajaba en [municipio] para informarles de la necesidad de cambiar el turno (para ser reemplazado por otro profesional). El

encargado me preguntó si me encontraba bien en ese momento y le dije que en ese momento sí. Entonces, dijo que no aprobaría mi turno y que yo estaría “obligada” a realizarlo, aún bajo sospecha de estar contagiada, pudiendo contaminar a los pacientes. Fui a trabajar con el temor de contaminar a aquellos a los que en realidad debía proteger. Durante la pandemia se cuestionaron mucho los tratamientos a realizar para evitar la progresión y el empeoramiento de la enfermedad. Entre los diversos tratamientos ofrecidos, uno de ellos incluía a la hidroxiclороquina, cuyo beneficio real no estaba demostrado. Sin embargo, trabajaba en un hospital que había comprado miles de lotes de este fármaco y lo había incluido en el protocolo de la unidad. Se nos aconsejó prescribir el fármaco incluso para los síntomas más leves y advertir de sus riesgos, que no eran pocos. Con el tiempo, me di cuenta de que en realidad se trataba de una cuestión política, ya que el actual presidente era quien promovía el uso del fármaco. Cualquiera que no recetara hidroxiclороquina era eliminado de la lista y ya no podía trabajar en ese hospital. Temerosa de perder mi trabajo, receté hidroxiclороquina varias veces, aunque no estaba de acuerdo y sabía que podía estar perjudicando a otras personas.

ANÓNIMO

NARRATIVA 56

Durante el pico de la pandemia, me sentí agredida muchas veces dentro del propio ambiente de trabajo, cuando en muchos momentos, de hecho, en la mayoría, había falta de vestimenta y EPP (equipo de protección personal). Trabajo en un puesto, en el área hospitalaria y cuando se solicitaban mascarillas, había un estricto control sobre la cantidad de EPP entregados a los profesionales. Hubo ocasiones en que en un lapso de 12 horas me puse 2 mascarillas, me sentí sumamente agredida, estaba pasando por un momento tan delicado, que me desencadenaba ata-

ques de pánico y cuando me veía en esa situación de no tener acceso a estos equipos de protección, me sentía más indefensa.

ANÓNIMO

NARRATIVA 57

Buenas tardes. Un episodio muy triste sucedió durante el periodo de la pandemia. En mi trabajo se abrió una unidad semiintensiva, donde traté al paciente con covid positivo. Tuvimos varias personas hospitalizadas y varias personas trabajando. Fue un momento intenso para todos nosotros, sin experiencia y sin preparación con la propia enfermedad. Muchos fallecieron y varios fueron dados de alta; sin embargo, lo que más me molestó es que la sala en que la médica trataba a los pacientes era pequeña y, para acomodar a otros pacientes, daba de alta a los que decían estar mejor, y decía que no estaban contaminando a nadie más. Había otra sala en la unidad y a los pacientes que decían estar bien se quedaban allí solo para terminar de tomar un antibiótico. Después se dirigían a otro lugar del hospital, donde trabajaba una mujer, que era madre, esposa y una amiga muy querida por todos, especialmente por mí, que también trabajaba en esta sala que decía que no había peligro de contagiarse. Sin embargo, nos engañaron y, por negligencia de los médicos y de la unidad, pasó lo peor: ella se contagió del maldito covid. Luchó por su vida durante tres meses, pero no hubo manera. Somos de los grupos de riesgo, con sobrepeso y problemas respiratorios; además, ella tenía asma. Ella falleció, dejando un hijo de 13 años, un marido y una casa que acababa de remodelar. Creo que fue una agresión a la vida de la empleada, porque sabían el riesgo que corrían enviando más pacientes a ese sector. Fue necesario perder a una compañera de trabajo para que se dieran cuenta de que nos estaban agrediendo a los trabajadores de salud, fue una pérdida muy grande.

ANÓNIMO

NARRATIVA 58

Buenas tardes. Una noche ingresó en la unidad de urgencias un farmacodependiente químico y alcohólico. Estaba muy alterado. Fue atendido por los agentes de salud, se le hicieron los procedimientos necesarios, ECG y medicación. Tuvo que esperar a que mejorara. Una empleada fue a darle una compresa para limpiarle la cara que estaba toda sudada. Sin que nadie lo esperara, fue muy rápido: se levantó y le dio un puñetazo en la cara, rompiéndole la nariz. Había sangre por todas partes y el agresor se escapó. La empleada estaba muy asustada; al mismo tiempo, llamaron al responsable de la unidad general, se quedó a ver a la empleada otro día, se le hizo una radiografía y todo lo necesario. Los médicos de la unidad dijeron que la empleada había tenido la culpa de lo sucedido. Los empleados de la unidad no teníamos ni tenemos ningún apoyo. Fuimos muy maltratados y humillados por otros empleados, por ejemplo, de la farmacia, de la oficina. Si el personal de enfermería estaba en un lugar, teníamos que salir para que entraran otras personas. Fue muy irrespetuoso y humillante para nosotros.

ANÓNIMO

NARRATIVA 59

Tras el inicio de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, mi uña se encarnó. El equipo con el que trabajé conocía la situación y lo difícil que era para mí caminar, debido al dolor. Como los médicos y técnicos de la institución son cercanos, una tarde le mostré la uña que estaba encarnada al traumatólogo de turno. Me dijo que lo que lo solucionaría solo sería una cantoplastia, pero no podría trabajar después de la intervención durante 14 días, y me pidió que hablara con el supervisor para organizar y poner a alguien en mi lugar. Cuando se lo comuniqué, la respuesta que obtuve fue que no podía ausentarme por 14 días, debido

a la sobrecarga de trabajo en la unidad, que, según ella, era producto de la pandemia.

ANÓNIMO

NARRATIVA 60

La pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 nos ha traído varios momentos de sufrimiento y angustia a todos los profesionales de salud, pues vivimos esta situación aún más intensamente. Apenas iniciada la pandemia, nosotras que somos psicólogas y laboramos en los distritos de salud del municipio de (lugar) fuimos asignadas por el sector central de la Secretaría Municipal de Salud del municipio para realizar capacitaciones a los profesionales que laboran en las unidades de salud en el tema SARS-CoV-2.

Inicialmente recibimos capacitación y material para que pudiéramos replicar la información, así como el apoyo de profesionales que estaban en la vanguardia del tema, incluyendo un grupo de WhatsApp. Fue un momento de gran importancia y tensión. Comprendía la relevancia de mi papel, pero también tenía mucho miedo de ser parte de un grupo de riesgo, siendo que vivía con dos personas mayores. En ningún momento se tuvo en cuenta mi condición de vida y mi salud, así como algunos de los discursos que tenía que hacer, según las instrucciones, no tenían en cuenta la situación de los profesionales. Esto me molestaba mucho. Para justificar la escasez de material y EPI (Equipos de Protección Individual) e intentar tranquilizar a los profesionales, decían que el distanciamiento era la medida de seguridad más eficaz, junto con el hábito de mantener siempre las manos limpias y no tocarse la cara. Condiciones de trabajo muy inadecuadas, en las que los profesionales que atendían tenían que encontrar la manera de dar lo mejor de sí.

A lo largo de ese proceso de formación, llegué a enfermar y creí que me había infectado en esos momentos. Tuve que ausentarme y traer un

justificante para solicitar la baja temporal, ya que estaba afónica debido a problemas respiratorios. Sin ese papel y nada más con la observación, habría tenido que seguir ejerciendo las actividades, lo mismo sin condiciones. Incluso durante el periodo que estuve fuera, me contactaron algunas veces por teléfono, no para saber cómo estaba, sino para resolver demandas de servicio.

Era una sensación muy mala, sentir que te has dedicado mucho y, cuando necesitabas apoyo, no lo tenías. Era una auténtica violencia institucional, en la que ves a un trabajador y no a un ser humano.

ANÓNIMO

NARRATIVA 61

Estábamos al inicio de la pandemia, poco conocimiento al respecto en este primer momento. Nos invitaron a apoyar a los profesionales de salud. Lo que más se observó fue la discriminación que sufrimos todos, incluso en nuestros hogares por ser profesionales de salud. Sobre todo, los trabajadores sanitarios comunitarios (TSC), muchos de ellos se aislaron de sus propias familias (cónyuges, hijos) por miedo a ser agentes transmisores. Dejaron de visitar a sus madres y padres, porque sus familiares tenían miedo debido a su profesión. Por otro lado, hubo la exigencia de estos padres, muchos ya ancianos, de que su hija NO los visitara. Tampoco los residentes de la zona querían que los ACS (Agentes Comunitarios de Salud) acudieran a sus casas o al portón; muchos de estos profesionales se sentían discriminados, como si fueran portadores de una enfermedad letal. Hicimos grupos con estas ACS para abordar este sufrimiento.

Otra situación en la que se sintieron vulnerados fue porque no contaban con suficientes equipos de protección personal (EPP). Se sentían abandonados por la SMS (Secretaría Municipal de Salud), tratados como si fueran una categoría inferior. Al principio no se les ofreció

mascarilla ni alcohol al 70%. A estos se les instruyó el uso de mascarillas de tela que tenían que comprar ellos mismos. Además, para realizar sus trabajos, debían de sacar de sus bolsillos para comprar el alcohol al 70 por ciento.

Lo mismo sucedió con los agentes de enfermedades endémicas (ACE), quienes se sintieron agredidos por el sms por no ofrecer condiciones laborales dignas, por orientación insuficiente y por discriminación por parte de los residentes del área donde laboraban. Muchos no aceptaron hablar con estos agentes, incluso manteniendo el distanciamiento y estando del otro lado del portón.

Acerca de mí: como profesional de salud, estaba dispuesta a contribuir con otros profesionales, para apoyarlos y guiarlos. En lo personal, me sentí agredida/violentada por la escuela de mis hijos. Estaba en primera línea, trabajando más de la jornada normal. Nos prohibían las vacaciones, los días libres, incluso algunas formas de permiso. Tengo dos hijos pequeños, en edad escolar (1a. de primaria). En el primer año de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, había tantas demandas por parte de la escuela, una cantidad exagerada de tareas, que sabíamos que no era posible que el niño las hiciera en la escuela. Trabajaba toda la semana, mañana, tarde (en la oficina), noche (en urgencias) y todo el fin de semana haciendo tareas con los niños y la escuela, exigiendo como si fuera una maestra de la institución.

ANÓNIMO

NARRATIVA 62

Soy cirujana dentista y trabajo en Atención Primaria en una unidad de salud, que llamamos Centro de Salud de la Familia (CSF). La experiencia de la llegada de la pandemia para mí fue un momento traumático, ya que, además de la ansiedad propia del trabajo, tengo hijos (tres) y mi madre con cáncer y anciana con cáncer (que falleció). Vi con grande

aprehensión lo que el mundo presenciaba a través de la tv (procesiones fúnebres en Italia, pánico en todo el mundo).

En ese momento ya pensaba que no íbamos a poder trabajar en una situación así, apenas teníamos EPI (Equipo de Protección Personal), las mascarillas PFF2 o N95 de rutina ya eran escasas, faltaban toallas de papel para toda la unidad. Ya estábamos viviendo no solo en una situación de precariedad de insumos, sino de estructura física, y eso era lo más preocupante. Realmente quería que mi familia estuviera a salvo y no quería ser alguien que la pusiera en peligro. Contábamos con un promedio de 15 trabajadores en una Unidad Básica de Salud; a pesar de tener supuestamente cinco baños, solo dos estaban disponibles: uno para los pacientes y uno para los trabajadores. Este abandono para mí fue una violencia difícil de superar.

Recuerdo que el 17 de marzo del 2020, cuando la orientación era para que la población se quedara en casa, fui a trabajar llorando. Tenía mucho miedo de lo que probablemente íbamos a experimentar. Llegué a la unidad para encontrar un grupo igualmente ansioso y preocupado. Era nuestra primera reunión para adaptar la unidad a lo que nos íbamos a enfrentar.

En mi imaginación pensé que recibiríamos pacientes con covid pero, para mi sorpresa, los primeros en enfermarse fueron los propios compañeros de trabajo. Las precarias condiciones de la unidad, ciertamente, en mi opinión, favorecieron los contagios. No hubo muerte directa de ningún colega, gracias a Dios, pero familiares..., algunos perdieron a un hermano... (uno de los primeros casos en nuestro distrito), padre y madre y un trabajador.

Aún con las dificultades, no había rotación de servidores, estábamos abarrotados y muchas veces con poca demanda de pacientes debido a las recomendaciones de quedarse en casa y no acudir a las unidades de salud. El estallido de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 y la idea de enfrentarse a algo desconocido en un lugar con muchas debilidades y condiciones precarias para el trabajador fue un gran desafío.

Actualmente ese abandono sigue ahí, nos adaptamos..., pero sinceramente creo que a la APS le fue mal en el cuidado de sus trabajadores.

ANÓNIMO

NARRATIVA 63

UPA/24 turno-2022-3er pico de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2.

Tomó el relevo a las 7 de la mañana, en el sector de medicación (sala azul), sala de inhalación, vestuario y pediatría. Inicialmente, el turno fue tranquilo, con una ligera demanda de los usuarios (todo bajo control hasta ahora). Alrededor de las 10:30 a. m. recibió a un paciente menor de edad, acompañado de su madre. Presentaba dificultades respiratorias, lloraba, estaba impaciente y se negaba a ser atendido por el médico de guardia. Informó de que no quería ser intubado. En vista de la situación, empezó a hablar con la madre del niño, que dijo que el médico intubaría a su hijo si no aceptaba bien el tratamiento o no se comportaba mejor. El niño era asmático, con crisis recurrentes, pero nunca había presentado una crisis como tal. Se sospechó de covid-19 y la conducta del médico fue iniciar todo el protocolo de recogida de pruebas, medicación, soporte de oxígeno. Sin embargo, el niño estaba en pánico y solo quería irse a casa. Le dije lo importante que era para él estar allí. Convencer era el reto, y se logró...

Al iniciar el protocolo médico me encontré con una duda respecto al nombre de la medicación que me recetaban. Pregunté a los demás compañeros, que tampoco sabían lo que estaba escrito. Fui a la cocina de la unidad, donde estaba el médico de guardia, y le pregunté cuál era ese medicamento que le recetaron, visto que nadie pudiera entender. Y me contestó que si estaba ciega y si sabía leer... La vergüenza fue tanta que me fui sin saber lo que en realidad estaba escrito. Busqué apoyo de otro médico que me informó la prescripción correcta.

Mediqué al niño. Lo dejé en observación durante varias horas (debido a que el médico no quería darle de alta porque quería afectarme, es decir, hacerle pasar un mal rato). A última hora de la tarde, cuando estaba disponible para comer, el médico y yo tuvimos una desagradable discusión, en la que repitió que yo era ciega y estúpida y que me regalaría unas gafas.

Llevé el caso a la coordinación de enfermería, lo que resultó en mi salida de la unidad. ¡Los jefes apoyaron el comportamiento del médico! Estuve varios días sin poder trabajar ni ver la cara del médico.

ANÓNIMO

CONSIDERACIONES FINALES: ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

CINIRA MAGALI FORTUNA

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA en este libro se llevó a cabo en tres regiones de México y de Brasil, respectivamente, en una colaboración interprofesional, interdisciplinaria, multicéntrica e internacional, utilizando un enfoque metodológico cualitativo en la modalidad de investigación-intervención. Participaron 25 investigadores, docentes y estudiantes en formación de diversas universidades de ambos países. Se realizaron ocho grupos focales con 63 profesionales de salud, en su mayoría mujeres enfermeras, que trabajaron en la primera línea de atención a pacientes con covid-19, entre 2020 y 2022, durante las fases de mayor contagio de la pandemia.

A través de la escritura de narrativas, el objetivo principal de la investigación fue reunir las experiencias de los profesionales sanitarios acerca de la violencia vivida, observada o ejercida durante su trabajo en la pandemia y proporcionarles espacios colectivos de reflexión y de elaboración que les permitiera identificar las dificultades experimentadas, así como los aprendizajes que de ellas se derivan.

Escuchamos historias increíbles que nos conmovieron e inquietaron por la naturaleza del sufrimiento humano, el abandono y, sin embargo, la capacidad de resistir y seguir brindando cuidados. Por medio de los relatos, observamos la negligencia de los dirigentes a nivel nacional, estatal y local, la indiferencia de los gestores de los servicios de salud, así como las agresiones procedentes de pacientes, familiares y personas de la comunidad.

Muchos de estos profesionales de salud prefirieron mantener sus narrativas en el anonimato por miedo a posibles represalias, lo que

apunta a la presencia de espacios institucionales antidemocráticos y potencialmente violentos. Optamos en ambos países por dejar todas las narrativas en el anonimato para evitar que estos profesionales fuesen identificados. También hubo temor por parte de los investigadores brasileños de ir, según el Decreto 466/2012, en contra de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos.

Los sistemas de salud de los dos países en los que se realizó el estudio ya venían sufriendo las consecuencias por la falta de inversión en el sector, así como por sus desigualdades sociales. En el caso de Brasil, la situación se vio agravada por un gobierno ultraneoliberal y de extrema derecha.

Durante la pandemia, los problemas se amplificaron debido al flujo de pacientes en estado crítico y a una red asistencial deteriorada por la infrafinanciación y la deficitaria gestión del sector. Con las narrativas, es posible ver que, tanto las mentes como los cuerpos de las y los profesionales de salud, han mantenido marcas resultantes de las decisiones sociopolítico-económicas.

Y ¿qué hacer frente a la violencia? ¿Cuáles son las sugerencias para afrontar este fenómeno? El estudio nos permitió reflexionar sobre la dificultad de generar propuestas para enfrentar el fenómeno de la violencia vivida. Quizás porque el problema es muy complejo y es necesario un primer momento de identificación y de denominación de lo vivido.

También reflexionamos sobre el hecho de no hablar acerca de lo ocurrido durante los dos años de pandemia. Los servicios de salud continúan con sus rutinas como si hubiera habido una vuelta a la normalidad. Ese olvido nos parece preocupante, ya que hay mucho que decir y analizar sobre lo ocurrido durante ese periodo.

Como resultado del trabajo y desde la perspectiva del análisis institucional, tanto profesionales de salud como el propio equipo de investigación reconocieron la importancia de sostener espacios de reflexión grupal y de elaboración de narrativas, puesto que ello permite explorar y habitar nuevos territorios de intercambio social, así como orientar las

difusas energías personales que surgen ante situaciones extraordinarias como la pandemia, hacia la construcción de una sinergia colectiva capaz de desafiar las circunstancias, construir territorios comunes de aprendizaje y generar respuestas resilientes e innovadoras ante situaciones de incertidumbre y fragilidad.

Garantizar la salud y el pleno goce de los derechos humanos de los profesionales de salud en el ejercicio de su trabajo, tanto en situaciones cotidianas como extraordinarias, es, por tanto, un imperativo en los tiempos actuales. De ahí la importancia de que, en la postpandemia, otras investigaciones como esta puedan seguir dando voz a sus propios protagonistas sobre los acontecimientos que nos ha tocado vivir y las formas de afrontarlos colectivamente.

POSFACIO

ANABELLA BARRAGÁN SOLÍS

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD es un tema de innegable actualidad, como lo demuestra cada una de las páginas de este libro, cuyo contenido nos obliga a recordar que un informe de Amnistía Internacional señaló, el 2 de septiembre de 2020, que México ocupaba el primer lugar mundial en personal de salud fallecido por covid-19. Hasta esa fecha se habían reportado 1 320 decesos confirmados entre el personal de salud, cifra mayor respecto de los 1 077 de Estados Unidos, 649 de Reino Unido y 634 de Brasil. Este organismo enfatizó que el hecho de que en el mundo más de 7 000 trabajadores de la salud hayan muerto en la pandemia representa una crisis alarmante para este sector. Los detalles del informe indican que, en la última semana de agosto de 2020, en México, 97 632 enfermeros, doctores y otros empleados de hospitales habían sido diagnosticados con coronavirus desde el inicio de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, lo que representaba 17% de todos los casos en el país en ese momento. La información desagregada señala que 42% de las infecciones ocurrieron al personal de enfermería, 27% afectó al equipo de médicos y 31 % se presentó en trabajadores técnicos, asistentes y personal de limpieza y mantenimiento. La Organización Panamericana de la Salud (ops) señaló que el continente americano registraba el mayor número de infecciones entre los trabajadores de la salud a nivel mundial, y México y Estados Unidos representaban uno de cada siete casos. La directora del organismo declaró que los países deben asegurar que los trabajadores de la salud realicen sus labores de manera segura (*El Financiero*, 2020).

En el contenido de este libro estos datos se actualizan y se afinan a través de la investigación colaborativa interprofesional, a la que contribuye cardinalmente la voz de las y los protagonistas en la atención y el

cuidado profesional de salud, un acierto por demás sustantivo, ya que los datos fríos de los números, tasas y porcentajes se humanizan al escuchar las voces recuperadas por el grupo multidisciplinario de investigadoras, mujeres principalmente, quienes en el año 2022 organizaron un grupo formado por investigadoras, docentes y estudiantes de pregrado y posgrado de diversas instituciones de educación superior de Brasil y de México para, a través del diálogo con las y los profesionales de salud, generar conocimiento y contribuir a la comprensión de la experiencia vivida durante la pandemia en su ejercicio profesional, haciendo énfasis en la reflexión y la recuperación de la memoria de la violencia vivida, observada o ejercida durante su trabajo en ese periodo. El texto se enriquece con 63 narrativas correspondientes a trabajadores sanitarios, hombres y mujeres, tanto de México como de Brasil, quienes a través de la construcción autobiográfica logran visibilizar los actos de violencia, abuso y explotación laboral de los que fueron objeto durante su participación al afrontar con su labor profesional la pandemia. Al dar cuenta de su experiencia y reflexionar en la interrelación con las instituciones de salud, se desmorona el mito del héroe con el que fue social e institucionalmente investido el gremio de los profesionales sanitarios, mito que se desdibuja para desvelar las realidades del sistema mundial de salud. Y, particularmente, las narrativas dan cuenta de las contradicciones en México y en Brasil, donde la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 encontró un sistema de salud “fragmentado y desarticulado”, como se explica claramente en este libro.

La aplicación de metodologías cualitativas de investigación con una perspectiva de género, en contextos dibujados con datos epidemiológicos y demográficos específicos, en diversas ciudades de Brasil y de México, es un logro explicativo que abona a la comprensión de la realidad vivida por los trabajadores sanitarios. Si bien se trató de un tiempo excepcional, emergen múltiples dolencias, malestares y enfermedades que se han reconocido como crónicos en los profesionales de salud: las afecciones cardiovasculares (la hipertensión en primer lugar), lumbalgia (un

tipo de dolor crónico en la espalda baja), gastritis y dermatitis, entre otras afecciones; padecimientos frecuentemente relacionados con el estrés que se vive cotidianamente en el ambiente hospitalario. Hechos que se exacerbaron durante la pandemia y que se revelan en los párrafos de diversos capítulos y sobre todo en los 63 testimonios narrativos, en los que la violencia laboral, psicológica, física y verbal se materializa en la estigmatización, el rechazo, las amenazas, la discriminación, la violencia en razón de género e innumerables acciones ejercidas en contra de la integridad física y emocional de las y los trabajadores sanitarios, principalmente del área de enfermería.

La decisión de desarrollar una investigación-intervención que permita la reciprocidad a través de la escucha y de la conformación de talleres de reflexión y de recuperación de la memoria es un acierto no solo desde la perspectiva académica y de construcción de datos para el conocimiento científico, cuyas bases teóricas se desarrollan ampliamente en los capítulos que conforman la primera parte de este libro, sino que es reconocida por los propios participantes como una estrategia creativa y comprometida con su bienestar, quienes lograron resignificar su experiencia a la luz de la reflexión en colectivo. Esto lleva a las investigadoras a sostener sólidamente lo que la voz de los protagonistas señalan una y otra vez: ellas y ellos, que cuidaron, no fueron cuidados, ni por las instituciones de salud ni por la sociedad, estableciendo una deuda que debe resarcirse, y un primer paso es afianzar el compromiso, postergado una y otra vez por las instituciones de salud, de garantizar la salud y el pleno goce de los derechos humanos de las y los profesionales de salud en el ejercicio de su trabajo; y ello debe ocurrir tanto en situaciones cotidianas como extraordinarias. Así, la ausencia de estrategias de acompañamiento y de atención a la salud emocional durante la pandemia ante el miedo, la incertidumbre, la pérdida, el duelo, la angustia y la soledad se denuncia como una de las mayores fallas en el cumplimiento de tal prerrogativa.

El abordaje desde una perspectiva relacional y rizomática permite al lector encontrar puntos de contacto y líneas de fuga entre las múlti-

ples experiencias en ambas latitudes, que en su conjunto integran el panorama de la experiencia de las y los trabajadores sanitarios durante la pandemia, su situación contractual, los horarios extenuantes, el riesgo ante la inexperiencia y la carencia de equipos de protección personal e infraestructura sanitaria insuficiente e inadecuada ante la situación de emergencia, pero también se observa la vocación, la entrega y el profesionalismo de los miembros de los equipos que se integraron para hacer frente a la emergencia. Estas actitudes humanistas no fueron reconocidas como una labor profesional que debía remunerarse según las normas establecidas para en el ejercicio laboral, abuso que se justificó por la instituciones-empresas con el argumento de la emergencia y con la exigencia de altruismo a un ejército de jóvenes que se encontraron de repente, muchos de ellos, al concluir sus estudios profesionales, en situaciones inesperadas ante las que tuvieron que aprender en diálogos horizontales con sus pares, en medio de la negligencia, la violencia, la injusticia e inequidad institucional; sin embargo, aprendieron a sobrevivir en ambientes de hostilidad externa e interna de los covitarios, incluso en contextos de atención domiciliaria o de instituciones de salud de la iniciativa privada, en la calle, los transportes y entre la misma familia. Este libro es un mar de experiencias con las que se logra observar, a través de información de primera mano, el mundo enigmático de la atención a los enfermos de covid-19, la lucha por la vida y la cruda realidad de la muerte.

Estos profesionales sanitarios; enfermeras, enfermeros, médicos, médicas, psicólogos y psicólogas, odontólogos, trabajadoras (es) comunitarios, etc. se enfrentaron a horarios de trabajo extenuantes, tanto diurnos como nocturnos; a una alimentación inadecuada y a tiempos de descanso insuficientes. En diversos capítulos de la segunda parte y en las narrativas de la tercera encontramos el síndrome *burnout* (agotamiento profesional). Pero este no es propio de la situación de pandemia, sino que esta permitió observar lo que ocurre a estos trabajadores en la cotidianidad, como se ha señalado en múltiples publicaciones en las que el malestar provocado por el trabajo se considera un indicador que puede

aplicarse para la evaluación de la salud de médicos y enfermeras, y de otros trabajadores sanitarios, con la consecuente repercusión en la calidad de la atención a los usuarios de los servicios de salud (Wallace *et al.*, 2009; Ramírez de la Roche, 2011; Ramírez de la Roche *et al.*, 2012; Nava, 2013; Quiroz, 2018).

No se puede dejar de subrayar –como lo hacen las autoras de este libro, y se refleja en las voces de las distintas narrativas– el papel fundamental de la enfermería como ciencia del cuidado durante la pandemia, y que, como se lee en diversos relatos, no se ciñó a las acciones dentro de los hospitales sino que se extendió al ambiente social y familiar, ya que fueron ellas y ellos los cuidadores de enfermos confinados en sus hogares, los que atendieron en centros comunitarios, los que cuidaron a sus familiares y los que permanecieron en la primera línea de batalla en los procesos de vacunación masiva (Rosas, 2022).

La OPS afirmó en mayo de 2022 que las enfermeras y los enfermeros son la columna vertebral del personal de salud, constituyendo 56% de los profesionales de salud, y quienes prestan servicios de atención primaria, apoyo a la salud mental, en estrecha vinculación con las comunidades y familias, y que fue el gremio de enfermería el punto clave para aplicar un 1 800 000 dosis de vacunas en la región de las Américas, hasta mayo de 2022. Sin embargo, no se ha puesto la atención suficiente en el desarrollo de esa fuerza de trabajo, la compensación adecuada y el desarrollo de liderazgo dentro de los gobiernos, ministerio y secretaría de salud. Tampoco se les ha otorgado apoyo suficiente para su salud mental durante la pandemia, a pesar de que al menos una cuarta parte de ese personal presentaba síntomas de un episodio depresivo (OPS, 2022). Estas razones son suficientes para invitar a la lectura y a la reflexión a través de este libro.

REFERENCIAS

EL FINANCIERO (2020). “México, primer lugar mundial en personal de salud fallecido por covid-19: Amnistía Internacional”. <https://www.elfinanciero.com>.

- mx/salud/mexico-primer-lugar-mundial-en-personal-de-salud-fallecido-por-covid-19-amnistia-internacional. Acceso el 13 de octubre de 2023.
- NAVA, M. R. (2013). Reflexiones en torno a las representaciones del cuerpo y los valores profesionales en un grupo de especialistas de la salud. Contribuciones antropofísicas hacia una ética de la persona. Tesis de licenciatura en Antropología Física, México: ENAH/INAH.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud (2022). *Hay que hacer más para proteger al personal de enfermería mientras aumentan los casos de covid-19 en las Américas: directores de ops*. <https://www.paho.org/es/noticias/4-5-2022-hay-que-hacer-mas-para-protoger-al-personal-enfermeria-mientras-aumentan-casos>. Acceso el 22 de marzo de 2023.
- QUIROZ, J. R. (2018). Las emociones en los médicos familiares en proceso de formación. Tesis de doctorado en Antropología Física, México: ENAH/INAH.
- RAMÍREZ DE LA ROCHE, O. F. (2011). Interno, médico y especialista. La salud abandonada. En Florencia Peña Saint Martin y Anabella Barragán Solís (coords.), *Antropología física biosocial contemporánea*. México: INAH/ENAH/Promep/Eón, pp. 45-60.
- *et al.* (20212). “Condiciones de trabajo de los médicos pasantes durante el servicio social”, *Perfiles Educativos*, vol. XXXIV, núm. 138, pp. 92-107.
- ROSAS, R. A. (2022). Lecciones, recomendaciones y propuestas: y ahora ¿qué sigue? En Reyna Albertina Rosas Loza, Rosiane Aparecida de Melo, Anabella Barragán Solís, Ana Rita Castro, Oswaldo Ángeles Zavala, Noreidy Karina Rivera Lorenzo (coords.), *Enfermería en una Unidad Temporal Covid-19: miradas multidisciplinarias*. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, pp.183-192.

SOBRE LOS AUTORES

AIMÉ LÓPEZ GONZÁLEZ. Docente de la Universidad Veracruzana Intercultural en la Sede Selvas, Veracruz, México.

ALEJANDRA NÚÑEZ DE LA MORA. Profesora investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas la Universidad Veracruzana en Xalapa, Veracruz, México.

ANABELLA BARRAGÁN SOLÍS. Investigadora de la Escuela Nacional de Antropología e Historia-Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

ANA LAURA CERVANTES ALARCÓN. Doctorante del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana en Xalapa, Veracruz, México.

ANGELINA LETTIERE VIANA. Profesora de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

CAROLINE SAIANI DAMIÃO. Estudiante de la licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

CINIRA MAGALI FORTUNA. Profesora de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

ELIA MÉNDEZ GARCÍA. Profesora investigadora del Centro de Investigación Interdisciplinar para el Desarrollo Regional Integral del Instituto Politécnico Nacional en Oaxaca, México.

FABIANA RIBEIRO SANTANA. Profesora del Instituto de Patología Tropical y Salud Pública de la Universidad Federal de Goiás, Brasil.

FELIPE LIMA DOS SANTOS. Doctorante en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil, en cotutela con la Universidad CY Cergy Paris Université, en Francia.

GABRIELLA CARRIJO SOUZA. Estudiante de maestría en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

GILLES MONCEAU. Profesor en CY Cergy Paris Université, laboratorio Escuela, Mutación y Aprendizaje. Francia.

JANAINA PEREIRA DA SILVA. Doctorante en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil, en cotutela con la Universidad de Paris Est-Créteil, Francia.

JOSÉ RENATO GATTO JÚNIOR. Profesor del Departamento de Enfermería Aplicada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.

KAREN DA SILVA SANTOS. Doctorante en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil, en cotutela con la Universidad de Limoges, Francia.

LIZETTE T. FIGUEROA VÁZQUEZ. Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana en Xalapa, Veracruz, México.

LUANA PINHO DE MESQUITA LAGO. Profesora em la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo, Brasil.

MARÍA AMANDA JULIETA TELLO BELLO. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana, postdoctorante del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, México.

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS. Profesora investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana en Xalapa, Veracruz, México.

MARISTEL SILVA KASPER. Profesora de la Universidad Estatal de Minas Gerais-Unidad Passos, Minas Gerais, Brasil.

NARAIANA DE OLIVEIRA TAVARES. Profesora de la Facultad de Educación de la Universidad Federal de Goiás, Brasil.

POLIANA SILVA DE OLIVEIRA. Doctorante en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

PRISCILA NORIÉ DE ARAUJO. Doctorante en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI. Profesora del curso de psicología de la Universidad Pontificia de Minas Gerais-PUC-Minas, Brasil.

SIMONE SANTANA DA SILVA. Doctora con doble titulación en Ciencias por la Universidad de São Paulo, Brasil, y en Ciencias de la Educación por la Université Cergy-Pontoise, Francia. Profesora en la Universidad Estatal de Bahía, Brasil.

TAUANI ZAMPIERI FERMINO. Profesora de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

THAÍS ROCHA ASSIS. Profesora del Departamento de Enfermería Materno-Infantil y Salud Pública, de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

ÍNDICE

Prólogo. Acérquense 11

LUCIANE MARIA PEZZATO

PRIMERA PARTE

La producción colectiva de una investigación interprofesional,
interdisciplinaria, multicéntrica e internacional sobre la violencia
en el contexto de la covid-19 19

CINIRA MAGALI FORTUNA

FELIPE LIMA DOS SANTOS

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

La covid-19 y violencias en el trabajo en salud: algunas
consideraciones 37

CINIRA MAGALI FORTUNA

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

Investigación cualitativa y territorios: composiciones
en producción 49

ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI

CINIRA MAGALI FORTUNA

Demandas de profesionales de salud que participaron en los grupos
de trabajo de la investigación 67

GILLES MONCEAU

Violencia contra profesionales de salud durante la pandemia
por covid-19: efectos de la necropolítica en Brasil y en México 73

POLIANA SILVA DE OLIVEIRA

GABRIELLA CARRIJO SOUZA

MARISTEL KASPER

CINIRA MAGALI FORTUNA

SEGUNDA PARTE

Violencia y pandemia: mecanismos de acción y de control del trabajo
diario en salud desde una perspectiva de análisis institucional 89

FABIANA RIBEIRO SANTANA

NARAIANA DE OLIVEIRA TAVARES

THAÍS ROCHA ASSIS

Violencia institucional y dilemas éticos del personal de salud ante la
covid-19 en Xalapa, Veracruz, México 107

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

LIZETTE FIGUEROA VÁZQUEZ

ANA LAURA CERVANTES ALARCÓN

Violencia laboral durante la covid-19 narrada por profesionales
de salud 125

JOSÉ RENATO GATTO JÚNIOR

PRISCILA NORIÉ DE ARAUJO

FELIPE LIMA DOS SANTOS

Identidad de las y los trabajadores de salud: ambigüedades
en la construcción social durante la covid-19 139

ANGELINA LETTIERE VIANA

JANAINA PEREIRA DA SILVA

PRISCILA NORIÉ DE ARAUJO

KAREN DA SILVA SANTOS

TAUANI ZAMPIERI FERMINO

LUANA PINHO DE MESQUITA LAGO

CAROLINE SAIANI DAMIÃO

Precariedad y violencia: análisis de narrativas de personal
de la salud de Oaxaca, México 155

MARÍA AMANDA JULIETA TELLO BELLO

ELIA MÉNDEZ GARCÍA

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

Reflexiones sobre la (no) participación del personal de salud en los
grupos de investigación 185

SIMONE SANTANA DA SILVA

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

Estoicismo, ecuanimidad, vocación y servicio: experiencias de
profesionales de salud durante la covid-19 en Veracruz: una
comunidad en duelo 195

AIMÉ LÓPEZ GONZÁLEZ

ALEJANDRA NÚÑEZ DE LA MORA

TERCERA PARTE

La palabra de las y los profesionales de salud 237

Consideraciones finales: ¿qué hemos aprendido? 319

CINIRA MAGALI FORTUNA

MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

Posfacio 323

ANABELLA BARRAGÁN SOLÍS

Sobre los autores 329

En la era global, en medio de vertiginosos avances tecnológicos en materias de ciencia y de salud, la pandemia de covid-19 evidenció que la especie humana, lejos de ser invencible, seguía siendo, como desde sus orígenes, frágil y expuesta permanentemente a nuevas enfermedades y pandemias desconocidas. La precariedad y la fragmentación de los servicios de salud, particularmente en México y en Brasil, se hicieron evidentes frente a los efectos devastadores del virus SARS-COV-2, luego de años de nula inversión en infraestructura en el sector.

Mientras la población permanecía en casa para evitar contagios, el personal de salud tuvo que hacer frente a esta compleja situación en los llamados covitarios. En estos centros de atención, jóvenes profesionales, en su mayoría mujeres enfermeras, laboraban saturadas de pacientes graves a quienes atendían en jornadas extenuantes de hasta 12 horas seguidas, con equipos de protección precarios, con poca capacitación, en aislamiento y sin poder comer, asearse o ir al baño. Mientras tanto, la población les ovacionaba como héroes, a la vez que les evitaba y les agredía al considerarlos como principales vectores de transmisión de la enfermedad.

En este libro, realizado por un equipo interdisciplinario, multicéntrico e internacional de investigadores, se analiza la experiencia de profesionales de salud de México y de Brasil que trabajaron en la primera línea de atención con pacientes de covid-19. Se recupera también la voz de 65 protagonistas, quienes produjeron narrativas individuales en el contexto de grupos de reflexión conducidos por 25 investigadores. En los grupos, se logró elaborar la violencia vivida, reconociendo las formas de supervivencia y de resiliencia colectiva que desarrollaron frente a esta inédita situación.

