

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Escuela de Posgrado



La experiencia de ser médico/a durante las primeras olas
de la pandemia de COVID-19: un estudio de casos de
médicos intensivistas en hospitales de Lima

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Antropología
que presenta:

Margarita Beatriz Valladares López

Asesora:

Carmen Juana Yon Leau, PhD


Lima, 2025

Informe de Similitud

Yo, Carmen Yon Leau, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulada “La experiencia de ser médico/a durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19: un estudio de casos de médicos intensivistas en hospitales de Lima”, de la autora Margarita Beatriz Valladares López, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 05%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 12/09/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 12 de septiembre de 2025

Apellidos y nombres de la asesora: Yon Leau, Carmen Juana	
DNI: 07747477	Firma:
ORCID: 0000-0003-4389-0683	



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a Esteban, Omar, Lourdes, Alejandra, Isabel, Úrsula y Agustín. Mi investigación no hubiera sido posible sin su apertura para confiar en mí y contarme sus experiencias.

También quiero agradecer a mi asesora, Dra. Carmen Yon Leau, por su generosidad para compartir conocimientos, su paciencia infinita y por presentarme a la Antropología de la Salud como un campo de estudio lleno de retos intelectuales y emocionales que he experimentado como apasionantes y terapéuticos.

Sin el apoyo de la Dra. María Paola Lucía Llosa Isenrich hubiera sido imposible contactar con los participantes del presente estudio. Además, Lucía tuvo la generosidad de responder mis preguntas cuando alguna característica del sistema de salud o del sistema de enseñanza de medicina en el Perú no me quedaban del todo claras.

Mi madre no sólo me brindó su apoyo emocional, sino que también fue quien tradujo la lengua médica para mí, ayudándome a comprender conceptos y símbolos de la cultura de la biomedicina.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia y a mis amigas, por haberme sostenido y animado en este proceso.

RESUMEN

Esta investigación explora las experiencias vividas por médicos/as intensivistas en tres hospitales públicos de Lima durante las dos primeras olas de la pandemia de COVID-19, analizando su subjetividad corporizada, adaptación a protocolos y redes hospitalarias, así como los significados asociados a los pacientes. Mediante un enfoque etnográfico, se realizaron entrevistas semiestructuradas a intensivistas y personal clave, que se realizaron retrospectivamente en el año 2023. Los hallazgos revelan: (1) la vulnerabilidad corporizada del médico, donde el cuerpo se convirtió en evidencia de la precariedad estructural del sistema de salud; (2) limitaciones críticas en recursos humanos y equipos, que muchas veces solo les permitieron dejar morir; y (3) una reconfiguración de significados en las UCI, donde el ideal de salvar vidas colisionó con el triaje necropolítico y la muerte social de pacientes. El estudio contribuye a los debates sobre biopoder, corporización y violencia estructural en contextos de crisis sanitarias, mostrando cómo las desigualdades preexistentes afectaron a profesionales y pacientes.

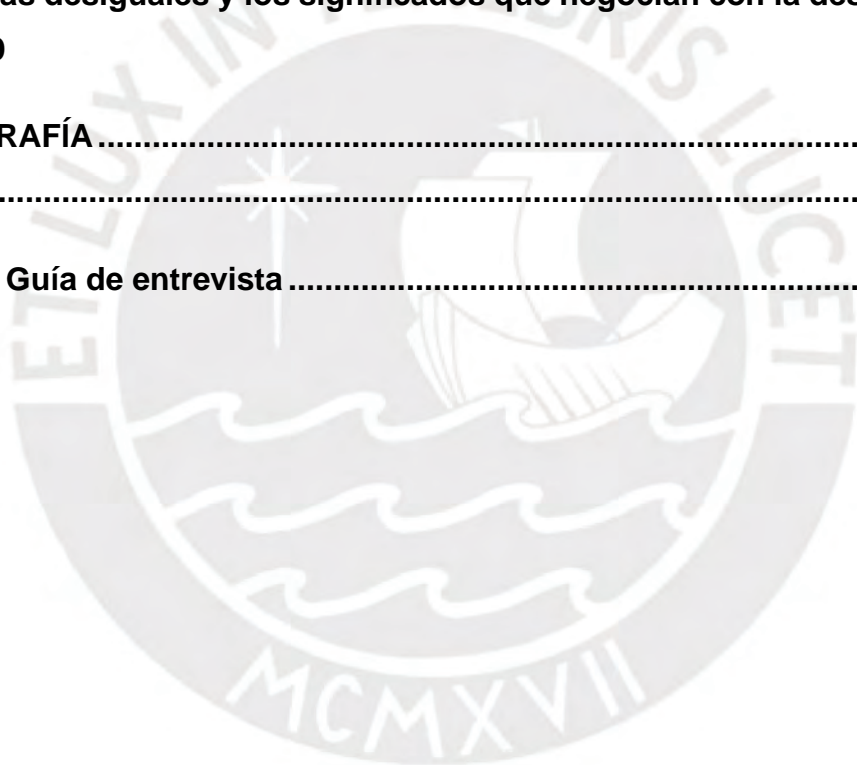
Palabras clave: COVID-19, corporización, necropolítica, antropología médica, UCI, crisis sanitaria.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN	3
ÍNDICE.....	4
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO 1: MARCO CONCEPTUAL.....	12
1.1 Pregunta principal y preguntas secundarias	12
1.2 Estado de la cuestión	18
1.2.1 Antropología y sociología de la biomedicina	18
1.2.1.1 Biomedicina como sistema cultural	18
1.2.1.2 Sujeto médico desde una perspectiva social y política.....	20
1.2.1.3 Antropología de la salud en UCIs.....	22
1.2.1.4 Protocolos y medicina basada en evidencia	24
1.2.2 Estudios de ciencia, tecnología y sociedad	25
1.2.2.1 Latour: la ciencia como objeto de estudio, crítica al dualismo cartesiano y redes de actores humanos y no humanos.....	25
1.2.2.2 Mol: ontologías múltiples relacionales y producción de sujetos/objetos	26
1.2.3 Médicos en pandemia.....	29
1.2.3.1 Experiencias de médicos durante la pandemia de COVID-19....	29
1.3 Marco Teórico	33
1.3.1 Enfoque fenomenológico	33
1.3.2 Enfoque ontológico	35
1.3.3 Antropología médica crítica.....	37
1.4 Metodología.....	39

1.4.1	Selección de casos	40
1.4.2	Métodos de recolección	40
1.4.3	Principios éticos	40
CAPITULO 2: LOS CASOS DE ESTUDIO		42
2.1.	Hospital Essalud A.....	47
2.1.1	Esteban	48
2.2	Hospital Minsa B	50
2.2.1	Omar.....	51
2.2.2	Lourdes.....	52
2.3	Hospital Minsa C	54
2.3.1	Alejandra	55
2.3.2	Isabel.....	56
2.3.3	Úrsula	57
2.3.4	Agustín	57
CAPITULO 3: EXPERIENCIA CORPORIZADA Y USO DE LOS PROTOCOLOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD ALTAMENTE CONTAGIOSA Y POCO CONOCIDA.....		59
3.1	Experiencia corporizada y posibilidad de contagio	61
3.2	Corporalidad y limitaciones sensoriales por el uso de EPP	73
3.3	Experiencia corporizada y cambios en las interacciones	84
3.4	Tratamiento de una enfermedad poco conocida	96
3.5	Balance del capítulo	106
CAPITULO 4: CONTEXTO Y LIMITACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DURANTE LAS PRIMERAS OLAS DE LA PANDEMIA		111
4.1	Limitaciones en cuanto a equipamiento y materiales	114
4.2	Limitaciones en cuanto al recurso humano especializado	131
4.3	Balance del capítulo.	137

CAPITULO 5: SIGNIFICADOS Y VALORACIONES SOBRE PACIENTES Y EL CONTEXTO DE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA DE COVID-19.....	143
5.1 El difícil acceso a una cama UCI.....	145
5.2 La medicina como un apostolado y el deber de salvar a los pacientes 156	
5.3 Buen morir.....	163
5.4 Balance del capítulo	171
CONCLUSIONES	176
a) Cuerpos, sistemas y significados: la experiencia encarnada de estructuras desiguales y los significados que negocian con la desigualdad 179	
BIBLIOGRAFÍA.....	189
ANEXOS.....	199
Anexo 1: Guía de entrevista.....	199



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 (Resumen comparativo de los casos de estudio).....	43
Tabla 2 (Centros de salud en los que trabajaron durante la pandemia)	44
Tabla 3 (Listado de personas clave).....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1 (Relación de los ejes de análisis).....	184
--	-----



INTRODUCCIÓN

"No hay cuestión de heroísmo en todo esto. Se trata de integridad. Es una idea que puede hacer reír, pero la única manera de luchar contra la peste es la honestidad."

Albert Camus. La Peste.

"The truths that viruses reveal could topple the systems meant to divide us."

Steven W. Thrasher. The Viral Underclass.

Las experiencias vividas en torno a la pandemia de COVID-19 son numerosas y diferentes: tal vez el temor ha sido grande para todos, pero la dimensión de sus efectos no fue equiparable. En el mejor de los casos: temor, aislamiento, escasez de papel higiénico, trabajar desde casa, aplaudir cada noche al personal de primera línea. En el peor: exponerse cada día al virus para poder comer, padecer violencia en el lugar de aislamiento, hacer largas colas para comprar oxígeno, esperar la muerte sin herramientas ni compañía.

La presente tesis se enmarca en las experiencias críticas de trabajadores de salud de primera línea: la experiencia vivida de médicos y médicas¹ intensivistas de dos hospitales de Lima. Esta investigación busca centrarse en la experiencia

¹ Salvo que se indique lo contrario expresamente, a lo largo del presente documento me referiré a (i) las médicas o (ii) los médicos de modo general.

corporizada de estos profesionales, enmarcada en las tensiones y retos del conocimiento biomédico frente a una enfermedad desconocida y la precariedad estructural del sistema de salud peruano. En ese sentido, la presente tesis se enfoca en el modo en que los/as intensivistas aplicaron y negociaron su conocimiento biomédico en un contexto de extrema incertidumbre, precariedad institucional y riesgo personal.

La medicina intensiva atiende a los pacientes críticos, aquellos que requieren de soporte tecnológico para que sus funciones vitales sean monitoreadas y apoyadas, para continuar sobreviviendo. Se diferencia y, a la vez, comparte y coordina mucho con la medicina de emergencia y la anestesiología. En el caso de la pandemia de COVID-19, adquirió una especial relevancia debido a que los casos graves de la enfermedad requerían el soporte respiratorio para sobrevivir. En los momentos iniciales de la pandemia, la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI) reportó que el país contaba aproximadamente con 700 médicos intensivistas, y que se requería duplicar esa cantidad (Torres, 2020).

En cuanto al contexto general del personal de salud, Durand y colaboradores (2020) han descrito los problemas y vulnerabilidades institucionales en la gestión del financiamiento de la salud en Perú, que contribuyen a la ineficiencia y corrupción en el sistema. Por su parte, Gianella Malca (2020) ha mostrado que el sistema de salud peruano se encuentra fragmentado según una multiplicidad de dimensiones y, si bien el Ministerio de Salud es el ente rector del sistema, existen varias entidades que también cuentan con importantes capacidades de decisión. Asimismo, la descentralización de la salud, lejos de mejorar los

servicios acercando su administración a los usuarios, ha afectado la capacidad de respuesta del sistema (Gianella Malca, 2020).

Es así como la pandemia de COVID-19 encontró al sistema de salud peruano en una crisis perenne. Yon (2020) ha notado cómo la pandemia puso de manifiesto la necesidad de entender la salud como el resultado de factores sociales debido a la necesidad de considerar la importancia de los determinantes sociales de la salud, en lugar de centrar las respuestas únicamente en conductas individuales. La autora indica que parte importante de estos condicionantes sociales para producir la salud, son las políticas sanitarias. Los resultados de estas deficiencias no se hicieron esperar: de acuerdo con el *Coronavirus Resource Center* de la Universidad Johns Hopkins, el Perú fue el país que presentó la mayor tasa de mortalidad por COVID-19 (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, s. f.). La mortalidad en el personal de salud peruano también se incrementó sustancialmente: en diciembre de 2021 se reportaba que 551 médicos peruanos habían fallecido debido a la pandemia, cifra que representaba un 6% del total de estos profesionales (France 24, 2021).

Los hallazgos más relevantes de la presente investigación que se desarrollan a continuación, presentan, en primer lugar, los protocolos para la atención del COVID-19 como herramientas con agencia que los intensivistas debieron adaptar a su práctica biomédica para adecuarse a la incertidumbre. Además, se muestran las limitaciones materiales experimentadas en un contexto de violencia estructural y decisiones necropolíticas que mantuvieron un sistema desigual. Así mismo, se analizan las complejidades del profundo drama moral que las/os intensivistas atravesaron al pretender llevar a cabo su misión soteriológica de

salvadores de vidas y la realidad de la biopolítica que brindó consuelo mediante narrativas de heroicidad, pero al mismo tiempo, ocultó las responsabilidades sistémicas de los tomadores de decisiones.



CAPITULO 1: MARCO CONCEPTUAL

1.1 Pregunta principal y preguntas secundarias

La presente investigación busca explorar la experiencia vivida de médicos y médicas intensivistas de dos hospitales de Lima durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19. Para ello, tomaré en cuenta diferentes dimensiones de esta, como su experiencia subjetiva y corporizada respecto al uso y adaptación de protocolos; la aplicación del conocimiento biomédico en el marco de las redes de relaciones del contexto hospitalario (incluyendo personas, equipos, materiales, infraestructura y protocolos) de los que depende su práctica; además de los significados y valoraciones asociadas a los pacientes.

La pandemia de COVID-19 colocó al personal sanitario clínico en una situación de características particulares: la necesidad de atender una gran cantidad de pacientes, traspasando toda recomendación de los protocolos de atención; tomar decisiones con conocimiento escaso y en desarrollo sobre el virus y la enfermedad, y a la vez grandes cantidades de información no verificable; trabajar con casos nuevos y graves en medio de un sistema de salud precario y colapsado. Todo ello, además, enfrentando presiones relacionadas a una alta carga de trabajo, y el temor a la posibilidad de enfermar, contagiar a sus seres queridos o perder la vida.

Stonington (2020a) describe cómo, a partir de la preocupación respecto de la posible aerosolización del virus de la COVID-19 en procedimientos hospitalarios, se alteraron los protocolos en su hospital en EEUU para permitir el uso de diferentes niveles de oxígeno con base en una fuente de información que no hubieran utilizado en situaciones habituales, con la esperanza de ganar tiempo

para trasladar a pacientes críticos a UCI porque no contaban con niveles suficientes de flujo alto. Malara (2020) relata su experiencia diagnosticando al primer paciente de COVID-19 que se contagió en Europa: el paciente no encajaba en los protocolos que indicaban la obligación de hacer un descarte de COVID-19 porque no había estado en China, pero la intuición de Malara la llevó a desafiar el protocolo en ese caso.

Tomando en consideración el contexto particular de la pandemia en Perú, el presente estudio busca explorar la experiencia vivida de médicos peruanos para entender cómo es que requieren aplicar un conocimiento biomédico que pretende ser puramente objetivo, en contextos de gran incertidumbre. Las experiencias vividas durante la pandemia nos permiten explorar un momento único: podemos observar cómo se construye la ciencia biomédica desde sus múltiples dimensiones (biológicas o fisiológicas, políticas, sociales) y cuestionar el entendimiento de esta ciencia como universal, objetiva, estática. Adicionalmente, existen dimensiones personales y subjetivas de los sujetos que practican la biomedicina, que además lo hacen desde contextos cotidianos diversos, tal como se pudo observar durante la pandemia en el Perú. La ciencia biomédica requiere, para hacerse mejores preguntas y dar mejores respuestas, ser autorreflexiva. Asimismo, la sociedad necesita entenderla como un edificio en construcción.

No pretendo desconocer la utilidad de contar con una medicina que evalúe la seguridad y eficacia de sus tratamientos; que establezca parámetros para elevar la calidad de la atención; o, que explicité sus procedimientos para hacerlos más transparentes. Sin embargo, como intentaré explicar en los siguientes capítulos,

la medicina no es un conocimiento absoluto y universal, también es un sistema cultural forjado en la historia occidental, una red de conceptos plagada de experiencias sociales y corporales muy particulares, y una práctica ideológica (Young, 1982). En ese sentido, me interesa conocer cómo es que los y las intensivistas compatibilizaron y adaptaron, en la práctica, la necesidad de actuar en un escenario de incertidumbre con el imperativo de seguir una guía clínica o actuar en su ausencia.

El médico/a es un sujeto formado en una ciencia y cultura específica, en tanto el resultado de un proceso de socialización que lo introduce en el sistema biomédico, tanto por el conocimiento que adquiere como por su integración a la cultura de la biomedicina Good (1993). Sin embargo, no sólo es un ente cultural, sino también un sujeto corporizado que vive y experimenta su propia corporeidad, incluyendo la salud, enfermedad, comodidad, incomodidad, bienestar, padecimiento, emocionalidad y sensorialidad del cuerpo que habita (Csordas, 1994).

Además, no es el único sujeto ni objeto producido por el sistema biomédico. A partir de las interacciones médico-paciente, quienes son observados, diagnosticados y tratados mediante sus prácticas clínicas, emerge el paciente (sujeto y objeto) que también tiene ese doble carácter cultural y biológico. Ni el sujeto médico corporizado ni el sujeto paciente corporizado son creados como entidades abstractas, únicas y estáticas, sino que emergen una multiplicidad de sujetos médicos y sujetos pacientes desde las relaciones que diversos cuerpos únicos tienen entre sí y con otros actores, humanos y no humanos (Mol, 2002). En el contexto de la pandemia, esto se puede expresar en algunas de estas

situaciones: el religioso aplauso nocturno al personal de salud confrontado con las historias de violencia contra personal sanitario; la identificación de variantes de COVID-19 a través de tecnología para la vigilancia genómica comprendida por sólo unas pocas personas, junto a la masiva construcción social de significados y valoraciones de ciertas variantes como Omicron; o, la creación de distintos pacientes o categorías de pacientes: los cercanos e imprescindibles frente a los irresponsables y descartables.

Durante cualquier interacción, médico y paciente se relacionan entre sí y con otros actores de la red del sistema biomédico del que forman parte: pero tales interacciones se dan entre sujetos corporizados en contextos clínicos enmarcados en una realidad social específica y cada uno viene de una historia personal y colectiva. En el caso de la pandemia de COVID-19, este contexto se caracterizó por un incremento de las limitaciones de los servicios de salud, tanto en perjuicio de los pacientes como de los/as propios/as médicos/as. Así, durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19, antes de la aplicación de la vacuna, los médicos/as se han encontrado en una situación de especial vulnerabilidad vivida desde su propia corporeidad: experimentando a la vez la enfermedad, el temor a la enfermedad propia o de sus seres cercanos, emociones como el miedo, junto con sensaciones específicas y diferentes, vinculadas a los equipos de protección o al exceso de carga laboral. Es en medio de esta experiencia vivida desde y con el cuerpo que el médico o médica se relaciona con él o la paciente, en tanto poseedor de un conocimiento biomédico que podría curar o salvar al sujeto paciente.

Al mismo tiempo, es necesario tomar en cuenta que durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19 el conocimiento biomédico respecto de la COVID-19 se encontraba en una situación particular: mucha información sin verificar, conocimiento escaso y en formación, en transformación constante. Así, los médicos/as se encontraban en una condición particular: un momento de alta vulnerabilidad para todas las personas, y para ellos en particular. Era en ese momento en el que debían de tomar decisiones, desde su condición de especialistas con conocimientos y muchas veces, infraestructura, limitados, así como desde su propia condición de vulnerabilidad al virus, para tratar a esos otros cuerpos enfermos. Desde esa mirada fenomenológica de la experiencia vivida de los sujetos médicos es que me interesa investigar cómo es que en ese contexto de especial vulnerabilidad se ha aplicado el conocimiento biomédico que pasaba por un momento especial de creación, transformación e incertidumbre.

También se tomará en cuenta que el personal médico no labora solo, sino que dependen de toda una red que incluye infraestructura; personas (enfermeras, técnicos, otro personal no clínico); equipos (respiradores, camas especiales); materiales (medicamentos, herramientas, equipos de protección) y protocolos (guías clínicas, normas jurídicas, reglamentos internos) para llevar a cabo su práctica clínica. Por ello, se buscará explorar en las limitaciones que encontraron en cuanto a esta red: no contar con un equipo humano cohesionado, que sabe comunicarse y tiene los conocimientos requeridos; no contar con equipos funcionales (camas UCI, respiradores); no contar con los materiales (oxígeno, medicinas, instrumentos), o, encontrarse en un contexto de cambio y revisión de protocolos.

Finalmente, se explorarán los significados y valoraciones asociadas a los pacientes y cómo es que tales significados intervienen en las decisiones médicas que deben tomar.

De acuerdo con el problema planteado, la pregunta principal de investigación es:

¿Cuáles son las experiencias de los/as médicos/as intensivistas como sujetos corporizados durante su práctica clínica en hospitales de Lima durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19?

Asimismo, con base en las conversaciones con los médicos y médicas intensivistas entrevistadas, busco conocer y analizar de manera específica, lo siguiente:

¿Cuáles son sus experiencias respecto del uso y adaptación de los protocolos para el tratamiento de una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida?

¿Qué limitaciones encontraron en su práctica clínica para aplicar sus conocimientos como intensivistas durante las primeras olas de la pandemia?

¿Qué significados y valoraciones asociadas a los pacientes y al contexto de la pandemia de COVID-19 se identifican?

Los objetivos de la investigación son los que siguen a continuación:

Objetivo principal:

Explorar las vivencias de los médicos y médicas intensivistas como sujetos corporizados durante su práctica clínica en dos hospitales de Lima durante las dos primeras olas de la pandemia de COVID-19, a partir de sus experiencias.

Objetivos secundarios:

Identificar y analizar, a partir de sus experiencias, las maneras en las que los profesionales de la salud usaron y adaptaron los protocolos para el tratamiento de una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida

Identificar y analizar las limitaciones que el personal de salud encontró en su práctica clínica para aplicar sus conocimientos como intensivistas en el contexto hospitalario donde laboran, durante las primeras olas de la pandemia.

Identificar los significados y valoraciones asociadas a los pacientes y al contexto de la pandemia de COVID-19 se identifican y analizarlos.

1.2 Estado de la cuestión

1.2.1 Antropología y sociología de la biomedicina

1.2.1.1 Biomedicina como sistema cultural

Rhodes (1990) explica cómo es que es posible estudiar la biomedicina como sistema cultural luego de revisar críticamente algunos de los modos en los que la antropología de la salud se ha aproximado al estudio de la biomedicina. En ese sentido, asumir el estudio de la biomedicina puede tener resultados muy distintos según cómo sea la aproximación a esta. Así, se hace necesario

reconocer las dimensiones históricas y culturales de la biomedicina. Por lo tanto, propone analizarla como un sistema cultural y estudiarla etnográficamente, no solo como una forma de conocimiento científico, sino también como una forma de poder político y social.

Young (1982), luego de revisar los enfoques de la antropología de la dolencia (*illness*) en comparación con los de la antropología de la enfermedad (*sickness*) y siendo esta última la corriente dentro de la que se ubica, propone que la antropología de la salud integre las diferentes dimensiones (como los aspectos, sociales, culturales y experienciales) de la enfermedad y la salud, reconociendo la importancia del contexto histórico, social y político en el que se desarrollan.

Lock y Nguyen (2018) entienden la biomedicina como un sistema de saberes sociotécnicos cuyas lógicas y prácticas requieren ser comprendidas dentro de su particular contexto histórico y social, apoyándose para lograrlo en la investigación etnográfica, el análisis histórico y los estudios sobre conocimiento y práctica tecnocientífica. Así, ligan el desarrollo de la biomedicina al del Estado moderno y explican que, si bien se fundamenta en la ciencia, también se encuentra situada sociopolíticamente. En ese sentido, las autoras describen cómo la biomedicina es una tecnología que no solo trata de curar o prevenir enfermedades, sino que tiene objetivos sociopolíticos y no siempre es posible tomarlo como un conocimiento puramente objetivo y universal. Por ejemplo describen, a partir del análisis de etnografías desarrolladas en Malasia, China, Brasil y EEUU, que la taxonomía de las enfermedades es construida socialmente.

1.2.1.2 Sujeto médico desde una perspectiva social y política

Good & Good Del Vecchio (1981) abordan los casos de un hombre en Irán que desarrolla un severo dolor luego de que sufre el golpe de un viento y el de un estudiante iraní en EEUU que desarrolla un brote psicótico después de una operación. Los autores examinan cómo el discurso médico se relaciona con el poder, la autoridad, la identidad y la ética en las interacciones entre médicos y pacientes. Proponen reconocer la diversidad y complejidad de los significados médicos a través de una perspectiva semántica que intente comprender cómo se negocian y se transforman tales significados en la práctica clínica.

Good (1993) cuestiona la idea de que la biomedicina sea una ciencia objetiva y universal que describe la realidad del cuerpo y la enfermedad. Por el contrario, propone observar la biomedicina como una forma de construir y habitar mundos de significado y experiencia, que son culturalmente específicos. En ese orden de ideas, la biomedicina como tal no podría servir de base para la antropología médica, sino que es necesario un enfoque centrado en los significados y experiencias.

A partir de su observación de estudiantes de la escuela de medicina de Harvard, Good (1993) reflexiona acerca de los procesos formativos de la educación médica y cómo una parte central de los mismos implica la reconstrucción o emergencia de la persona a ojos de la mirada médica: como cuerpo, como caso, como paciente, como cadáver. Por lo tanto, la práctica médica es un medio para comprender el mundo y actuar en él. En ese sentido, los estudiantes de medicina se inician en esta visión cultural mediante su participación en un repertorio distintivo de prácticas de conocimiento, que implican métodos especializados de

observación, registro y comunicación que construyen la realidad biomédica. En este proceso formativo, no solamente aprenden a construir a los pacientes en tanto objetos de su práctica, sino que también son construidos y se construyen como médicos. En conclusión, la biomedicina es una forma de interpretar y comunicar el significado de la enfermedad y la curación, que depende de los sistemas simbólicos, las normas éticas y las experiencias subjetivas de los médicos y los pacientes. La importancia de estas experiencias subjetivas en la construcción de la realidad, remarcan la importancia de aplicar un enfoque fenomenológico al enmarcar investigaciones en el campo de la antropología de la salud.

Castro (2014) realizó en México una serie de observaciones en salas de parto en hospitales públicos, así como grupos focales con la participación de médicos y estudiantes de medicina, a fin de investigar la violencia obstétrica y comprender las estructuras de poder y el *habitus* médico que contribuyen a este problema. El estudio tiene como objetivo proporcionar conocimientos basados en evidencia sobre el tema y sugerir posibles soluciones para abordar el problema de las violaciones de derechos humanos y la desigualdad de género en el campo médico. Así, destaca que la socialización y la experiencia construidas desde la formación médica, contribuyen a producir un *habitus* médico autoritario, caracterizado por el ejercicio de violencia simbólica y física sobre las pacientes. El autor muestra cómo es que, desde la educación médica, se reproducen las jerarquías, la desigualdad de género y los castigos como método pedagógico. Castro considera que se trata de un problema social que debe ser resuelto mediante una reestructuración del campo médico que fomente la ciudadanía de las usuarias de los servicios de salud.

1.2.1.3 Antropología de la salud en UCIs

Con respecto a la comunicación entre el personal médico y los allegados de pacientes de UCI, Bogdan y colaboradores (1982) exploraron la comunicación entre el personal médico y los padres de bebés prematuros o con problemas de salud en una UCI neonatal en un hospital universitario urbano de EEUU. Los autores observaron y entrevistaron a médicos, enfermeras y padres, logrando mostrar las diferentes formas de comunicar malas noticias, las expectativas y reacciones de los padres, y las dificultades y dilemas éticos que enfrenta el personal médico. Señalan que el personal médico enfrenta dilemas referidos a cómo balancear la honestidad y la compasión, cómo manejar la incertidumbre y la esperanza, cómo respetar la autonomía y la participación de los padres, y cómo lidiar con las presiones institucionales y legales. Concluyen con recomendaciones para mejorar la comunicación y el apoyo a los padres, como establecer una relación de confianza y respeto mutuo, informar con claridad y sensibilidad, ofrecer opciones y alternativas, facilitar el contacto y la participación de los padres con sus hijos, proporcionar recursos y servicios de apoyo emocional y social, y evaluar la efectividad de la comunicación.

Con respecto a la experiencia vivida de pacientes y sus allegados, a partir de su experiencia como antropólogo y psiquiatra que se convierte en paciente de una unidad de quemados tras sufrir un grave accidente junto con su esposa, Comelles (2002) reflexiona sobre las prácticas médicas, mágicas y religiosas que observa y vive en la unidad de quemados de un hospital de Madrid, así como sobre el papel de la familia, los amigos y el personal sanitario. Aporta una mirada etnográfica y crítica sobre la cultura hospitalaria, el sufrimiento, la esperanza y la

resistencia de los pacientes quemados. Comelles considera que la medicina no debe reducir los eventos clínicos a hechos, sino que también debe atender a los significados para los pacientes y sus acompañantes. Considera que la antropología de la medicina debe integrar las dimensiones simbólicas, emocionales y relacionales de la enfermedad y la curación.

Stonington (2020b) toca el concepto de saber hacer al explorar cómo es que los médicos se enfrentan a la incertidumbre respecto a los diagnósticos en la unidad de cuidados intensivos cardíacos de un hospital universitario en Boston. Explica que los médicos se ven obligados a dejar de lado la certidumbre temporalmente para poder actuar, lo que implica un conocimiento constantemente reevaluado. El autor cuestiona la idea de que el objetivo de la práctica biomédica sea eliminar la incertidumbre para producir diagnósticos definitivos, y propone, en cambio, que los cuerpos de los pacientes son concebidos como constelaciones cambiantes de problemas que hacen irrelevante la certeza diagnóstica y requieren que los médicos construyan y reconstruyan modelos temporales para facilitar la acción. Estos modelos se basan en la riqueza de datos que proporcionan las tecnologías médicas y en el ritmo acelerado de la enfermedad crítica. Los médicos suspenden su incertidumbre para convencerse lo suficiente para lograr hacer movimientos con respecto a los pacientes, sin esperar a tener una explicación completa o definitiva. En ese sentido, revela cómo es que el conocimiento del médico también es experiencial y emerge de prácticas situadas. Finalmente, considera que la racionalidad observada es un tipo de racionalidad práctica que se diferencia de la racionalidad teórica o epistémica, por lo que concluye que la racionalidad clínica es una forma de conocimiento

situado, temporal y pragmático, que se adapta a las demandas del entorno y a las necesidades de los pacientes.

1.2.1.4 Protocolos y medicina basada en evidencia

Tal como hemos mencionado al desarrollar el problema de investigación, médicos de primera línea han descrito la necesidad de adaptar los protocolos que guían su práctica clínica para poder atender a sus pacientes durante los peores momentos de la pandemia (Heras, 2020; Malara, 2020; Stonington, 2020a).

La medicina basada en evidencia es un enfoque que busca utilizar la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones en la práctica clínica, a fin de mejorar la calidad y seguridad en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Timmermans (2010) explica el movimiento de la medicina basada en evidencia como parte de un esfuerzo mayor de unificación de estándares y controles de calidad.

Timmermans y Berg (2003) abordan (i) cómo surgieron los registros médicos en el siglo XX; (ii) los protocolos de investigación de nuevas drogas oncológicas y cómo estandarizan prácticas, actores y situaciones; (iii) cómo la estandarización constituye una suerte de protección de la jurisdicción de un campo profesional y, al mismo tiempo, hace pasibles a esos profesionales de evaluación externa; y, (iv) cómo interviene la medicina basada en evidencia en la formación médica y el aprendizaje en la gestión de la incertidumbre. En ese sentido, Timmermans y Berg (2003) proponen estudiar la política de la estandarización en la práctica, para lo que consideran tomar en cuenta (i) que se trata de conocimientos situados; (ii) que, siguiendo la teoría del actor red, los protocolos tienen agencia;

y, (iii) que los estándares son entidades políticas que reordenan prácticas y cambian la jerarquía de los agentes. La literatura sobre protocolos y el movimiento de la medicina basada en evidencia, aportan al presente estudio porque permiten reconocer a los protocolos, los desfasados, los adaptados, los efectivos, a los que se enfrentaron las médicas intensivistas, como entidades políticas, culturalmente situadas y con agencia.

1.2.2 Estudios de ciencia, tecnología y sociedad

1.2.2.1 Latour: la ciencia como objeto de estudio, crítica al dualismo cartesiano y redes de actores humanos y no humanos

Latour y Woolgar (1979/2022) realizan una etnografía de la investigación en neuroendocrinología realizada en el laboratorio del Premio Nobel Roger Guillemin, parte del Instituto Salk. Dicho estudio muestra cómo es que es posible acercarse empíricamente a la producción de ciencia. Los autores permiten observar a la ciencia desde una visión pragmática, que implica observar y analizar cómo la realidad representada en los hechos científicos se construye a partir de las prácticas cotidianas de los investigadores, tanto de carácter social como de carácter material.

Latour y Woolgar (1979/2022) observan y muestran cómo es que se construyen los hechos científicos en las prácticas cotidianas de los investigadores. Este enfoque permite entender que la ciencia no es un producto acabado y puramente objetivo. Los autores, más bien, entienden a la ciencia como un proceso, o una acción, una praxis más bien dinámica que se negocia, se interpreta y se transforma.

De otro lado, el estudio de Latour y Woolgar (1979/2022) implica una crítica a los dualismos cartesianos, que dividen la realidad entre mente y cuerpo, naturaleza y cultura, sujeto y objeto. El dualismo cartesiano favorece una visión del conocimiento científico (definido como objetivo) como separado del sujeto que conoce y neutral, libre de valores, emociones y contextos. Esta etnografía muestra que la ciencia, vista desde una visión pragmática, es compleja y admite elementos sociales.

En Nunca fuimos modernos, (Latour, 1991/2007) desarrolla más profundamente su crítica a esta separación entre naturaleza y cultura, ciencia y política, humano y no humano. Latour sostiene que nunca hemos sido modernos, es decir, considera que estas separaciones no se repiten en la práctica, la cual se encuentra habitada por múltiples ejemplos de híbridos entre naturaleza y sociedad, hechos y valores, actores y representantes que, a su vez, se entrelazan en redes híbridas. Latour considera que la distinción modernista entre naturaleza y cultura nunca existió y, por lo tanto, nunca fuimos modernos.

De acuerdo con la teoría del actor red de Latour (2005), lo social es el resultado de interacciones entre actores, tanto humanos como no humanos, a través de relaciones de diversa naturaleza entre actores diversos. En dicha red, los actores se encuentran en interacción constante, interacción que produce la creación y transformación de dichas redes.

1.2.2.2 Mol: ontologías múltiples relacionales y producción de sujetos/objetos

Annemarie Mol (2002), muestra cómo la enfermedad de la aterosclerosis no es una entidad única y fija, sino que se multiplica y se transforma según los diferentes contextos, prácticas, dispositivos, especialidades médicas y

tratamientos que la involucran. Mol aplica también una ontología relacional, que entiende la realidad como un efecto de las relaciones entre actores humanos y no humanos. Además, desarrolla la ontología múltiple, de acuerdo con la cual la realidad no es única ni fija, sino que se va construyendo de modos múltiples en las prácticas cotidianas.

Para Mol (2002), existen diversos modos en los que la realidad emerge o se produce, los cuales coexisten aunque no sean compatibles ni estén necesariamente jerarquizados, y pueden entrelazarse e interactuar efectivamente a pesar de esta aparente incoherencia. Así, la enfermedad arterial periférica o aterosclerosis emerge de forma distinta de acuerdo a cómo se produzca y quién intervenga en dicha producción, a través de un proceso a la vez dinámico y situado.

El concepto de ontología múltiple desafía la idea de que existe una realidad única y objetiva que se puede conocer a través de la indagación científica. En cambio, sugiere que la realidad es siempre múltiple y supeditada las prácticas y perspectivas de quienes están involucrados en ella. Mol sostiene que necesitamos reconocer y respetar la coexistencia de múltiples ontologías, más que tratar de reducirlas a una realidad única y objetiva.

En cuanto al estudio de la materialidad, Mol (2002) considera que debe abordarse enfocándose en las prácticas en las que se manejan los objetos. Así, señala que los objetos no son entidades pasivas sino que participan en la conformación de las prácticas y la forma en que las personas interactúan con ellas. Por lo tanto, promueve un enfoque de materialidad orientado a la práctica que permita comprender mejor el rol de los objetos en la conformación de

prácticas y la forma en que las personas interactúan con ellas. Junto con Law, utiliza el concepto de semiótica material para señalar que una entidad es considerada actor si hace una diferencia perceptible y se vincula relacionamente con otros actores en redes de relaciones materializadas (Law y Mol, 2008).

En cuanto a la dualidad sujeto/objeto, Mol y Law (2004) explican que antes del desarrollo del concepto del cuerpo como objeto/sujeto a principios del siglo XIX, las enfermedades se consideraban entidades por derecho propio. Para realizar el diagnóstico, se requería que los pacientes describan sus síntomas, para que los médicos puedan diagnosticar qué enfermedad estaba presente en el cuerpo del paciente. Luego de un cambio epistémico radical, las enfermedades se convierten en condiciones del cuerpo humano, y la enfermedad deja de detectarse escuchando las palabras del paciente, porque necesita una mirada experta que examine tejidos corporales. Este cambio de paradigma generó la diferenciación cuerpo-objeto/sujeto-cuerpo, en la cual el cuerpo conocido y sanado por la medicina moderna no es consciente de sí mismo.

Mol y Law (2004) explican que el cuerpo es objeto de conocimiento médico cuando se observa y mide de diversas maneras, mientras que es un sujeto cuando se experimenta como una condición carnosa que da forma a nuestras formas de vida. Este reconocimiento del cuerpo como objeto y sujeto en la práctica médica y la investigación, puede conducir a intervenciones más efectivas y mejores resultados de los pacientes. Asimismo, comprender que el cuerpo juega un rol fundamental en la experiencia humana y en la configuración de nuestros modos de vida, puede conducir a un enfoque más holístico de la salud. Esta idea tiene implicaciones importantes para la medicina, ya que sugiere

que las intervenciones médicas no pueden centrarse simplemente en partes aisladas del cuerpo, sino que deben tomar en cuenta el contexto más amplio de la vida y experiencias de una persona.

El enfoque holístico propuesto por Mol y Law (2004) puede traducirse a un nivel epidemiológico, tal como proponen Mol y Hardon (2020) al resaltar la importancia de la interdisciplinariedad en el contexto de la pandemia de COVID-19. Así, sugieren que una buena interdisciplinariedad requiere prestar atención a las diversas preocupaciones de las diferentes disciplinas e incorporar la negociación receptiva de sus posibilidades colaborativas y las tensiones entre ellas.

1.2.3 Médicos en pandemia

1.2.3.1 Experiencias de médicos durante la pandemia de COVID-19

Varios médicos han relatado sus experiencias en primera persona, a través de libros, artículos y entrevistas. Tanto Malara (2020) como Heras (2020) han ofrecido un relato extenso de sus experiencias tratando algunos de los primeros casos diagnosticados de COVID-19 en Europa.

Para el caso peruano, encontramos aportes visuales y referencias de las experiencias del personal de salud a través del portal Salud con Lupa (Salud con lupa, 2020). Asimismo, Morante-Osores y colaboradores (2022) describen la experiencia de un médico durante la pandemia de COVID-19, explicando los diferentes retos enfrentados: regulaciones contradictorias, mal liderazgo, recursos insuficientes y mala gestión por parte de las autoridades, lo que provocó un alto número de muertes en su comunidad.

También desde Perú, Rojas_y_Yon_(2024) realizan un detallado estudio etnográfico a partir de testimonios de diversos trabajadores del sistema de salud peruano con la finalidad de analizar las experiencias subjetivas de estos profesionales durante el primer año de la pandemia. Los testimonios presentan los escenarios, las personas y las decisiones de una crisis de la COVID-19 vivida en condiciones de precariedad institucional y desborde sistémico. A través de estas vivencias, recogidas en tiempo real durante la primera ola de la pandemia, los autores documentan la respuesta caótica del Estado, la falta de recursos, las decisiones críticas y la extrema vulnerabilidad de los pacientes, evidenciando cómo la pandemia exacerbó desigualdades estructurales preexistentes en el sistema de salud peruano.

Por su parte, Chung (2023) relata su experiencia personal como médico en un hospital de Lima durante la pandemia de COVID-19, explicando su angustia como un médico que, mientras trata pacientes contagiados de COVID-19 en momentos en los que el sistema de salud peruano no se daba abasto, acompaña a un amigo cercano que ha sido ingresado a su mismo hospital por encontrarse grave de COVID-19 y que se encuentra a la espera de una cama UCI. En su relato está presente la tensión entre el temor al contagio, el cansancio por largas horas de trabajo, la incomodidad de los EPPs y el duelo por la enfermedad y posterior fallecimiento de un amigo cercano.

A nivel internacional se han desarrollado varios estudios cualitativos que relatan las experiencias de médicos y otros trabajadores sanitarios de primera línea. Rao_y_colaboradores_(2021) describen las experiencias de médicos de primera línea en la atención a pacientes con COVID-19 en Colorado (EEUU), y logran

identificar cinco temas relacionados con los impulsores de su angustia y su motivación (despersonalización y barreras para la atención, impotencia frente a la incertidumbre, sentirse abrumado y agotado, reforzar la moral y la confianza, y ser impulsado por el deber moral). Nikbakht Nasrabadi y colaboradores (2022) realizaron una revisión sistemática de estudios cualitativos (realizados en Suecia, Turquía, EEUU, Irán, Brasil, España, Israel, China, Taiwán y Canadá) para sintetizar las experiencias de las enfermeras de la UCI que trabajan con pacientes COVID-19, logrando identificar seis categorías principales de experiencias, entre las que encontramos experiencias psicosociales, ineficiencia organizacional y burnout laboral.

Digby y colaboradores (2023) exploran en las experiencias del personal de una UCI en Australia durante la pandemia de COVID-19, encontrando que (i) la comunicación se vio afectada por el uso de equipos de protección personal, y (ii) el personal experimentó angustia psicológica al separar familias y pacientes o trabajar en salas de aislamiento por periodos prolongados. Theron y colaboradores (2022) analizan los desafíos que enfrentaron trabajadores de la salud en Sudáfrica durante la pandemia de COVID-19, tales como cambios en los protocolos, falta de recursos y largas horas de trabajo. En Romero-García y colaboradores (2022) se explora en la angustia moral, el impacto emocional y las estrategias de afrontamiento del personal de una UCI española durante la pandemia. Montgomery y colaboradores (2021) buscaron comprender las experiencias del personal del Servicio Nacional de Salud (NHS) que trabajó en cuidados críticos durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 en el Reino Unido, y encuentran que la COVID-19 ha cambiado las prácticas laborales en UCI y, además, ha afectado al personal física, mental y emocionalmente.

En el caso peruano, Olórtegui-Yzú y colaboradores (2023) evaluaron el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los profesionales de la salud. Los autores exploraron la relación entre depresión, ansiedad y estrés percibido en personal de salud y sus percepciones sobre la calidad de los servicios de salud. Los resultados muestran que una menor edad y el género femenino tenían mayor relación con ansiedad, depresión y estrés percibido. Asimismo, también encontraron una correlación entre los puntajes de salud mental deteriorados y la calidad percibida de los servicios de salud entre los profesionales de la salud.

También para el caso peruano, Huarcaya-Victoria y colaboradores (2022) exploraron la prevalencia de problemas de salud mental en trabajadores sanitarios peruanos durante la pandemia de COVID-19, e identifican factores asociados con la depresión, el estrés percibido y la ansiedad en los trabajadores hospitalarios. Los autores analizaron los factores asociados a depresión, estrés percibido y ansiedad en trabajadores (clínicos y no clínicos) en Perú, mostrando que 8.6%, 9.0% y 78.2% de los participantes tenían ansiedad moderada a severa, depresión y estrés percibido, respectivamente. Asimismo, los resultados muestran que la prevalencia de padecer depresión y ansiedad de moderada a severa era mayor en los participantes que tenían un problema de salud mental previo, estaban preocupados por perder su trabajo, tenían al menos dos síntomas de COVID-19 en las dos semanas anteriores y tenían miedo de infectar a los miembros de la familia. También se identificaron cinco factores que causaron un impacto negativo en la vida de los trabajadores: angustia emocional vinculada a experiencias hospitalarias de sufrimiento y muerte, modificación de rutinas, miedo al COVID-19, exacerbación de trastornos mentales y problemas físicos asociados a la angustia emocional.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Enfoque fenomenológico

El enfoque fenomenológico aplicado a investigaciones etnográficas es una forma de estudiar las experiencias vividas de las personas en su contexto sociocultural. Este enfoque busca comprender el significado que los participantes le dan a sus acciones, sentimientos, creencias y valores, sin imponer categorías o interpretaciones externas.

Csordas (1994) propone una perspectiva fenomenológica para el estudio de la cultura y el yo a partir de la noción de corporización (*embodiment* en inglés). Según Csordas, la corporización es el modo en que el cuerpo se hace presente y significativo en el mundo a través de la experiencia vivida. El aporte de Csordas es relevante para el presente estudio porque ofrece una forma de comprender el cuerpo no solo como un objeto o un símbolo, sino como un sujeto y un medio de expresión. Además, permite abordar temas asociados con las prácticas y experiencias de médicos/as (la emoción, el dolor, los rituales, las costumbres) desde una perspectiva que integra lo cultural y lo existencial.

La búsqueda del enfoque fenomenológico se dirige a comprender el sentido y significado de las experiencias vividas. Así, este enfoque nos va a permitir explorar las percepciones, emociones, creencias, valores y prácticas de los médicos que han enfrentado la pandemia de COVID-19, así como las implicaciones que esta ha tenido en su vida personal y profesional.

El enfoque fenomenológico en Good (1993) se basa en la idea de que la salud y la enfermedad son fenómenos culturales y subjetivos, que dependen del

contexto histórico, social y político en el que se desarrollan. Así, es importante para el presente estudio (i) acceder a las vivencias de los médicos desde su propia perspectiva; (ii) reconocer la importancia de las emociones y los valores en relación con la enfermedad COVID-19 y sus pacientes; y, (iii) comprender la influencia de las relaciones interpersonales y las instituciones. De esta manera, el enfoque fenomenológico permite explorar las múltiples dimensiones subjetivas que involucra el trabajo médico en tiempos de COVID-19 y que ocurren en un contexto social y cultural específico.

La pregunta principal del presente estudio respecto a las experiencias de los/as médicos/as intensivistas como sujetos corporizados durante su práctica clínica durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19, requiere adentrarnos en esas experiencias que han sido vividas en y desde sus cuerpos. Las experiencias de estos actores particulares están situadas en una multiplicidad de contextos específicos a cada sujeto: ser parte del sistema biomédico, ser parte de la subcultura de la medicina intensiva, trabajar en hospitales públicos (aunque realizan práctica privada también), vivir el contexto de una pandemia global en el Lima, además de otros contextos particulares o compartidos de cada médico o médica.

Del mismo modo, también haré uso del enfoque fenomenológico para abordar las preguntas secundarias del presente estudio. Así, para comprender cuáles fueron sus experiencias respecto del uso y adaptación de los protocolos para el tratamiento de una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida, es necesario indagar sobre las emociones (temores, incertidumbres) y las percepciones sensoriales (incomodidades vividas por y desde los cuerpos: calor,

neblina en los lentes, llagas en la piel, cansancio físico extremo) relacionadas con la adaptación de los protocolos, así como los aprendizajes y adaptaciones que se fueron generando a partir de experiencias subjetivas (cómo mantenerse seguros al realizar procedimientos, cómo evitar los lentes empañados, cómo evitar el contagio a sus allegados). Asimismo, el uso de más equipos de protección personal también va a mediar sus experiencias en el ejercicio de sus propias prácticas clínicas: ¿cómo cambia la comunicación en el equipo?, ¿cómo cambian las interacciones con los pacientes?

En cuanto a las limitaciones que encontraron en su práctica clínica para aplicar sus conocimientos como intensivistas en el contexto hospitalario donde laboran, es importante tener en cuenta que dichas limitaciones se van a expresar en sus experiencias. Así, no contar con equipos de protección personal va a incrementar la sensación de temor al contagio. También es posible que contar con equipos de protección personal inadecuados va a incrementar las percepciones sensoriales negativas que causan incomodidades.

Finalmente, es desde el enfoque fenomenológico que vamos a poder acceder a los significados y valoraciones asociadas a los pacientes que los médicos/as han construido.

1.3.2 Enfoque ontológico

Siguiendo a Mol (2002), el enfoque ontológico propone que la realidad emerge de las prácticas sociales y es entendida como múltiple. Este enfoque permite analizar cómo los médicos configuran y negocian diferentes ontologías del virus, la enfermedad, la salud y la vida en sus interacciones con los pacientes, con otros profesionales y con el sistema sanitario. Así, se puede explorar la

complejidad y la diversidad de las formas de entender y actuar frente al COVID-19, y cómo estas influyen en el bienestar y el sufrimiento de los médicos y de las personas que atienden. Asimismo, Latour (2005) plantea que lo social resulta de interacciones concretas y materiales y propone hablar del actor-red, de redes de relaciones en cambio constante en las que actores humanos y no humanos tienen agencia e influencia.

Para abordar la pregunta de investigación y comprender la práctica clínica y conocimientos de los/as médicos/as intensivistas en el contexto de las primeras olas de la pandemia de COVID-19, resulta de utilidad acudir al enfoque ontológico. Este enfoque va a permitir entender cómo emergen diferentes conceptos en el marco de las prácticas y redes de conocimientos-personas-tecnologías de las que dependen los médicos intensivistas para hacer su labor (la noción de la COVID-19 y sus múltiples variantes, el paciente positivo, el paciente en UCI), hasta diversos conceptos que brotan de la práctica biomédica pero, ante la omnipresencia de la pandemia, terminan siendo adoptados por la población: las camas UCI, la intubación, el oxígeno, la variable Omicron. Adicionalmente, es importante tener en cuenta que todos esos conceptos que van emergiendo no son estáticos. Por el contrario, se hace necesario considerar que en el transcurso de la pandemia se van produciendo cambios, aprendizajes, adaptaciones y versiones múltiples de la enfermedad. Tales variaciones tuvieron lugar conforme el personal fue experimentando aprendizajes y el conocimiento global sobre la COVID-19 fue evolucionando.

Para comprender cuáles son las experiencias respecto del uso y adaptación de los protocolos para el tratamiento de la COVID-19, nuevamente es necesario

entender cómo es que emergen diversos conceptos ya mencionados anteriormente, así como comprender a los protocolos como un actor más en la red de relaciones de los médicos/as.

Asimismo, será necesario rescatar las prácticas clínicas específicas de los entrevistados, comprendiendo cómo emergen tanto antes como después de la pandemia. El entendimiento de este conocimiento en la práctica, va a mejorar la comprensión sobre las limitaciones experimentadas.

Finalmente, el enfoque ontológico se hace vital para preguntarnos cómo es visto el paciente (¿es un objeto, un sujeto, ambos?), lo que va a permitir una mejor comprensión de esos significados y valoraciones asociadas a los pacientes.

1.3.3 Antropología médica crítica

La antropología médica crítica ha sido definida como un esfuerzo, tanto teórico como práctico, para entender y dar respuesta a temas y problemas de salud, enfermedad y tratamientos. Esto se realiza en términos de la interacción entre varios niveles: el macronivel de la economía política; el nivel nacional referido a las estructuras política y de clase; el nivel institucional del sistema de salud; el nivel comunitario de las creencias y acciones populares; y, el micro nivel de la experiencia de la enfermedad, el comportamiento, los significados, la fisiología humana y los factores ambientales (Singer, 1995).

De acuerdo con Farmer (1999), existen condiciones estructurales sociales, económicas y políticas que moldean y potencian las enfermedades infecciosas, por lo que critica la visión de que ellas surgen y se diseminan principalmente por causas naturales o azarosas. En ese sentido, estas plagas modernas, se

concentran y perpetúan en contextos de pobreza estructural, inequidad y violencia política. Se encarnan preferencialmente en los cuerpos de grupos empobrecidos y marginados. Estas dinámicas se constituyen en una violencia estructural, mecanismo por el cual, la distribución desigual del poder económico y político se encarna literalmente, dañando la salud y bienestar de poblaciones enteras.

Adicionalmente, es importante que, en el marco de la antropología médica crítica tengamos en cuenta el concepto de biopolítica (Foucault, 1977), que marca un cambio del poder del Estado tradicional, que se basaba en el derecho del soberano de hacer morir o dejar vivir, hacia un nuevo paradigma que implica las facultades de hacer vivir y dejar morir. El soberano pasa del rol activo de tomar la vida del individuo hacia un rol aparentemente pasivo que implica el dejar morir a través de una negligencia selectiva o abandono de ciertos grupos considerados menos valiosos o productivos para la sociedad.

Continuando con el desarrollo del concepto de biopolítica, Fassin (2018) agrega que en las sociedades contemporáneas, la biopolítica se manifiesta en las desigualdades en la distribución de recursos, atención médica y exposición a riesgos. Estas disparidades reflejan decisiones políticas implícitas sobre qué vidas son más valoradas y merecedoras de protección al arrojar a esas personas a la muerte.

Para Mbembe (2011), el concepto de biopoder de Foucault no llega a abordar adecuadamente las situaciones en las que el poder se ejerce directamente sobre la muerte. En ese sentido, introduce el concepto de necropolítica al enfocarse en

cómo el poder soberano decide quién puede vivir y quién debe morir, y cómo ciertas poblaciones son relegadas a una existencia precaria o muerte en vida.

En ese sentido, la antropología médica crítica ofrece un marco de interpretación apropiado para examinar los relatos de estos/as médicos/as en este contexto de crisis particular. Permite visibilizar cómo el trabajo extenuante, las carencias de recursos y los riesgos de contagio dañaron su bienestar físico y mental. También posibilita analizar cómo ciertas políticas exacerbaron condiciones laborales que ya eran deficientes antes de la pandemia, generando malestar, estrés y cansancio extremo.

Este enfoque teórico brinda herramientas para entender que esas vivencias individuales estuvieron cruzadas por un tejido de determinaciones sociales más amplias. En efecto, la desatención estatal previa repercutió en la precariedad hospitalaria durante la pandemia.

En síntesis, el análisis crítico permitirá comprender sus vivencias y luchas, reconociendo los condicionantes estructurales que las configuraron, y visibilizando las múltiples violencias que impactaron sus cuerpos y subjetividades en contexto de la crisis sanitaria.

1.4 Metodología

La presente investigación consistió en un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, desarrollado a partir de entrevistas semiestructuradas en profundidad según la guía de entrevista adjunta en el Anexo 1. El trabajo de campo se realizó en la ciudad de Lima durante los meses de agosto a octubre de 2023.

1.4.1 Selección de casos

Se desarrollaron entrevistas a cinco médicos y médicas intensivistas y a dos médicas residentes de la especialidad de medicina intensiva. Asimismo, se realizaron entrevistas y conversaciones informales con informantes clave como médicos no intensivistas, médicos intensivistas que no trabajaron durante la pandemia, enfermeras y personal de MINSA.

Los criterios de selección fueron:

1. Haber trabajado como médico intensivista o residente de medicina intensiva durante la primera y/o segunda ola de la pandemia de COVID-19.
2. En la ciudad de Lima.

1.4.2 Métodos de recolección

Se utilizaron dos técnicas de recolección de datos:

- Entrevistas semiestructuradas: Se reconstruyeron etnográficamente los siete casos a partir de entrevistas con los médicos seleccionados, siguiendo la guía semiestructurada.
- Observación participante: Simultáneamente, se realizó observación participante como parte del proceso de conversación con los intensivistas.

1.4.3 Principios éticos

Previo a cada entrevista se solicitó el consentimiento informado verbal a los participantes. Se les informó sobre el propósito del estudio y el anonimato de sus datos para proteger su identidad. Asimismo, se aseguró la participación

voluntaria y la posibilidad de retirarse en cualquier momento. En todos los casos se pidió autorización para grabar la entrevista.



CAPITULO 2: LOS CASOS DE ESTUDIO

La medicina intensiva se distingue por el uso de equipamiento médico que permite mantener con vida a personas cuyos cuerpos se encuentran en estado crítico y no pueden realizar funciones vitales esenciales sin apoyo tecnológico. Huerta (2024) explica que la primera unidad de cuidados intensivos fue establecida por el doctor Ibsen en un hospital de Copenhague debido a la epidemia de poliomielitis del año 1952. Inicialmente, estudiantes de medicina y odontología a ventilaban manualmente durante todo el día a los pacientes usando bolsas de aire, con el objetivo de dar tiempo para que los pacientes se recuperaran de la de la parálisis de sus músculos respiratorios ocasionada por la polio (Huerta, 2024). Luego, en 1958, el médico Forrest Bird inventó las máquinas de ventilación artificial, permitiendo prolongar la vida de personas que no podían respirar por sí mismas, lo que generó que en las siguientes décadas proliferaran las UCIs (Huerta, 2024).

Esta especialidad fue central durante la pandemia porque la infección grave por COVID-19 en muchos casos originaba una insuficiencia respiratoria grave para la que no existía tratamiento, por lo que la única vía para mantener vivos a dichos pacientes era conectarlos a un ventilador mecánico en espera de que su cuerpo lograra superar la enfermedad. En abril de 2020, al inicio de la primera ola, el presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI), Jesús Valverde, indicaba que el país contaba aproximadamente con 700 médicos intensivistas y 2.000 enfermeras especializadas para área UCI, y que se requería duplicar esas cantidades (Torres, 2020). Efectivamente, el médico Jesús Valverde agregó que lo ideal sería contar con 10 camas UCI por cada 100 mil

habitantes, pero al inicio de la pandemia el país solo contaba con aproximadamente 2 camas UCI por cada 100 mil habitantes: el Perú resultó ser uno de los países de América Latina con menos camas UCI por cada 100 mil habitantes (Torres, 2020).

En la Tabla 1 se puede apreciar los casos seleccionados.

Tabla 1

Resumen comparativo de los casos de estudio

Caso	Seudónimo	Categorización	Edad	Género
Médico 01	Esteban	Especialista	69	Masculino
Médico 02	Omar	Especialista	53	Masculino
Médica 03	Lourdes	Especialista	39	Femenino
Médica 04	Alejandra	Residente (3er año)	32	Femenino
Médica 05	Isabel	Residente (3er año)	28	Femenino
Médica 06	Úrsula	Especialista	31	Femenino
Médico 07	Agustín	Especialista	49	Masculino

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 2 se puede apreciar dónde trabajaron todas/os las/os médicas/os intensivistas cuyos casos hemos recogido. Se ha diferenciado los lugares de trabajo de las/os intensivistas durante la primera y segunda olas, así como si trabajaron en calidad de especialistas, residentes o serumistas. Estamos entendiendo que la primera ola comprende los meses de mayo a octubre de 2020, mientras que la segunda ola comprende los meses de enero a junio de 2021.

Tabla 2*Centros de salud en los que trabajaron durante la pandemia*

Seudónimo	Centros de Salud durante la 1ra ola de la pandemia	Centros de Salud durante la 2da ola de la pandemia
Esteban	Hospital Essalud A	Hospital Essalud A
	Clínica Privada J	Clínica Privada J
Omar	Hospital Minsa B	Hospital Minsa B
	Hospital Essalud D	Hospital Essalud D
Lourdes	Hospital Minsa B	Hospital Minsa B
	Clínica Privada K	Clínica Privada K
Alejandra	Hospital Essalud A	
	Médico General en Clínica Privada L	Residente en Hospital Minsa C
Isabel	Serumista en Apurímac y Chiclayo	Residente en Hospital Minsa C
Úrsula	Residente en Hospital Minsa C	Residente en Hospital Minsa C
Agustín	Hospital Minsa C	Hospital Minsa C
	Clínica Privada M	Clínica Privada M

Fuente: Elaboración propia

Otras personas clave a las que entrevisté o con quienes conversé de manera complementaria, fueron médicos y médicas, tanto intensivistas como no intensivistas que no trabajaron como intensivistas durante la pandemia, ya sea porque tenían otra especialidad o debido a la edad.

Tabla 3

Listado de personas clave

Seudónimo	Edad
Pablo (médico no intensivista)	46
Marina (médica no intensivista)	75
Rodrigo (médico intensivista)	67
Doris (médica no intensivista)	72

Fuente: Elaboración propia

Los establecimientos de salud en base a los cuales hemos identificado los casos de estudio son el Hospital ESSALUD A, el Hospital MINSA B y el Hospital MINSA C. Sin embargo, la mayoría de entrevistados/as mantuvo y mantiene otros centros de labores. Dentro de las limitaciones del sistema de salud peruano, el Hospital ESSALUD A, el Hospital MINSA B y el Hospital MINSA C se encuentran entre los establecimientos mejor equipados. Asimismo, tal como observamos en los casos de estudio, las clínicas privadas de Lima Metropolitana de mayor reputación escogen a esos mismos profesionales para formar parte de su staff.

El Hospital ESSALUD A, el Hospital MINSA B y el Hospital MINSA C son establecimientos de salud públicos perteneciente al tercer nivel de atención. El tercer nivel de atención es definido como

el nivel de mayor especialización y capacidad resolutiva en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda (MINSA, 2011)

Adicionalmente, todos los establecimientos visitados son definidos como establecimientos de salud de Atención General del tercer nivel de atención, ubicándose en la categoría III-1 definida según la norma técnica NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 como un “grupo de clasificación de establecimientos de salud del tercer nivel de atención con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población a través de atención ambulatoria de emergencia, de hospitalización y de cuidados intensivos” (MINSA, 2011). Asimismo, los establecimientos de salud de la categoría III-1

[...] cuentan como mínimo con las UPSS² Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina de Rehabilitación, Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Farmacia, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Hemodiálisis, Nutrición y Dietética, y Central de Esterilización (MINSA, 2011)

En particular, la UPSS Cuidados Intensivos es definida como una “unidad básica del establecimiento de salud organizada para brindar atención de salud especializada en medicina intensiva a usuarios críticos en condición de inestabilidad y gravedad persistente” (MINSA, 2011). Requiere cumplir con características específicas para poder funcionar que están relacionadas a recursos humanos, infraestructura, equipamiento y organización de la atención.

² Unidades de prestación de servicios de salud.

2.1. Hospital Essalud A

El primer hospital visitado fue un hospital nacional de ESSALUD de categoría III-1, ubicado en Lima Metropolitana. Esteban y yo acordamos encontrarnos a la hora de su refrigerio. Al llegar, recién ha podido bajar a almorzar. Le digo que almuerce tranquilo y que lo esperaré cerca de los ascensores. No ha sido difícil entrar al hospital: a diferencia de los otros hospitales que visité, no he necesitado identificarme o decir a dónde voy para poder ingresar. A pesar de eso, las puertas son lugares de mucho movimiento y los guardias están muy atentos a quiénes ingresan y a quiénes salen del hospital.

Las dificultades de movimiento del hospital son más bien verticales. Mientras espero a Esteban observo una larga fila de personas que pugnan por subir a los ascensores y llegar a los pisos (modo en que se denomina a las diversas secciones del hospital). Mientras, una guardia recorre la fila con gesto marcial, y busca verificar que todos sus integrantes cuenten con los permisos respectivos para subir a los pisos. Los ascensores también transportan al personal sanitario, que se ordena menos visiblemente en una fila desordenada y más corta a la espera de un ascensor.

Esteban ha terminado de almorzar y lo encuentro frente a los ascensores. Hasta ese momento no tengo claro dónde nos sentaremos a conversar, pero me indica que lo haremos en uno de los ambientes de UCI. Hacemos la fila desordenada y corta, y subimos a los ascensores. Una vez en el piso correspondiente, atravesamos algunas puertas y ya estamos en una pequeña oficina al interior de la UCI.

2.1.1 Esteban

Esteban tiene 69 años y trabaja como médico intensivista en el Hospital Essalud A y en la Clínica Privada J. En el caso del Hospital Essalud A, trabajó en la UCI NO COVID durante las primeras dos olas de la pandemia; sin embargo, en la Clínica Privada J sí estuvo a cargo de casos COVID-19.

Para Esteban, la medicina

Es una profesión de servicio ... donde uno trata de ayudar a las personas ... y creo que es una vocación ... entonces si uno estudia medicina es para aprender, conocer más, y ayudar más ... entonces ese es el fin de la medicina, no? ... y la vocación, pues, hace que elijas algo que te llene, no? (Entrevista al médico Esteban)

Pero Esteban tenía una vocación muy específica, puesto que atender pacientes críticos es una pasión para él.

Yo no simplemente quería ser médico, yo decía: yo quiero ser médico pero no quiero ser médico dedicado a esto ni a esto, el médico no sólo ve la rodilla, ve el pie, ve el pulmón, ¡el médico ve todo! ... entonces por eso me gustó medicina interna, y por eso me gustó medicina intensiva, porque era la medicina interna del paciente crítico. (Entrevista al médico Esteban)

Esteban ha dedicado toda su vida a esta especialidad. Inicialmente se especializó en medicina interna, luego empieza la residencia en cardiología porque aún no se había implementado la especialidad de medicina intensiva y era la que sintió como más similar a la especialidad de medicina intensiva. Pero dejó la residencia en cardiología para especializarse en medicina intensiva.

Señala que la pasión que siente por la medicina intensiva va más allá de cualquier interés económico:

Si me hubiera quedado con cardiología, hubiera tenido un consultorio, hubiera tenido intervenciones, hacía ecocardiografías, hacía holter a lo mejor hubiera tenido, tal vez, mejores ingresos ¿no? Pero yo me siento satisfecho con lo que hago porque creo que se trata de hacer lo mejor para el paciente. (Entrevista al médico Esteban)

Un aspecto importante en la experiencia de Esteban es que enfermó de COVID-19 durante la primera ola de la pandemia y fue internado en la UCI COVID de su centro de labores. Me cuenta que todos en su casa enfermaron: tanto su esposa como sus hijas. Él fue el único grave y requirió pasar tres semanas intubado. Esta experiencia ha tenido un impacto muy marcado en su visión de la medicina intensiva. Recuerda que no era fácil ser paciente en una UCI COVID, pues se encontraba en un aislamiento total. Era notorio que el personal tenía miedo de contagiarse y pasaba el menor tiempo posible cerca de los pacientes, por lo que considera que se redujo el trato amigable, la empatía y la compasión. Le vienen recuerdos a la mente de esta etapa de aislamiento: que no le prestaron atención cuando intentó decir que tenía mal puesta la vía intravenosa periférica y le estaba lastimando la mano; o, ser dejado solo mirando el techo por tanto tiempo que nadie se daba cuenta si requería ir al baño. La recuperación fue difícil y tardó en volver a sentirse bien. También fue difícil convencer al Hospital Essalud A que ya podía retornar a sus labores en la UCI No COVID, aunque su retorno a la Clínica Privada J fue menos complejo. Me dice que no le gusta mucho hablar de

sus experiencias en la pandemia, y su experiencia como paciente, aunque sí lo ha conversado con su familia.

Sus experiencias como paciente lo han llevado a impulsar la UCI humanizada en la Clínica Privada J. Me cuenta que implica la presencia constante de la familia, lo que permite un mejor cuidado del paciente y reduce la medicación requerida por el paciente. Los informes a la familia también son más empáticos y se utiliza musicoterapia y fotos de seres queridos y mascotas para calmar a los pacientes que van despertando. Sin embargo, en el ámbito público no ha sido posible implementar mejoras similares.

2.2 Hospital Minsa B

El segundo hospital visitado fue un hospital nacional de MINSA de categoría III-1, ubicado en Lima Metropolitana. Llegué al hospital antes de las 07:00 am de un día feriado y tanto las calles alrededor del hospital como el interior de este se perciben mucho más tranquilas de lo que hubiera esperado. Omar me ha advertido que diga que voy a buscarlo si no me dejan ingresar, o que lo llame si tengo inconvenientes para que me dejen entrar. Un guardia que viste el uniforme de una empresa de tercerización de servicios de guardianía mantiene cerrada la reja de ingreso al hospital e indaga en los motivos de los visitantes para acudir al hospital. Respondo con dificultad las preguntas del guardia hasta que me deja ingresar, con un gesto de insatisfacción. Es un lugar amplio y abierto, y me dispongo a recorrer algunos pabellones para ubicar dónde está la UCI.

Cuando llego a la UCI, se encuentra adyacente a un espacio abierto del hospital. En la entrada, hay un espacio pequeño bajo techo pero abierto, con tres sillas para esperar fuera de la UCI. En una de ellas, una señora duerme abrigada por

una frazada. Me siento a esperar a Omar en un muro cercano a la puerta de la UCI, para evitar despertarla. Al sentarme, observo un espacio con gras, tras un muro contiguo, en el que una joven y una señora se han escondido y duermen abrigadas por frazadas y por su cercanía. Tal como ocurrió en el Hospital A, Omar me permite ingresar a una pequeña oficina, casi del tamaño de un closet, donde nos sentamos a conversar. Cuando terminamos nuestra conversación, me presenta a Lourdes, con quien posteriormente coordinaré una conversación virtual.

2.2.1 Omar

Omar tiene 53 años y trabaja como médico intensivista en el Hospital Minsa B y en el Hospital Essalud D, me comentó que siempre pensó que sería sacerdote o médico, pero como quería casarse, eligió la medicina. A pesar de lo abrumadora que resultó la pandemia, ya no se imagina hacer otra cosa.

Para Omar, especializarse en medicina intensiva implicaba “salvar vidas de verdad” (Entrevista al médico Omar). Sin embargo, me dice que con los años se fue percatando que la medicina intensiva también se trataba de la familia del paciente y de poder darle un buen morir a los pacientes. Me comenta, además, que a los intensivistas se les concibe como cuidadores y que “no se entiende que es una especialidad” (Entrevista al médico Omar). Además, destaca las diferencias en la contratación de intensivistas: mientras que a los intensivistas se les paga por cada turno, otros especialistas cobran por cada consulta o procedimiento, por lo que si un cardiólogo coloca un catéter vascular, le pagan mucho más de lo que pagan al intensivista por el mismo procedimiento. Señala que eso hace que necesiten trabajar más, mínimo en dos lugares.

2.2.2 Lourdes

Lourdes tiene 39 años y trabaja como médica intensivista en el Hospital Minsa B y en la Clínica Privada K. Adicionalmente, trabajó temporalmente en el Hospital Essalud A durante la pandemia. Me cuenta que decidió estudiar medicina gracias a su hermano: luego de encontrarse en los primeros puestos de su colegio, sintió una gran frustración al no lograr ingresar a la universidad a estudiar ingeniería de sistemas al igual que su hermano. Recuerda lo que su hermano le dijo para consolarla: “Ya no llores. Tú vas a postular a la carrera más difícil de la universidad y tú vas a ser médica. Se me abrieron los ojos y se me abrió una ventana de posibilidades” (Entrevista a la médica Lourdes). Sobre este cambio de planes, Lourdes dice “fue el regalo más lindo que la vida me dio porque la medicina es mi vida, es mi pasión, es todo, y la UCI mucho más aún. Yo he encajado como pececito en el agua, este es mi hábitat” (Entrevista a la médica Lourdes).

En cuanto a su vida personal, Lourdes está casada y tiene un hijo de un año. Asimismo, se describe a sí misma como una persona muy católica. Esta última característica tiene una importancia central en su vida profesional: la elección de su carrera como médica es descrita como un regalo de Dios y la práctica de la medicina es caracterizada como un apostolado. Recuerda las palabras de su padre cuando, durante el internado, ya casi no toleraba hacer guardias cada dos días:

Un día lo llamé a mi papá, que en paz descansa, y le dije papá yo ya no puedo más. Y me dijo, hija, recién estás comenzando, y tienes que saber que la medicina es un apostolado, es ayudar a una persona que sufre

algún dolor, y ese es el trabajo que tú has elegido. Eso cambió mucho mi panorama. (Entrevista a la médica Lourdes)

En cuanto a su especialidad, ríe al contarme que fue su esposo quien eligió su especialidad. Inicialmente ella quería ser internista y luego hacer una segunda especialidad. Pero al momento de postular a la residencia, se habían acabado las plazas para medicina interna en el hospital de su elección. Tenía la opción de especializarse en medicina interna en otro hospital o mantenerse en el hospital de su elección en el que quedaban plazas de medicina intensiva. Me explica que para ella era algo nuevo porque en pregrado no es habitual realizar una rotación por UCI. Luego de que su pareja caracterizara la especialidad como muy difícil y compleja, ella dice “¡Eso quiero! Siempre quería lo más difícil” (Entrevista a la médica Lourdes). Nuevamente, caracteriza esta elección como un regalo de Dios:

La UCI da muchas alegrías al corazón. Es un trabajo bastante duro emocionalmente, físicamente, académicamente. Es un trabajo muy duro, muy poco reconocido. Los especialistas en otras áreas desconocen todo lo que nosotros ... o no lo entienden bien. Es muy poco valorada pero los pacientes nos dan grandes alegrías cuando ellos vuelven a la vida, literalmente, porque se resucitan en la UCI. Muchos de ellos ni siquiera se van a acordar que nosotros estuvimos más tiempo con ellos que con nuestras familias, porque todo el tiempo están dormidos. (Entrevista a la médica Lourdes)

2.3 Hospital Minsa C

El tercer hospital visitado fue un hospital nacional de MINSA de categoría III-1, ubicado en Lima Metropolitana. Una de las personas clave con las que he logrado ponerme en contacto es un médico intensivista del Hospital C, Rodrigo (seudónimo), quien debido a su edad no trabajó presencialmente durante la pandemia. Llegué al hospital antes de las 07:00 am. Esta vez es un día laborable y hay mucho movimiento en las afueras del hospital. Nuevamente, hay guardias custodiando los ingresos al centro de salud y visten uniformes de un servicio de tercerización de guardianía. Me preocupa que no me dejen ingresar, pero luego de algunos intentos y preguntas de los custodios, me permiten pasar. Se trata de un hospital bastante grande y tiene muy amplios espacios al aire libre. Algunos de los visitantes y pacientes están usando mascarillas, y yo he traído un par por si me invitan a pasar a UCI y debo colocármela, pero me mantengo sin la mascarilla mientras me dirijo a la UCI por un camino al aire libre. Sin embargo, otro guardia tercerizado con uniforme y una mascarilla que parece tener varios días de uso, se ha sentado cerca de donde transitamos varias personas, y me llama la atención.

En este hospital, hay un guardia uniformado adicional a la entrada del edificio donde se encuentra la UCI. Espero sólo un par de minutos la llegada de Rodrigo, con quien converso unos minutos de mi investigación, y entramos a una UCI de aspecto más moderno que las anteriores. Nos colocamos al lado de una suerte de mueble de recepción, y Rodrigo me va presentando a médicos/as asistentes y residentes, les explica el propósito de mi investigación, y cuando desean participar, intercambiamos números. Rodrigo ya debe retirarse, pero me

recomienda hacer varias entrevistas ese mismo día en la UCI, me dice que aproveche cuando vea médicos o residentes desocupados. Los residentes bromean con que el médico Rodrigo se ha referido a quienes me presenta como “sus mejores chimpancés”. Una de las residentes de último año me indica que regrese en la tarde para conversar con los residentes.

Regreso a la UCI esa misma tarde, a la hora coordinada, que coincide con el horario de visitas. El guardia a la entrada de la UCI revisa a los familiares que ingresarán a la UCI y les exige contar con un EPP completo. Si no cuentan con todos los aditamentos del EPP, el guardia les indica con voz autoritaria y seca que deben ir a comprar un juego en las cercanías antes de que acabe el horario de visita. El EPP parece más un requisito burocrático establecido en un reglamento que una medida de bioseguridad para conservar un ambiente aséptico: los familiares han formado ya una fila en la que están uniformados con los respectivos EPP, a la espera de que el guardia de turno resuelva que han cumplido con los requisitos procesales y ya pueden ingresar a visitar a su paciente. Unos minutos después, una residente me ayuda a ingresar a la UCI y nadie me ha pedido ponerme un mandilón. Esa tarde converso con Alejandra e Isabel, posteriormente conversaré por vía virtual con Agustín y Úrsula.

2.3.1 Alejandra

Alejandra tiene 32 años y está realizando su especialización en el Hospital Minsa C, donde es residente de tercer año. Durante la primera ola trabajó como Médico General en la Clínica Privada L. Durante la segunda ola ya se encontraba haciendo su especialización en el Hospital Minsa C.

Converso con Alejandra en una sala de descanso de residentes, me siento a conversar con ella, mientras almuerza apurada, y me cuenta que está preocupada porque ha llegado un caso difícil: en el norte del país, una mujer y su niño han resultado heridos por la explosión de un balón de gas, la mujer está grave y perderá ambas piernas, su hijo fue trasladado a otro hospital del norte del Perú.

2.3.2 Isabel

Isabel tiene 29 años y está realizando su especialización en el Hospital Minsa C, donde es residente de tercer año. Al inicio de la epidemia, estaba terminando su Serums³ en Apurímac y, durante la primera ola trabajó en Chiclayo visitando casa por casa a los pacientes con COVID-19. Durante la segunda ola ya se encontraba haciendo su especialización en el Hospital Minsa C.

En el caso de Isabel, puedo observar que empezamos conversando de su Serums en Apurímac y el inicio de su especialización en el Hospital Minsa C. Incluso me menciona su poca experiencia respecto de la pandemia, haciendo alusión a que la zona rural en la que se encontraba estaba un poco aislada y los peores efectos de la pandemia no se sintieron tanto. Luego de algunos minutos conversando, sin embargo, recuerda su trabajo en Chiclayo durante la primera ola, y se sorprende de no haber tenido presente este recuerdo desde el inicio.

³ Siglas del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, de acuerdo con la Ley No. 23330 del año 1981, la cual crea dicho programa como un servicio de obligatorio cumplimiento para egresados de ciencias de la salud que deseen trabajar en entidades de salud del sector público.

2.3.3 Úrsula

Úrsula tiene 31 años y trabaja como médico asistente en la UCI del Hospital Minsa C y un hospital de Essalud. La pandemia coincidió con su residentado, mientras estaba realizando su especialización también en el Hospital Minsa C.

Con respecto a la elección de su carrera, me comenta que siempre ha sentido una inclinación por ayudar a las personas: “Yo estudié en un colegio religioso, entonces siempre mi formación ha sido en torno a todo ello. El ser sensible a las necesidades de los demás y pues ayudarlos de una forma que realmente les pueda causar un impacto” (Entrevista a la médica Úrsula). Otro elemento fundamental en su elección es que su padre también es médico: “siempre he estado muy cerca de todo esto, de la medicina, de las diferentes formas de poder ayudar ... me gusta mucho desde chiquita” (Entrevista a la médica Úrsula).

2.3.4 Agustín

Agustín tiene 49 años y trabaja como médico intensivista en el Hospital Minsa C y en la Clínica Privada M. Respecto de la elección de su carrera, me comenta que siempre le gustaron “las ciencias naturales, el contacto con las personas y el poder desarrollarse en un ámbito de salud” (Entrevista al médico Agustín). En cuanto a la medicina intensiva, señala que en esta especialidad:

Ves de una forma más rápida los resultados de las acciones que uno puede tomar. Es gratificante porque manejamos pacientes de complejidad alta y los manejamos con bastante ayuda tecnológica que existe en el medio. Los pacientes UCI son pacientes que tienen una mortalidad asegurada si no ingresan a las unidades de soporte de terapia intensiva.

Y las unidades de terapia intensiva lo que hacen es soportar, con toda la tecnología que existe, al paciente, para darle un tiempo a que responda y tener una sobrevida del paciente. Entonces, es gratificante poderlo sacar adelante. (Entrevista al médico Agustín)

Para Agustín, uno de los aspectos más difíciles que ha debido enfrentar es que los recursos con los que se cuenta en el ámbito público son muy bajos en comparación con el ámbito privado. Adicionalmente, trabajar en una UCI lo ha ayudado a reflexionar sobre la impredecibilidad y la vulnerabilidad a la que siempre estamos expuestos:

Existen muchas historias de casos, más que todo subjetivos, de cómo la vida se puede interrumpir o alterar (...) Lo que pensamos es que es impredecible lo que nos puede pasar, somos tan vulnerables. Normalmente no lo vemos así porque no nos pasa, pero en la UCI uno aprende a que no sabemos lo que va a pasar al día siguiente. Desde un accidente, al diagnóstico de una enfermedad seria. (Entrevista al médico Agustín)

CAPITULO 3: EXPERIENCIA CORPORIZADA Y USO DE LOS
PROTOCOLOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD
ALTAMENTE CONTAGIOSA Y POCO CONOCIDA

La pandemia de COVID-19 fue un evento disruptivo que puso a prueba la resiliencia de los sistemas de salud y la capacidad de adaptación del personal médico a nivel global. En particular, los médicos y médicas intensivistas de Lima se encontraron librando una batalla en territorio desconocido, enfrentando una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida, mientras la sociedad esperaba de ellos la absolución de todas las preguntas e incertidumbres y su principal arma, el sistema de salud, se encontraba precarizado desde hacía muchos años. En este contexto de vulnerabilidad física, emocional y epistémica, la formulación y el uso de protocolos y guías clínicas fueron herramientas esenciales para intentar organizar el caos. Sin embargo, la celeridad con la que evolucionaba el conocimiento sobre el virus a menudo superaba la capacidad de actualización de la administración sanitaria, creando una tensión constante entre la norma y la necesidad de adaptación en el terreno. Este capítulo se adentra en las experiencias de los intensivistas peruanos frente a este desafío, explorando cómo la aplicación de protocolos se entrelazó con las vivencias corporales derivadas del uso de equipos de protección personal (EPP), la reconfiguración de las interacciones sociales y profesionales en el espacio de la UCI, la gestión del temor y la incertidumbre a través de la fe (religiosa y en la evidencia científica), y el arduo proceso de toma de decisiones clínicas en un paisaje de conocimiento fragmentado y rigidez institucional. Al analizar estas dimensiones interconectadas, se busca responder a la pregunta específica: ¿cuáles son sus

experiencias respecto del uso y adaptación de los protocolos para el tratamiento de una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida?

Los casos seleccionados ofrecen el retrato de un grupo de personas que debían tratar la COVID-19 en un contexto en el que el conocimiento científico que habitualmente soporta sus decisiones era escaso y se encontraba en producción. Parte de esta producción de nuevo conocimiento se iba reflejando normativamente, de modo parcial, exitoso o incluso erróneo, en protocolos y guías de tratamiento, así como respecto de la prevención del contagio. Para comprender cuáles fueron las experiencias de médicas/os intensivistas durante la primera y segunda ola de la pandemia de COVID-19 respecto del uso y adaptación de los protocolos para el tratamiento de una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida, es necesario indagar sobre las emociones y percepciones sensoriales relacionadas con la adaptación de los protocolos, así como los aprendizajes y adaptaciones que se fueron generando a partir de experiencias subjetivas. Asimismo, el uso de más EPPs va a mediar sus experiencias en el ejercicio de sus propias prácticas clínicas.

En el presente capítulo, abordaremos, en primer lugar, las experiencias de médicos/as intensivistas respecto de la posibilidad de contagio de COVID. En segunda instancia, continuaremos indagando específicamente en las experiencias corporales y sensoriales implicadas en el uso de EPPs durante el ejercicio de las labores de médicos/as intensivistas. En tercer lugar, vamos a explorar cómo es que las medidas de bioseguridad modificaron las interacciones cotidianas de médicas/os intensivistas. Finalmente, nos vamos a concentrar en

la experiencia vivida de las/os de médicas/os intensivistas entrevistadas/os respecto del tratamiento de una enfermedad nueva y altamente contagiosa.

3.1 Experiencia corporizada y posibilidad de contagio

El sujeto al cual he buscado aproximarme es un sujeto que ha sido formado en una cultura específica (Good, 1993). La cultura de la biomedicina en general y también el contexto particular de su especialidad en medicina intensiva, les han dado forma a estos profesionales. Pero ellos y ellas no se constituyen únicamente como entes culturales, sino que operan en el mundo como sujetos corporizados: los cuerpos-pacientes que observan y tratan son observados desde un cuerpo que también es vulnerable (Csordas, 1994) y, por lo tanto, su calidad de sujeto médico no es estable y puede, en cualquier momento, pasar a ser sujeto-paciente. En ese sentido, en el presente acápite me propongo abordar las experiencias de médicos/as intensivistas respecto de la posibilidad de contagio de COVID-19.

El cuerpo, explica Good (1993), es a la vez estado fisiológico y base de la subjetividad. El dualismo cartesiano, que establece una separación entre la mente/espíritu y el cuerpo/materia como dos sustancias distintas, ha influido profundamente en la biomedicina occidental privilegiando lo tangible y observable (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Este dualismo cartesiano, que en la práctica clínica puede brindar efectividad, también ha generado una tendencia a ignorar factores emocionales y sociales como irrelevantes (Scheper-Hughes & Lock, 1987): en el caso de la pandemia de COVID-19, por ejemplo, se generan tensiones entre la medición objetiva de tasas de mortalidad y las experiencias vividas durante la pandemia. Por su parte, Kleinman (2020) rescató la

importancia de estudiar y comprender la experiencia vivida de ser médico para mejorar el entendimiento de los factores que contribuyen a que el cuidado del paciente sea un éxito o un fracaso.

Isabel inició su residencia en medicina intensiva durante la segunda ola de la pandemia, pero al empezar su relato, olvida completamente su experiencia como médica durante la primera ola en Chiclayo, de lo que ella misma se sorprende. Sus experiencias se dividen entre pasar tiempo en la casa de su familia en Piura, hacer su SERUMS en una localidad alejada, y su trabajo en Chiclayo en una brigada médica que realizaba visitas domiciliarias. Es justo en esta etapa, olvidada al inicio del relato, durante la que Isabel tiene experiencias en las que su vulnerabilidad está más presente. Como en el caso de Isabel, la experiencia de la pandemia parece haber sido olvidada en la sociedad peruana, y las discusiones sobre lo sucedido son escasas. La experiencia de Isabel se vive desde el olvido de esa etapa que, posteriormente, va a compartir como emocionalmente difícil. El olvido de Isabel materializa el olvido social y político de la pandemia y la biomedicina marcada por el dualismo cartesiano (Scheper-Hughes & Lock, 1987) también contribuye a invisibilizar las vivencias sociales y emocionales de la pandemia.

En el caso de Omar, el recuerdo del inicio de esta experiencia está muy presente y es narrado con detalle. Omar relata cómo reunió a todo el equipo para decidir empezar a atender casos de COVID-19 en conjunto y les aseguró que tendrían los equipos de protección personal correspondientes; adicionalmente, recuerda que le preocupaba la enfermedad o muerte de sus compañeros de trabajo, pues comenta aliviado que no perdieron a ningún/a compañero/a en la UCI (Entrevista

al médico Omar). Los recuerdos de los primeros pacientes parecen muy presentes y eso también indica la vulnerabilidad que estaban sintiendo.

Lourdes también narra con gran detalle la primera vez que atendió un paciente de COVID. El testimonio de Lourdes refleja la tensión emocional y temor experimentados ante la primera intubación:

Él me dijo: Lourdes (seudónimo), ¿lo traemos? Lo traemos. ¿No tienes miedo? No tengo miedo. ¿Lo ingresamos? Lo ingresamos. Ok, vamos a organizarnos. ¿Quién lo intuba? Me dijo él: yo lo intubo. No, doctor, yo lo intubo, usted tiene hijos. Yo no tengo hijos, soy soltera; bueno, era casada, sin hijos. Entonces yo lo intubo. Porque teníamos la creencia, pues, bueno, no la creencia, era un hecho, de que intubando podías contagiarte, ¿no? Estabas casi ahí dándole un beso apasionado al paciente, más o menos eso era intubar. Entonces me dijo: no, yo lo intubo. OK, tú lo intubas y yo le pongo el catéter venoso central, le pongo la línea arterial.

(Entrevista a la médica Lourdes)

Lourdes empieza su testimonio explicando el miedo ante la intubación causado por la posibilidad de contagio: el procedimiento de intubación necesario para dar vida al paciente era su función y al mismo tiempo podía ser su condena. La posibilidad real de morir debido a esta nueva enfermedad se muestra en la discusión entre Lourdes y el otro médico respecto a quién se sacrificaría al hacer la intubación. Al mismo tiempo, el riesgo no es pequeño como una gotícula de secreciones conteniendo un virus microscópico, sino que Lourdes lo representa como un beso grande y efusivo o apasionado. Al mismo tiempo, este riesgo mortal es descrito contradictoriamente con un simbolismo erótico (beso

apasionado) que consigue mostrar la dimensión del miedo pero lo hace con una metáfora que contradice la emoción central del temor ante el contagio.

Lourdes continúa su relato explicando cómo se protegieron antes de intubar a ese primer paciente:

Entonces nos dividimos el trabajo. Y ahora era un desconocimiento total. Era algo que no, ¿cómo nos íbamos a proteger? Entonces, en ese momento, nos pusimos primero un mameluco, luego un mandilón, luego un siguiente mameluco, bolsas rojas, esas bolsas rojas de basura en los pies y encima un guante, perdón, unas botas de esas de agricultor, unas botas blancas, nos pusimos mascarillas N95, unos lentes que nos apretaban totalmente los ojos y en verdad casi no podíamos ni movernos. (Entrevista a la médica Lourdes)

Ante ese la extendida incertidumbre respecto del virus y la enfermedad a la que se estaban enfrentando, los cuerpos se cierran para protegerse y las múltiples capas de mamelucos, mandilones, bolsas de basura y mascarillas recubren los cuerpos y ofrecen una protección física y simbólica. El cierre de los cuerpos para protegerlos se encarna en capas físicas de ropas protectoras.

Entonces, lo primero que yo pensé es que llegó mi momento personal, donde yo sentía que me había preparado toda mi vida para ese momento. Me había preparado justamente para ese momento de desastre, en donde yo tenía las competencias para poder manejarlo. Y lo único que hice fue apoyarme en Dios, tomar el ejemplo de María Teresa de Calcuta, que habiendo atendido toda su vida pacientes con tuberculosis, nunca tuvo tuberculosis, entonces basada en eso entré con mucha fuerza, con mucha

firmeza. Si, un poco de temor, pero no me temblaron ni las manos ni las piernas. (Entrevista a la médica Lourdes)

Esta narrativa permite situar a la medicina como práctica encarnada y ejemplifica el concepto de corporización (Csordas, 1994): Lourdes siente el miedo, manifiesta haber sentido temor y cuenta cómo tuvo que apoyarse en su fe religiosa; sin embargo evade esta emoción y explica que no flaquearon sus manos ni sus piernas a pesar del temor, mientras que siente que estaba viviendo un momento de desastre para el que se preparó toda su vida. En el testimonio de la médica Lourdes se percibe una dualidad entre los cuerpos médicos disciplinados para resistir y una vulnerabilidad que se trata de enmascarar.

[...] rápidamente lo intubamos al paciente que ya estaba casi encefalopático, lo intubamos, luego lo invadimos al paciente, lo conectamos al respirador mecánico y lo dejamos estable. En el transcurso que estábamos haciendo toda la atención invasiva del paciente, una de las enfermeras le dio un ataque de pánico, tuvo que salir, nos quedamos con solo una enfermera, así que nosotros tuvimos que ayudar con los procesos de enfermería (...). De noche se animaron a ingresar otros colegas, y así todos los colegas fueron animándose a ingresar, más bien querían ver cómo era, porque ya habían ingresado dos personas y no había pasado nada, habíamos salido vivos. (Entrevista a la médica Lourdes)

Darle entrada al paciente en UCI implica invadirlo mediante catéteres, conectados a ventiladores y otras máquinas, que ingresaban a sus cuerpos, pero el paciente también puede invadir el cuerpo del personal sanitario mediante el

contagio durante el beso apasionado que implicaba intubarlo: por eso los cuerpos se cubren en un ritual de protección antes de asumir el riesgo. El miedo al contagio se encuentra presente no sólo en los cuerpos individuales que lo experimentan a través de ataques de pánico (como la enfermera a la que se refiere Lourdes), sino también en el cuerpo social, en el que la experiencia exitosa de unos aminora el temor de otros que van siguiendo a los primeros e ingresan a la UCI venciendo los temores iniciales. El momento descrito por Lourdes, repleto de incertidumbre y temor, no es únicamente un procedimiento médico, sino que también constituye una misión moral y sagrada de salvar al paciente, explicitando la función soterialógica de estos especialistas (Good, 1993; Kleinman, 2020) que se evidencia en las invocaciones a Teresa de Calcuta.

La vulnerabilidad se expresa más explícitamente en Esteban, puesto que su experiencia durante la primera ola no fue únicamente como médico sino también como paciente. Así, Esteban añade a su temor de un posible contagio, la posibilidad de volver a enfermar:

[...] en la pandemia era un pandemonio pues, porque todos los pacientes estaban graves, todos eran graves, todos usaban el ventilador. Y había que estar, perenne allí, parados allí al lado del paciente para que no... entonces era más intenso el trabajo, era más estresante. Además que tenías que evitar que te contagien ¿no?... alguna merma en tu protección, te podías infectar y llevar la enfermedad a tu casa, a tu papá, a tu mamá, tu hermano, entonces era una desgracia. ¿Entonces eso a ti te daba miedo no? O miedo a que te vuelvas a infectar porque, por ejemplo yo ya

me había infectado y seguía en área COVID, y me daba miedo volverme a infectar pues, ¿no? Me decían oye pero no deberías estar en estas áreas, si pues, pero tengo que hacer mi trabajo, tengo que seguir pues, ¿no? (Entrevista al médico Esteban)

A pesar de su temor, el cuerpo disciplinado (Foucault, 1977) de Esteban tiene que continuar su trabajo y no parar a pesar del miedo y el cansancio lo que Esteban resume en “tengo que seguir pues” (Entrevista al médico Esteban). La práctica médica no sólo implica conocimiento de la fisiología de los pacientes, sino que también incorpora la disciplina de los cuerpos médicos para establecer una disociación entre sus sensaciones corporales y emociones, y sus deberes profesionales. Del mismo modo en que Lourdes relata cómo era ese momento de crisis y desastre para lo que se había preparado, Esteban no concibe dejar de hacer su trabajo: ser médicos y salvadores es parte de una identidad marcada por un propósito moral que no conciben dejar de lado.

Frente a la vulnerabilidad que experimentan, los médicos construyen narrativas de invulnerabilidad. Úrsula ya tenía casi un año de residente de medicina intensiva cuando empezó la pandemia. Ella señala que, si bien se cuidaba, tampoco realizaba cuidados que califica como exagerados. Sin embargo, agrega que sí tomaba medidas para evitar contagiarse o contagiar a sus familiares. En su caso, aunque experimentó el temor de contagiar a sus familiares, ella se percibió como una persona fuerte y que no suele enfermarse, lo que parece permitirle alejarse del temor:

[...] bueno yo sinceramente no, no suelo enfermarme ... creo que no, no, nunca he ido a una emergencia así, para tratarme yo misma ¿no? Siempre

decía, bueno ¿soy fuerte no?, con todas las medidas de protección, espero que no pase nada. De pronto tenía un poco de temor a, a mis papás, contagiarlos, etcétera. Pero trataba de hacer todos los cuidados.

(Entrevista a la médica Úrsula)

La posibilidad de contagiar a la familia también denota la vulnerabilidad que sienten los especialistas frente a la posibilidad de perder a sus familiares. Con respecto a su familia, Isabel nos menciona que dos miembros de su familia presentaban comorbilidades que le preocupaban, por lo que extremó los cuidados mientras permaneció con ellos en Piura. En ese momento, sin embargo, no se encontraba trabajando, y pensó que lo mejor sería que cuando tomara un trabajo lo haría en una ciudad distinta a la de su familia, para no exponerlos: “Yo también dije, si en algún momento tengo que trabajar no va a ser aquí, sabiendo que puedo exponerlos” (Entrevista a la médica residente Isabel). Este temor también se refleja en los comentarios de Isabel frente a sus experiencias en la brigada en la que trabajó durante la primera ola, ella reflexiona sobre los contagios que afectaron a familias enteras:

[...] una vez en Chiclayo me tocó ver. En una casa común, que vivían en 3 pisos 2 familias, 3 familias que eran cercanos. De 10, 8 murieron. Y yo llegaba a veces y decía ¿la persona tal? No, falleció hace una semana. ¿La persona tal? No, falleció ayer. ¿Y usted? No, yo soy la hija de no sé quién, y estamos recién enterrando a todos. Y era Asu, se me escarapela el cuerpo. Porque no me imagino, perder a todos en un mes.

(Entrevista a la médica residente Isabel)

La sensación de escarapelamiento que comparte Isabel ante la posibilidad de perder a sus seres queridos, muestra el miedo encarnado (Csordas, 1994) que hace reaccionar al cuerpo ante la posibilidad de sufrir pérdidas de la misma magnitud de las que veía. El miedo no es solamente una reacción mental frente al peligro sino que es una emoción que se vive en el cuerpo: incluso la posibilidad de perder a la familia produce la reacción de escarapelamiento en la piel a la que hace referencia Isabel.

Alejandra, sin embargo, sí vivía con su padre mientras atendía pacientes COVID, por lo que detalla su preocupación ante la posibilidad de contagiar a su padre:

[...] tenía poco contacto con mi familia, vivía con mi papá y, sobre todo los días que venía, llegaba y me bañaba. Llegaba bañada en el hospital, me bañaba llegando a casa, los zapatos afuera, comía lejos de mi papá, ¿no? O sea, cuando no tenía que trabajar de repente estaba un poco más tranquilo ¿no? Era un poco, era preocupante porque mi papá es adulto mayor, o sea tiene más de 65 años. Yo sentía mucho miedo, yo no tengo mamá, entonces sólo tenía a mi papá. Entonces el miedo, el temor, de perder a otro familiar, sí me generaba bastante incertidumbre ¿no?
(Entrevista a la médica residente Alejandra)

Alejandra implementa un ritual para purificar su cuerpo y evitar que su padre entre en contacto con el enemigo invisible: la higiene individual no solamente es conocimiento científico sobre higiene y un protocolo para reducir la transmisión del virus sino que también es un ritual de purificación que brinda protección simbólica frente al contagio.

Agustín hace referencia a la sensación de incertidumbre, porque se trataba de una enfermedad nueva y el modo de contagio no estaba totalmente definido. Así, vemos que la vulnerabilidad del propio cuerpo se evidencia en que el especialista puede llegar en cualquier momento a convertirse en ese cuerpo-objeto físico que está acostumbrado a observar. Explica que se sentía miedo a enfermar o que enfermara la familia que depende de ellos.

Alejandra también explica el temor inicial respecto, especialmente, a no contar con las vías de transmisión claras que permitieran evitar el contagio:

[...] por un lado estaba el hecho de que necesitaba un ingreso económico para solventar mi vida en general. Pero en ese tiempo yo vivía en casa de mi padre, de mi familia. Entonces yo tenía muchísimo temor a un posible contagio. No tenía, la enfermedad no estaba bien estudiada, se pensaba que se transmitía por contacto, no se sabía, todos los mecanismos de transmisión no estaban bien esclarecidos. Sentía bastante miedo ¿no? Sentía miedo, y sobre todo por el hecho del temor de perder a un familiar.
(Entrevista a la médica residente Alejandra)

En los testimonios de Agustín y Alejandra percibimos cómo es que, al inicio de la pandemia, los médicos se encontraban a la espera de que se definan los modos de contagio de esta nueva enfermedad. La incertidumbre científica se encarna en el temor al contagio: la producción de conocimiento científico no sólo se genera en los laboratorios y en el tratamiento de los pacientes sino que también se experimenta en el cuerpo de los médicos que viven el proceso desde la incertidumbre hacia la certidumbre.

La inmunización propia y de los familiares marca un nuevo momento, en que la vulnerabilidad se percibe como más reducida. Al respecto, Alejandra comenta cómo su vacunación y la de sus familiares calma sus temores:

[...] el trabajo que yo hacía previamente era como médico general, entonces era un trabajo general superficial. En cambio, esta vez yo estaba a cargo de un médico asistente que era, cuando estaba en medicina interna un internista, y cuando estaba en UCI a cargo de un intensivista. Entonces yo sabía que me sentía más respaldada por alguien que tenía más experiencia que me enseñaba, incluso yo me sentía más tranquila con más conocimiento de la enfermedad y con inclusive las primeras vacunas que se dieron en el mes de febrero cuando ya estaba en mi tercer mes de residente. Entonces inclusive... y el hecho de tener a mi familia vacunada ya me daba bastante más tranquilidad. (Entrevista a la médica residente Alejandra)

Por su parte, Lourdes también reporta las diferencias percibidas frente a los avances científicos, tales como la determinación de los modos de contagio y la producción de una vacuna que les provee inmunidad:

Lo que sí yo le tengo mucha fe es a la evidencia científica. Entonces, la evidencia científica decía que esta enfermedad se contagiaba más por aerosoles (...) que por contacto. Entonces yo animaba a la gente a sacarse los guantes, que no eran necesarios los mamelucos, con solo un traje y un mandilón era suficiente, pero eso sí la mascarilla siempre. Entonces, bueno, sobre todo, ante la evidencia de eso, yo me sentía segura, ya con la vacunación, un poco más segura, pero cuando me dio

COVID, me sentí más segura todavía, porque ya tenía inmunidad, ¿no?
Lo que sí (...) observamos es que post-vacuna la gente comenzó a morir
menos de lejos, de lejos, totalmente. (Entrevista a la médica Lourdes)

Como se muestra en los testimonios de Alejandra y Lourdes, la vacuna no sólo operó como una solución biomédica sino también como un híbrido (Latour, 2007) que reconfigura las redes de estos médicos que ya no tienen tanto temor de contagiar a su círculo cercano (tener a su familia vacunada le otorgó a Alejandra mayor tranquilidad, de acuerdo con su testimonio). La vacuna como híbrido articuló la materialidad biológica de la inmunización y la corporalidad de los médicos, lo que permitió su sensación de seguridad tras la vacunación.

Asimismo, la apelación a lo trascendente de Lourdes (invocación a Dios y ejemplo de la Madre Teresa y la tuberculosis), coexistió con su identidad científica, pues nos cuenta que cuando hubo evidencia científica respecto de las formas de contagio del virus tuvo fe en esa evidencia. En el testimonio de Lourdes, se entrelaza la biomedicina con lo sagrado y la evidencia científica se vuelve un nuevo dios que proporciona calma y certidumbre frente a los temores de contagio. Lourdes parece expresar que su fe en la evidencia científica es tan grande que, por un momento, parece restar importancia al efecto de la vacuna en ella, para luego enfatizar su importancia en los cuerpos de los pacientes.

En una situación que no les permite predecir con exactitud el riesgo de contagiarse o el riesgo de sufrir las consecuencias de una enfermedad grave, la fe en sus creencias religiosas, en la fortaleza o salud de sus propios cuerpos o en la evidencia científica, aparece como un elemento que les brinda seguridad. En ese sentido, Úrsula señala no haberse preocupado demasiado frente al riesgo

de contagio porque “nunca he ido a una emergencia así, para tratarme yo misma. Siempre decía, bueno ¿soy fuerte no?” (Entrevista a la médica Úrsula). Por su parte, Lourdes se apoya en sus creencias religiosas y relata cómo “se encomendó a Dios” (Entrevista a la médica Lourdes) la primera vez que intubó un paciente de COVID-19 y observamos cómo encuentra tranquilidad en un relato de la Madre Teresa de Calcuta, respecto a que no se habría contagiado de tuberculosis a pesar de atender a pacientes con dicha enfermedad. Vuelve a presentar esa misma fe, pero en la evidencia científica, cuando ya se encontraban mejor estudiadas las vías de transmisión del virus y ella insta a sus colegas a utilizar menos EPPs, casi predicando la palabra de la evidencia científica. A pesar de que el miedo reinaba, y se utilizaba un exceso de medidas de protección debido al temor, su fe en la evidencia científica la inmuniza frente al temor.

3.2 Corporalidad y limitaciones sensoriales por el uso de EPP

Como mencionamos en el acápite anterior, el sujeto-médico observa, construye y trata al sujeto-paciente desde un cuerpo: el sujeto-médico es un sujeto corporizado que experimenta desde un cuerpo que percibe otro cuerpo que es sujeto-paciente (Good, 1993). De otro lado, los equipos de bioseguridad implicaban el uso de múltiples mascarillas, visores y lentes especiales, además de mamelucos especiales que cubrían totalmente a los especialistas. En ese sentido, en el presente capítulo continuaremos indagando específicamente en las experiencias corporales y sensoriales implicadas en el uso de EPPs durante el ejercicio de las labores de médicos/as intensivistas.

Para Omar, iniciar un día de trabajo usando los EPPs y en medio del cansancio y estrés que significaba la pandemia era muy duro, el primer paso era vestirse para estar “sellado por todos lados” (Entrevista al médico Omar):

[...] yo creo que sobre todo al inicio era: ¡uy, me toca turno!, (ríe), ¡uy!, ahora tengo que cambiarme, ponerme. Y al inicio entrabas y no salías mucho, o sea, entrabas, y salías después de horas. Entonces, ha habido gente que casi se ha desmayado, sudaba mucho, asociado al estrés (ininteligible). Entonces no es que vinieses..., venías menos contento, preocupado. Entonces en el rato que ... el reporte, y esto, ahí, y esto, y esto. Pero ahora bueno y ya (inspira), como que tomas aire. Y ya, ahora, pues a vestirse. Y al inicio te ayudaban a vestir. Todo, pum, pum ya está, ¡sellado por todos lados!, pa, pa, sí, sí (ríe). (Entrevista al médico Omar)

Como ya se adelantó en el subcapítulo 3.1 respecto del testimonio de Lourdes y el primer paciente de COVID-19 admitido en la UCI de su hospital, los cuerpos se cierran para protegerse. En el testimonio de Omar, notamos el ritual de protección, previo al inicio del día de trabajo, que busca dejar al cuerpo totalmente sellado para brindarle protección frente al contagio.

Good (1993) explica el cuerpo tanto como un objeto físico que el médico observa, como un agente de experiencia. Pero el especialista también es cuerpo que experimenta y desde su cuerpo observa al paciente y experimenta la pandemia como individuo y como médico. Así, una experiencia difícil era vivir desde ese cuerpo que a la vez les debía servir para evaluar y tratar a los pacientes. Con respecto al uso de EPPs, Esteban describe así su experiencia: “te asfixiabas, era un enclaustramiento” (Entrevista al médico Esteban). Asimismo, explica que la

carga laboral, sumada al uso de EPPs generaba diferencias en cuanto a la atención que podían brindar debido a un mayor cansancio:

[...] en intensivos el trabajo era permanente, estaban todo el día metidos. Tú te sacabas la ropa y no te la podías volver a poner, tenías que dejar todo cuadrado. Era más difícil, ¿no? Te cansas, ¿no? Obviamente, ¿no? No vas a atender igual, ¿no? Eso está probado. (Entrevista al médico Esteban)

En el testimonio de Esteban se revela cómo los protocolos de bioseguridad respecto de los EPPs se materializaban como prácticas rituales de entrada-salida de UCI, protección-desprotección o vestimenta-descarte: "te sacabas la ropa y no te la podías volver a poner" (Entrevista al médico Esteban). Esta enactuación o en inglés *enactment* (Mol, 2002) de las prácticas médicas destinadas a la bioseguridad generaba una paradoja, puesto que la necesidad de protegerse adecuadamente (dejar todo cuadrado en palabras de Esteban) exigía una precisión ritual que se contraponía con el agotamiento acumulativo (como la repetición rítmica de la pregunta ¿no?) que iba disminuyendo las capacidades de estos especialistas: "No vas a atender igual" (Entrevista al médico Esteban). La afirmación "eso está probado" opera como un intento de purificar el hecho científico (Latour, 2007) de la experiencia corporal que se encuentra íntimamente engarzada en la práctica médica durante la pandemia y en la producción de nuevo conocimiento científico en relación con esa práctica médica pandémica. El testimonio de Esteban, ilustra cómo las prácticas médicas cotidianas en el entorno de las UCIs durante la pandemia estuvieron pobladas por híbridos (el EPP) que actuaron como mediadores, enredando a los humanos

con los no-humanos en colectivos que no se ajustaron a las categorías limpias de la constitución moderna (Latour, 2007). La dificultad, el cansancio y el impacto en el rendimiento no se reducen a problemas individuales o técnicos, sino que se transforman en fenómenos que emergen de la asociación entre estos médicos y sus EPPs, revelando el tejido naturaleza-cultura que persiste a pesar de los esfuerzos modernos por purificarla.

De acuerdo con Agustín, los EPP utilizados eran exagerados, pero se establecieron en base a lo que se sabía en ese momento y remarca que el nivel de protección utilizado era para una enfermedad como el ébola. Considera que, “se debió cambiar rápido como se hizo en otros países” (Entrevista al médico Agustín) puesto que se gastaba en EPP que no requerían realmente. En cuanto a las sensaciones corporales derivadas del uso de EPPs, señala que se veían obligados a trabajar mojados de sudor y con una sensación de calor extrema, y que los EPPs utilizados producían lesiones en el rostro. Estas sensaciones implicaban una mayor dificultad en la realización de los procedimientos médicos rutinarios en una UCI. Por otro lado, el uso de algunos aditamentos de protección adicionales, como la utilización de varios guantes, generaba una pérdida de sensibilidad táctil que también se reflejaba en una mayor dificultad para la realización de algunos procedimientos médicos.

Esta situación se complejizaba debido a las particularidades de su trabajo, que requiere utilizar el cuerpo como una herramienta cuya posibilidad de sentir le permite realizar procedimientos a los pacientes. En particular, el tacto y la visión parecen haber sido 2 sentidos que se encontraron disminuidos y eran vitales para los especialistas. Así, como señala Esteban, era más difícil atender. Para

comprender mejor los procedimientos realizados por intensivistas, Omar nos explica el procedimiento de intubación:

[...] uno podría decir bueno pues intuban. No, tienes que ver al paciente, el procedimiento es que tienes que dormirlo y al paciente muchas veces le va a bajar la presión. Entonces tienes que ir manejando la mano, monitorizando, viendo, y ver que ojalá no te toque una intubación difícil. Porque no todos son iguales, a veces es muy difícil. Entonces, es un momento de estrés, porque si no lo intubas se puede morir. Así de sencillo. Entonces, usualmente nos pasamos la voz, para estar atentos, por si uno no puede, entonces nos apoyamos. (Entrevista al médico Omar)

En cuanto a la colocación del catéter venoso central, Omar nos explica que:

[...] es un procedimiento muy rutinario, pero que también tiene efectos adversos. Estás entrando cerca del pulmón, puedes causar un neumotórax, hay que estar atento también. Entonces, cuando se puede, te guías con una ecografía, pero a veces por la premura tienes que actuar más rápido. (Entrevista al médico Omar)

Estos procedimientos han sido descritos previamente por Lourdes como una invasión o una atención invasiva:

[...] rápidamente lo intubamos al paciente que ya estaba casi encefalopático, lo intubamos, luego lo invadimos al paciente, lo conectamos al respirador mecánico y lo dejamos estable. En el transcurso que estábamos haciendo toda la atención invasiva del paciente, una de las enfermeras le dio un ataque de pánico, tuvo que salir, nos quedamos

con solo una enfermera, así que nosotros tuvimos que ayudar con los procesos de enfermería. (Entrevista a la médica Lourdes)

En ese sentido, los procedimientos como la intubación y la colocación del catéter venoso central, con un alto componente físico y sensorial, debieron ser realizados en el marco de las experiencias de incomodidad, temor, cansancio, calor y limitaciones sensoriales. Incluso fuera del contexto de una pandemia, Omar describe estos procedimientos como episodios muy estresantes debido al riesgo que implica para el paciente y señala la necesidad de mantener un alto nivel de atención: la experiencia nuevamente se manifiesta en el cuerpo atento a la posibilidad de peligro.

Por su parte, Lourdes usa la terminología de los intensivistas para describir lo que sucede con el cuerpo del paciente en estos procedimientos: está siendo invadido por tubos y catéteres para conectarlo a las máquinas que lo van a monitorear y brindarle el oxígeno que necesita. El cuerpo invadido es un cuerpo al que se le han conectado nuevos órganos artificiales para mantenerlo estable mientras logra sanar.

Omar comparte una experiencia de intubación y las sensaciones que le producían los EPP, que grafica las sensaciones, incomodidades y peligros que implicaba el uso de los EPPs. Esta experiencia muestra cómo la pérdida de control táctil y visual alteró la práctica clínica habitual:

[...] en el otro hospital, me tocó intubar a un señor, ¿no? Que, que estaba, que estaba grave, pero se estaba luchando. Y el tubo se, se cerró... el tubo endotraqueal. Y había que cambiarlo (suspira y se queda en silencio). Ee... no... no pude reintubarlo..., y ese se me murió. Y eso, no te lo quita

nadie. Fue una desesperación. Porque..., lo primero, hay algunos dispositivos que, tu pasas a través del tubo, y sacas uno, y pones el otro. Ya, pues: saqué uno, y después no entraba el otro, entonces hubo que sacar todo. Y ya, ee..., el laringoscopio, a tratar de intubarlo. Entonces, era, bastante obeso. Y no, se empezó a, a nublarse, yo estaba con lente sobre el lente, y todo. Y encima, teníamos unas cajas acrílicas, para por ahí meter la mano, e intubarlo. Primero, boté esa caja que te digo. Después, me saqué los, los lentes, los lentes protectores, eeh... Y al final, terminé, limpiando mis lentes que estaban nublados. Eeh... si..., fue muy, muy difícil. Y como están límites, pum, rápido hizo paro. Hizo paro, paro, entonces ya... Pero me quité toda la, toda la protección. Entonces, bien eeh, eso sí. O sea, y, y, ¿es eso, no? Entrar y... ¿qué me tocará ahora?, ¿qué vendrá? (Entrevista al médico Omar)

El testimonio de Omar se siente como una confesión: el suspiro y el silencio antes de abrir la puerta de un episodio cargado de vergüenza por no haber podido cumplir esa misión soteriológica (Good, 1993) de salvar al paciente. Omar debe enfrentar esta intubación encontrándose debidamente sellado para su protección y dentro de esa coraza protectora se reducen la visión y el tacto pero se multiplican otras emociones y sensaciones: calor, incomodidad, niebla en aditamentos de protección que dificulta la visión, estrés ante la máxima atención requerida por una intubación difícil. Todas estas sensaciones terminan superando el miedo a ser contagiado cuando Omar empieza a descartar todas las capas protectoras.

Úrsula explica la incomodidad de los implementos de bioseguridad recibidos de los empleadores. Ella reporta que la presión en la cabeza generada por los implementos de seguridad le producía dolor de cabeza. En consecuencia, en muchos casos no todos los implementos eran utilizados: “en cuanto a bioseguridad sinceramente yo usaba la mascarilla nada más, porque los lentes (...), era muy incómodo. Las otras mascarillas que sacaron para la intubación también eran demasiado incómodas y sinceramente que nadie los usaba” (Entrevista a la médica Úrsula). En algunos casos, las labores coincidieron con épocas de verano, por lo que la sensación de calor está muy presente:

[...] en cuanto a los implementos de los mamelucos y eso... asu, eran súper incómodos pues ¿no? ... Justo hubieron épocas de verano, ¿no? etcétera. Era realmente muy incómodo todo eso. Yo veía a los ... algunos asistentes varones cómo sudaban, salían sudando, todo eso y... bueno, asu Yo decía: pucha doctor, cómo va a estar así, salga y vuelva a entrar. Habían duchas, duchas que no estaban también bien implementadas pues ¿no? porque una chica ... y asistentes varones, y de pronto nos teníamos que duchar en la misma ... en el mismo cuarto ¿algo así no? Entonces, hubieron cosas que no ... no se dieron todas las comodidades pero, bueno, se trató de hacer lo que se pudo. (Entrevista a la médica Úrsula)

Úrsula también explica el cansancio adicional generado por los EPPs:

[...] terminábamos muy cansados ¿no? Es normal terminar ahora a la 1:00 de la tarde, pero en esas épocas era la 1:00 de la tarde, pero con todos los implementos, con toda la mascarilla que ni siquiera dejaba respirar

bien, teníamos que ir a recoger a los pacientes de emergencia para que vengan a la UCI, porque a veces también emergencia no los traía de forma rápida. (Entrevista a la médica Úrsula)

En el testimonio de Úrsula se ponen de manifiesto las consecuencias de la necropolítica (Mbembe, 2011) que mantiene sistemas de salud precarios que se viven desde los cuerpos de médicos y pacientes. En el marco de experiencias corporales de incomodidad y espacios que no se perciben como óptimos, Úrsula concluye que “se trató de hacer lo que se pudo” (Entrevista a la médica Úrsula).

Good (1993) entiende la biomedicina como una forma simbólica que sirve para formular y organizar la realidad de un modo específico, por lo que aprender medicina implica un cierto modo de acceder a la experiencia de otro mundo, a otra cultura, con códigos, lenguajes y prácticas previamente desconocidos. En particular, Good (1993) hace referencia al aprendizaje específico de modos especializados de ver, escribir y hablar, y relata cómo es que la educación médica incluye una familiarización del cuerpo humano en tanto campo de conocimiento de la biomedicina que implica que dicho cuerpo sea observado desde una perspectiva propia de la biomedicina y produzca percepciones y emociones que emergen y se organizan percibiendo el cuerpo como un ámbito del conocimiento médico. Durante su formación como médicos generales y su especialización como intensivistas, los médicos/as entrevistados aprendieron cierto modo de ver el cuerpo del paciente que están tratando. Es interesante tener en cuenta que la especialidad de medicina intensiva no trata un cierto tipo de enfermedades o una parte u órgano específico del cuerpo. Quizás por eso, los especialistas en medicina intensiva, dedicados a atender pacientes en

situación crítica, están más acostumbrados a ver el cuerpo del paciente como un todo. Podemos percibir una gran especialización en el aparato respiratorio debido al uso de respiradores, pero se mantiene la constante observación y preocupación por el paciente como un ser total. Innegablemente, el uso de EPPs distorsiona los modos en los que los especialistas están acostumbrados a percibir los cuerpos de los pacientes. Estas percepciones ahora son palpadas con menor nitidez, medidas por uno o dos guantes de látex, la visión a través de lentes y visores también se nubla y los especialistas se enfrentan a diferentes percepciones a las que se han habituado en sus prácticas cotidianas. En los/as médicos intensivistas, vemos cómo es que la especialidad médica implica también un aprendizaje especializado, con prácticas específicas que no necesariamente van a ser compartidas por otras especialidades médicas

Alejandra también recuerda las sensaciones de incomodidad producidas por los implementos de bioseguridad. Al mismo tiempo, también expresa que ella y sus colegas aprendieron a lidiar con las sensaciones incómodas, gracias a la adaptabilidad del cuerpo y a que los intensivistas son como un vehículo todo terreno:

[...] aprendimos. Se aprende a lidiar. El cuerpo es adaptable. Pero hacía un calor horrible en verano. Porque un tiempo nos poníamos la ropa, todo el mameluco, lentes, mascarilla, mascarilla doble, triple guante. Y a veces, para intubar, los lentes se empañaban, la mascarilla te molestaba. A mí, por ejemplo, me ha quedado un callo acá (se señala la nariz). Se quedaba, te molestaba la mascarilla, dolía después de muchas horas. Esas *full face*, esas mascarillas que nos daban en la Clínica Privada L (seudónimo)

dolían, y acá también lastimaban. Porque el hospital compraba al por mayor. Y compraba pues... Lo que había se ponía uno. Molestaba la mascarilla. Los guantes, hasta para hacer procedimiento, uno, dos, tres guantes, a veces fastidia un poco. Pero uno se adapta, se termina adaptando y los intensivistas somos todo terreno. (Entrevista a la médica residente Alejandra)

Las sensaciones de calor e incomodidad aparecen confundidas junto con la menor sensación táctil debido a los EPPs. Alejandra habla de la adaptabilidad del cuerpo y del aprendizaje: aprenden a realizar los procedimientos a pesar de la menor sensación táctil y, al mismo tiempo, los cuerpos aprenden a adaptarse y a soportar. Alejandra construye la identidad de los intensivistas con la metáfora de un vehículo que logra seguir avanzando en cualquier terreno: una identidad poco vulnerable que le permite continuar ante la precariedad ofrecida por un sistema desigual.

La noción del intensivista todo terreno revela cómo la autoexigencia corporal se normalizó como respuesta a fallas estructurales en el sistema de salud. El relato de Alejandra expone cómo la precariedad del sistema de salud peruano encuentra como solución la sobre-exigencia corporal normalizada. El intensivista todo terreno emerge como la encarnación de un híbrido de resistencia y falla institucional: el callo en la nariz y el dolor permanente son marcas de la adaptabilidad mencionada por Alejandra pero también grafican la violencia estructural implícita en mantener la precariedad de un sistema de salud como el peruano.

El cuerpo adaptable de los intensivistas es también el cuerpo individual que va manifestando en el propio cuerpo las vivencias del cuerpo social y las exigencias del cuerpo político (Scheper-Hughes & Lock, 1987): las sensaciones y emociones propias de las vivencias colectivas e individuales de la pandemia se adaptan en cuerpos caracterizados como vehículos todo terreno que pueden sobre exigirse o se somatizan en cuerpos diagnosticados con estrés.

Durante la pandemia, los cuerpos de las/os intensivistas experimentan jornadas de trabajo más intensas: con mayor preocupación por su propia seguridad y la de sus pacientes; con mayores dificultades derivadas del aumento de carga laboral y de las nuevas rutinas necesarias para la protección; con sensaciones corporales de calor e incomodidad incrementadas excesivamente; y, con sensaciones corporales reducidas que dificultan sus labores. Los/as intensivistas narran con mucho detalle las sensaciones corporales derivadas del uso de los EPPs: enclaustramiento, asfixia, calor extremo, dolor, lesiones y callos que me muestran como una prueba de lo que me están diciendo. Omar, realizando una inspiración profunda al describir el inicio de uno de sus días durante la pandemia, parece alistarse, con una gran bocanada de oxígeno, para sumergirse profundamente.

3.3 Experiencia corporizada y cambios en las interacciones

En el presente acápite, vamos a explorar cómo es que las medidas de bioseguridad modificaron las interacciones cotidianas de médicas/os intensivistas. En particular, se presentaron diferencias, impuestas por el uso de medidas y elementos de bioseguridad, en las interacciones con los pacientes, entre miembros del equipo UCI, y con los familiares de los pacientes.

En cuanto a los actores base de cada UCI, Omar nos explica que consiste de los médicos/as intensivistas, los/as residentes (tanto de la especialidad intensiva como rotantes de otras especialidades), las enfermeras intensivistas, y los técnicos que también es mejor que cuenten con experiencia en UCI. La red de actores se extiende también afuera de la UCI: personal de farmacia, de laboratorio, nutricionistas asignadas especialmente a UCI aunque pertenezcan al departamento de nutrición, y tecnólogos de rayos. Por su parte, Alejandra caracteriza a enfermeras y técnicos como actores imprescindibles en el equipo UCI, y resalta que fueron un eje imprescindible para la atención en la pandemia y particularmente en el caso de pacientes críticos: “las enfermeras se batieron en la pandemia. Ellas trabajaban todo el día y estaban todo el día con el paciente, igual el técnico. Ellas han tenido la mayor exposición”. (Entrevista a la médica residente Alejandra).

Los estudios de Bogdan et al. (1982), Comelles (2002) y Stonington (2020b) describen las UCIs como espacios en los que se reconfiguran las nociones de persona, cuerpo y agencia médica. En lo relativo a las interacciones que ocurren en estos espacios, las UCIs emergen como espacios donde las relaciones entre personal sanitario, pacientes y familiares se estructuran bajo lógicas particulares de poder, conocimiento y afectividad. Comelles (2002), en su etnografía de una UCI de una unidad de quemados, describe el proceso de muerte social del paciente, que se transforma en una entidad biológica desconectada de su red social debido al coma farmacológico que es monitoreada mediante maquinaria especializada. En ese sentido, Comelles (2002) revela cómo en la UCI de quemados se establece una jerarquía interactiva marcada por la distancia: los médicos interactúan principalmente con los monitores y entre sí, reduciendo al

paciente a datos biométricos, mientras las enfermeras, en mayor contacto físico, desarrollan interacciones tácitas con los pacientes intubados, interpretando señales no verbales e incluso construyendo teorías informales sobre su conciencia residual. La asimetría señalada por Comelles (2002) se acentúa con los familiares, desterrados al exterior de la unidad y sujetos a un ritual de provisión de información limitada, donde el personal médico controla estrictamente el flujo comunicativo. El estudio de Bogdan et al. (1982) en UCIs de neonatología muestra cómo estas interacciones se ritualizan mediante la clasificación de los bebés y de sus padres, ajustando su comunicación en consecuencia. En Bogdan et al. (1982) la interacción médico-familiar adopta un carácter paternalista que muestra las tensiones entre la transparencia y la afectividad. La etnografía de Stonington (2020b), en una UCI coronaria muestra que las interacciones al interior del equipo de la UCI están marcadas por la provisionalidad y la adaptabilidad: los médicos conciben a los cuerpos como conjuntos de complicaciones dinámicas y evolutivas, por lo que construyen narrativas flexibles que les permiten pausar la incertidumbre para lograr tomar decisiones aunque luego simplifiquen estas complejidades al comunicarse con las familias.

Para Agustín, toda la rutina de trabajo cambió: el objetivo principal era cuidarse y buscaron “perfeccionar la bioseguridad para sí y para los pacientes” (Entrevista al médico Agustín). Esto implicó reducir el contacto físico con los pacientes y, en cuanto a los familiares, el informe médico se realizó vía telefónica. Como puede percibirse en los trabajos de Bogdan et al. (1982), Comelles (2002) y Stonington (2020b), las UCIs son espacios donde las interacciones ocurren en capas complejas que integran ciencia, afectos y jerarquías. Los intensivistas, en

particular los especialistas peruanos acostumbrados a la precariedad del sistema, no eran ajenos al caos propio de estos lugares. No obstante, las medidas de bioseguridad agregaron capas de complejidad a estas interacciones.

Esteban desde su experiencia en UCI, tanto como médico tratante y como paciente de COVID-19 severo, se enfoca en la vulnerabilidad de los pacientes al relatar su propia experiencia como paciente:

[...] tu no sabías quién estaba atendiendo, todos estaban igualitos. Tu no sabías quién era quién. Algunos se ponían el nombre acá (se señala el pecho para indicarme). Porque no sabías quién era que te atendía. Se volvió impersonal. Tu no reconocías a nadie y el paciente era una persona vulnerable, que no tenía a la familia, no tenía amigos, no tenía a nadie, no conocías a quién estaba mirando. (Entrevista al médico Esteban)

En el testimonio de Esteban-paciente, el paciente en tanto muerto social (Comelles, 2002) devuelve la mirada a médicos sellados con los equipos de bioseguridad que también sufren la despersonalización: “no sabías quién estaba atendiendo, todos estaban igualitos” (Entrevista al médico Esteban). El paciente monitorizado en base a datos biométricos no logra reconocer a quién lo atiende, que se convierte en un ser indistinguible de sus colegas puesto que a vista de Esteban-paciente se veían todos iguales.

Vimos también que, debido al uso de EPPs, las formas de ver de los médicos al cuerpo/paciente empiezan a estar mediadas por el uso de EPPs que modifican la percepción de ese cuerpo que está siendo evaluado y tratado. Ese paciente o cuerpo, sin embargo, ya no es solamente una fuente de información para poder aplicar el conocimiento biomédico en el tratamiento, sino que ahora también es

un agente causante de enfermedad en terceros y en el propio equipo médico. El relato de Esteban-paciente muestra la mirada que devuelve el cuerpo vulnerable y solo en la UCI: en los escasos momentos de lucidez se encuentra con un personal sanitario despersonalizado y que se encuentra excesivamente atareado o asustado como para acercarse a él.

La forma de interacción médico-paciente se reformula debido a la prevención del contagio durante la pandemia, generándose otros modos de interacción. Good (1993) explica cómo la mirada médica es entrenada para ver al paciente como un objeto físico a ser observado y medido, lo que normalmente reduce su realidad en tanto agente de experiencia que vive y siente a través de ese mismo cuerpo-objeto. En condiciones habituales, la realidad del paciente crítico en tanto sujeto y agente de experiencia también se encuentra de algún modo aminorada por la sedación en la que muchas veces puede encontrarse. No obstante, a pesar de que no puede expresarse, el intensivista parece no olvidar la calidad de sujeto del paciente crítico, tal vez en tanto que reconoce su vulnerabilidad y le brinda mayores cuidados, o por el especial cuidado con la familia. Sin embargo, el paciente crítico continúa siendo un cuerpo que emite señales cuantificables y que son monitoreadas mediante tecnología. En ausencia de un ser despierto que puede expresarse, el monitoreo es casi la única vía para comunicarse con el paciente sedado.

Según Mol (2002), una misma enfermedad puede percibirse y gestionarse de múltiples formas y los cuerpos tratados también son vistos de diversos modos, que consideran diferencias en los contextos, aparatos, especialidades médicas y tratamientos. En el caso de los intensivistas, la naturaleza de su especialidad

favorece, a diferencia de otras especialidades, que vean el cuerpo del paciente como un todo. La presencia de una condición crítica y una especial vulnerabilidad del paciente es lo que caracteriza a esta especialidad. Se ve al paciente como un cuerpo que es un todo y que este todo es particular, por lo que debe ser tratado de manera individualizada. Esteban comenta:

¿Por qué este va bien y este no va bien? Porque son diferentes, son dos mundos diferentes, uno responde diferente al otro. Entendíamos que las personas son personas y cada uno maneja su propio sistema defensivo, su propia respuesta a una enfermedad. Este es diferente a este, no hay nadie igual, todos son diferentes, todos somos diferentes. Todos responden diferente ante una enoxa⁴, ante un virus. Es como mandar hacer un terno para todos: esta es la medida ya, para todos. ¿Cómo? Si uno es más chiquito, otro pesa más, otro pesa menos, otro tiene la cadera más ancha. El protocolo se adapta a la condición de cada paciente, el manejo es individualizado, no es protocolizado. El protocolo te ayuda a tener un orden. Pero no es que seamos como las ovejas, que todas son igualitas y las trasquilas igual a todas. Las personas somos muy diferentes. (Entrevista al médico Esteban)

En la descripción de Esteban, se privilegia la particularidad e individualidad de cada paciente, al mismo tiempo que dicha individualidad es descrita mediante propiedades más bien fisiológicas: peso del paciente, medida de su cadera. Al mismo tiempo, las experiencias de Esteban como paciente, integran la realidad del paciente como sujeto, construyendo y reconstruyendo al cuerpo-objeto y al

⁴ Se refiere al medicamento enoxaparina.

cuerpo-paciente (Mol, 2002). Los cuerpos casi inertes, que desde la mirada médica podrían ser valorados únicamente en tanto objeto y dato fisiológico, se revelan como cuerpos que son también sujetos, a pesar de la sedación y anonimato, son personas altamente vulnerables con una familia también vulnerable que espera su regreso. A pesar de la muerte social (Comelles, 2002) de los pacientes intubados, la mirada médica parece desdibujarse al confrontarse con agonías constantes, con decisiones de a quién dar una cama UCI, y ante el peligro propio de encontrarse en la misma situación, como paciente o familiar.

Desde Mol (2002), podríamos preguntarnos cómo es que emerge la COVID-19 desde la mirada del especialista intensivista. Estos especialistas trataron los casos más severos y en muchos casos acompañaron la agonía de los pacientes que en las UCIs se transformaban en cuerpos que hablaban a través de máquinas que monitoreaban sus funciones vitales. Los cuerpos eran medidos constantemente y, al mismo tiempo, no se dejaba de lado su condición de sujetos en tanto se tenía muy presente el rol de la familia que estaba lejana pero muy presente.

En ese sentido, podríamos proponer que emerge una mirada médica (Mol, 2002) de la COVID-19 que es específica del especialista intensivista, y proponer la existencia de una mirada de la COVID-19 que es específica del observador particular (los especialistas intensivistas) y del momento particular (el desborde de la pandemia durante las dos primeras olas). Se trata de una mirada en la que la COVID-19 no es solamente una enfermedad altamente contagiosa que produjo una pandemia, sino también es la realidad trágica del sistema de salud

—creado durante muchos años mediante políticas públicas negligentes— en los peores momentos de un colapso anunciado.

La COVID-19 que experimentaron en las UCIs en las que trabajaron estos especialistas, no es la misma COVID-19 que experimentaron quienes se resguardaron en casa, quienes debieron continuar trabajando o quienes decidieron qué políticas implementar. Tampoco es la misma COVID-19 de las emergencias de los hospitales, donde la situación se encontraba mucho más desbordada y donde los médicos contaban con menos implementos y conocimiento especializado para poder dar tratamiento a los pacientes. En los textos de Chung (2023), Morante-Osores et al. (2022) y Rojas & Yon, 2024) podemos encontrar relatos en Perú fuera de las UCI que nos expresan otra realidad. Adicionalmente, los mismos entrevistados nos expresaron que las realidades eran muy diferentes en los diferentes hospitales y en las diferentes UCI y que hubiera sido interesante revisar las tasas de mortalidad por cada UCI; sin embargo, la información no se encuentra disponible por lo que no se puede verificar como es que estas diferencias tuvieron un impacto en tasas de mortalidad diferenciadas.

A la vez, la gravedad de la pandemia, dio lugar a episodios de violencia contra los especialistas. Esteban reconoce las duras circunstancias tanto para los pacientes como para las familias, y recuerda episodios de mucho agradecimiento, así como otros en los que las familias de los pacientes se comportaban agresivamente:

[...] había gente que decía: mi esposo es juez, pobre q se muera, que yo lo voy a denunciar. Yo quisiera salvar a todos le digo, pero algunos se

salvarán y otros no, depende de su respuesta, y depende de cuanta exposición a tenido al virus, y de sus comorbilidades. Pero si, a veces amenazan. Y cuando salían, ¿tú crees q te daban las gracias? Ni las gracias. (Entrevista al médico Esteban)

Castro y Córdoba (2023) analizaron el fenómeno de las agresiones al personal de salud en México durante la pandemia de COVID-19 (entre marzo y junio de 2020), y afirmaron que estas agresiones no fueron un fenómeno nuevo, sino una manifestación exacerbada de la violencia preexistente contra los profesionales de la salud. Los autores argumentan que el personal de salud es un grupo que conserva un elevado estatus en México, por lo que cuestionan el uso del concepto de estigma para explicar las agresiones contra este personal y se preguntan si las personas que han ejercido estos actos de violencia cuentan con poder para imponer una diferenciación entre ellos y nosotros. En el caso que reporta Esteban, vemos cómo es que chocan dos profesiones que normalmente detentan poder en nuestra sociedad: médicos y jueces. La apelación a que el paciente pertenece a cierto estrato social, que además tiene capacidad punitiva, un juez, opera para exigir al médico Esteban que el paciente sea atendido correctamente, como inmunizándolo del contexto de precariedad en el que se encuentran los demás pacientes. Como señalaban Castro y Córdoba (2023), este episodio de violencia no se produce debido al estigma, sino que manifiesta el ejercicio de un poder que exige que la necropolítica (Mbembe, 2011) no le sea aplicada.

De acuerdo con Esteban, lograr que los pacientes salieran de UCI, y las muestras de agradecimiento de los pacientes o de sus familias, tenían un efecto positivo en los equipos UCI:

Otros pacientes si, estaban muy agradecidos, se tomaban su fotito, salían con su corazoncito, agradecían al equipo. El equipo trabajaba intensamente y una de las pocas alegrías eran esas, saber que el paciente salía. Yo veo que en muchos hospitales es lo mismo. Porque esa es la forma en que el equipo siente que ha hecho algo bien. ¿Quién le reconoce al equipo su trabajo? ¿Porque le pagaste eso es suficiente? No. Es la alegría de ver que todo ese esfuerzo valió la pena. Por eso cuando la familia o el paciente te agradece, eso es bastante, porque hace que el equipo diga: hemos trabajado en el paciente y se va a su casa, tiene su esposa, sus hijos, a lo mejor volvió al trabajo, entonces eso refuerza al equipo. (Entrevista al médico Esteban)

Esteban comparte la alegría del equipo sanitario cuando los pacientes logran salir de la UCI, registran el momento tomándose una foto y agradecen una labor intensa. Este acto de salir, es una manifestación física de lo que Comelles (2002) llama la salida (en inglés *pulling through*): el cruce simbólico de un umbral donde la supervivencia parece asegurada y el paciente puede volver a la vida social. El agradecimiento y el gesto de tomarse una foto, simbolizan dejar atrás esa muerte social y la recuperación de la identidad social y la capacidad de interactuar y reconocer a quienes lo cuidaron. Para el equipo, como señala Comelles (2002), estos casos son un éxito que justifican su esfuerzo en un entorno de constante incertidumbre y exposición al horror. Al mismo tiempo, el episodio descrito

captura un momento donde la dimensión moral y soteriológica (relativa al sufrimiento y la salvación) irrumpe porque no puede ser totalmente contenida por la racionalidad técnica, tal como ha explicado Good (1993). La alegría del equipo proviene de la validación humana y social que el paciente recuperado y su familia les ofrecen, recordándoles que su trabajo intenso no es solo la gestión de procesos biológicos, sino que incluye una misión soteriológica de lucha contra la muerte, cuyo éxito es encarnado por el paciente que logra salir y reincorporarse al mundo social.

Las redes de relaciones e interacciones con médicos/as de otras especialidades externas a la UCI se vio resquebrajada en algunos casos, porque el temor al contagio limitó el ingreso a la UCI de otros especialistas. A la par, el uso de herramientas digitales para la coordinación virtual se volvió muy importante para las/os intensivistas. La relación con colegas de otras especialidades se vio afectada: varios entrevistados comentan la negativa de otros especialistas de ingresar a UCI. Esteban señala: “mucha gente no se ha metido a las áreas críticas, porque eran mayores, porque tenían factores de riesgo, o porque no querían infectarse porque si se infectaban contagiaban a su familia. Prácticamente, intensivistas ha soportado la pandemia”.(Entrevista al médico Esteban).

La pandemia, a su vez, generó otro sistema de trabajo con los colegas a través de lo que llamaron sistemas piramidales, que establecieron una coordinación entre varios especialistas para paliar la poca cantidad de médicos intensivistas. Así, a pesar de la reticencia a entrar a UCI, el trabajo con otros especialistas también resultó vital para implementar el sistema piramidal, de acuerdo con el

cual se organizaron pirámides de trabajo, en las que un/a médico/a intensivista dirigía un equipo de médicos/as de otras especialidades para ampliar el alcance de las/os intensivistas.

Las rutinas cotidianas entre compañeros de trabajo también se modificaron. Agustín descansaba y comía en su auto, para cuidarse de un posible contagio. Explica que esas medidas de seguridad implicaron que los colegas ya no compartían, ni almorzaban juntos. Nos comenta que esas interacciones —que se perdieron en esos momentos—, usualmente le sirven al equipo para reducir estrés y les permitía seguir hablando de los casos de una forma más jovial. Omar explica que se mejoró la historia clínica virtual de los pacientes y menciona que las herramientas virtuales resultaron muy útiles para la comunicación y coordinación. Adicionalmente, sólo ingresaba a UCI el personal mínimamente indispensable. En el caso de las enfermeras, dividían el trabajo para que las que estaban preparando las medicinas lo hicieran fuera de la UCI: una vez que tenían las medicinas listas, las pasaban por debajo de la puerta.

Good (1993) reflexionó sobre cómo, durante sus procesos formativos, las/os médicos aprenden a construir la persona como paciente, como objeto de su práctica, y al mismo, son construidos y se construyen como médicos. Al escuchar el relato de intensivistas sobre las modificaciones en las interacciones, podemos observar cómo es que durante la pandemia de COVID-19 (como en otras situaciones epidémicas), las categorías de paciente y médico tienen límites porosos: quien era médica/o en cualquier momento puede ser paciente. Los médicos intensivistas no saben cómo van a salir de la UCI, ¿quizás contagiados?, ¿quizás contagiarán a un familiar?: pueden salir de la UCI siendo

médicos y regresar pacientes. En el caso de Esteban, quien transitó por ese cambio de ser médico a ser paciente, esta experiencia parece llevarlo a cuestionar otros paradigmas y tener un renovado interés por la presencia de familiares en las UCI.

3.4 Tratamiento de una enfermedad poco conocida

En el presente subcapítulo nos vamos a concentrar en la experiencia vivida de las/os de médicas/os intensivistas entrevistadas/os respecto de cómo se experimenta la distancia entre su rol y lo que podían hacer debido a la novedad y carácter contagioso de la enfermedad.

Las/os intensivistas estaban acostumbrados a tratar enfermedades relativamente bien estudiadas y podían pronosticar la evolución de los pacientes en cierta medida. Al mismo tiempo, trataban esas enfermedades ya estudiadas con tratamientos respecto de los que ya existía suficiente evidencia científica que soportaba sus decisiones. La mirada médica ya construida y consolidada en sus prácticas habituales (Good, 1993) se encuentra ante un momento de transformación durante la pandemia. En consecuencia, los intensivistas se vieron enfrentados/as a tratar una enfermedad nueva, no estudiada, sin poder predecir la evolución de los pacientes, y sin contar con tratamientos debidamente estudiados.

En el tránsito por la UCI, casi un paso por un purgatorio, los/as intensivistas acompañan a los pacientes e intentan guiarlos hacia su salvación: las/os intensivistas, al igual que muchos otros médicos, hablan más de salvar que de curar pacientes. Tratándose de una enfermedad poco conocida, las herramientas de las/os intensivistas para poder adivinar el futuro del paciente que tienen

delante escasean, al igual que las herramientas para guiar a esos pacientes hacia su salvación/curación.

Alejandra considera que “se esperaba que los médicos supiéramos todo de la enfermedad, que tuviéramos todas las respuestas, y lamentablemente pues nadie las tenía en un primer momento” (Entrevista a la médica residente Alejandra). El testimonio de Alejandra pone de manifiesto cómo la pandemia expuso los límites de la soteriología biomédica. La misión de salvar vidas se encontró en tensión con la incertidumbre generada por la pandemia. Si la biomedicina construye su autoridad como un sistema de salvación secular en el que los médicos ofrecen certezas, la COVID-19 pudo desestabilizar este modelo por la ausencia de respuestas. Alejandra encarna la contradicción de una biomedicina construida para ofrecer una salvación secular, que se enfrentó a la vulnerabilidad epistémica de enfrentar un agente patógeno desconocido: mientras la sociedad proyectaba sobre los médicos expectativas de omnisciencia, la práctica clínica operaba negociando con la incertidumbre constante.

Esteban narra cómo es que no tenían forma de predecir la evolución de la enfermedad. Su relato expresa la tensión de esa incertidumbre y se confunde con el propio alivio de haber logrado superar la enfermedad:

[...] era un tema nuevo, no se sabía cómo iba a ser la evolución de los pacientes. Pacientes que terminaban en ventilador y nunca salían, hacían fibrosis ... quedaban dependientes del ventilador, no volvían a ser normales. Yo he tenido suerte, porque yo volví a la normalidad casi, y puedo caminar, hacer mis labores de hospital. Otros que salían y se les

destruía la vía aérea. Hay gente que ha quedado muy mal con el COVID. Otros que al momento de intubarlo han hecho paro, han terminado con encefalopatía, han quedado en coma. Gente joven que han hecho paro, han quedado encefalopáticos, y la familia ha quedado cuidándolos meses hasta que se han muerto. Ha sido una cosa dura, no ha sido fácil. Un paciente grave, lo intubaban y decían y bueno ahora dónde lo paso. Había que buscar, coordinar, para referirlo a un área donde pudieran salvarle la vida o intentar salvarle la vida. (Entrevista al médico Esteban)

En el testimonio de Esteban, la UCI parece interpretarse como un lugar de tránsito al que se entra, pero no se sabe si el paciente será capaz de salir ni cómo va a salir. Comelles (2002) describe una UCI a partir de su experiencia como paciente y familiar de una paciente y señala que la entrada a la UCI está marcada tanto por la emergencia como por la pérdida de la condición social del paciente. Tras su entrada a la UCI, el paciente es medicalizado hasta el punto de convertirse en una suerte de objeto que es medido y analizado en función de sus parámetros biológicos, por lo que la entrada es un paso trascendental que desdibuja la identidad social previa (Comelles, 2002). La salida (*pulling through*) es otro momento importante, un concepto que Comelles (2002) caracteriza como el cruce de un umbral simbólico donde la supervivencia parece asegurada, aunque la recuperación total y el futuro del paciente sigan siendo inciertos, tal como señala Esteban al referirse a pacientes que nunca salían; que no volvían a ser normales; a gente que ha quedado muy mal; a pacientes que presentaron encefalopatía; y al reconocer que él tuvo suerte (Entrevista al médico Esteban). La salida está marcada por la incertidumbre, puesto que no se sabe con certeza

quién logrará cruzar este umbral y, para aquellos que lo hacen, el camino posterior está lleno de interrogantes y una nueva identidad (Comelles, 2002).

Como veremos en el capítulo 5, las decisiones respecto de quién obtenía una cama UCI eran una parte vital de la labor de estos especialistas, por lo que no poder realizar un pronóstico adecuado, suponía un gran problema. La nueva dificultad de pronosticar cómo iba a evolucionar la enfermedad de COVID-19 en un paciente específico incidía directamente en una mayor dificultad respecto de las decisiones sobre la vida y la muerte que debían tomar los especialistas.

Las guías y protocolos emitidos por las autoridades no redujeron la incertidumbre, en parte porque la enfermedad era nueva, y en parte porque se tardaba mucho en introducir cambios cuando se producía evidencia que contradecía las guías. Agustín considera que, especialmente al inicio, las recomendaciones proporcionadas por organismos nacionales e internacionales no fueron las más adecuadas: “el análisis lo hace uno, las recomendaciones iniciales fueron fatales, desde el inicio usé mascarilla porque era un virus respiratorio” (Entrevista al médico Agustín). En ese sentido, señala que el “miedo a generar rumores no puede evitar la toma de decisiones” (Entrevista al médico Agustín) y expresa su frustración respecto a que las consideraciones políticas y técnicas se vean enfrentadas.

Timmermans y Epstein (2010) caracterizan los protocolos como estándares que buscan uniformidad pero que, en la práctica, a menudo exigen cierta adaptación (*tinkering*) para funcionar efectivamente. Esta caracterización de la medicina como protocolizada se complementa con la visión de Stonington (2020b) respecto de las prácticas médicas en cuidados intensivos como la toma de

decisiones mediante la realización de movimientos o adaptaciones que se ven impulsados por la velocidad implacable de las enfermedades críticas. En ese sentido, la experiencia vivida de los intensivistas en relación con el conocimiento biomédico y los protocolos y estándares que se fueron emitiendo respecto al COVID-19, podría entenderse como una tensa navegación y adaptación de los estándares a los conocimientos disponibles.

Esteban grafica las idas y venidas, promesas y decepciones, que se generaron respecto del posible tratamiento de la enfermedad. Podemos observar en su relato la marcada falta de confianza en que el MINSA iba a actuar efectivamente, lo que debe haber aumentado la sensación de incertidumbre:

[...] había una guía de MINSA, pero no se sabía si era efectivo o no, se sabía que no había tratamiento. Se usaba mucho la ivermectina y se pensó que iba a ser útil, pero no había nada probado. El MINSA lo aceptó como parte de la terapia. Al final no servía para nada. El antibiótico tampoco servía para nada. El corticoide dijeron que sí, que no. Luego dijeron del tocilizumab. Dijeron que sí, que podía servir. Y al final no servía, o no servía de mucho. No, es que no cubre el virus sino que evita que vayan a cuidados intensivos (señala imitando lo que se decía y ríe). No había nada claro. Al final no había nada que curaba el virus realmente. Al final todo había sido una progresión de la enfermedad y los cuidados. Lo único que ha cambiado el panorama han sido las vacunas. (Entrevista al médico Esteban)

Frente a informaciones, guías y protocolos que se iban creando, evaluando y ajustando, solamente la vacuna es la que emerge como un agente que dio origen

a un cambio en el contexto de la pandemia: “lo único que ha cambiado el panorama han sido las vacunas” (Entrevista al médico Esteban). Tal como relata Esteban, al inicio de la pandemia los mismos especialistas tenían poca o nula claridad sobre lo que sucedía y el desarrollo de la enfermedad, puesto que las guías emitidas y los conocimientos que se iban generando eran desvirtuados posteriormente y la certeza respecto de posibles curas y tratamientos parecían ser solo performadas mediante la emisión de protocolos, por lo que concluye que “al final no había nada que curaba el virus realmente” (Entrevista al médico Esteban).

Para Omar, ante la gran cantidad de información, a veces contradictoria, nos explica que “entre usarlo y no usarlo, ya lo que marcaba era qué tan dañino podía ser” (Entrevista al médico Omar). Así, explica que en cuanto al uso de Azitromicina más Hidroxicloroquina fueron contundentes respecto a no usar esos medicamentos. En cambio, en cuanto al uso de Ivermectina, explica que si bien no había evidencia, el efecto no era tan grave aparentemente y bromea con que pensaba que la masiva toma del medicamento implicaría que “todo el mundo va a terminar desparasitado” (Entrevista al médico Omar). En cambio, señala que sacaron un reporte sobre el uso de Azitromicina más Hidroxicloroquina y explica que seguían recomendaciones, pero luego iban viendo si en la práctica realmente funcionaban. Para Omar, “el Perú es el país que más ha usado cosas fútiles” (Entrevista al médico Omar). Asimismo, percibe que “los pacientes creen que si no les dan un montón de cosas eres un médico malo. Si es ampolla es mejor, es la percepción de las personas” (Entrevista al médico Omar). Sin embargo, nos comenta que considera que la señal de un buen médico no es el medicamento que receta, sino el que deja de recetar.

Como en la etnografía de Stonington (2020b), Omar realizó movimientos con la información disponible, respecto de medicamentos como la ivermectina y la combinación de azitromicina e hidroxiclороquina, para suspender la incertidumbre y poder tomar acciones. De acuerdo con Omar, para enfrentar la incertidumbre inicial respecto del nuevo virus, se apoyaron en dos experiencias previas con la Influenza, “un brote que les dio algunas pautas” (Entrevista al médico Omar). Además, les ayudaba estar comunicados y las reuniones virtuales nocturnas ayudaron a esclarecer algunas dudas. Explica cómo es que intentaban tomar decisiones ante la falta de evidencia y la información que se iba produciendo constantemente:

[...] buen tiempo de estar en la conversa, de qué hay que hacer, qué apareció, quién dijo. No, qué dijo Gotuzzo, qué dijo ..., qué dijo el MINSA, qué la OMS. ¿A quién le haces caso? Tomemos decisiones, tratemos de tomarlo como grupo. (Entrevista al médico Omar)

También se produjo evidencia local, pero no era bien recibida por las autoridades. Lourdes explica cómo fue notando que uno de los tratamientos recomendados producía más muertes, y cómo utilizó su descanso médico por COVID, para analizar la información que tenía sobre los pacientes:

[...] trabajamos investigación con el doctor López (seudónimo) y a 3 meses nosotros ya sabíamos que los pacientes que recibían estos fármacos⁵ se morían más. Entonces sí, recuerdo que a mí me dio COVID-19 en junio, o sea marzo, marzo, abril, mayo, junio y entonces,

⁵ Se refiere a la combinación de hidroxiclороquina con azitromicina.

aprovechando mi descanso médico comencé a trabajar toda la información que estábamos recabando. Y cuando vi, en junio del 2020 que la gente se moría más por recibir hidroxiclороquina y azitromicina, lo llamé al doctor Gotuzzo, no me contestó. Entonces le llamé a la doctora Patricia García, para comentarle que, tenía este estudio, que ya no demos más hidroxi, que ya no demos más, pero obviamente, era, era posible que al no ser un estudio muy grande y que no había..., eran 40 pacientes solamente, no era un estudio de mil, dos mil personas. Creo que....., no le dieron importancia a este estudio, sino hasta el próximo año que salieron estudios del extranjero. (Entrevista a la médica Lourdes)

El choque entre los tratamientos que fueron protocolizados frente a lo que estos especialistas iban notando en su práctica cotidiana evidenció tensiones entre el conocimiento global y las realidades locales. A pesar de notar que uno de los tratamientos recomendados se traducía en una mayor mortalidad, no era tarea sencilla quitar dichos tratamientos de los estándares locales con el universo de pacientes del estudio presentado por Lourdes y dicho tratamiento no sería eliminado hasta que un estudio extranjero lo validó con un universo más amplio.

Isabel también recuerda los escándalos locales respecto al ensayo clínico de la vacuna de Sinopharm y a las dificultades para modificar recomendaciones o criterios cuando la evidencia prueba que no sirven:

[...] ya luego salió el escándalo ese de Ciro Maguiña y del otro Doctor Gotuzzo que al final, ¿estaban comprados pues no? Las farmacéuticas les pagaban por recomendar ciertas cosas, que ya luego saltó la evidencia que no tenían grado de validez. Eso ya es secundario, lejos del bien o mal

que hayan hecho como personas. Este (...), Perú siempre nos caracterizamos por, ya recomendaron inicialmente esto, nosotros tratamos de copiarlo o acoplarlo, y a las semanas o meses salía, no, vimos que por ejemplo, la hidroxiclороquina no va, que termina siendo más lesiva. Y Perú se demoró mucho en aceptar o tomar esa nueva sugerencia. (Entrevista a la médica residente Isabel)

Los testimonios de Lourdes e Isabel muestran la dificultad del aparato estatal para retroceder y corregir las decisiones tomadas. Mientras que en una UCI, los especialistas están acostumbrados a tomar decisiones suspendiendo momentáneamente la incertidumbre y revisando constantemente las decisiones tomadas (Stonington, 2020b), el aparato estatal no opera con la misma flexibilidad y parece atado a las decisiones tomadas incluso cuando pueden estar causando daño. Así, la certeza performada por estos protocolos podría establecerse para que las administraciones puedan realizar otros actos que van a tener impacto en la práctica médica, puesto que los estándares van a permitir efectuar compras y justificar dichas decisiones de compra.

En los testimonios de Isabel, Omar y Lourdes, es posible observar la importancia del valor simbólico en lo que respecta a la elección de los tratamientos. En este aspecto estos tres especialistas han mencionado al Dr. Eduardo Gotuzzo, lo que marca la importancia de las redes académicas para marcar la pauta y apoyar las decisiones médicas en momentos de incertidumbre. En ese sentido, Marina (seudónimo), una de las personas clave entrevistadas, me explica que el Dr. Gotuzzo, y el Instituto de Medicina Tropical de la UPCH que dirigió por muchos años, son un referente en materia de enfermedades infecciosas, tanto en el

ámbito nacional como en el internacional. En ese sentido, el prestigio académico se constituye como una fuente de poder importante para la toma de decisiones en un tiempo en el que las/os profesionales no tenían evidencia científica sólida a la cual recurrir. La fe en la evidencia científica, mencionada por Lourdes, nos muestra que sustentar las decisiones en evidencia científica no es una actividad que se encuentre ausente de creencias: tenemos fe cuando confiamos en que los datos de una investigación son reales y están bien medidos, y tenemos fe en las personalidades académicas que le indican a legos u otros especialistas cuáles datos son mejores que otros. La fe, además, puede sufrir rupturas, tal como parece ocurrir con la participación del Dr. Gotuzzo y otros especialistas en el Caso Vacunagate (Ascarza, 2021).

Rhodes (1990) propone analizar la biomedicina como sistema cultural que implica una forma de conocimiento científico, y también de poder político y social, mientras que Lock y Nguyen (2018) entienden que la biomedicina se fundamenta en la ciencia, pero también se encuentra situada sociopolíticamente. En ese sentido, la existencia de personajes que ostentan poder simbólico permite disipar en cierta medida la incertidumbre natural ante una enfermedad nueva, pero esto resulta insuficiente si el aparato estatal no es lo suficientemente flexible para revisar sus funciones. También vemos la frustración de las/os intensivistas con algunos protocolos que van recogiendo datos, experiencias y estudios foráneos y haciéndolos reglamento. Pero cuando la ley se hace norma, parece que es difícil dar marcha atrás únicamente sobre la base de datos o evidencia, dichos datos requieren acumular poder simbólico para que puedan modificar una norma.

3.5 Balance del capítulo

Este capítulo ha abordado la compleja experiencia de médicos y médicas intensivistas limeños durante la pandemia de COVID-19, buscando responder a la pregunta de investigación: ¿cuáles son sus experiencias respecto del uso y adaptación de los protocolos para el tratamiento de una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida? El análisis de las experiencias corporales, las reconfiguraciones en las interacciones sociales y profesionales, la vivencia del temor y la incertidumbre, y la gestión clínica de una patología novedosa, converge para ofrecer una comprensión multifacética de cómo estos especialistas navegaron la crisis.

En primer lugar, este capítulo examinó cómo los/as intensivistas experimentaron la amenaza constante de contagio durante las primeras olas de la pandemia, un aspecto que marcó profundamente su práctica clínica y su subjetividad como profesionales, puesto que el temor al contagio, tanto propio como hacia familiares vulnerables, fue una emoción encarnada (Csordas, 1994) que desafió la noción de invulnerabilidad esperada del médico y generó una tensión constante con el deber profesional y el cuerpo médico disciplinado (Foucault, 1977). El temor experimentado no solo surgió de la exposición al virus, sino también de la posibilidad de convertirse en vectores de transmisión para sus familias, lo que generó estrategias de protección tanto físicas (uso excesivo de EPP, rituales de desinfección) como simbólicas (apelación a la fe religiosa o a narrativas de fortaleza personal). En ese sentido, la fe en diversas formas (religiosa, en la fortaleza personal, en la evidencia científica) actuó como un mecanismo de afrontamiento y búsqueda de seguridad frente a la vulnerabilidad

experimentada, mientras que las medidas de bioseguridad iniciales funcionaron no sólo por su efectividad práctica, sino también como rituales de protección simbólica. La incertidumbre inicial sobre los mecanismos de contagio exacerbó la vulnerabilidad experimentada, situación que se modificó parcialmente con la llegada de las vacunas, las cuales operaron no solo como solución biomédica sino también como alivio emocional. La experiencia de riesgo permanente vivida tensionó su identidad profesional, porque mientras su formación los preparaba para actuar con objetividad clínica, su corporalidad los confrontaba con el miedo, la fatiga y la posibilidad concreta de enfermar o morir, exponiendo los límites de un modelo cartesiano (que olvida el cuerpo y sus emociones) en contextos de crisis sanitaria.

En segundo lugar, se muestra cómo la experiencia con los protocolos de bioseguridad y el uso prolongado de equipos de protección personal (EPP) transformó la experiencia corporal de los/as intensivistas, reconfigurando su relación sensorial con los pacientes y su propia práctica clínica. El uso intensivo de EPPs resultaba crucial para la bioseguridad, pero impuso una intensa carga sensorial en los cuerpos: los EPP, diseñados como barreras bioseguras, devinieron en artefactos que generaron contradicciones profundas. Mientras que los EPP protegían del virus, también limitaban capacidades sensoriales clave (visión, tacto) necesarias para procedimientos críticos como intubaciones o colocación de catéteres, situación que Omar ejemplifica al relatar cómo la nubosidad de sus lentes durante una intubación fallida lo obligó a despojarse parcialmente del equipo, exponiéndose al contagio. La descripción de los EPP como "sellados por todos lados" (Entrevista al médico Omar) mostró cómo una práctica de bioseguridad, también se configuraba como un ritual de

encapsulamiento corporal que, paradójicamente, aislaba a los médicos de las señales clínicas que su formación les enseñaba a interpretar. Adicionalmente, las condiciones físicas extremas experimentadas (calor, deshidratación, lesiones por presión) mostraron cómo la precariedad material del sistema (EPP inadecuados) recae sobre los cuerpos. Esta corporalidad afectada, en la que el cuerpo del médico actuaba como herramienta y a la vez como objeto de experiencia (Good, 1993), se vio sometida a una sobre-exigencia normalizada que los relatos describen como ser todo terreno, exponiendo la violencia estructural de un sistema de salud precario. Estos hallazgos muestran que la pandemia desafió los fundamentos de la percepción médica entrenada en cuerpos que aprendieron biomedicina y que debieron reaprender a reconocer las señales que los guían.

El tercer subcapítulo examinó cómo las medidas de bioseguridad y la naturaleza de la pandemia reconfiguraron las interacciones sociales y profesionales en las UCIs limeñas durante la pandemia. A partir del uso de EPP, emergió una suerte de despersonalización doble, tanto de los médicos hacia los pacientes como de los pacientes a los médicos: los pacientes experimentaban lo que Comelles (2002) denomina muerte social, puesto que habían sido reducidos a cuerpos monitorizados y aislados de sus familias, pero los médicos también se convertían en figuras indistinguibles detrás de una cubierta de EPP: "todos estaban igualitos" (Entrevista al médico Esteban, quien recuerda su experiencia como paciente). Asimismo, las interacciones con las familias se limitaron, generando distancia y a veces episodios de violencia (entendida como ejercicio de poder), pero también profundo agradecimiento que validaba el esfuerzo del equipo. La transformación de las interacciones generó contradicciones profundas: si bien el

distanciamiento físico y la comunicación mediada por tecnología (informes telefónicos, historias clínicas virtuales) buscaban proteger tanto a pacientes como a personal sanitario; también generó fracturas a la cohesión del equipo médico (mostrada en la pérdida de espacios informales de desahogo) y limitó la capacidad de los intensivistas para brindar consuelo a las familias y los pacientes (deteriorando su identidad como salvadores ante la imposibilidad de ofrecer un cuidado global). Todas estas reconfiguraciones alteraron la forma en que se concebían al paciente y al equipo médico en el espacio de la UCI, añadiendo capas de complejidad a la práctica médica habitual.

Finalmente, se analizó cómo los/as intensivistas navegaron la incertidumbre epistemológica y clínica al enfrentar una enfermedad nueva para cuyo tratamiento no existían protocolos establecidos firmemente. Esta experiencia de los intensivistas fue de profunda incertidumbre y vulnerabilidad epistémica: navegar esta incertidumbre implicó una tensión constante entre adherirse a las guías formales y la necesidad urgente de actuar según la evidencia local o emergente. Estos especialistas vivieron la tensión entre las expectativas sociales de omnisciencia médica y la realidad de enfrentarse a una patología nueva sin pronósticos claros, mientras que sienten que se les exigía saberlo todo, tal como expresó Alejandra en su relato. Esta brecha generó estrategias de adaptación y los intensivistas debieron adaptar constantemente sus decisiones clínicas, un proceso descrito como *tinkering* (Stonington, 2020a, 2020b): se basaron en la observación local, la evaluación crítica de la poca información disponible, la experiencia previa con otras enfermedades y la discusión con colegas y en redes académicas informales (Omar preguntándose por las opiniones del médico Gotuzzo para apoyarse) para tomar decisiones ante la carencia de datos

certeros. Los protocolos y guías oficiales, tanto nacionales como internacionales, se percibían a menudo como rígidos, desactualizados o contradictorios, tardando en incorporar la evidencia emergente. La rigidez del aparato estatal para actualizar protocolos y corregir decisiones, observada en el relato de los especialistas de la demora para retirar medicamentos nocivos o ineficaces a pesar de datos locales, contrastó con la flexibilidad clínica que caracteriza a las UCIs, exponiendo cómo la biomedicina opera como un sistema cultural (Rhodes, 1990) donde el poder simbólico de expertos validaba conocimientos. En ese sentido, el poder simbólico de figuras académicas reconocidas y la fe en la evidencia científica (entendida también como un acto de creencia en la validez de los datos y la autoridad de quienes los presentan) jugaron un rol crucial para orientar las decisiones en un entorno de conocimiento en construcción. La aplicación de las vacunas fue el único elemento que, al brindar una nueva certeza biológica, realmente cambió el panorama, reconfigurando las estrategias de tratamiento clínico y de afrontamiento emocional y social de estos especialistas. En ese sentido, la incertidumbre no fue meramente técnica sino estructural: sin herramientas pronósticas confiables, decisiones como el triaje (Cap. 5) se volvieron aún más complejas, mientras la identidad médica como salvadores (Good, 1993) se resquebrajaba ante límites terapéuticos insuperables. Estos hallazgos muestran que tratar la COVID-19 fue una negociación constante entre evidencia, poder y precariedad institucional.

CAPITULO 4: CONTEXTO Y LIMITACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

DURANTE LAS PRIMERAS OLAS DE LA PANDEMIA

La pandemia de COVID-19 impuso una presión sin precedentes sobre los sistemas de salud a nivel mundial, revelando y exacerbando vulnerabilidades preexistentes, especialmente en contextos con precariedades históricas como el peruano. En el epicentro de esta crisis, los médicos y médicas intensivistas, cuyo trabajo es intrínsecamente dependiente de tecnología avanzada, recursos humanos especializados y un entorno clínico óptimo, se encontraron en la primera línea de atención enfrentando un escenario donde la aplicación de su conocimiento y habilidades se veía severamente desafiada.

Para comprender cómo los/as médicos intensivistas/as han experimentado la primera y segunda olas de la pandemia de COVID-19 es fundamental considerar el contexto socioeconómico en el que se ha desarrollado la pandemia, y cómo este ha condicionado las condiciones de trabajo y los recursos disponibles para las labores de las/os médicas/os intensivistas. El Perú tiene la tasa más alta de mortalidad por COVID-19 en el mundo: se ha reportado que la tasa de mortalidad observada llegó a 4,9% (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, s. f.). Esta realidad mortal, que evidenció a la pandemia como un espejo de la inequidad existente, no fue solo biológica: la tasa de mortalidad encarnó décadas de desinversión estatal en salud, donde el Estado invertía en salud pública menos de la mitad del 6% del Producto Bruto Interno (PBI) recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Cueto, 2022). Los médicos intensivistas entrevistados expresaron que esa tasa pudo ser mucho menor si se hubiera contado con el personal y el equipamiento necesarios para hacer frente

a la pandemia. En ese sentido, las muertes no fueron solo atribuibles a la letalidad de la COVID-19 sino porque los profesionales de salud no contaban con el equipamiento, medicamentos y especialistas suficientes para hacer frente a la pandemia. De acuerdo con Esteban, la tasa de mortalidad se debió medir por cada UCI. Actualmente, la data disponible no permite hacer esta medición, que habría permitido observar cómo las UCIs con mejor equipamiento humano y material pudieron responder mejor.

Adicionalmente, antes de ser golpeado por la pandemia, el sistema de salud peruano se caracterizaba por una profunda fragmentación en múltiples subsistemas inconexos (Cueto, 2022; Gianella, 2020). Esta segmentación implicaba que el acceso a los servicios de salud no era universal, sino que dependía de factores como el nivel de ingresos, el tipo de empleo, la afiliación a un seguro, o la ubicación geográfica (Cueto, 2022). Esta precariedad del sistema, resultado de décadas de falta de inversión, negligencia e indiferencia política, se veía agravada por la arraigada desigualdad social, la inestabilidad política y la corrupción (Cueto, 2022). En este contexto, Durand y Salcedo (2020) han detectado que, desde la adopción del modelo de libre mercado en los años 90, existe una creciente concentración del poder económico en el sector privado de la salud, con una clara tendencia a la formación de oligopolios: esta concentración económica se manifiesta en la integración vertical de los principales grupos económicos del país (Romero/Credicorp, Brescia/Rimac, Rodríguez-Pastor/Intercorp, Enfoca/Oncosalud) que manejan empresas financieras, de seguros, clínicas, farmacéuticas, importadoras de medicinas y farmacias; más específicamente, también se manifiesta en casos de colusión de precios en licitaciones de centros de hemodiálisis, sospechas de concertación

de precios de medicamentos y repartición del mercado de oxígeno entre tres empresas; adicionalmente, en el caso del oxígeno, la concentración del mercado de oxígeno en solo dos empresas que controlaban el 90% del mercado fue facilitada por la Resolución Ministerial N° 062-2010/MINSA que elevó el requerimiento del rango de pureza del oxígeno medicinal. En cuanto a las fragilidades estructurales del sistema de salud peruano prepandemia, Yon (2020) subraya la inequidad en la distribución de especialistas, concentrados mayoritariamente en las principales ciudades (Lima, Callao, Trujillo y Arequipa), lo que evidencia desigualdades geográficas en el acceso a la atención especializada.

Este capítulo, a través de las experiencias de estos profesionales durante las primeras olas pandémicas, se adentra en una pregunta crucial para comprender la realidad del cuidado crítico en un sistema de salud bajo tensión extrema: ¿qué limitaciones encontraron en su práctica clínica para aplicar sus conocimientos como intensivistas en el contexto hospitalario donde laboran, durante las primeras olas de la pandemia? Más allá de la escasez de equipos, las limitaciones se revelaron como manifestaciones complejas de deficiencias estructurales profundas, precarización laboral y decisiones políticas que, al concebir la salud como un gasto catalogado como excesivamente oneroso, impactaron directamente la capacidad resolutoria de las unidades, forzando a los/as intensivistas a realizar adaptaciones constantes en su práctica clínica con un alto costo humano y profesional. Este análisis busca entender cómo es que las fallas del sistema se materializaron en el trabajo diario de los/as intensivistas. En el presente capítulo, abordaremos, en primer lugar, las experiencias vividas de médicas/os intensivistas/os en torno a la limitación de equipos y materiales para efectuar

sus labores. Posteriormente, nos vamos a concentrar en las experiencias vividas de médicas/os intensivistas/os en torno a las limitaciones respecto de los recursos humanos especializados y en torno a las condiciones de trabajo en las cuales llevan a cabo sus labores.

4.1 Limitaciones en cuanto a equipamiento y materiales

En el presente subcapítulo, abordaremos las experiencias vividas de médicas/os intensivistas/os en torno a la limitación de equipos y materiales para efectuar sus labores.

En el contexto previo a la pandemia de COVID-19, la precariedad del sistema de salud peruano impactaba directamente en la práctica clínica diaria, marcada por infraestructura, equipamiento y materiales médicos insuficientes (Cueto, 2022). Un informe de la Contraloría en 2018 reveló que un porcentaje significativo de hospitales carecía de los ambientes y el equipamiento mínimo completo requerido para áreas cruciales como diagnóstico por imágenes, lo que comprometía la oportunidad y calidad de la atención (Pedraglio, 2020). Esta situación se traducía en dificultades para realizar radiografías en un alto porcentaje de establecimientos estratégicos debido a la falta de equipos y personal capacitado, así como en la carencia de equipos básicos de emergencia y ambulancias operativas (Yon, 2020). La ausencia de una industria nacional robusta para la producción de equipos médicos y materiales esenciales generaba una dependencia de los mercados internacionales, exponiendo al país a la escasez global en momentos de crisis (Cueto, 2022). Esta limitación de recursos esenciales, como oxígeno y ventiladores, se hizo particularmente crítica en regiones fuera de Lima, donde la letalidad de la pandemia fue

significativamente mayor, evidenciando las profundas desigualdades en la capacidad resolutoria del sistema sanitario (Yon, 2020). En la práctica, los profesionales de la salud se enfrentaban a la imposibilidad de realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos básicos debido a la falta de equipos, insumos y medicamentos, lo que afectaba su capacidad para brindar una atención oportuna y de calidad a los pacientes (Beteta & Elorreaga, 2020). Las cifras que reflejan la precariedad del sistema de salud peruano no eran abstractas: en las UCIs limeñas, se traducían en UCIs saturadas porque el país sólo contaba con 2 camas UCI por cada 100 mil habitantes al inicio de la pandemia (Torres, 2020).

Las UCIs siempre han estado muy ligadas a tecnología y equipamiento médico. En ese sentido, el uso de equipos y materiales es intensivo en una UCI: se requieren equipos con tecnología difícil de manejar; se requiere entrenamiento para utilizar correctamente dicha tecnología; se requieren medicamentos especializados para sedar adecuadamente al paciente y brindarle nutrición e hidratación suficiente debido a que está sedado; y, por sobre todo, se requiere un equipo multidisciplinario y especializado para atender pacientes cuya vida depende totalmente del equipo UCI. Esteban explica que:

[...] se trata de darle seguridad al paciente, de que todo está monitorizado, de que todo está bajo control y no se va a complicar... porque se sabe que cuando uno está en un hospital, cuando uno se hospitaliza, puede tener eventos adversos ... o incidentes: que no le ponen el antibiótico a la hora, que se rompió la ampolla y no le ponen, o alguien del personal lo necesita para su hermano y no le ponen, o le ponen un medicamento y no

es la dosis apropiada, o tiene insuficiencia renal y no le coordinan la dosis, o le ponen una heparina y tiene plaquetopenia y comienza a sangrar. O sea hay un montón de eventos adversos, los eventos adversos se pueden presentar y especialmente en un área donde trabajas con un montón de medicamentos como por ejemplo acá ... acá cada paciente tiene 10 u 11 medicamentos que recibe, entonces en estas unidades tiene que haber gente muy experta, muy entrenada, con mucha dedicación a que no hayan eventos... entonces, eso ha ido mejorando en el tiempo, tanto la parte de equipamiento, la parte de medicación, y el personal de enfermería, que ahora son especialistas también... y todavía nos faltan muchas cosas por mejorar: ya tenemos equipos nuevos, tenemos ecógrafos, eco cardiógrafos, tenemos equipos que nos ayudan a dar más seguridad al paciente, para que no se complique, para que venga y se resuelva su problema. (Entrevista al médico Esteban)

La sobrecarga hospitalaria por la pandemia y la precariedad del sistema de salud se tradujo en la escasez de equipamiento y materiales, dibujando un escenario donde la práctica médica se vio corporal y subjetivamente mediada por estas limitaciones materiales. Los intensivistas, en este contexto de múltiples restricciones, debieron navegar una situación que afectaba su capacidad de acción. Se perciben sentimientos de desconcierto y abandono al enfrentarse a la imposibilidad de brindar la atención óptima debido a la falta de recursos, así como una tensión entre el conocimiento médico y la realidad material del contexto pandémico peruano. Así, Isabel explica la impresión de ver que la gente moría en grandes cantidades y cómo las limitaciones experimentadas la hicieron cuestionarse si es que hubieran logrado sobrevivir en circunstancias diferentes:

[...] yo sí había visto en redes, en internet y en tele que la gente moría a sacos, diario. Pero acá verlo. No decir que me chocó, porque yo ya me lo esperaba, pero palparlo y verlo en primera persona, es otra cosa. Veías abuelos morir de 80 años, como de 20. Y a mí más me tocaba decir, pucha este pata puede ser mi hermano que tiene 20. Y wow, uno al final da todo, pero son muchas cosas las que te limitan. El recurso humano, porque a veces no hay licenciadas, no se abastecen. Recurso material, porque a veces no hay ni oxígeno en ese pabellón. Son muchas cosas que limitan, te hacen preguntar si en otro ambiente hubieran sobrevivido. Pero todo estaba colapsado en ese momento, incluso en segunda ola. Colapsó menos, pero también colapsaron los particulares, las clínicas, ESSALUD, MINSA. (Entrevista a la médica residente Isabel)

Las experiencias de los especialistas entrevistados no han sido aisladas. Por el contrario, las limitaciones respecto del oxígeno y las camas UCI eran experiencias muy comunes para la población y los especialistas durante la pandemia. Morante-Osores y colaboradores (2022) describen la fragilidad del sistema de salud peruano y la pobre coordinación entre los subsistemas de salud desde su experiencia en la atención primaria. Por su parte, Chung (2023) relata su experiencia personal como médico en un hospital de Lima durante la pandemia de COVID-19, explicando su angustia como un médico que trata pacientes contagiados de COVID-19 en momentos en los que el sistema de salud peruano no se daba abasto, mientras acompaña a un amigo cercano que ha sido ingresado a su mismo hospital por encontrarse grave de COVID-19 y que se encuentra a la espera de una cama UCI. Por su parte, Rojas y Yon (2024) muestran experiencias que dibujan la falta de articulación en un sistema

fragmentado y precario que recurría a pelotear (enviarlos de un lugar a otro hasta que alguien los atiende) a los pacientes.

Pero además de contar con recursos limitados, los médicos entrevistados hacen notar las severas deficiencias en la gestión del sistema de salud y que eran ellos los soldados y sufrían también las consecuencias de esa gestión deficiente, que los llevaba a la experiencia de ver morir a sus pacientes. De este modo, Agustín se muestra frustrado ante las limitaciones vividas por una mala gestión de la salud y de la pandemia: “los que trabajamos éramos los soldaditos pero qué nivel de capacitación o entrenamiento tenían los que dirigieron, ellos han tenido una responsabilidad enorme” (Entrevista al médico Agustín). Asimismo, explica que tuvieron que adaptarse ante esas limitaciones, debieron habilitar más camas y contratar personal sin experiencia para enfermería.

Es vital abordar estas experiencias porque el equipamiento insuficiente revela los modos en los que operan la biopolítica (Fassin, 2018; Foucault, 1977) o la necropolítica (Mbembe, 2011) y cómo se hacen presentes en las disparidades de un sistema de salud. Siguiendo a Foucault (1977), Fassin (2018), y Mbembe (2011) podemos observar el dejar morir de la biopolítica aplicada por el MINSA al establecer como excesivamente oneroso el equipamiento nacional de las UCI, tal como lo relata el médico intensivista Jorge Cerna, en un conversatorio virtual (ASPEFAM, 2020a) realizado al inicio de la primera ola:

[...] quisiera hablar de algunos aspectos que se vinieron trabajando desde el 2016. Cuando con el doctor Carlos Salcedo y ESSALUD y MINSA nos reunimos para ver cuál era el equipo ideal para los hospitales I, II y III. Cuando se tiene claro cómo iban a manejarse las vigilancias intensivas de

emergencia, se diseñó un proyecto en el que se tenía que equipar adecuadamente a nivel nacional, tanto de Lima como de provincia, en lo que era ventiladores, monitores invasivos, ecógrafos. De tal manera que se pudiera hacer un manejo adecuado, porque había una serie de problemas de equipamiento a nivel de provincia. Hubo una discusión y Carlos fue muy transparente. Creo que su preocupación de MINSA... no querían aprobarla. Se luchó, se intentó. Es más, llegó al escritorio de Patricia García, y no lo firmó. ¿Cuál fue el sustento?: económicamente era excesivamente oneroso decían. Y los presidentes regionales y todas las autoridades que han hecho lo que han querido con el dinero de nuestro país, no equiparon, no aceptaron la norma, porque aparentemente era caro. De tal manera que eso pudo haber ayudado, creo yo. (Intervención en conversatorio virtual del médico José Cerna, ASPEFAM 2020)

El relato del médico Cerna destaca la relación entre las desigualdades sociales y la experiencia de la enfermedad, incluyendo las epidemias. Tal como señala Farmer (1999), las condiciones de pobreza e inequidad exacerbaban las crisis de salud, un concepto central para analizar cómo las limitaciones de infraestructura, equipamiento y material médico experimentadas por los intensivistas en Lima fueron, en esencia, manifestaciones concretas de determinantes sociales de la salud preexistentes y de una inversión históricamente insuficiente en el sistema de salud.

Según Baer, Singer y Susser (2004), las inequidades en salud no son fenómenos aislados, sino el resultado de la interacción compleja entre el sistema mundial capitalista, los estados-nación y las culturas locales, lo que permite analizar

cómo las limitaciones en infraestructura, equipamiento y personal especializado no fueron eventos fortuitos, sino manifestaciones directas de las políticas de inversión y las prioridades históricas del sistema de salud peruano, influenciadas por dinámicas económicas globales (Baer et al., 2004). Siguiendo a estos autores, la experiencia vivida por los intensivistas en Lima puede analizarse destacando cómo las limitaciones actuaron como expresiones concretas de determinantes sociales de la salud preexistentes que exacerbaron la crisis. La insuficiente inversión histórica en el sistema de salud peruano, reflejada en la escasez de camas de cuidados intensivos, ventiladores mecánicos y otros suministros esenciales, limitó la capacidad de respuesta, influyendo directamente en las decisiones clínicas y exponiendo tanto a pacientes como a profesionales de la salud a mayores riesgos. Esta situación, similar a la observada en otros contextos donde medidas de austeridad previas debilitaron los sistemas de salud (Fassin, 2022), revela cómo factores macroestructurales, como las políticas económicas y la distribución de recursos, se manifestaron en la primera línea de atención durante la pandemia. Asimismo, la disponibilidad limitada de personal médico especializado, en especial en zonas geográficas de menores recursos económicos, añadió una presión adicional sobre los equipos de salud, afectando la calidad de la atención y generando dilemas éticos en la priorización de pacientes. En este sentido, la pandemia reveló y agravó las desigualdades estructurales preexistentes en el acceso a una atención médica adecuada, donde las deficiencias en recursos se tradujeron en una manifestación biológica de la inequidad social, como lo han indicado otros autores respecto a situaciones de enfermedad y epidemias (Farmer, 1999; Lock & Nguyen, 2018).

En este caso, vemos que la necropolítica Mbembe (2011) se manifiesta en cómo se priorizan ciertos grupos sobre otros en la distribución de recursos, determinando a quiénes se arroja a la muerte (Fassin, 2018). En el relato del médico Cerna, vemos cómo es que las autoridades renuncian a brindar un adecuado estándar de servicios de salud debido a motivos económicos en el año 2016. Unos años más tarde, durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 veríamos cómo el país sólo contaba con aproximadamente 2,5 camas UCI por cada 100 mil habitantes – frente a un promedio de 14 camas UCI por cada 100 mil habitantes de los países OCDE (Revollé Tercero & Unidad LR Data, 2022).

El rol vital de la tecnología para la medicina intensiva fue verificado en el congreso de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva. Realizado presencialmente por primera vez después de la pandemia, en el año 2023, es notorio el espacio dedicado a la exposición de diferentes ventiladores, camas especiales, centrales de monitoreo y diversos implementos tecnológicos. Un vendedor de la empresa Mindray se muestra interesado en la presente investigación, e incluso me facilita el teléfono personal de un médico (que no participó en la presente investigación). Existe una innegable familiaridad entre el personal de salud y los vendedores que están exhibiendo sus productos mientras médicos y enfermeras asisten a las jornadas académicas. La realización de eventos académicos para diversas sociedades de especialistas médicos es una práctica común en el país que muchas veces es financiada por empresas farmacéuticas o de tecnología médica involucradas en la especialidad médica en cuestión. La familiaridad entre vendedores y personal de salud, puede ser inocua, pero también puede constituir un indicio de la influencia de estas

empresas en las decisiones de compra y adopción de tecnologías. En el contexto de la urgente necesidad de equipamiento ante la pandemia, se incrementaron las oportunidades para la captura burocrática, donde las preferencias de los especialistas, influenciadas por los vendedores, podrían no siempre alinearse con las mejores decisiones para el sistema público (Durand & Salcedo, 2020).

Esta dinámica plantea la posibilidad de una complementariedad negativa, donde la debilidad del Estado para invertir y equipar adecuadamente el sector público genera una dependencia del sector privado, que a su vez puede influir en las decisiones de compra en su propio beneficio (Durand & Salcedo, 2020). Al respecto, Esteban explica que las limitaciones de equipamiento y materiales que enfrentan los médicos siempre han estado presentes: “siempre han faltado cosas, se han ido comprando en el camino y seguramente para comprarlas han pagado de más. Los que vendían ventiladores se han forrado de plata” (Entrevista al médico Esteban). Aquí vemos cómo es que las políticas de austeridad invocadas previamente como excusa para no equipar debidamente el sistema de salud son dejadas de lado y se transforman en un gasto excesivo y poco eficiente. Por ejemplo, en un pronunciamiento emitido el 8 de junio de 2024, la SOPEMI reconoce un incremento significativo en la dotación de equipos como ventiladores y monitores (4000 camas UCI que se traduce en 5.7 veces más camas UCI que antes de la pandemia), pero cuestiona la denominación de camas UCI ante la ausencia de equipos humanos altamente especializados que puedan utilizar adecuadamente la tecnología y garantizar la funcionalidad efectiva de las unidades de cuidados intensivos, señalando que sólo cuentan con aproximadamente 964 especialistas registrados en el Colegio Médico del Perú (Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI), 2024). Las limitaciones de

equipamiento iniciales se convirtieron luego en un equipamiento excesivo que no cuenta con suficientes profesionales que puedan manejar la tecnología adecuadamente para salvaguardar la vida del paciente ventilado.

La tensión entre la falta de equipamiento y procesos de compra poco eficientes, es relatada por Agustín cuando coincide en que si se seguía “el nivel ideal de soporte” (Entrevista al médico Agustín) para los pacientes, la mortalidad hubiera sido baja. No obstante, calla su propia frustración explicando que “hay que entender que fue como una guerra, se atendió con lo que se pudo, con los recursos que había” (Entrevista al médico Agustín) y agrega que la mortalidad fue baja y que el país debería estar preparado para pandemias que presenten un índice de mortandad del 25%. En cuanto a las limitaciones que experimentan señala, por ejemplo, el caso de los rayos x, y me cuenta que se malogran y demoran mucho en comprarlos, que los procesos de compra son extremadamente lentos y burocráticos, que hay “improvisación en la parte pública” (Entrevista al médico Agustín).

Otro aspecto crítico fue el uso de medicamentos, ya que son necesarios para sedar adecuadamente a los pacientes que se mantendrán largo tiempo intubados. Omar explica que “en cuanto a medicamentos hubo momentos críticos: sedantes, relajantes musculares, tuvimos que usar de otro tipo, o usar dos y ya no uno, eso también los podía complicar más a los pacientes porque se les bajaba más la presión” (Entrevista al médico Omar). Nuevamente, la precariedad del sistema de salud lleva la necesidad de realizar adaptaciones a la práctica médica que no están mediadas por el beneficio para el paciente sino

por determinantes sociales como la precariedad del sistema de salud debido a decisiones políticas y económicas (Fassin, 2018, 2022).

Las limitaciones en cuanto a materiales y equipamiento, también implicaron un cansancio y desgaste adicional. Esto se vio de manera frecuente respecto a la escasez de oxígeno, un mercado altamente concentrado en el Perú y con empresas que han sido previamente sancionadas por incurrir en prácticas restrictivas de la libre competencia (Defensoría del Pueblo, 2020). Es interesante notar que la concentración del mercado de oxígeno se facilitó y generó gracias al propio sistema de salud a través de la Resolución Ministerial N° 062-2010/MINSA que estableció que el oxígeno medicinal tiene una concentración del 99%, y que en la práctica concentró el mercado de oxígeno medicinal a sólo dos empresas, removiendo a empresas que ofrecían oxígeno en concentración del 93% de poder participar en las licitaciones públicas para abastecer a los hospitales nacionales (Redacción Gestión, 2020). Resulta revelador contrastar la excesiva onerosidad invocada para evitar realizar una implementación adecuada de hospitales mediante el personal y las herramientas requeridas, con una norma como la referida Resolución Ministerial N° 062-2010/MINSA.

Ante este problema de un insumo indispensable para los pacientes, los médicos entrevistados no presentaron tantos problemas como la ciudadanía que sí se vio obligada a adquirir balones de oxígeno en un mercado informal. No obstante, también se relatan situaciones de desabastecimiento de oxígeno debido a la gran cantidad de flujo requerido, por lo que Alejandra explica cómo tuvieron que bolsear a los pacientes durante varias horas para evitar que mueran. Por bolsear, Alejandra se refiere a realizar una maniobra manual con una mascarilla y una

suerte de válvula o bolsa que debe apretarse repetidamente con las manos para simular el accionar de los pulmones y permitir la oxigenación del paciente hasta que pueda ser conectado a un respirador. Alejandra explica cómo es que todos los residentes y otro personal de su hospital tuvo que bolsear por horas a los pacientes, cuando se perdió el flujo de oxígeno que estaba soportando la vida de los pacientes conectados a un ventilador mecánico. La voz de Alejandra se siente más leve y entrecortada, puedo escuchar el nudo en su garganta mientras relata la historia del dolor de sus manos y dedos. La experiencia de especialistas como Alejandra es vivida en cuerpos que sienten pero que también conocen y ejercen su conocimiento a través de prácticas médicas que necesitan adaptar para hacer frente a macrosistemas que precarizan los sistemas de salud e implican un acceso desigual a los mismos. Son los sujetos corporizados (Csordas 1994) los que viven estas historias y a la vez las perciben y, posteriormente, las relatan:

[...] una vez había tanta demanda de oxígeno que se perdió la presión de oxígeno en el hospital, en la UCI COVID. Y tuvimos que bolsear... pacientes que estaban con ventilador mecánico. No, el ventilador no daba oxígeno. Entonces muchos de los pacientes que estaban con ventilador ... Nos llamaron a los residentes, sobre todo los de primer año, a bolsear. Y el bolseo es una actividad que cansa. O sea, la mano. Imagínese usted apretar algo. Y yo recuerdo haber bolseado cerca de cuatro horas una paciente. ¡Cuatro horas! Ya me dolían las manos. Y los doctores me decían, pero, me daban ánimos pues ¿no? ¡Vamos, dale, dale, dale! Y me acuerdo, una doctora residente mayor, que me decía: mi reina, ya, tú puedes, tú puedes. Yo, mis dedos, ya dolían, me dolían. Nos

intercambiábamos con los técnicos, con los enfermeros, con todos los que estuvieron ese día metieron la mano. Pero ese día fue desafiante, porque decía qué tal, qué nivel de estrés sentíamos, que si uno dejaba de bolsear... en simultáneo estaban reparando y trayendo el oxígeno ¿no? Pero yo bolseaba, y bolseaba, y bolseaba, y terminaba con ese paciente, un rato me relevaba el técnico, y volvía a bolsear. Porque igual en simultáneo había que (...), los enfermeros tenían que seguir haciendo su trabajo, poner las medicinas atender a uno, otro paciente. Todos estaban full, entonces todos bolseábamos, todos tuvimos que poner la mano. (Entrevista a la médica residente Alejandra)

Otro problema eran los implementos de EPP que les brindaban los hospitales a los médicos, pues la calidad de los EPP brindados era deficiente e incrementaba la incomodidad y las llagas por usarlos muchas horas seguidas, por lo que incluso tuvieron que comprarlos. Úrsula indica que los implementos de bioseguridad recibidos eran bastante incómodos, y agrega “compraba mis mascarillas aparte, las que no me hacían tanto daño” (Entrevista a la médica Úrsula). Las adaptaciones que se realizaron debido a decisiones de compra en el contexto económico de la pandemia de COVID-19 (por ejemplo, escasez de mascarillas o escasez de mascarillas de cierta calidad o precio excesivamente elevado) impactaron en la experiencia corporizada de los especialistas que, a su vez, realizaron adaptaciones como gastar en mascarillas de mejor calidad.

Las limitaciones vividas en el ámbito de tratamiento del COVID-19 se extendieron más allá, ya que las adaptaciones para la demanda de camas UCI COVID tuvieron un impacto en otras enfermedades, puesto que se desplazaron casi

todos los recursos a enfrentar la pandemia, como lo explica Agustín, que ha laborado como intensivista por más de 10 años en hospitales públicos y clínicas privadas.

Pero las carencias de equipamiento, materiales y personal para el trabajo de los médicos intensivistas no es un problema que se presentó exclusivamente durante la pandemia, sino que se trata de una realidad con la que los intensivistas conviven a diario, aunque reconozcan que se trata de un problema que se agravó durante la pandemia. De este modo lo narra Lourdes:

[...] no tenemos radiografías, no tenemos exámenes de laboratorio. Muchas veces no tenemos guantes, medicamentos, ni antibióticos. Eso era antes de la pandemia, durante la pandemia y ahora. Pero antes tenías una excusa. Tenías una emergencia nacional, una pandemia y no podías cubrirlo. Ahora no tienes ninguna excusa e igual no hay. (Entrevista a la médica Lourdes)

Me explica que, en algunos casos, las familias o las mismas/os médicas/os terminan asumiendo esos costos. Nuevamente, las consideraciones económicas de los tomadores de decisión impactan en la práctica médica y los especialistas deben realizar adaptaciones en sus prácticas diagnósticas o de tratamiento, o buscando cubrir gastos adicionales a través de la familia o con sus propios recursos. Lourdes explica cómo se adaptan a esas carencias:

[...] lo asume la familia, la familia lo paga. La familia paga las tomografías. Trabajamos sin radiografías, auscultando, como antiguamente. Lo medimos por mecánica pulmonar en el ventilador mecánico. Los laboratorios, que no tenemos, qué pena. O a veces lo hace el familiar. Los

medicamentos lo asumen la familia. A veces molestamos a los de farmacia para que sí o sí nos consigan. Les tocamos el corazón. A veces nosotros los compramos, ha habido veces que yo he mandado a mis residentes con, con mi dinero a hacer algunos laboratorios que para mí eran importantes. (Entrevista a la médica Lourdes)

Las dificultades a veces son de infraestructura. Los baches (huecos irregulares en pistas y veredas) también representan un problema en Hospitales como el Minsa B y el Minsa C que parecen una pequeña ciudad con múltiples edificaciones, sectores, pistas y veredas. Lourdes me comenta que el tomógrafo del Hospital B estaba a una distancia equivalente a una cuadra de distancia: “y teníamos que pasar por baches. Teníamos que pasar por baches ¿no?, por baches, por pasajes, callejones” (Entrevista a la médica Lourdes); sin embargo, enfatiza que parte de su especialización implica estar entrenados para transportar a esos pacientes críticos en condiciones adversas.

Al realizar un análisis más profundo de las narrativas de médicos y médicas intensivistas en relación con las limitaciones de equipamiento y materiales experimentadas, es importante iniciar nuestras observaciones estableciendo el rol preponderante de la tecnología para el soporte de la vida de los pacientes de una UCI. A simple vista, una UCI parece tener 2 elementos sin los cuales no puede existir: tecnología especializada y personal especializado que pueda usar correctamente dicha tecnología. Algunos de los pacientes tampoco pueden existir sin esa tecnología: los ventiladores se convierten en la diferencia entre vivir o morir y la práctica médica de los intensivistas se transforma para incorporar como una parte esencial la administración de esta tecnología. Los

especialistas no solo tratan cuerpos en condición crítica a través de este equipamiento tecnológico, también adaptan su práctica médica para administrar esta tecnología, realizando movidas de pacientes, despejando camas y realizando elecciones imposibles.

Pero, ¿cómo implementar adecuadamente una UCI cuando el Estado percibe a la salud como un gasto? Tal como menciona el Dr. Cerna en el conversatorio virtual mencionado en párrafos anteriores, se califican las propuestas de equipamiento como excesivamente onerosas. En ese sentido, la situación de desabastecimiento es permanente, tal como lo explica Lourdes. Darse cuenta de esta realidad produce frustración en los médicos y médicas, tal como notamos en el testimonio de Agustín: “los que trabajamos éramos los soldaditos pero qué nivel de capacitación o entrenamiento tenían los que dirigieron” (Entrevista al médico Agustín).

Vemos cómo en los relatos aflora nuevamente la sensación de vulnerabilidad de las intensivistas/os, tanto de ellas como de sus familias. Pero no solamente vemos la vulnerabilidad en la realización del peligro de un contagio, también la percibimos en las vivencias corporizadas de realizar las prácticas médicas en un sistema de salud precario, como cuando Alejandra explica que tuvo que reemplazar manualmente a un ventilador y bolsear por cuatro horas para evitar la muerte de los pacientes ante la pérdida de presión de oxígeno en su hospital. Por su parte, en las palabras de Agustín vemos el peligro que significa un sistema de salud precario ante una pandemia incluso cuando no estamos contagiados, pues menciona cómo se produjo un fuerte impacto en el tratamiento de otras enfermedades porque todos los recursos se desplazaron al tratamiento de la

COVID-19. También vemos el peligro de una pandemia más mortal, pues concluye que la mortalidad fue baja y sentencia que “deberíamos prepararnos para epidemias con 25% de mortalidad” (Entrevista al médico Agustín).

La vulnerabilidad parece derivar en el cuestionamiento de las limitaciones estructurales que experimentan; por ejemplo, Isabel se pregunta si más pacientes hubieran sobrevivido en circunstancias materiales diferentes. Al comentar la impresión que le causaba ver que la gente moría por grandes cantidades en el hospital Isabel concluye: “pucha este pata puede ser mi hermano” (Entrevista a la médica residente Isabel). Aquí vemos como emerge el paciente con el cual se empatiza, aquél que podría ser un familiar.

Esteban también ha enfatizado en la importancia de la monitorización constante de los pacientes de la UCI, mencionando que en la UCI se trata de darle seguridad al paciente ante incidentes entre los que menciona el siguiente ejemplo: “alguien del personal lo necesita para su hermano y no le ponen (el medicamento)” (Entrevista al médico Esteban). El equipamiento, entonces, incluso está caracterizado como una herramienta para prevenir incidentes basados en una situación de desigualdad frente al acceso a la salud. Al mismo tiempo, en el medio de la pandemia es difícil poder tomar acción frente a los cuestionamientos que surgen ante los tomadores de decisión, porque la decisión de arrojar a la muerte (Fassin, 2018) no es tomada cuando el especialista decide a quién darle una cama UCI, sino cuando se establecen políticas que consideran muy oneroso brindar una salud adecuada a toda la población.

4.2 Limitaciones en cuanto al recurso humano especializado

En el presente subcapítulo, nos vamos a concentrar en las experiencias vividas de médicas/os intensivistas/os en torno a las limitaciones respecto de los recursos humanos especializados y a las condiciones de trabajo en las cuales llevan a cabo sus labores.

A pesar de las limitaciones en cuanto a equipos y materiales, los/as entrevistados/as son tajantes en señalar que la mayor limitación es en cuanto al recurso humano especializado, puesto que si bien se consiguió elevar el número de camas UCI eventualmente, no existía personal capacitado para manejar todo el equipamiento. En el caso peruano, una reciente investigación periodística señala que habrían únicamente 42 médicos especialistas por cada 100 mil habitantes y que, de acuerdo con el decano del Colegio Médico del Perú, se requieren al menos 15 mil especialistas adicionales (Bazo Reisman, 2023). Al respecto, Esteban señala lo siguiente:

[...] no era sólo el ventilador, eso ha sido una falacia. Tenemos 1000 camas UCI, pero ¿y cuántos intensivistas?, que saben manejar a los equipos. No, pero eso, se aprieta el botoncito y está, mira está funcionando, y mira ya está ventilado. ¿Y cómo lo sacas?, ¿qué pasa si hace esto?, ¿qué pasa si hace lo otro?, ¿cuáles son tus medidas de seguridad?, ¿cómo vas a manejar los valores?, ¿qué experiencia tienes manejando eso? Cuando es tal cosa, cuando es tal otra. No es la cama UCI, tiene que ser el equipo, el equipo UCI, no sólo el médico, la enfermera, y el técnico entrenado en manejar estos pacientes. No es que pones una cama UCI y ya está, se solucionó el problema. ¿Cuál es el

recurso humano más importante de una institución? El recurso humano, entrenado, capacitado, que se comunique apropiadamente, que se informe muy bien al otro: mira te dejo esto aquí pero (...) esto está acá, esto puede pasar, sucedió esto, hizo una arritmia, se complicó (...), comenzó a sangrar (...), prevenir los eventos. Ese es un equipo. Dónde está la comunicación, dónde está el reporte, dónde está el compromiso, no hay equipo. (Entrevista al médico Esteban)

Esta ausencia de especialistas hacía que la demanda de médicos intensivistas durante la pandemia se elevara. Esteban me indica que no estábamos preparados: “acá a los chicos les rogaban para atender en otro lado, y ellos a veces trabajaban en varios lados, y no porque querían ganar plata, sino porque querían dar un poco más, porque no había más gente” (Entrevista al médico Esteban).

Las diferencias en cuanto a las condiciones de contratación de intensivistas han sido señaladas por varios entrevistados. Estos suelen ser contratados de manera permanente o por los turnos que realizan, lo que se diferencia de otros médicos especialistas que suelen trabajar en consultorios y, en el sector privado, se dedican a la atención de pacientes que pagan por cada consulta. Así, Omar destaca que mientras que a los intensivistas se les paga por cada turno, otros especialistas cobran por cada consulta o procedimiento, por lo que si un cardiólogo coloca un catéter vascular, le pagan mucho más de lo que pagan al intensivista por el mismo procedimiento. Señala que eso hace que necesiten trabajar más, mínimo en dos lugares.

Al final de la entrevista de Lourdes, puedo presenciar un hecho inesperado. Lourdes se encuentra de guardia en la UCI de la Clínica Privada K y ha tomado un tiempo entre sus visitas a los pacientes para conversar conmigo por un medio virtual. Ya estamos cerrando la conversación cuando un médico de otra especialidad se le acerca con una queja. Lourdes le da una explicación breve e intenta regresar a nuestra conversación, pero es notorio que el médico se encuentra molesto e incluso su voz tiene un tono agresivo. El médico interlocutor ha llegado a la UCI de la Clínica K porque lo han llamado para practicarle un procedimiento a un paciente. Es sábado y el médico indica que ha manejado desde muy lejos y al llegar a la Clínica K le han indicado que otro médico ya le realizó el procedimiento al paciente. Aparentemente, ese otro médico parece encontrarse al acecho de procedimientos, y el interlocutor de Lourdes, lo acusa de tener ese comportamiento en reiteradas ocasiones. Aquí podemos verificar que, si bien los/as intensivistas se sienten en desventaja frente a otros especialistas, el mercado de venta de consultas y procedimientos en los que se involucran otros especialistas, lleva a estos últimos a tener actitudes predatorias en las que podrían buscar no solo arrebatarse el procedimiento a otro colega, sino también realizar procedimientos innecesarios a pacientes que no cuentan con la información especializada para saber si su médico/a está poniendo su salud por sobre otras consideraciones.

En ese sentido, podemos observar cómo es que la economía política de los diferentes niveles de los sistemas de salud (Baer et al., 2004) incentiva adaptaciones en la práctica médica que integran en dichas prácticas una suerte de lucha de especialistas (no intensivistas) por realizar procedimientos. El mercado de consultas y procedimientos se vuelve parte de la práctica médica.

La organización del trabajo que realizan los intensivistas en función de las interacciones del personal de salud al interior de una UCI, impide que los intensivistas puedan tener una compensación económica similar a la de otras especialidades, pero también protege su práctica médica de la integración con los ideales de competencia de mercado que vemos aparecer en el caso del médico interlocutor de Lourdes. El reto, entonces, es mejorar las condiciones laborales y la compensación económica de los intensivistas, sin integrar en su forma de trabajo una lógica de mercado que pueda afectar la seguridad y recuperación de los pacientes.

Si bien hemos mencionado que estos especialistas suelen trabajar en una modalidad permanente o por turnos, eso no significa que cuenten con un trabajo formal en planilla que les de acceso a todos los derechos laborales. El régimen por terceros implica que los hospitales públicos en los que trabajan no los reconocen como trabajadores sino como prestadores de un servicio, por lo que no se les reconoce el derecho a contar con un seguro de salud o a tener vacaciones. Esto es resaltado por Lourdes como un problema importante:

[...] bueno, yo de mi parte cuando terminé la especialidad en el 2016 estuve trabajando como terceros en el Hospital B (seudónimo) durante, a ver, más o menos unos cinco años, ¡cinco años!, trabajé como terceros, sin ningún beneficio. Y eso no es que solamente le pasó a la doctora Lourdes (seudónimo), era que en el hospital el 60% de trabajadores eran terceros, el 20% eran CAS, y el otro 20% nombrados. Pero el hospital trabaja en función de médicos tercerizados, sin ningún beneficio.
(Entrevista a la médica Lourdes)

Lourdes añade: “yo recién este año, 2023, después de casi 6, 7 años, recién tengo un CAS, recién tengo beneficios” (Entrevista a la médica Lourdes). No obstante, el CAS (contrato administrativo de servicios) reconoce ciertos beneficios pero es una modalidad de contratación del Estado que no cuenta con todos los beneficios laborales de un trabajador en planilla.

Además, en la mayoría de centros hospitalarios, no existe una infraestructura mínima que permita que los especialistas que permanecen de guardia puedan descansar. Esto es descrito por Lourdes:

[...] los médicos que hacen guardia no tienen dónde descansar. O descansan en sillones..., en cuartuchos..., mal ventilados.... No tienen un hervidor para tomarse un café..... Los servicios de comida son pésimos. De mala calidad. Bueno, a nosotros en la UCI nos traen. Pero ese no es un beneficio de todos los médicos. (Entrevista a la médica Lourdes)

Los intensivistas son más vulnerables a las formas de contratación precarias que se disponen de las políticas y decisiones de las instituciones de salud peruanas (Baer et al., 2004). Como mencionamos anteriormente, su forma de trabajo que requiere una lógica de equipo puede estar protegiendo su práctica médica de adaptaciones hacia una lógica de mercado que pueden ser perjudiciales para el paciente; sin embargo, la precarización de sus modos de contratación y compensaciones económicas insuficientes los llevan a trabajar en dos o tres lugares al mismo tiempo.

Momentáneamente, durante la pandemia, se agitó el mercado de intensivistas. El médico intensivista José Portugal, en un conversatorio virtual de varios expresidentes de SOPEMI, expresa su preocupación por que observa una lucha

por especialistas y personal entrenado, y señala que se está produciendo una guerra de precios por especialistas que está “depredando los especialistas, en lugar de mantener equipos consistentes” (ASPEFAM, 2020a). Aquí vale la pena resaltar que, a través de un pronunciamiento del 2024 la SOPEMI señaló que en el año 2022 se llegó a contar con equipamiento de 4000 camas con ventilador mecánico y monitor de funciones vitales, representando un incremento de 5,7 veces mayor al disponible antes de la pandemia. No obstante, el mismo pronunciamiento agrega que no se encuentran de acuerdo con llamar camas UCI a dichas camas porque no se estaría garantizando que los pacientes críticos que acceden a las mismas vayan a ser atendidos o supervisados con un equipo humano que cuente con la experiencia y especialización necesarias (Sociedad Peruana de Medicina Intensiva - SOPEMI, 2024). Así, la poca oferta de intensivistas generó una guerra de precios de las clínicas privadas y también de hospitales por los turnos disponibles de las intensivistas, pero la lógica de mercado no considera la importancia de contar con un equipo consistente como señala el médico Portugal.

Sin embargo, no hace falta sólo contar con médicos especializados como intensivistas, también hay una brecha de enfermeros/as y técnicos/as. Agustín resalta el rol de las enfermeras: “el médico es importante pero enfermería es vital” (Entrevista al médico Agustín). Por su parte, Alejandra ve a las enfermeras como un eje imprescindible en la atención del paciente crítico, llegando a afirmar que “no se puede hacer UCI sin personal de enfermería entrenado” (Entrevista a la médica residente Alejandra).

Podemos observar en los relatos de los intensivistas y en el episodio durante la entrevista de Lourdes, las diferencias producidas por las diversas formas de contratación de médicos, especialmente en el ámbito privado. Mientras que a las intensivistas se las contrata en función de los turnos trabajados, otros especialistas médicos cobran en función de citas con el paciente o procedimientos realizados a los pacientes. En este episodio, podemos observar una conducta predatoria, o al menos la sospecha de una conducta predatoria. Esa conducta caníbal podría ser explicada por la contratación de especialistas en función de citas o procedimientos. Aquí vale la pena preguntarse si es posible comprarle salud a un sistema dedicado a vender consultas o procedimientos médicos.

Varios participantes han mencionado explícitamente cómo podrían encontrarse en mejores condiciones económicas si la contratación fuera distinta. Pero la forma en la que se contrata a los intensivistas parece tener beneficios. Al no supeditar el ingreso de las médicas a la realización de consultas y procedimientos, parece que se refuerza el trabajo en equipo con un objetivo en común que se mencionó en el capítulo anterior: lograr la salida del paciente. Eso no implica negar los relatos respecto a condiciones de contratación que incumplen estándares laborales mínimos, ni aquellos referidos a condiciones de trabajo poco alentadoras.

4.3 Balance del capítulo.

El presente capítulo se concentró en responder la pregunta ¿qué limitaciones encontraron los/as intensivistas en su práctica clínica para aplicar sus conocimientos como especialistas durante las primeras olas de la pandemia? El

análisis de lo observado muestra cómo estos especialistas vivieron la precariedad de un sistema de salud colapsado incluso antes de la crisis pandémica. Las limitaciones experimentadas no sólo se reflejaron en carencias respecto de equipos y materiales, sino también respecto de limitaciones en la cantidad de personal especializado disponible y en condiciones laborales precarias.

En primer lugar, este capítulo abordó las limitaciones estructurales del sistema de salud peruano en cuanto a equipamiento y materiales, evidenciadas duramente en las primeras olas de la pandemia de COVID-19, porque el uso de equipos y materiales es decisivo en una UCI. Una observación interesante es cómo la tecnología también sirve para evitar riesgos que puede sufrir un paciente que se originan como consecuencia de desigualdades estructurales sufridas por personal de salud que paradójicamente tiene problemas para acceder a la salud, tal como surgió en la conversación con Esteban respecto de la posibilidad de que no se le aplique un medicamento a un paciente de UCI porque el personal lo requiere para un familiar y cómo el monitoreo tecnológico permite detectar estas situaciones. Los testimonios de los/as médicos/as intensivistas (varios entrevistados/as consideraron que hubieran podido hacer más con mayores recursos) revelan un escenario precario, donde la falta de recursos esenciales (ventiladores, oxígeno, camas UCI y equipos de protección personal) condicionó su práctica clínica y comprometió la calidad de la atención. Como señalan Cueto (2022) y Yon (2020), esta carencia no fue incidental, sino resultado de una inversión históricamente insuficiente y una dependencia crítica de mercados internacionales, agravada por una gestión deficiente. Las limitaciones relatadas por las/os especialistas, lejos de ser coyunturales, reflejan desigualdades

estructurales y decisiones políticas que priorizaron consideraciones económicas sobre el derecho a la salud, en línea con lo que Foucault (1977) y Mbembe (2011) conceptualizan como biopolítica y necropolítica. La biopolítica del hacer vivir o dejar morir (Foucault, 1977) puede observarse en las decisiones tomadas por quienes dictan y dictaron las políticas de salud en el país. Como hemos visto en el presente capítulo, existía información sobre la falta de equipamiento varios años antes de la pandemia, pero los informes presentados fueron descartados por considerarse excesivamente onerosos. La excesiva onerosidad, que funciona como excusa para evitar la implementación adecuada del sistema de salud, a veces es creada con ayuda de la regulación del Estado como en el caso de la Resolución Ministerial N° 062-2010/MINSA que concentró el mercado de oxígeno medicinal a sólo dos empresas en el país. Este tipo de decisiones materializan la biopolítica (Foucault, 1977) y la necropolítica (Mbembe, 2011), teniendo consecuencias directas que implican la muerte de muchas personas en Perú: como lo comentan los especialistas entrevistados es una labor habitual para ellos escoger y hacer espacio a quienes tienen que pasar a una cama UCI. Sin embargo, esta situación se desborda durante la pandemia y el desborde pandémico llegó a colapsar incluso a las clínicas privadas más exclusivas: el débil, fragmentado y precario sistema de salud, no deja de ser un sistema que se ve afectado en su totalidad por las decisiones tomadas. A esto se sumaron severas deficiencias en equipamiento y materiales: la falta de infraestructura básica, equipos diagnósticos (rayos x, laboratorios), e insumos críticos (oxígeno, medicamentos específicos, EPPs de calidad), se vieron exacerbadas por una gestión administrativa que no supo preparar al sistema de salud antes de la pandemia. La pandemia exacerbó estas dinámicas, exponiendo cómo la

precariedad del sistema no solo afectó a los pacientes, sino también a los profesionales, quienes enfrentaron dilemas éticos y emocionales al trabajar en condiciones adversas, cuestionando si, en otro contexto, muchas muertes hubieran sido evitables. En este contexto de precariedad sistémica, los/as intensivistas se vieron obligados a realizar adaptaciones constantes en su práctica médica, como trabajar sin diagnósticos básicos, depender de las familias para insumos, usar medicamentos subóptimos, o incluso bolsear manualmente a pacientes por horas por falta de oxígeno (práctica descrita por Alejandra como una experiencia físicamente desgastante y emocionalmente angustiante), experiencias que se vivieron de forma corporizada y que demostraron cómo los determinantes sociales y la precariedad de un macrosistema marcado por la desigualdad limitaron la aplicación de su conocimiento, generando frustración, cansancio, y cuestionamientos sobre la posibilidad de supervivencia de los pacientes en otro contexto.

A continuación, se analizaron las limitaciones en el recurso humano especializado, identificado por los/as intensivistas entrevistados/as como el principal obstáculo para una atención adecuada durante la pandemia: a pesar de un aumento de camas UCI equipadas, se carecía y se continúa careciendo de suficiente personal capacitado para manejar la tecnología y brindar el cuidado esencial. El personal capacitado que se requería no incluye únicamente a los especialistas entrevistados; por el contrario, estos/as médicos/as reconocen a las enfermeras como el eje de la atención y necesitan de su apoyo para trabajar adecuadamente y también mencionan la importancia de contar con tecnólogos/as especialistas. Las limitaciones, en ese sentido, fueron experimentadas con especial frustración con respecto a la ausencia de personal

especializado y a condiciones de trabajo (ambientes de descanso inadecuados a pesar de las guardias y condiciones de contratación en regímenes de locación de servicios y sin beneficios). A pesar del incremento en el número de camas UCI, la escasez de personal capacitado (médicos, enfermeros y técnicos) generó una crisis operativa, evidenciando que la infraestructura y el equipamiento no garantizan una atención efectiva por sí solos. Los testimonios revelan condiciones laborales precarias que no son exclusivas de los intensivistas, con contrataciones en entidades del Estado bajo regímenes (locación de servicios y CAS: contratación administrativa de servicios) que niegan derechos básicos como seguros de salud o vacaciones. La precariedad de la contratación estatal lleva a los médicos peruanos (no sólo a los intensivistas) a laborar en múltiples instituciones públicas y privadas; sin embargo, los intensivistas suelen trabajar a través de contrataciones por turnos y no por consultas o interconsultas como ocurre en otras especialidades. En la lógica de trabajo de otras especialidades (contratación por consultas), la remuneración por procedimientos incentiva prácticas predatorias, como se observó durante una conversación con Lourdes, donde un médico externo reclamó por la pérdida de un paciente debido a la competencia por intervenciones. El episodio observado durante la conversación con la médica Lourdes revela cómo es que la lógica de mercado oferta y vende consultas y procedimientos médicos, a individuos que buscan adquirir salud. La pandemia exacerbó estas dinámicas, desatando una guerra de precios por los intensivistas. Aunque los especialistas la experimentan como económicamente desventajosa, la contratación por turnos logra preservar en cierta medida una práctica médica centrada en el trabajo colaborativo, distanciada de la mercantilización de procedimientos. Por otro lado, la falta de espacios dignos

para el descanso y la sobrecarga laboral reflejan un sistema que subvalora a su personal, poniendo en riesgo tanto su bienestar como la calidad de la atención. Estas condiciones, arraigadas en políticas estatales y modelos de gestión hospitalaria, reproducen desigualdades estructurales que trascienden la emergencia sanitaria, exigiendo reformas que reconozcan el valor estratégico del recurso humano en salud.



CAPITULO 5: SIGNIFICADOS Y VALORACIONES SOBRE PACIENTES Y EL CONTEXTO DE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA DE COVID-19

En el presente capítulo, buscamos profundizar en los significados y valoraciones asociadas a los pacientes y el contexto de la primera y segunda ola de la pandemia de COVID-19 que los/as médicos/as intensivistas han construido. Al mismo tiempo, buscamos problematizar el modo en que emerge el paciente producto de las prácticas e interacciones concretas durante la pandemia de COVID-19 (¿es un objeto, un sujeto, ambos?), lo que va a permitir una mejor comprensión de las experiencias, significados y valoraciones asociadas a los pacientes. Por lo tanto, este capítulo se adentra en responder a la pregunta de investigación: ¿qué significados y valoraciones asociadas a los pacientes y al contexto de la pandemia de COVID-19 se identifican?

El escenario de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) durante la pandemia de COVID-19 descrito como muy convulso por los participantes, muestra cómo el ideal arraigado de estas médicas y médicos, que conciben su especialidad de intensivistas como ligada fuertemente a la soteriología médica (Good, 1993) y como un apostolado dedicado a salvar vidas, se enfrentó a la cruda realidad de la escasez extrema de recursos. Esta situación, marcada por la violencia estructural de un sistema de salud precarizado, impuso la necesidad de tomar decisiones imposibles y, sobre todo, de ejercer de forma masiva el dejar morir y la necropolítica (Foucault, 1977; Mbembe, 2011). En este contexto, la valoración de los pacientes como sujetos potenciales de salvación y cuya recuperación era un combustible emocional para el personal, se mantuvo en una constante tensión con la valoración de esos mismos pacientes como objetos de un doloroso triaje,

donde las reglas resultan insuficientes y las decisiones de vida o muerte se fundamentaron no solo en criterios biomédicos como el pronóstico o la recuperabilidad, sino también en valoraciones sociales como tener hijos o el potencial de reinsertarse a la sociedad, poniendo de manifiesto una valoración diferencial de las vidas humanas. Asimismo, el contexto pandémico impidió la posibilidad de un buen morir culturalmente situado (Stonington, 2012, 2020c) porque las necesidades de bioseguridad extremaron las disposiciones sobre la presencia familiar y la realización de rituales de agonía y duelo, exacerbando el sentimiento de muerte social del paciente. A través de estas experiencias, el capítulo explora el drama moral inherente a la práctica intensiva en tiempos de crisis, revelando cómo el contexto de la pandemia exacerbó las tensiones inherentes a los significados de la vida, la muerte y la práctica médica misma.

Se han identificado tres grandes temas alrededor de los cuales surgen una serie de significados y valoraciones, así como se relatan prácticas y formas de interacción concretas respecto a los pacientes en las conversaciones con los/as médicos/as intensivistas cuyos casos estudiamos. En primer lugar, nos referiremos al tema del acceso de los pacientes a una cama UCI. En segundo lugar, encontramos las narrativas referidas al propósito y los deberes de los/as médicos/as intensivistas en relación con la salvación de los pacientes, particularmente en el contexto de la pandemia. Finalmente, se aborda el buen morir y el morir en una UCI en el contexto de la pandemia. A continuación, abordamos cada uno de estos puntos a mayor detalle.

5.1 El difícil acceso a una cama UCI

Tal como lo mencionamos en capítulos anteriores, al inicio de la pandemia SOPEMI reportó que el país contaba aproximadamente con 700 médicos intensivistas, y que se requería al menos el doble de esa cantidad (Torres, 2020). Más recientemente, SOPEMI ha reportado que a partir del año 2022 se llegó a contar con equipamiento de 4000 camas con ventilador mecánico y monitor de funciones vitales, pero no se cuenta con el equipo humano especializado para atender esa cantidad de camas, por lo que existen largas listas de espera aún hoy para que un paciente crítico pueda acceder a una cama UCI (Sociedad Peruana de Medicina Intensiva-SOPEMI, 2024). Esto se grafica en una de las historias publicadas en el portal SALUD CON LUPA, la cual muestra cómo es que una de las funciones de los intensivistas era determinar a quién darle una cama:

[...] en el Hospital de Villa El Salvador tenemos 24 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos para COVID-19. Todas están ocupadas. Nuestra demanda en promedio no baja de 30 o 40 pacientes que necesitan soporte respiratorio. Cuando una se libera, tenemos que elegir a quién se la damos. El criterio es atender al caso con mejor pronóstico (Salud con lupa, 2020).

En el marco de la biomedicina, el triaje se define como un proceso de clasificación de pacientes basado en la urgencia y la necesidad de tratamiento, especialmente cuando los recursos son limitados (Iserson & Moskop, 2007). Esta práctica médica se encuentra arraigada históricamente en contextos militares: el cirujano militar francés Dominique-Jean Larrey es reconocido por su

implementación formal en el campo de batalla napoleónico para priorizar la atención de los heridos más graves (Iseron & Moskop, 2007). Conceptualmente, se trata de un proceso que se despliega en diversas etapas: el triaje primario ocurre en la escena prehospitalaria, generalmente realizado por paramédicos, utilizando criterios sencillos para la priorización inmediata y la evacuación al hospital; una vez en el hospital, se lleva a cabo el triaje secundario, típicamente por médicos de urgencias o cirujanos, para priorizar a los pacientes hacia las áreas de tratamiento para intervenciones iniciales; y, en situaciones de recursos limitados o eventos de gran magnitud, se activa el triaje terciario o de cuidados críticos, conducido por intensivistas o cirujanos, se centra en la priorización de pacientes para la atención definitiva en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o el quirófano (Christian et al., 2010, 2014). Este es el nivel de triaje en el que los especialistas entrevistados tomaron decisiones durante la pandemia ante la escasez de recursos como camas de UCI y ventiladores, especialmente en un contexto de precarización del sistema de salud como el caso peruano. Las decisiones sobre la priorización y clasificación de pacientes exponen las tensiones entre valores como la preservación individual de la vida, la eficiencia en el uso de recursos y la justicia distributiva (Moskop & Iseron, 2007), reflejando las desigualdades sociales existentes y configurando experiencias de la pandemia diferenciadas.

Estos conceptos aparentemente sólo técnicos, revelan dinámicas de priorización social, más aún si consideramos que los/as médicos/as intensivistas peruanos/as conviven con una situación de triaje terciario de modo casi permanente debido a la precariedad y a las carencias del sistema de salud en el que operan. Es así como las interconsultas son parte de la actividad rutinaria

de las/os intensivistas, y están dirigidas a evaluar a los pacientes para determinar su priorización para el triaje porque las camas UCI siempre son escasas, no sólo en pandemia. Entonces, tienen que hacer uso de sus conocimientos sobre la probable evolución de cada paciente, pronosticar sus posibilidades de recuperación, coordinar movimientos de pacientes para hacer espacio, para finalmente tomar la mejor decisión posible en la asignación de la cama UCI. A pesar de que ya existía esa experiencia, la demanda de camas UCI durante la pandemia se incrementó a tal punto que Omar señala que “las reglas quedaron cortas” (Entrevista al médico Omar).

El documento técnico "Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19" (Grupo De Trabajo En Aspectos Bioéticos Durante La Pandemia COVID-19, 2020) estableció criterios de priorización para UCI basados en la reversibilidad clínica y el beneficio potencial, clasificando pacientes en cuatro niveles: desde aquellos críticos con expectativa de recuperación (Prioridad 1) hasta casos terminales excluidos de cuidados intensivos (Prioridad 4). Sin embargo, la intención de establecer esta aparente neutralidad biomédica ocultó desigualdades estructurales propias del contexto peruano. Las reglas fueron insuficientes porque el sistema de salud peruano contaba aproximadamente con solo 2 camas UCI por cada 100,000 habitantes al inicio de la pandemia (Torres, 2020) y la mayoría de especialistas y recursos se concentra en Lima y otras ciudades principales (Yon, 2020), por lo que el documento, pese a su retórica de equidad, olvidó que las desigualdades preexistentes también influían en el acceso a las camas UCI. A pesar de su precaria situación, los pacientes que tenían la posibilidad de competir por una cama UCI ya se encontraban en una situación privilegiada frente a pacientes que

ni siquiera tenían la posibilidad de llegar a un hospital que contara con equipamiento y especialistas que pudieran atenderlos.

Alejandra aún era residente durante la pandemia y no tomaba las decisiones sobre la priorización de pacientes, pero nota la dificultad en la toma de esa decisión de hacer vivir o dejar morir:

¿A quién ingresa uno? Y entonces esas decisiones me parecían bien difíciles, porque a ese uno le estabas dando la posibilidad de vivir, pero de otro lado había otro grupo que se le estaba quitando, ¿no?, la oportunidad. Entonces, yo creo que esa carga emocional debe haber sido fuerte para quien haya tenido que enfrentarla. Si a mí me parecía triste, me preocupaba. Y hasta ahora lo es. Y como ves, hoy siguen llegando a interconsultas. (Entrevista a la médica residente Alejandra)

Como vimos en el capítulo anterior, las severas limitaciones de equipamiento y personal en el sistema de salud peruano eran ampliamente conocidas por las autoridades y reportadas por los especialistas antes y durante la pandemia. En estas omisiones observamos la negligencia selectiva implícita en la constante precariedad de un sistema de salud que abandona sus objetivos. La economía moral de la vida en la pandemia de COVID-19 (Fassin, 2022) mostró sin lugar a dudas las desigualdades existentes en el acceso a la atención médica y el valor diferencial de las vidas. En un contexto de sistema de salud precarizado, la probabilidad de sobrevivir al COVID-19 no dependía sólo de la severidad de la enfermedad, sino también de la disponibilidad de recursos médicos. La escasez de recursos en Perú hizo más notorias las desigualdades socioeconómicas cuando se realizaron elecciones respecto de cuáles vidas debían ser priorizadas.

La médica residente Isabel narra cómo era enfrentarse a la demanda de camas UCI, donde los especialistas determinan quién ha dejado de ser un paciente para convertirse en lo que denomina una plantita o una persona cuya recuperabilidad es tan lejana o difícil que es mejor entregar la cama a alguien con mayores posibilidades. Así, nos dice:

[...] había demasiada demanda de pacientes en emergencia, esperando, y acá bastantes pacientes ya, como usan el término, plantitas, que ya no iban a salir. O ya pacientes tan comprometidos, que ya que salgan iba a ser bien difícil. Y es como, perder uno de 30 que está, que se puede recuperar, por otro que no podría tener tanta recuperabilidad. (Entrevista a la médica residente Isabel)

En el relato de Isabel vemos cómo el paciente que no se prioriza es construido como plantita o irrecuperable, mientras que el paciente priorizado es construido en base a su juventud. La dependencia de tecnologías de soporte vital en las UCIs plantea interrogantes fundamentales a los conceptos de experiencia corporizada (Csordas, 1994; Good, 1993) y las complejas relaciones entre el cuerpo individual, social y político (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Si bien estas tecnologías biomédicas están diseñadas para soporte durante procesos de recuperación de pacientes críticos, la situación de los cuerpos que se vuelven incapaces de funcionar autónomamente sin esta asistencia tecnológica desdibuja los límites de la corporalidad. Un cuerpo conectado a un respirador, por ejemplo, experimenta una transformación ontológica al incorporar la máquina como una suerte de extensión corporal. Los dispositivos tecnológicos de la UCI ya no son sólo instrumentos externos, sino que se convierten en una suerte de

nuevo órgano-prótesis sin el cual es imposible mantenerse vivo. Esta hibridación cuerpo-tecnología presente en las UCIs plantea interrogantes importantes: ¿cuáles son las fronteras de un cuerpo que es asistido por una tecnología externa que lo mantiene vivo?, ¿cómo se vive y se significa un cuerpo cuya continuidad vital depende de un artefacto tecnológico externo?, y ¿cómo se redefine ontológicamente un ser cuya existencia se sostiene mediante la intervención constante de la máquina? En la narración de Isabel los pacientes irrecuperables son descritos como plantitas: ¿cómo se producen los cambios ontológicos en estos pacientes que requieren soporte vital? La mirada médica va transformando dos cuerpos que pasan de estar ambos soportados por un respirador sin el cual no pueden vivir a continuar como pacientes o transformarse en lo que Isabel llama plantitas. Lock & Nguyen (2018) explican que en el caso de los pacientes diagnosticados con muerte cerebral pero mantenidos con soporte ventilatorio para la donación de órganos, la noción misma de vida y muerte se difumina, creando lo que se ha denominado cadáveres vivientes. En un contexto en el que la tecnología es una prótesis que da vida, el acceso desigual al sistema de salud es una condena de muerte (Farmer, 1999).

A lo largo de las narrativas de médicos y médicas entrevistados, podemos observar que la decisión de escoger a un paciente para ser trasladado a una cama UCI, tenía que ver con lo siguiente: escoger el caso con un pronóstico más alentador o a quienes presentan una mayor posibilidad de recuperarse o a los que pueden salir; aquellos que tienen hijos; o quienes lograrían reinsertarse en la sociedad (casi como un convicto que logra cumplir su sentencia). Llegar a elegir a quienes presentaban un mejor pronóstico puede resultar muy complicado en una situación en la que, como observamos en el capítulo 3, no

existían conocimientos y experiencias profundas que permitieran hacer predicciones sobre el progreso de la enfermedad. Debido a esa incertidumbre, especialmente al inicio de la pandemia, y a la alta demanda de camas UCI las reglas establecidas resultaron insuficientes, como indicó Omar.

A lo largo de las narrativas de médicos y médicas entrevistados, la decisión de elegir a un paciente para ser trasladado a una cama UCI sobre otros que también la necesitaban estaba influenciada por criterios que buscaban optimizar recursos muy escasos: la evaluación del caso con mejor pronóstico, el potencial de recuperarse o la posibilidad de salir de UCI, junto con consideraciones sobre la presencia de hijos o el potencial de reinsertarse a la sociedad. Como señala (Stonington, 2020b) en su etnografía sobre la toma de decisiones en una UCI cardíaca, la práctica biomédica en situaciones críticas se caracteriza por una incertidumbre inherente, donde los cuerpos son entendidos como "constelaciones de problemas siempre cambiantes" (Stonington, 2020b) que dificultan la certeza diagnóstica. Sin embargo, la extrema escasez de camas UCI durante los períodos más críticas de las primeras dos olas de la pandemia implicaba que sí existía una certeza respecto de la muerte inminente de muchos pacientes que no eran elegidos para ocupar una cama UCI debido a la escasez producida por las decisiones de política tomadas antes de la pandemia.

En ese sentido, habiendo resultado insuficientes las reglas para asignar una cama UCI, algunos médicos recurrieron a criterios adicionales. Tanto para Omar como para Agustín, un factor decisorio ante dos casos similares era que la persona a quien se le asignaría una cama tenía hijos. Para Agustín, basaba esta decisión en que él le daba mayor preferencia a quienes tenían "alguna

responsabilidad, madres o padres, porque la decisión iba a impactar en toda la familia” (Entrevista al médico Agustín). Los/as intensivistas en Perú se enfrentaron a decisiones éticamente complejas al tener que asignar recursos limitados como las camas UCI. La elección de pacientes basada en la parentalidad —y en específico la maternidad—, refleja una valoración social de la responsabilidad y el rol parental como criterios de supervivencia, lo que puede estar mostrando una valoración diferencial de las vidas humanas basada en roles sociales, y que no necesariamente reflejan las responsabilidades personales (podríamos pensar en el caso de padres solteros u otras familias no tradicionales). En un taller virtual de la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú (2020) también se menciona que, en ciertos escenarios, se puede optar por una priorización entre diferentes grupos de personas (menciona el caso de quienes categoriza como delincuentes) o considerar el rol del paciente en la comunidad (líder, trabajador de salud). Si bien este tipo de priorización no se ha visto reflejada en el documento técnico oficial (Grupo De Trabajo En Aspectos Bioéticos Durante La Pandemia COVID-19, 2020), sí estuvo presente en discusiones como las planteadas en el taller virtual mencionado.

En la narración de Alejandra podemos observar cómo es que existe un set de reglas moralmente permitidas para el ejercicio del biopoder:

[...] la decisión no debe ser basada ni guiada por las emociones, sino por parámetros objetivos. Y tampoco debe ser guiada por recomendaciones. No porque es familiar de tal o de tal, que ha podido suceder muchas veces, sino que tenía que ser guiada por lo correcto y por lo más... ¿lo justo no? (Entrevista a la médica residente Alejandra)

Ante la falta de camas UCI, los intensivistas se vieron enfrentados/os a la presión del propio equipo UCI para la asignación de camas a familiares cercanos. Pero varios/as entrevistados destacan cómo es que cumplieron esas reglas de moralidad al dejar de lado sus emociones y privilegiar los criterios objetivos. Así, Omar recuerda que en el hospital MINSA B, donde laboraba, una enfermera ingresó a su padre camuflado a UCI, una vez en UCI, Omar no solicitó el retiro de esa improvisada cama adicional (Entrevista al médico Omar). Agustín también recuerda la presión grupal, y la dificultad de negar una cama UCI a familiares de un colega o un trabajador. Sin embargo, señala “no me arrepiento cuando dejé a mamás de enfermeras afuera y prefería a una persona que no conocía” (Entrevista al médico Agustín).

Basarse en criterios objetivos, también es parte del set de reglas morales que permite dejar morir. Lourdes expresa lo siguiente con respecto a la elección de los pacientes priorizados:

[...] tenemos muy claro quién tiene que entrar a UCI y quién no. Eso está estudiado, hay prioridades, y eso se llaman prioridades de ingreso a UCI. Entonces, quien tiene la prioridad, siempre va a ser una persona que no tiene ninguna patología previa, ninguna enfermedad previa, y que tiene una enfermedad aguda que tiene.... Que es reversible. Esa siempre va a ser la prioridad... Eso está estudiado. Eso lo estudian en cuestiones a pronóstico, porque las camas en UCI son las camas más caras de toda institución. Como bien... puedes gastar como mínimo, no sé pues 1000 soles, hasta 10000 a 20000 soles por día, por todo lo complejo que es. Entonces está bien estudiado en temas de pronóstico qué pacientes se

van a reinsertar a la sociedad, y son ellos los que tienen mayor prioridad.

(Entrevista a la médica Lourdes)

Verse expuestos a realizar estas difíciles elecciones moviliza a los especialistas que apelan a la objetividad de las decisiones tomadas. Por ejemplo, Lourdes enfatiza que no existen otras valoraciones y que “eso es lo más objetivo que puede haber: sin enfermedad, y con alta probabilidad de recuperación” (Entrevista a la médica Lourdes). Así, culturalmente se ha construido un set de reglas morales que hacen posible, tal vez más llevadero el dejar morir. En el taller virtual sobre triaje terciario dictado por el médico César Tejada (Escuela Nacional de Salud Pública del Perú, 2020), el expositor hace referencia a que no existe un algoritmo ideal para decidir a quién pasar a una cama UCI. Se busca dotar de simpleza y frialdad a una decisión eminentemente compleja y cargada de emociones:

[...] entonces tenemos estos factores médicos y también tenemos estos factores sociales; que tratamos de usarlos, que tratamos de unirlos, a todo este sistema de tomar decisiones de quién es que pasa finalmente a un área crítica; que vamos a unirlos a factores de justicia, de equidad, de humanidad; pero que finalmente nos llevan a lo que mostramos en esta lámina. A pesar de lo que podamos haber avanzado en el momento actual, no existe hasta el momento un algoritmo, un flujograma, un instrumento ideal para lograr al 100% el mejor triaje terciario. Entonces, los escenarios son los que nos van a llevar a tomar decisiones y esos escenarios muchas veces van a obligar también a decisiones compartidas. (Escuela Nacional de Salud Pública del Perú, 2020)

En lo que respecta a la elección de que quien recibe tratamiento intensivo priorice a quienes se van a reinsertar a la sociedad, este enfoque puede también reflejar una valoración específica vinculada a la utilidad económica o laboral del paciente. Asimismo, el lenguaje utilizado recuerda a la finalidad de un centro penitenciario. Estas decisiones de priorizar a padres o a quienes tienen mayores chances de reinsertarse a la sociedad, para la asignación de camas UCI, puede entenderse como una manifestación de los valores sociales que enfatizan la centralidad de la familia nuclear tradicional y del trabajador productivo.

Al mismo tiempo, la necesidad de tomar decisiones de este tipo debido a la carencia de recursos de salud desnudó las desigualdades preexistentes, que ya estaban bastante expuestas. Las decisiones sobre quién recibe atención crítica no son la excepción, pero hay muchas otras decisiones en apariencia menos difíciles y urgentes que se toman a diario en la administración del sistema de salud y que también implican decidir quién tiene acceso a la salud (y a la vida) y quién no.

Ciertamente, no son los intensivistas quienes arrojan a la muerte a los pacientes no priorizados, sino los planificadores de políticas (Fassin, 2018), pero es este set de reglas morales el que permite tomar decisiones imposibles a quienes (como veremos en el siguiente apartado) se sienten llamados a salvar vidas. Esto se refleja en la narrativa de Lourdes, quien comenta “los culpables éramos los médicos pero en realidad éramos las víctimas” (Entrevista a la médica Lourdes). Vemos entonces que los/as intensivistas también se sienten vulnerables ante un sistema que los enfrenta con la toma de decisiones que preferirían no tomar.

5.2 La medicina como un apostolado y el deber de salvar a los pacientes

En una entrevista realizada por el portal SALUD CON LUPA, al inicio de la primera ola de la pandemia, Jesús Valverde, presidente de SOPEMI en ese momento, menciona la satisfacción de salvar a un paciente: “hay casos particulares, sobre todo, cuando un paciente al que le salvaste la vida vuelve y te reconoce después de haber estado en un estado muy grave. La satisfacción más grande es el agradecimiento del paciente” (Torres, 2020). Siguiendo a Good (1993), la biomedicina construye a sus objetos y eso también incluye a los propios médicos y médicas que son formados con un modo particular de percibir/experimentar a los pacientes y sus cuerpos, así como con un modo particular de escribir y hablar sobre estos; en ese sentido, estos profesionales a su vez se construyen una identidad como salvadores de vidas, que se refleja en las diversas narraciones sobre la elección de su especialidad en Medicina Intensiva. Dicha identidad se encuentra imbuida no solamente por este espacio que construye y trata un cuerpo visto desde la biomedicina, sino también por el ámbito de la soteriología, un espacio de drama moral en el que el ser humano se ve confrontado con el propio sufrimiento, enfermedad, muerte y el sufrimiento que causan (Good, 1993). Los especialistas entrevistados/as son especialmente cercanos a este drama moral por el tipo de paciente que tratan, por lo que el ámbito soteriológico se encuentra muy presente en la construcción de esta identidad intensivista.

Lourdes expresa la alegría que le produce que sus pacientes resuciten o vuelvan a la vida, a pesar de que el trabajo es muy duro y poco valorado:

[...] la UCI da muchas alegrías al corazón. Es un trabajo bastante duro emocionalmente, físicamente, académicamente. Es un trabajo muy duro, muy poco reconocido. Los especialistas en otras áreas desconocen todo lo que nosotros ... o no lo entienden bien. Es muy poco valorada. Pero los pacientes nos dan grandes alegrías cuando ellos vuelven a la vida, literalmente, porque se resucitan en la UCI. Muchos de ellos ni siquiera se van a acordar que nosotros estuvimos más tiempo con ellos que con nuestras familias, porque todo el tiempo están dormidos. (Entrevista a la médica Lourdes)

Para Omar, la salvación incluso trasciende al paciente y expresa que el “momento de la verdad no es cuando salvas al paciente, sino cuando la familia entiende que lo salvaste, y no solo el médico sino la enfermera también, todo el equipo” (Entrevista al médico Omar). En el contexto de la pandemia, cabe preguntarnos en qué consiste la salvación en contraste con el arrojar a la muerte (Fassin, 2018) que, como hemos visto en el acápite anterior, estuvo muy presente durante la pandemia como parte de la responsabilidad de planificadores de las políticas que llevaron a que el sistema de salud peruano se encontrara en la situación en la que enfrentó la pandemia.

El deber de salvar a los pacientes opera como un imperativo moral que, durante la pandemia, enfatizó tensiones profundas entre la narrativa biomédica y los determinantes sociales de la salud. Para estos especialistas, este mandato chocó con realidades como la escasez de camas UCI y la falta de oxígeno y medicinas: mientras el discurso biomédico insistía en la salvación como meta técnica individual, las condiciones de violencia estructural preexistentes

convertían esa promesa en un ideal inalcanzable para muchos pacientes. Esta brecha produce una experiencia de frustración y desgaste moral entre los médicos ante un sistema de salud peruano que naturaliza la precariedad, delegando en los profesionales, a través de narrativas de profundo sacrificio, la carga de compensar con esfuerzo personal las falencias del Estado. Así, el cuerpo individual de los intensivistas se enfrenta a las decisiones y realidades del cuerpo social y el cuerpo político: esta dialéctica entre cuerpo individual, cuerpo social y cuerpo político expone cómo la biomedicina, lejos de ser neutral, reproduce jerarquías y violencia estructural (Scheper-Hughes & Lock, 1987). La identidad como salvadores de estos especialistas entra en constante tensión con la precariedad de un sistema de salud que los obliga a rechazar o postergar la atención de muchos pacientes.

Alejandra descubrió durante la pandemia que quería especializarse como intensivista porque logra constatar en primera persona que obtener una cama UCI realmente hacía una diferencia para el paciente:

Cuando veía que los pacientes entraban a UCI y decía, qué tanta [es] la diferencia que hace la UCI en la vida de la persona, qué tanto un paciente puede salvarse o beneficiarse, o qué tanto uno puede cambiar la vida de una persona o de una familia detrás con la UCI. Con una intervención precoz, con una identificación precoz del problema, una intubación precoz, salva muchísimas vidas. (Entrevista a la médica residente Alejandra)

Así, podríamos seguir a Foucault (1977) y establecer que en la construcción del intensivista como salvador de vidas, está operando el hacer vivir del biopoder.

Mientras que, en el acápite anterior, hemos visto al biopoder en tanto dejar morir, aquí lo percibimos en su faceta positiva, una que le puede brindar alegrías al médico que debe ejecutar dicho biopoder y, en este caso, obtiene una gratificación.

Debemos recordar que los intensivistas también son testigos de muchas muertes. Esteban expresa, acongojado: “cuando un paciente muere, nos duele” (Entrevista al médico Esteban). Para este médico, en medio del esfuerzo, una de las grandes motivaciones del personal es ver a los pacientes recuperados:

Otros pacientes si, estaban muy agradecidos, se tomaban su fotito, salían con su corazoncito, agradecían al equipo. El equipo trabajaba intensamente y una de las pocas alegrías eran esas, saber que el paciente salía. Yo veo que en muchos hospitales es lo mismo. Porque esa es la forma en que el equipo siente que ha hecho algo bien. ¿Quién le reconoce al equipo su trabajo? ¿Por qué le pagaste eso es suficiente? No. Es la alegría de ver que todo ese esfuerzo valió la pena. Por eso cuando la familia o el paciente te agradece, eso es bastante, porque hace que el equipo diga: hemos trabajado en el paciente y se va a su casa, tiene su esposa, sus hijos, a lo mejor volvió al trabajo, entonces eso refuerza al equipo. (Entrevista al médico Esteban)

Las muertes de las que son testigos las/os intensivistas, así como el ejercicio del dejar morir que deben enfrentar, son emocionalmente dolorosas para estos especialistas. Las reglas morales del dejar morir buscan compensar ese dolor moral y emocional mediante una objetividad aparente. Pero también opera como una motivación el hacer vivir y la salvación de los pacientes. El testimonio de

Esteban sobre estas experiencias de gratitud refuerza la concepción de Good (1993) respecto de la medicina como práctica moral y soteriológica: "otros pacientes sí, estaban muy agradecidos... eso refuerza al equipo" (Entrevista al médico Esteban). Los intensivistas trascienden lo técnico para abordar la salvación del sufrimiento humano, tal como Good (1993) subraya al afirmar que el núcleo de la medicina moderna reside precisamente en la unión de lo fisiológico y lo soteriológico. La gratitud recibida se constituye en una suerte de combustible emocional: "esa es la forma en que el equipo siente que ha hecho algo bien" (Entrevista al médico Esteban). Cuando Esteban expresa "¿quién le reconoce al equipo su trabajo?" (Entrevista al médico Esteban), esa queja muestra que la medicina no puede contener por completo lo moral y lo soteriológico, pero tampoco puede prescindir de esas prácticas. Entonces, mientras Foucault revela a la medicina moderna como una tecnología biopolítica orientada al hacer vivir (Foucault, 1977), Good muestra cómo su sostenibilidad cotidiana depende de gestos no disciplinarios (el agradecimiento espontáneo) que restituyen la dimensión moral y soteriológica que parece ausente de la biomedicina analizada únicamente como tecnología de poder.

La salvación del paciente como motivación es lo que permite continuar en medio de las decisiones imposibles y el trabajo excesivo. Así, lograr ver más allá del paciente, ayuda a Alejandra a soportar días largos y cansados:

[...] darme cuenta que, detrás de esa persona, yo digo lo que siempre nos han dicho... o sea, esa persona ha puesto su vida en tus manos. No puede hablar, no puede respirar, no se puede mover. Y toda esa gente que usted ve afuera en la entrada está esperanzada y esperando que nosotros le

digamos algo bueno cada día. Entonces, lo que he aprendido es que siempre se me ha dicho, da lo mejor de ti cada día porque esas personas te necesitan. A veces el cansancio, todo eso es temporal, a veces uno se satura, llora, se cansa, se estresa, pero todo eso es temporal, pasa. Llegas a casa, duermes, descansas un rato, y al día siguiente tienes que dar lo mejor de ti. Porque como le digo, a esa gente, esas personas, dependen totalmente de ti. Y afuera hay gente que, cuando uno conversa y conoce su contexto detrás, se da cuenta de que hay gente que le llora, que lo espera, hijos, gente que lo espera en el hospital, gente que duerme en la calle, gente que se endeuda de por vida, porque no tienen de otra.

(Entrevista a la médica residente Alejandra)

En las palabras de Alejandra notamos cómo la narrativa soterialógica (Good, 1993) se ha internalizado como un mandato moral que justifica el autosacrificio frente al agotamiento extremo y las condiciones laborales precarias que se manifiesta en un círculo que se reinicia cada día: "a veces uno se satura, llora, se cansa, se estresa, pero todo eso es temporal, pasa. Llegas a casa, duermes, descansas un rato, y al día siguiente tienes que dar lo mejor de ti" (Entrevista a la médica residente Alejandra). Así, en un sistema de salud marcado por la precariedad y la desigualdad, la carga emocional recae sobre los trabajadores y no sobre las instituciones responsables.

La noción de salvar vidas se entrelaza profundamente con la soterialología y esta relación se manifiesta en la forma en que las intensivistas perciben su labor no solo como un acto médico, sino también como una misión casi sagrada, un apostolado, imbuido de significados que trascienden lo puramente clínico. La

UCI, como espacio donde la vida pende de un hilo, se convierte en un escenario donde se juegan dinámicas de poder, conocimiento y creencias. Para Omar y Lourdes, la medicina es un apostolado y es esta construcción de su rol de salvadores, lo que les permite seguir, al igual que en el caso de Alejandra. Lourdes recuerda una conversación con su padre, cuando estaba haciendo su internado:

[...] un día lo llamé a mi papá, que en paz descanse, y le dije papá, yo ya no puedo más. Y me dijo: hija, recién estás comenzando, y tienes que saber que la medicina es un apostolado, es ayudar a una persona que sufre algún dolor, y ese es tu trabajo que tú has elegido. Eso cambió mucho mi panorama. (Entrevista a la médica Lourdes)

Los/as médicos/as intensivistas, a través de su práctica, se posicionan como guardianes de la vida, empleando su saber y habilidades para revertir situaciones críticas que amenazan la existencia del paciente. Esta responsabilidad es asumida con profundos sentidos de deber y de compromiso ético con sus pacientes a pesar de no sentirse tan bien remunerados como sus pares de otras especialidades, lo que convierte a la salvación de la vida en el objetivo supremo de su identidad.

Los médicos intensivistas son conscientes de que su labor tiene implicaciones que van más allá de los límites del hospital. En una sociedad donde las creencias religiosas y espirituales juegan un papel importante, la capacidad de salvar vidas se percibe no solo como un logro médico, sino también como un milagro que requiere ser presenciado por la familia del paciente: “el momento de la verdad no es cuando salvas al paciente, sino cuando la familia entiende que lo salvaste”

(Entrevista al médico Omar). En ese sentido, podemos observar una faceta de la práctica médica que va más allá de la técnica y la ciencia. Es un reflejo de cómo la cultura, la religión y la ética se entrelazan en la comprensión y el ejercicio de la medicina, otorgando a la acción de salvar una profundidad que conecta con las creencias más arraigadas sobre la vida y la muerte (Good, 1993).

5.3 Buen morir

Para Omar, al inicio de su carrera, la medicina intensiva se trataba de salvar vidas; sin embargo, expresa que a lo largo de los años se ha dado cuenta de que se trata de apoyar el buen morir del paciente. La noción del buen morir que menciona Omar, también es desarrollada en las narrativas de otros intensivistas, y se entrelaza con la soteriología médica (Good, 1993). Las/os médicas/os intensivistas, también han desarrollado una perspectiva que va más allá de la mera prolongación de la vida; buscan también asegurar una muerte digna y sin dolor para aquellos pacientes cuya recuperación es improbable. Esta práctica se ve desafiada por la naturaleza misma de los cuidados intensivos, donde procedimientos invasivos son necesarios para mantener la vida.

La paradoja surge cuando el intento de salvar vidas conlleva un sufrimiento que puede percibirse como contrario al concepto de un buen morir: ¿qué es el buen morir exactamente y acaso es posible alcanzarlo en una UCI? Stonington (2012, 2020c) explora, a través de un estudio etnográfico en el norte de Tailandia, cómo las creencias culturales y espirituales, especialmente aquellas ligadas al significado del lugar, moldean las éticas y las prácticas en torno a la muerte, examinando la compleja coreografía que implica el final de la vida en este contexto. Durante las primeras olas de la pandemia en Lima observamos cómo

entran en tensión los protocolos biosanitarios y las expectativas culturales en torno a la muerte. Desde la perspectiva de Stonington (2012), podríamos interpretar el escenario de las primeras olas de la pandemia como una transformación de las ubicaciones éticas que definen una buena muerte: en contextos como el tailandés analizado por el autor, el hogar opera como un espacio que permite albergar rituales que garantizan una buena muerte. Mientras que en Tailandia la ética del final de la vida se establece en lugares cargados de historia ceremonial y significados espirituales, la pandemia en Lima impuso una redefinición de qué es aceptable, y la salud pública primó sobre necesidades culturales y afectivas en el momento de la muerte. El concepto de la buena muerte tiene una naturaleza culturalmente específica, pero eventos extraordinarios como la pandemia pueden desafiar y transformar las ubicaciones éticas preexistentes (Stonington, 2012). Si bien excede a los objetivos de esta investigación establecer qué es la buena muerte en el contexto peruano — aunque es previsible que no exista una definición única de este concepto—, sí es posible afirmar que el contexto de la pandemia en Lima imposibilitó los rituales y el acompañamiento familiar.

El comentario de Omar refleja la dualidad presente en el hacer vivir y el dejar morir que venimos discutiendo en los anteriores acápites (Fassin, 2018; Foucault, 1977). Debido a que enfrentan a la muerte constantemente, estos especialistas han construido un rol de salvadores que se inscribe en las prácticas soteriológicas que van de la mano con el rol que tienen en tomar decisiones sobre la vida y la muerte de manera permanente. Reconocen su rol en una agonía que podemos percibir como medicalizada; sin embargo, de acuerdo con Good (1993), ese rol es doble: desde la técnica y desde la soteriología. Así como

los rituales de agradecimiento, mencionados en el acápite anterior, muestran cómo las prácticas médicas eran sostenidas también por gestos que restituían la dimensión moral y soteriológica a la biomedicina (Good, 1993), el buen morir emerge también como otra forma de brindar salvación a los pacientes y las dimensiones afectivas y rituales de la muerte y el duelo también alumbran esas prácticas soteriológicas de la medicina.

El portal SALUD CON LUPA en el especial “En Primera Línea” ha registrado algunos relatos de médicos que revelan cómo es que opera el dejar morir foucaultiano:

Hace unos días tuvimos a una mujer de 80 años esperando por soporte respiratorio. Ella tenía diferentes comorbilidades, como obesidad y diabetes, y presentaba un cuadro de neumonía grave. El ventilador no le iba a dar mayor ventaja. Aun así hicimos todo lo posible por encontrarle una cama en nuestro hospital y en otros. No había cupo. Yo llamé a su familia por teléfono para reportar lo que estaba pasando. Les expliqué que someter a su paciente a los procedimientos invasivos que se necesitan para ingresar a UCI, solo le iba a causar más sufrimiento. Un intento sin verdadera esperanza que alargaría su agonía. (Salud con lupa, 2020).

En el relato anterior, si bien no se menciona el concepto de buen morir, se percibe cómo es que se quisiera proveer una buena muerte: más alejada del sufrimiento y más cercana a la familia. La pandemia privó a las familias de la oportunidad de despedirse adecuadamente de sus seres queridos y de acompañarlos en sus últimos momentos, lo que añade una capa adicional de sufrimiento y cuestiona la medicalización del proceso de morir. La imposibilidad

de realizar rituales de agonía y duelo, si bien está presente de manera aguda durante la pandemia, no es extraña en el ámbito de las UCIs.

Según Foucault (1977, 2003), el cambio hacia el paradigma del hacer vivir y dejar morir implica una transformación en cómo la sociedad percibe y maneja la muerte. En el contexto de las ceremonias de agonía, muerte o velorio, esto se traduce en una menor visibilidad y ritualización pública de la muerte. La muerte se vuelve más privada y, por lo tanto, puede ser llevada en una UCI, lejos de la familia. La muerte era pasar de un mundo a otro, lo que se expresaba en una ceremonia política, pero hoy es la vida donde se ejerce el poder y, por lo tanto, la muerte se vuelve un límite a dicho poder y adquiere un carácter más bien privado (Foucault, 1977).

De otro lado, en el caso de Comelles (2002) los pacientes en UCI se encuentran en un espacio liminal, en un proceso de transición hacia la muerte o hacia la salida (o *pulling through*). En ese espacio existe una constante tensión entre afuera y adentro, con los familiares de los pacientes luchando por estar junto al paciente o cerca: el paciente ahora es entendido como un muerto social y la presencia de la familia parece querer reparar esa muerte social, además, en ese proceso interactúan la disciplina biomédica y los milagros (Comelles, 2002). En la narración del portal SALUD CON LUPA, notamos una de tantas experiencias de médicos comunicándose con familiares —una actividad que sería delegada principalmente a no intensivistas durante la pandemia— y actuando como un puente entre el paciente (en tanto muerto social) y su familia, que busca restaurar el cuerpo social del paciente sin poder acceder a este espacio liminal debido a la pandemia (Comelles, 2002).

No obstante, Esteban nos explica que inclusive fuera de pandemia, los hospitales públicos ponen muchas trabas a la presencia de los familiares de los pacientes en UCI:

[...] aquí la norma es esta: dos horas de visita, un reporte y punto. Si por ahí se pone el paciente mal en la noche, se llama a la familia y se pide que vengan. Pero no se permite que se quede nadie, no se permite que vengan más tarde. A veces viene familia en la tarde y les dicen ya no es hora de visita, váyanse. No, yo trabajo hasta las 6, yo no puedo venir antes. No hay esa flexibilidad, ¿no? Si viene alguien y te dice: yo soy su hijo acabo de venir del aeropuerto. Pasa pues, ¿no? Once de la noche: que pase. Acá no, lo paran en la entrada y no entra: mañana a las 2 de la tarde señor venga. (Entrevista al médico Esteban)

Como señala Comelles (2002), existe una tensión constante alrededor del espacio de las UCIs: el staff médico busca que los familiares estén lo menos posible en el territorio de la UCI y los familiares buscan constantemente ingresar y estar cerca del paciente. En el caso peruano, incluso fuera de las limitaciones de la pandemia, existen limitaciones burocráticas para el ingreso a los hospitales. En las visitas que realicé a los tres hospitales, existían fuertes controles de seguridad para poder ingresar al espacio físico del hospital, además de las limitaciones adicionales para ingresar al espacio de las UCIs. Esto no ocurre en las clínicas privadas, donde los familiares tienen mayor acceso a los pacientes. En los hospitales visitados, entonces, el espacio para recuperar la presencia social Comelles (2002) del paciente es más limitado.

La siguiente narración de Esteban parece indicar la dificultad de lograr proporcionar un buen morir durante la pandemia a los pacientes que agonizaban y a sus familiares. En su relato vemos cómo es que la ritualidad de la muerte es importante no sólo para los familiares sino también para los médicos. Existen aún instancias rituales, pero alejadas del ejercicio del poder que ya no consiste en el dejar vivir. Una pandemia en la que el riesgo de contagio es alto y en la que el dejar morir es tan masivo que se confunde con un hacer morir, parece trastocar lo que señala Foucault (1977):

Todos los pacientes han sido desafiantes. Todos tenían su familia y había que darles el reporte. Todos lloraban y se desesperaban y era por teléfono, por videollamada, y no podían entrar, nadie podía entrar. Y lo que más dolía a veces, era que el paciente se moría, y se les decía: mira tú paciente no logró superar la enfermedad, estaba muy mal, mira su pulmón cómo estaba, y se le entregaba a la familia en una bolsa, en una bolsa negra, y se iba de frente al crematorio, ni siquiera se le entregaba a ellos. Y esa era una parte muy dolorosa para cualquiera. O sea, tu madre está ahí y te la devuelven en una bolsa negra para cremarla. ¿Qué es eso no? Eso solo en pandemia se puede aceptar, ¿no? A ver, que te entreguen un familiar, en una bolsa para que lo cremes, y no lo puedes ni ver. Es una cosa tremenda. Y como te digo, estábamos en pandemia, no había otra manera, estaba lleno de virus el paciente, no podían exponerlo ahí y velarlo, que vaya gente a velarlo y se contaminen todos. Tenías que proteger a la familia por más pena que te dé. Y eso ha sido doloroso, no solamente para la familia sino también para los médicos. (Entrevista al médico Esteban)

La pandemia limitó los esfuerzos de la familia por estar cerca del paciente, por restaurar su cuerpo social, por brindar una presencia terapéutica que brinde el milagro necesario para apoyar a la biomedicina en la salvación, y al mismo tiempo limitó los rituales de despedida (Comelles, 2002). La experiencia de los médicos también se ve marcada por esa ausencia, al mismo tiempo que su identidad como salvadores (Good, 1993) se ve resquebrajada frente a la escasez de camas UCI. Los médicos buscaban formas de permitir esos ritos de paso. Alejandra recuerda sus experiencias como médico general durante la primera ola, intentando dar un espacio a los pacientes para que puedan despedirse de sus familias:

Era duro porque veíamos a los pacientes que se morían, se morían. O sea, entraba un paciente, y era un adulto mayor, o joven inclusive, y no había cama. O sea, no había donde llevar a los pacientes. Y muchas veces hasta metíamos los celulares con bolsa, y hacíamos videollamada con los familiares cuando aún estaban los pacientes vivos, para que se despidan de su familia, ellos lo pedían, con la familia ¿no? Agitaditos, pero sabíamos que iban a fallecer. (Entrevista a la médica residente Alejandra)

Esteban me explica el concepto de UCI humanizada a partir de su experiencia como paciente. Implica permitir el ingreso permanente de los familiares a UCI y brindar un espacio amigable, tanto para la agonía como para el retorno a la vida. Para Esteban, especialmente después de su experiencia como paciente de UCI, el concepto de UCI humanizada y la presencia de familiares de pacientes dentro de la UCI, ha cobrado una importancia especial. Así, explica lo siguiente:

[...] se ha probado eso, se ha visto de que, cuando los familiares están más tiempo, el personal de enfermería tiene un 30% de burnout, tiene sensación de depresión, se despersonaliza, y va y lo hace de rutina, y se queman. Eso está probado. Sin embargo, la aceptación de la familia es muy alta... Y la seguridad del paciente, ¿quién la da mejor que la familia?... quién mejor para cuidar a tu paciente si no es la familia. Obviamente te va a fastidiar más ... pero le das más seguridad a tu paciente. Entonces... los entes de gestión deben decir: te voy a compensar por ese trabajo excepcional. Pero no se hace pues. (Entrevista al médico Esteban)

Finalmente, en la lógica del buen morir, Esteban explica que continuar tratando a un paciente que no tiene recuperación, causa un sufrimiento innecesario; sin embargo, le preocupa que no hay normas que protejan a los/as médicos/as intensivistas estableciendo protocolos para la limitación de esfuerzos terapéuticos que los proteja de acciones legales de familiares de pacientes contrarias a las decisiones de los propios pacientes. Se trata de una preocupación extendida entre las/os intensivistas: en el Simposio “Impacto ético de la pandemia COVID-19 en cuidados intensivos” (ASPEFAM, 2020b), Ana María Montañez recuerda que ya en el año 2005 habían enviado un paquete de propuestas al Colegio Médico del Perú, entre las que se encontraba una orden de no reanimar y un protocolo para la limitación del esfuerzo terapéutico. Sin embargo, las propuestas no fueron recogidas por el CMP.

Siguiendo a Good (1993), las UCIs se revelan como un espacio de constante drama moral que se hizo aún más evidente durante la pandemia. Los relatos

recogidos muestran la dificultad de presenciar la agonía de pacientes alejados de sus familias, mientras que los especialistas confrontaban la propia vulnerabilidad de sus cuerpos. Good (1993) considera que las rutinas médicas en parte sirven para afrontar la realidad mediante la racionalidad ante el drama moral y devolver el orden de la realidad, en lugar de abrir paso a las reflexiones morales, por lo que considera que a pesar de que la medicina une los ámbitos fisiológico y soteriológico no llega a contener totalmente al ámbito moral y soteriológico. Pero, ¿qué sucede ante una pandemia? En los relatos de los especialistas, especialmente en el relato de Esteban-paciente, observamos el inicio de reflexiones morales, para las cuales probablemente no hay espacio en la rutina diaria de la práctica médica.

5.4 Balance del capítulo

Este capítulo ha explorado la complejidad inherente a la medicina intensiva, especialmente en el contexto de crisis agudizada por la pandemia de COVID-19, revelando cómo la violencia estructural de un sistema de salud precarizado colisiona con los ideales profesionales y la experiencia de la muerte en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En ese sentido, este capítulo ha buscado adentrarse en el contexto de la pandemia de Covid-19 dentro de las UCIs limeñas para responder a la pregunta específica: ¿qué significados y valoraciones asociadas a los pacientes y al contexto de la pandemia de Covid-19 se identifican? Los resultados y el análisis de los tres subcapítulos revelan un escenario de tensión y drama moral donde los ideales profesionales de la medicina intensiva colisionaron con la dura realidad impuesta por la crisis sanitaria y la violencia estructural de un sistema de salud precarizado.

Primero, se analizaron las dinámicas de acceso a camas UCI durante la pandemia, revelando cómo la escasez crónica y profunda de estos recursos obligó a los intensivistas a tomar decisiones éticamente complejas basadas en criterios de triaje. El capítulo detalla cómo la escasez se materializa en el triaje, un proceso que dejó de ser meramente técnico para convertirse en un dilema moral de vida o muerte. Sin embargo, se nota también que debido a la precariedad del sistema de salud peruano, la convivencia constante con la escasez de recursos implica que los especialistas intensivistas dedican buena parte de su actividad a la realización de estas interconsultas. Aunque existían criterios técnicos de priorización (pronóstico, reversibilidad), la situación llevó a que las reglas resultaran insuficientes. Aunque el documento técnico peruano estableció parámetros para la priorización de los pacientes para pasar a una cama UCI, tales como la reversibilidad clínica y el beneficio potencial (Grupo de Trabajo en Aspectos Bioéticos durante la Pandemia COVID-19, 2020), los testimonios muestran que se recurrió a criterios adicionales, a veces basados en valores sociales (tener hijos, potencial de reinserción social) que reflejan desigualdades preexistentes y una valoración diferencial de las vidas. El apego a una objetividad aparente en estas decisiones funcionó como un set de reglas morales que permitía gestionar el doloroso dejar morir y el drama moral (Good, 1993) asociado a la asignación de recursos escasos. La práctica del triaje, aunque es presentada como puramente técnica, también presentó tensiones morales, como evidencian los relatos de Omar y Agustín sobre la presión para privilegiar a colegas o familiares. Vista desde el contexto de la pandemia y la necesidad de realizar decisiones de triaje, la escasez de equipamiento y personal fue reflejo de la negligencia estructural en un escenario donde el dejar morir se

normalizó como respuesta administrativa. Así, el triaje funcionó como una práctica que visibiliza las desigualdades históricas de un sistema que distribuye muerte como consecuencia de una precariedad planificada. Se concluye que no son los médicos quienes arrojan a la muerte (Fassin, 2018), sino los planificadores de políticas, pero son los médicos quienes lo experimentan en carne propia cotidianamente.

A continuación, el capítulo analizó la identidad del intensivista, fuertemente arraigada en la noción de salvar vidas y la soteriología médica (Good, 1993). Este ideal, percibido incluso como un apostolado, se alinea con la faceta del hacer vivir del biopoder (Foucault, 1977) y se nutre de la gratitud de los pacientes recuperados, que actúa como un combustible emocional de la identidad profesional de estos/as especialistas. Sin embargo, esta identidad se vio fracturada por la dura realidad de la escasez extrema de recursos, que impuso la necesidad de tomar decisiones imposibles. La falta de recursos, resultado de omisiones políticas y negligencia selectiva (Fassin, 2018), forzó a los profesionales a ejercer masivamente la otra cara del biopoder: el dejar morir (Foucault, 1977). La gratificación por salvar vidas funciona como un contrapeso emocional al desgaste moral generado por las decisiones de triaje, revelando cómo la biomedicina, pese a su aparente frialdad técnica, se sustenta en dimensiones afectivas y morales. Las narrativas heroicas que enaltecen el sacrificio y la recompensa simbólica, no sólo muestran la dimensión soteriológica sino que también son producto de un sistema que delega en el heroísmo individual lo que debería garantizar estructuralmente, naturalizando así la precariedad como condición del ejercicio médico en contextos de desigualdad.

Finalmente, se examinó la experiencia de la muerte en la UCI para estos/as especialistas, explorando el concepto de buen morir en el contexto de las UCIs peruanas durante la pandemia, revelando la tensión entre los imperativos biomédicos y las necesidades rituales y afectivas del proceso de muerte. Una UCI inherentemente aleja al paciente de su entorno, pudiendo convertirlo en un muerto social (Comelles, 2002). La pandemia exacerbó esta distancia al imponer barreras debido a la bioseguridad que impidieron la presencia familiar, una presencia que las familias luchan por mantener para restaurar el cuerpo social del paciente y que incluso los médicos reconocen como beneficiosa. Esta exclusión entra en tensión con la posibilidad de un buen morir, un concepto que va más allá del cese del sufrimiento y que depende de ubicaciones éticas y rituales culturalmente específicos (Stonington, 2012, 2020c). La interrupción forzada de los rituales de agonía y duelo evidenció cómo la crisis sanitaria trastocó dimensiones sociales y afectivas cruciales de la muerte. A pesar de las limitaciones, algunos médicos intentaron facilitar estas despedidas (a través de llamadas o videollamadas), reconociendo la importancia de estos ritos. Asimismo, el capítulo subraya el profundo impacto emocional y ético de estas realidades en los intensivistas. La tensión constante entre su ideal de salvadores y la imposición del dejar morir masivo genera desgaste moral y profesional. El drama moral (Good, 1993) es una característica constante de la UCI, particularmente en las decisiones de fin de vida, pero ante un escenario de pandemia, la racionalidad biomédica colisiona con la imposibilidad de contener las dimensiones soteriológicas de la muerte, revelando las dificultades y tensiones inherentes a priorizar la bioseguridad y la gestión de la crisis sobre la dignidad del proceso de fin de la vida. En última instancia, la biomedicina en la

UCI, bajo condiciones de escasez y violencia estructural, no es una práctica neutral, sino un campo donde se entrelazan complejos aspectos morales, soteriológicos, sociales y políticos, desafiando la identidad profesional y redefiniendo la experiencia de la vida y la muerte.



CONCLUSIONES

La presente investigación buscó indagar en la experiencia vivida de médicos y médicas intensivistas durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19 en dos hospitales de Lima. En particular, se buscó explorar en la experiencia vivida de médicos y médicas peruanos para entender cómo es que requieren aplicar un conocimiento biomédico que pretende ser puramente objetivo, en un contexto de gran incertidumbre y vulnerabilidad personal.

Se han utilizado tres enfoques teóricos para responder a la pregunta principal de investigación: ¿cuáles son las experiencias de los/as médicos/as intensivistas como sujetos corporizados durante su práctica clínica en hospitales de Lima durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19? Desde el enfoque fenomenológico se buscó indagar en la experiencia corporizada de los médicos y médicas que participaron del estudio. El cuerpo es parte central de su ejercicio profesional como médicos/as intensivistas: es el vehículo a través del cual experimentan al paciente al que tratan y, paralelamente, estos profesionales de la salud son sujetos corporizados que también son vulnerables a la enfermedad, al cansancio, a las condiciones laborales precarias y a los cambios sensoriales experimentados. A través del enfoque ontológico, se ha buscado analizar los conceptos, pacientes y enfermedades que fueron emergiendo durante las dos primeras olas de la COVID-19 a partir de las prácticas, tecnologías y protocolos de los médicos entrevistados y sus redes. Finalmente, también se ha integrado, como un enfoque fundamental para el presente estudio, a la Antropología Médica Crítica, la cual ha permitido evaluar las prácticas de la biomedicina durante la

pandemia de COVID-19 en el particular contexto socioeconómico y político peruano, en el que se encontraban los médicos/as entrevistados/as.

El presente estudio confirma a la biomedicina como un sistema sociotécnico y culturalmente situado (Rhodes, 1990; Good, 1993; Lock & Nguyen, 2018) y muestra las experiencias de vida en dicho sistema pero en un contexto particular: un sistema de salud profundamente precarizado que se ve afectado por una pandemia global. De otro lado, la noción de adaptación (*tinkering*) formulada por Stonington (Stonington, 2020a, 2020b) ha sido aplicada no sólo a las acciones para enfrentar la incertidumbre diagnóstica, sino también a las acciones para enfrentar y suplir las fallas de un sistema de salud desfinanciado. Asimismo, se ha profundizado en el concepto de sujeto corporizado (Csordas, 1994; Good, 1993) para concentrarnos en el cuerpo de los/as intensivistas como sujetos corporizados, los que emergen como campos de conocimiento, vulnerabilidad y negociación. La experiencia de estos especialistas está tan corporizada como la del paciente: sus cuerpos son herramientas de trabajo, antenas de las sensaciones propias y expertos en percibir biomédicamente los cuerpos de pacientes.

Adicionalmente, integrar el enfoque ontológico (Mol, 2002) con la antropología médica crítica (Foucault, 1977; Fassin, 2018; Mbembe, 2011; Farmer, 1999; Baer et al., 2004) permite situar las prácticas de la biomedicina dentro de las estructuras globales de poder político y económico. En ese sentido, una norma aparentemente inocente que busca brindar oxígeno de mayor pureza y calidad, puede ser la causa directa de la violencia estructural representada en la escasez y alto costo del oxígeno en la pandemia.

Uno de los aportes metodológicos del presente estudio es estudiar a médicos/as de una única especialidad, lo que permite una exploración profunda de las experiencias particulares de la especialidad de medicina intensiva, así como observar cómo es que estos especialistas se perciben al compararse con otros especialistas. Asimismo, siguiendo a Mol (2002), el enfoque en una especialidad médica específica nos permite indagar en cómo emerge la COVID-19 para estos especialistas en particular.

Otro aporte metodológico del presente estudio es que la investigación se ha realizado en algunos de los principales hospitales públicos de Lima y los participantes en muchos casos también trabajan en clínicas privadas limeñas y tienen una destacada trayectoria académica y docente. Esto permite evaluar el sistema de salud en espacios que normalmente podrían asumirse como exentos de problemas. En la lógica de la necropolítica (Mbembe, 2011) y el dejar morir (Foucault, 1977), podría pensarse que una élite que cuenta con un seguro privado de salud se encuentra a salvo de la realidad precaria de nuestro sistema de salud. En el caso de la pandemia de COVID-19, sin embargo, el colapso del sistema de salud fue total (aunque impactó más en quienes eran más vulnerables).

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, es importante tener en cuenta que, metodológicamente, realizar entrevistas respecto a una situación de emergencia ya pasada, puede haber contribuido a que el sentido de urgencia y vulnerabilidad no se encuentre tan presente en los relatos de los entrevistados, en comparación con relatos realizados en tiempo real. No obstante, el tiempo ha dado paso a que los intensivistas entrevistados hayan reflexionado más sobre

sus experiencias y sobre las causas de algunas de estas experiencias. Además, haber realizado el trabajo de campo después de la pandemia, permitió cierta observación al interior de las UCIs, que hubiera sido imposible durante las primeras dos olas de la pandemia.

Asimismo, la investigación realizada ha sido posible porque he tenido acceso a personal de salud que facilitó un nivel de acceso a UCIs y a los especialistas intensivistas que no hubiera sido posible sin esos contactos iniciales. Asimismo, dicho personal de salud también resultó fundamental para explicarme algunos conceptos o prácticas que no hubiera podido comprender sin una formación biomédica.

a) **Cuerpos, sistemas y significados: la experiencia encarnada de estructuras desiguales y los significados que negocian con la desigualdad**

El objetivo principal de esta tesis fue explorar las vivencias de los médicos y médicas intensivistas como sujetos corporizados durante su práctica clínica en dos hospitales de Lima durante las dos primeras olas de la pandemia de COVID-19, a partir de sus experiencias. Esta exploración se ha llevado a cabo a partir de tres ejes analíticos que podemos sintetizar como cuerpos, sistemas y significados. En ese sentido, la experiencia vivida de las intensivistas fue el producto de la intersección entre su vulnerabilidad corporal, el colapso del sistema sanitario peruano y la fractura de los marcos de sentido profesionales. En consecuencia, la aplicación del conocimiento biomédico durante la crisis fue un fenómeno profundamente corporizado, situado socialmente e influido políticamente.

Los/as intensivistas habitaron la tensión y la interrelación entre sus cuerpos, los sistemas y los significados. Como sujetos corporizados, su experiencia vivida estuvo marcada por la tensión entre su identidad profesional como expertos del conocimiento biomédico, socializados en un sistema que busca ofrecer control y certidumbre, y la realidad de un episodio de extrema vulnerabilidad ante el colapso del sistema de salud. Estos profesionales vivieron una experiencia corporizada de sujetos culturales en crisis: sus identidades profesionales se vieron desbordadas por una realidad que les exigió la adaptación constante de sus prácticas, sus conocimientos y sus sentidos éticos. Dicha adaptación ocurrió en un contexto sociocultural que los situó como última barrera entre la vida y la muerte de un sistema colapsado.

El primer objetivo secundario de la presente investigación consistió en identificar y analizar, a partir de sus experiencias, las maneras en las que los profesionales de la salud usaron y adaptaron los protocolos para el tratamiento de una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida. El enfoque fenomenológico y las formas de percibir al paciente generadas en la formación biomédica (Good, 1993) resultaron centrales para comprender las experiencias de estos especialistas. La carga laboral, las limitaciones sensoriales y el calor mediaron esa mirada médica al nublar los sentidos de los intensivistas y al generarles experiencias de incomodidad, calor y cansancio que se mezclaron con el temor al contagio unido a la experiencia constante del drama moral de la agonía.

Los protocolos oficiales, tanto nacionales como internacionales, fueron percibidos como entidades rígidas, desactualizadas y a menudo contradictorias, incapaces de absorber la evidencia emergente con la celeridad que la crisis

demandaba. Frente a esta insuficiencia, los y las intensivistas desplegaron un proceso de adaptación pragmática o *tinkering* en inglés (Stonington, 2020a, 2020b), basándose en la observación clínica local, la evaluación crítica de la información disponible a través de redes académicas informales y su experiencia previa con otras patologías. Esta negociación constante del conocimiento demostró que los protocolos son actantes políticos y culturales (Timmermans & Berg, 2003), y no herramientas neutrales, cuya aplicación está sujeta a una agencia humana que debe suspender la incertidumbre para poder actuar.

El segundo objetivo secundario de la presente investigación consistió en identificar y analizar las limitaciones que el personal de salud encontró en su práctica clínica para aplicar sus conocimientos como intensivistas en el contexto hospitalario donde laboran, durante las primeras olas de la pandemia. Para explorar en las limitaciones materiales que los intensivistas encontraron en su práctica clínica fue especialmente importante recurrir a las nociones de biopolítica (Foucault, 1977) y necropolítica (Mbembe, 2011), para reconocer cómo es que se practica el arrojar a la muerte (Fassin, 2018) desde un sistema de salud precarizado por décadas. Tal como lo relatan los entrevistados y entrevistadas, las limitaciones son permanentes, tanto a nivel de equipamiento y materiales, como a nivel de recursos humanos. Las limitaciones en cuanto a equipos y materiales en el ámbito de las UCI son críticas porque el uso de equipos y materiales es intensivo en una UCI y varios entrevistados/as consideran que hubieran podido hacer más con mayores recursos. En ese sentido, la precariedad material ha sido planteada como el determinante principal que condicionó y limitó la práctica clínica. Esta carencia no fue coyuntural, sino el resultado de una inversión históricamente insuficiente y de decisiones políticas

que priorizaron consideraciones económicas sobre el derecho a la salud (Cueto, 2022; Yon, 2020).

Las narrativas que reflejan la vulnerabilidad de médicos y médicas intensivistas, derivan en cuestionamientos respecto a qué hubiera pasado con un paciente fallecido sin las limitaciones experimentadas, o qué ocurriría ante una pandemia con 25% de mortalidad. Los/as intensivistas se vieron forzados a realizar adaptaciones constantes que se enfrentaron a los estándares mínimos del campo de su experiencia, como trabajar sin diagnósticos básicos o bolsear manualmente a pacientes, prácticas que vivieron de forma corporizada a través de la frustración, el cansancio extremo y la angustia ética de saber que, en otro contexto, muchos desenlaces fatales hubieran sido evitables. En ese sentido, los médicos intensivistas se perciben también como víctimas de un sistema de salud diseñado para la biopolítica del hacer vivir y dejar morir (Foucault, 1977).

Finalmente, el tercer objetivo secundario de la presente investigación consistió en identificar y analizar los significados y valoraciones asociadas a los pacientes y al contexto de la pandemia de COVID-19. En ese sentido, ha sido central indagar en la construcción de la identidad de los y las intensivistas como médicos muy sacrificados y todo terreno, así como en su rol en la salvación de vidas. Al mismo tiempo, se contrasta ese rol salvador con la realidad precaria en la que deben ejercer su profesión, y en la que vemos claramente cómo opera el biopoder, que se tradujo en la severa falta de camas UCI durante la pandemia. Al respecto, se identificó que la pandemia incrementó la percepción del paciente como una entidad de alto riesgo biológico y como un sujeto que experimentó lo que Comelles (2002) conceptualiza como muerte social. Estas circunstancias

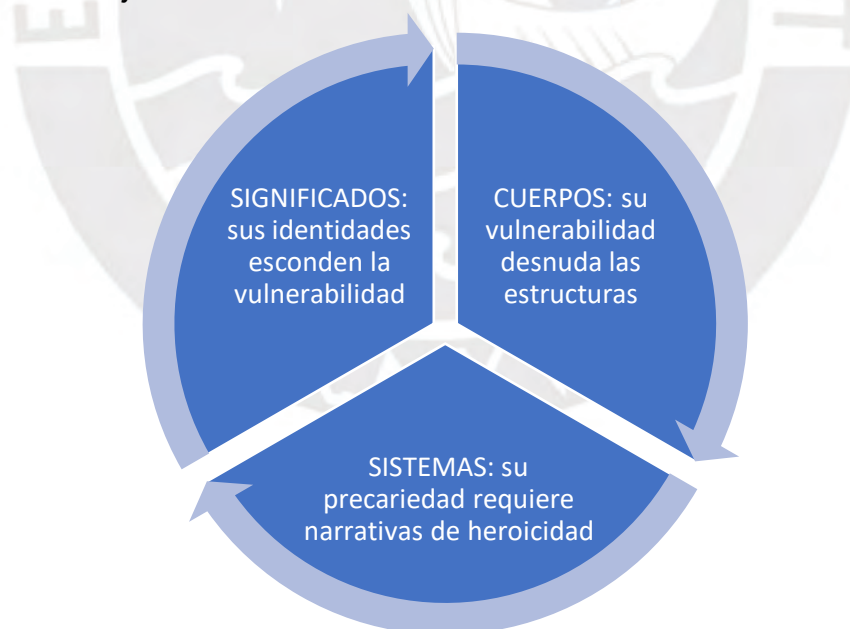
generaron tensiones en la identidad profesional de los/as intensivistas: que se debatieron entre su identidad como salvadores, la imposibilidad de proveer un nivel adecuado de cuidado y ser ejecutores involuntarios de la necropolítica dictaminada por los tomadores de decisiones.

El drama moral generado por estas tensiones se gestionó mediante la adherencia a criterios técnicos de triaje que funcionan como un reglas morales. Un factor de gran estrés para los/as intensivistas fue hacer las interconsultas y tener qué decidir a quién darle una cama UCI. Una motivación importante para los entrevistados, es salvar vidas de pacientes: en varios casos, se trata del factor decisivo en la elección de sus carreras y de su especialización como intensivistas. Ver a un paciente recuperarse, retornar a su familia y las muestras de agradecimiento de pacientes y familiares sostienen a los equipos UCI. En ese sentido, podemos observar cómo el hacer vivir presente en la salvación de vidas y el dejar morir presente en la priorización de camas UCI ha sido parte de la labor de los intensivistas, habitualmente y durante la pandemia. Asimismo, las narrativas de heroicidad funcionaron como un mecanismo de compensación simbólica frente al drama moral vivido, la vulnerabilidad experimentada y la precariedad del sistema. El enaltecimiento del sacrificio y la resiliencia individual busca restaurar el sistema de significados propio de la biomedicina; sin embargo, estas narrativas invisibilizaron la violencia estructural (Farmer, 1999) y la necropolítica (Mbembe, 2011) que generaron la precariedad, trasladando la responsabilidad de la crisis desde el sistema y los tomadores de decisiones hacia el esfuerzo sobrehumano del individuo, naturalizando así la precariedad como una condición inherente al ejercicio médico en contextos de desigualdad, en lugar de cuestionar sus causas fundamentales.

Las vivencias y las prácticas de los/as intensivistas durante las primeras olas de la pandemia en Lima estuvieron compuestas por constantes negociaciones entre el conocimiento especializado, las limitaciones estructurales del sistema de salud y la vulnerabilidad de los cuerpos. La experiencia de vida de estos especialistas muestra el entretrejo de lo clínico, lo político y lo corporal; en ese sentido, la experiencia de los/as médicos/as intensivistas durante la pandemia puede organizarse a través de tres ejes analíticos interconectados: los cuerpos, los sistemas y los significados. A través de la interrelación de estas tres dimensiones se busca describir un ciclo de violencia estructural que se sostiene en el tiempo mediante el traslado de su inequidad y promesas fallidas hacia los cuerpos y la subjetividad de quienes trabajan en la primera línea del cuidado y sus pacientes.

Figura 1

Relación de los ejes de análisis



Fuente: elaboración propia

En la Figura 1 se muestra la relación y retroalimentación entre las tres dimensiones clave que articulan la experiencia estudiada: la experiencia

encarnada de la vulnerabilidad, la precariedad estructural del sistema de salud y la construcción social de significados. Esta representación busca sintetizar cómo se interrelacionan los tres ejes de análisis del presente estudio.

Los cuerpos son el primer lugar impactado por la crisis pandémica, en tanto que emergen como territorios de conocimiento, vulnerabilidad y negociación. La amenaza constante del contagio, la carga física de los EPPs y el agotamiento extremo funcionaron como un registro de la crisis en los cuerpos de los/as intensivistas. El enfoque en la vivencia corporizada de estos profesionales permitió observar que la amenaza del contagio y el uso de los EPP fueron vividos no como datos clínicos fríos, sino como una realidad sensorial y emocional que muestra las contradicciones de los sistemas y los significados que sostienen su identidad profesional.

Como sostiene Csordas (1994), el cuerpo es el sujeto mismo de la experiencia, y fue a través de este cuerpo-sujeto que los intensivistas vivieron la experiencia de la vulnerabilidad y los límites de esos propios cuerpos. Los equipos de protección, diseñados como barreras, impusieron límites a las capacidades sensoriales, mostrando cómo el conocimiento biomédico también reside en los cuerpos de estos especialistas. El caso de Omar, quien debió quitarse parcialmente algunos elementos de seguridad en un procedimiento, muestra que la tensión entre protección del propio cuerpo y eficacia clínica en el cuerpo del paciente, se resolvió en el cuerpo del médico. Además, estas barreras se manifestaron simbólicamente en la frase "sellados por todos lados" (Entrevista al médico Omar): a través de los EPPs las/os intensivistas quedaban separadas no solo del virus, sino también de las señales clínicas.

La carga física y emocional que recayó desproporcionadamente sobre ciertos trabajadores y ciertos sectores de la sociedad, revela las fallas de un sistema diseñado para la desigualdad. En el caso de las y los intensivistas, la demanda de ser todo terreno normalizó una sobre-exigencia corporal que evidencia la desinversión histórica en la salud peruana. El camuflaje de la vulnerabilidad del cuerpo de los y las intensivistas bajo la máscara de la identidad todo terreno opera como un síntoma de las patologías presentes en el sistema de salud.

La pandemia de la COVID-19 no fue el origen de la crisis del sistema sanitario sino que desnudó y exacerbó la precariedad estructural preexistente en el fracturado sistema de salud peruano. La vulnerabilidad corporal de los intensivistas fue uno de los territorios en los que esta precariedad sistémica se pudo evidenciar. Los participantes fueron enfáticos al mostrar y narrar las carencias crónicas de recursos esenciales: ventiladores, oxígeno, personal especializado y equipos de protección adecuados. Esta situación resultó de decisiones políticas que priorizaron consideraciones presupuestarias sobre el derecho a la salud, dando vida a las nociones de biopolítica (Foucault, 1977) y necropolítica (Mbembe, 2011). El sistema, caracterizado por inversión insuficiente y dependencia de mercados internacionales (Cueto, 2022; Yon, 2020), mostró su fragilidad e inequidad durante la pandemia.

El enfoque ontológico mostró la agencia de los protocolos en tanto decisiones políticas (la decisión de elevar la pureza del oxígeno y sus consecuencias, por ejemplo), mientras que el enfoque fenomenológico evidencia la experiencia subjetiva y corporizada de dichas medidas, y la antropología médica crítica encuentra sus raíces en la desigualdad sistémica nacional y global. En

consecuencia, el sistema de salud es un entramado de actantes humanos y no humanos, prácticas biomédicas y decisiones políticas cuya precariedad no es un estado natural, sino una construcción deliberada. Frente a este colapso, las narrativas de heroicidad se reforzaron como un mecanismo de compensación que le entregó sentido al sacrificio corporal de las/os especialistas, mientras desplazaba responsabilidades institucionales hacia el individuo. La gestión del sistema de salud peruano se fundamentó en la precarización laboral, la negligencia y la desregulación, operando un dejar morir que afecta tanto a los pacientes como a la fuerza laboral precarizada que los atiende.

Durante la pandemia, los intensivistas vivieron una profunda contradicción en su identidad profesional: por un lado, el ideal del médico salvador es parte de la función soteriológica de la biomedicina que es internalizada desde sus estudios universitarios; pero por otro, la cruda realidad los/as enfrentó día a día con su propia vulnerabilidad y mortalidad. La falta de recursos, la angustia de tener que priorizar a unos pacientes sobre otros y la imposibilidad de dar una atención integral les confrontó con sus límites corporales y la precariedad de un sistema desigual. La brecha entre lo que sentían que debían hacer y lo que era materialmente posible (debido en gran parte a la desigualdad del sistema) incrementó el drama moral vivido en la práctica médica de las interconsultas (efectuadas para decidir a quién entregarle una cama UCI y su salvación).

La narrativa ya existente del médico héroe cobró especial importancia como un mecanismo de compensación: se trata de un relato muy presente en los testimonios, que le permite a estos especialistas darle un nuevo sentido al sufrimiento y agotamiento como un sacrificio voluntario y con propósito. Sin

embargo, el análisis de estos relatos también permitió observar que la identidad del héroe también opera políticamente porque el énfasis en las historias individuales de sacrificio desvía la atención de las responsabilidades estructurales y de las deficiencias del sistema. La relación entre los ejes de análisis empieza y acaba en las vivencias de sujetos corporizados: el sistema produce inequidad y cuerpos vulnerables que, después, son reparados simbólicamente mediante relatos de heroicidad que, en el fondo, protegen a ese mismo sistema de la crítica.



BIBLIOGRAFÍA

- Ascarza, L. (2021, febrero 16). Eduardo Gotuzzo y su esposa se vacunaron mientras su empresa supervisaba ensayo de Sinopharm. *Salud con lupa*.
<https://saludconlupa.com/noticias/eduardo-gotuzzo-y-su-esposa-se-vacunaron-mientras-su-empresa-supervisaba-ensayo-de-sinopharm/>
- ASPEFAM. (2020a, mayo 7). *Una visión con ciencia y experiencia de cómo enfrentar la pandemia Covid-19. Café virtual con los past presidentes de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI)*. Facebook.
<https://www.facebook.com/aspefam.peru/videos/442122286660745/>
- ASPEFAM. (2020b, julio 4). *Impacto ético de la pandemia COVID-19 en cuidados intensivos*. Facebook.
<https://www.facebook.com/aspefam.peru/videos/282154383214942>
- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2004). *Medical Anthropology and the World System* (2.^a ed.). Praeger.
- Bazo Reisman, A. (2023, septiembre 30). El Perú tiene apenas 42 médicos especialistas por cada 100 mil habitantes. *El Comercio*.
<https://elcomercio.pe/ecdata/el-peru-tiene-apenas-42-medicos-especialistas-por-cada-100-mil-habitantes-minsa-regiones-ecdata-noticia/>
- Bogdan, R., Brown, M. A., & Foster, S. B. (1982). Be Honest but Not Cruel: Staff/Parent Communication on a Neonatal Unit. *Human Organization*, 41(1), 6-16.
- Camus, A. (1972). *La peste* (14.a ed.). Sur.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.

- Castro, R., & Córdoba, H. (2023). Hacia una explicación de las agresiones al personal de salud durante la pandemia de covid-19 en México. Estigma y semiótica del miedo. En J. I. Flores Dávila & G. Valencia García (Eds.), *Los imaginarios de la pandemia* (pp. 185-215). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Christian, M. D., Joynt, G. M., Hick, J. L., Colvin, J., Danis, M., & Sprung, C. L. (2010). Chapter 7. Critical care triage. *Intensive Care Medicine*, 36(S1), 55-64. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1765-0>
- Christian, M. D., Sprung, C. L., King, M. A., Dichter, J. R., Kissoon, N., Devereaux, A. V., & Gomersall, C. D. (2014). *Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement*.
- Chung, J. (2023). *Yo te vi morir. Memorias de pandemia*. Gambirazio.
- Comelles, J. M. (2002). *Medicine, magic and religion in a hospital ward*. 7(13-14), 259-288.
- Csordas, T. (1994). Introduction: The body as representation and being-in-the-world. En *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self* (pp. 1-24). Cambridge University Press.
- Cueto, M. (2022). *Salud en emergencia: Historia de las batallas contra las epidemias y la COVID-19*. Taurus.
- Defensoría del Pueblo. (2020). *Crisis De Oxígeno Para Pacientes De Covid-19: Alternativas de solución* (No. Serie Informes Especiales N° 017-2020-DP; p. 26). Defensoría del Pueblo.
- Digby, R., Manias, E., Haines, K. J., Orosz, J., Ihle, J., & Bucknall, T. K. (2023). Staff experiences, perceptions of care, and communication in the intensive

- care unit during the COVID-19 pandemic in Australia. *Australian Critical Care*, 36(1), 66-76. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.004>
- Durand, F., & Salcedo, E. (2020). Intereses, gremios y situaciones de captura del Estado en salud. En F. Durand, E. Salcedo, E. Beteta, O. Elorreaga, & C. Gianella (Eds.), *Patologías del sistema de salud peruano*. PUCP.
- Durand, F., Salcedo, E., Beteta, E., Elorreaga, O., & Gianella, C. (Eds.). (2020). *Patologías del sistema de salud peruano*. PUCP.
- Escuela Nacional de Salud Pública del Perú (Director). (2020). *Tema 9 Triage Terciario, principios éticos clave y el papel del comité de ética en cuidados críticos* [Video recording]. <https://www.youtube.com/watch?v=urRXarrkBQ>
- Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities: The modern plagues* Paul Farmer. University of California Press.
- Fassin, D. (2018). *Por una repolitización del mundo: Las vidas descartables como desafío del siglo XXI* (H. Pons, Trad.). Siglo XXI.
- Fassin, D. (2022). The Moral Economy of Life in the Pandemic. En D. Fassin & M. Fourcade (Eds.), *Pandemic Exposures: Economy and Society in the Time of Coronavirus*. HAU Books.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad del saber*. (U. Guiñazú, Trad.; 1ra ed.). Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). «*Society Must Be Defended*» *Lectures at the Collège de France, 1975-76*. Picador.
- France 24. (2021, diciembre 10). El «Paseo de los Héroes» honra a los 551 médicos peruanos muertos por Covid-19. *France 24*. <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20211210-el-paseo-de->

los-h%C3%A9roes-honra-a-los-551-m%C3%A9dicos-peruanos-muertos-por-covid-19

Gianella, C. (2020). *Fortalecer el sistema de salud público para la equidad en salud una necesidad impostergable*. PUCP, HSS.

Good, B. J. (1993). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511811029>

Good, B. J., & Good Del Vecchio, M.-J. (1981). The semantics of medical discourse. En E. Mendelsohn & Y. Elkana (Eds.), *Sciences and Cultures: Anthropological and Historical Studies of the Sciences*. D. Reidel Publishing Company.

Grupo De Trabajo En Aspectos Bioéticos Durante La Pandemia Covid-19. (2020, junio). *Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia Covid-19*. Ministerio de Salud del Perú.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/871496/consideraciones-eticas-para-la-toma-de-decisiones-en-los-servicios-de-salud-durante-la-pandemia-covid-19-v2.pdf?v=1676878128>

Heras, G. (2020). *En primera línea: Un testimonio desde la UCI de la crisis del coronavirus*. Ediciones Península.

Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Rao, B., Luna, M., Rojas-Mendoza, W., Alarcon-Ruiz, C. A., Villarreal-Zegarra, D., Vilela-Estrada, A. L., & Ramírez, S. (2022). Factors Associated with Mental Health Outcomes in Hospital Workers during the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5346. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095346>

- Huerta, E. (2024). *El buen morir. Breve guía para entender y afrontar la muerte*. Planeta.
- Iseron, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275-281. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>
- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. (s. f.). *Mortality analyses*. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Recuperado 24 de septiembre de 2024, de <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>
- Kleinman, A. (2020). *The Illness Narratives: Suffering, healing, and the human condition* (2da ed.). Basic Books. <https://www.hachettebookgroup.com/titles/arthur-kleinman/the-illness-narratives/9781541647121/>
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press.
- Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos: Ensayos de antropología simétrica* (Víctor Goldstein, Trad.). Siglo XXI Editores Argentina.
- Latour, B., & Woolgar, S. (2022). *La vida en el laboratorio: La construcción de los hechos científicos* (E. Pérez Sedeño, Trad.; 2ª). Alianza editorial.
- Law, J., & Mol, A. (2008). The Actor-Enacted: Cumbrian Sheep in 2001. En C. Knappett & L. Malafouris (Eds.), *Material Agency* (pp. 57-77). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-74711-8_4
- Lock, M. M., & Nguyen, V.-K. (2018). *An Anthropology of Biomedicine* (2nd edition). Wiley-Blackwell.
- Malara, A. (2020). *In scienza e coscienza. Cos'è successo davvero nei mesi che hanno cambiato il mondo*. Longanesi.

- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica. Seguimiento de el Gobierno Privado Indirecto*. Melusina. <https://www.melusina.com/libro.php?idg=41620>
- MINSA. (2011). *Categorías de Establecimientos del Sector Salud* (Norma Técnica de Salud No. NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03). <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1220nc1>
- Mol, A., & Hardon, A. (2020). What COVID-19 may teach us about interdisciplinarity. *BMJ Global Health*, 5(12), e004375. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004375>
- Mol, A., & Law, J. (2004). Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia. *Body & Society*, 10(2-3), 43-62. <https://doi.org/10.1177/1357034X04042932>
- Montgomery, C. M., Humphreys, S., McCulloch, C., Docherty, A. B., Sturdy, S., & Pattison, N. (2021). Critical care work during COVID-19: A qualitative study of staff experiences in the UK. *BMJ Open*, 11(5), e048124. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048124>
- Morante-Osores, R., Runzer-Colmenares, F. M., & Parodi, J. F. (2022). Never Thought I was Going to be Placed in a Situation Like This: In the Shoes of the Doctor Responsible for Municipal Health, Back in My Country, Perú. *Journal of Population Ageing*, 15(3), 803-810. <https://doi.org/10.1007/s12062-022-09381-7>

- Moskop, J. C., & Iserson, K. V. (2007). Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 282-287. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.07.012>
- Nikbakht Nasrabadi, A., Abbasi, S., Mardani, A., Maleki, M., & Vlaisavljevic, Z. (2022). Experiences of intensive care unit nurses working with COVID-19 patients: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Frontiers in Public Health*, 10, 1034624. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1034624>
- Olórtegui-Yzú, A., Vega-Dienstmaier, J. M., & Fernández-Arana, A. (2023). Relationship between depression, anxiety, and perceived stress in health professionals and their perceptions about the quality of the health services in the context of COVID-19 pandemic. *Brain and Behavior*, 13(1), e2816. <https://doi.org/10.1002/brb3.2816>
- Pedraglio, S. (2020). Presentación. Vulnerabilidades sociales y de los servicios de salud pública e impacto de la COVID-19. En F. Durand, E. Salcedo, E. Beteta, O. Elorreaga, & C. Gianella (Eds.), *Patologías del sistema de salud peruano*. PUCP.
- Rao, H., Mancini, D., Tong, A., Khan, H., Santacruz Gutierrez, B., Mundo, W., Collings, A., & Cervantes, L. (2021). Frontline interdisciplinary clinician perspectives on caring for patients with COVID-19: A qualitative study. *BMJ Open*, 11(5), e048712. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048712>
- Redacción Gestión. (2020, junio 22). Óscar Ugarte: Sin duda fue un error norma del 2010 porque empresas de oxígeno se han aprovechado. *Gestión*. <https://gestion.pe/peru/politica/coronavirus-peru-oscar-ugarte-sin-duda->

fue-un-error-norma-del-2010-porque-empresas-de-oxigeno-se-han-
aprovechado-covid-19-nndc-noticia/

Revollé Tercero, A. & Unidad LR Data. (2022, marzo 16). Capacidad sanitaria en Perú: ¿Cuánto cambió nuestro sistema de respuesta a dos años de la pandemia? *LR Data* (Diario La República).
<https://data.larepublica.pe/capacidad-sanitaria-en-peru-cuanto-cambio-nuestro-sistema-de-respuesta-a-dos-anos-de-la-pandemia/>

Rhodes, L. A. (1990). Studying biomedicine as a cultural system. En C. F. Sargent & T. M. Johnson (Eds.), *Medical anthropology: A handbook of theory and method* (pp. 165-180).

Rojas, D., & Yon, C. (2024). *Voces Desde La Primera Línea. Testimonios De Los Profesionales De La Salud Durante El Primer Año De La Pandemia En El Perú*. Fondo Editorial del IEP.
<https://fondoeditorial.iep.org.pe/producto/voces-desde-la-primera-linea-testimonios-de-los-profesionales-de-la-salud-durante-el-primer-ano-de-la-pandemia-en-el-peru/>

Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Gálvez-Herrer, M., Ángel-Sesmero, J. A., Velasco-Sanz, T. R., Benito-Aracil, L., & Heras-La Calle, G. (2022). Moral distress, emotional impact and coping in intensive care unit staff during the outbreak of COVID-19. *Intensive & Critical Care Nursing*, 70, 103206.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103206>

Salud con lupa. (2020, abril 30). Las llamadas más difíciles (Serie En Primera Línea). *Salud con lupa*. <https://saludconlupa.com/series/en-primera-linea/las-llamadas-mas-dificiles/>

- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Singer, M. (1995). Beyond the Ivory Tower: Critical praxis in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(1), 80-106; discussion 107-112 passim. <https://doi.org/10.1525/maq.1995.9.1.02a00060>
- Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI). (2024, junio 8). *Pronunciamento Situación De Cuidados Intensivos En El Perú*. https://drive.google.com/file/d/1_j5_B6MaE3RpnNyrjmB7kacc-JQMZ8Jj/view?usp=embed_facebook
- Stonington, S. (2012). On ethical locations: The good death in Thailand, where ethics sit in places. *Social Science & Medicine*, 75(5), 836-844. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.045>
- Stonington, S. (2020a). Data-in-terror: *Ad hoc* local epistemologies and social life in crisis. *Social Anthropology*, 28(2), 362-363. <https://doi.org/10.1111/1469-8676.12817>
- Stonington, S. (2020b). "Making Moves" in a Cardiac ICU: An Epistemology of Rhythm, Data Richness, and Process Certainty. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(3), 344-360. <https://doi.org/10.1111/maq.12557>
- Stonington, S. (2020c). *The spirit ambulance: Choreographing the end of life in Thailand*. University of California Press.
- Theron, E., Erasmus, H. C., Wylie, C., Khan, W., Geduld, H., & Stassen, W. (2022). The lived experiences of emergency care personnel in the Western Cape, South Africa during the COVID-19 pandemic: A longitudinal

- hermeneutic phenomenological study. *African Journal of Emergency Medicine*, 12(4), 410-417. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2022.08.004>
- Thrasher, S. W. (2022). *The Viral Underclass: The Human Toll When Inequality and Disease Collide*. Celadon Books.
- Timmermans, S. (2010). Evidence-Based Medicine: Sociological Explorations. En C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, & S. Timmermans (Eds.), *Handbook of Medical Sociology, Sixth Edition* (pp. 309-323). Vanderbilt University Press; JSTOR. <https://doi.org/10.2307/j.ctv16h2n9s.21>
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Temple University Press.
- Timmermans, S., & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization*. *Annual Review of Sociology*, 36(Volume 36, 2010), 69-89. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102629>
- Torres, F. (2020, abril 9). Sin respiro: Unidades de cuidados intensivos necesitan 700 médicos. *Salud con lupa*. <https://saludconlupa.com/entrevistas/sin-respiro-unidades-de-cuidados-intensivos-necesitan-700-medicos/>
- Yon, C. (2020). Teoría social, ética y política en tiempos de pandemia: Decisiones sobre la vida y la muerte. En R. H. Asensio (Ed.), *Crónica del Gran Encierro* (pp. 147-154). Instituto de Estudios Peruanos.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 1, 257-285.

ANEXOS

Anexo 1: Guía de entrevista

I) SECCION ESTRUCTURADA

Sexo: _____

Edad: _____

Especialización: _____

Dónde trabajó en pandemia: _____

II) SECCION SEMI ESTRUCTURADA

1. Convertirse en y ser médico intensivista:

a) ¿Por qué eligió estudiar medicina? ¿Pensaría otra vez en estudiar medicina luego de lo vivido en pandemia?

b) ¿Por qué eligió especializarse en medicina intensiva?

c) ¿Cómo fue su especialización? Recuerda cómo fueron sus primeras experiencias ¿Recuerda una historia de su época como residente que la haya marcado sea porque fue especialmente gratificante o de la que aprendió, especialmente?

d) ¿Cómo era un día común de trabajo como intensivista antes de la pandemia?

e) Antes de la pandemia: Me puede decir algún ejemplo con el que se haya sentido más satisfecho y otro caso que haya resultado muy desafiante.

2. Experiencias respecto del uso y adaptación de los protocolos para el tratamiento de una enfermedad altamente contagiosa y poco conocida

a) Recuerda cómo fue el inicio de la pandemia en su trabajo, q responsabilidades tuvo, qué medidas tomaron?

b) ¿Cómo se sentía en ese momento del inicio de la pandemia cuando aún no había vacunas?

c) ¿Cómo se sentía en cuanto a las recomendaciones del MINSA? La OPS? , cuáles dio y cuáles se tomaron en cuenta ¿Cómo experimentó los protocolos que se emitieron y sus modificaciones?

d) Recuerda algún momento especialmente desafiante que pudo haber enfrentado respecto a cómo tratar esta nueva enfermedad con su experiencia clínica previa?

3. Limitaciones que encontraron en su práctica clínica para aplicar sus conocimientos como intensivistas en el contexto hospitalario donde laboran, durante las primeras olas de la pandemia

a) ¿Cómo era un día común de trabajo durante la 1ra y 2da ola de la pandemia? (diferenciar o hacer cronología: primeras semanas; pico de la 1ra ola, pico de la 2da ola)

b) ¿Qué adaptaciones incorporaron respecto al periodo pre-pandemia COVID? (relacionadas a equipos, materiales, personal y también relacionadas a la relación con pacientes y familiares)

c) Si no lo menciona: Me puede explicar brevemente ¿cómo se articulaba el trabajo de los intensivistas con otros profesionales de salud? (o con qué profesionales trabajan en equipo, cómo se complementan sus funciones) ¿De qué equipos o exámenes necesitaban más durante la pandemia?

d) ¿Qué sensaciones corporales vienen a su mente con respecto a los elementos y prácticas de seguridad que se incorporaron?

4. ¿Qué significados y valoraciones asociadas a los pacientes intervienen en las decisiones médicas que tienen que tomar en momentos de emergencia?

a) ¿Recuerda algunas decisiones que debió tomar y que fueron especialmente difíciles respecto a los pacientes? Me puede dar un par de ejemplos. {Testimonios de intensivistas publicados para mostrarles: <https://ojo-publico.com/1978/eleccion-para-sobrevivir-el-dilema-la-ultima-cama-uci>}

CIERRE

¿Cómo se sintió hablando de este tema?

¿Desearía agregar algún comentario, información, sugerencia para mis otras entrevistas, etc.?