

Iatrogenia pandémica: la exclusión y el rezago en la atención médica, no COVID, en la Ciudad de México

Pandemic iatrogenesis: exclusion and lag in non-COVID medical care in Mexico City

Rubén Muñoz Martínez (<https://orcid.org/0000-0002-0631-8816>)¹

Renata Gabriela Cortez Gómez (<https://orcid.org/0000-0002-1943-1842>)²

Abstract *The paper analyzes, from a qualitative perspective, how the COVID-19 pandemic has significantly reduced medical care for chronic patients at the three levels of the Mexico City health sector due to community mitigation strategies, the perceived risk of infection of health personnel and patients, the focus on pandemic care, and how these processes are articulated with the previous underfunding conditions of the public health system. Thus, we adopted the Grounded Theory approach based on the description and analysis of the experiences of 42 doctors interviewed at the three care levels. The pandemic iatrogenesis concept is proposed to address the interrelation between the material and symbolic organization of the dominant model of medical care and specific structural and cultural dimensions of massive and systemic neglect since the arrival of the pandemic. We point out some strategies and possibilities to avoid similar future settings based on this theoretical proposal and the experiences of the doctors interviewed.*

Key words COVID-19, Physicians, Hospitals, Chronic disease, Health Care inequalities

Resumen *El artículo analiza, desde una perspectiva cualitativa, cómo la pandemia de COVID-19 ha reducido significativamente la atención médica de pacientes crónicos, en los tres niveles del sector salud de la Ciudad de México, debido a las estrategias de mitigación comunitaria; la percepción del riesgo de infección del personal de salud y los pacientes; la focalización en la atención a la pandemia, y a como estos procesos se articulan con las condiciones previas de desfinanciamiento del sistema público de salud. Para ello utilizamos el enfoque de la teoría fundamentada basándonos en la descripción y el análisis de las experiencias de 42 médicas y médicos entrevistados en los tres niveles de atención. Se propone el concepto de iatrogenia pandémica para abordar la interrelación entre la organización material y simbólica del modelo dominante de atención médica y ciertas dimensiones estructurales y culturales de la desatención masiva y sistémica desde la llegada de la pandemia. A partir de esta propuesta teórica y de las experiencias de las médicas y los médicos entrevistados, se señalan algunas estrategias y posibilidades para evitar escenarios futuros similares.*

Palabras claves COVID-19, Médicos, Hospitales, Enfermedades crónicas, Inequidades de salud

¹ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Benito Juárez 87, Tlalpan Centro. 14000 Ciudad de México México. rubmuma@hotmail.com

² Proyectos Nacionales Estratégicos, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Ciudad de México México.

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha afectado la atención médica: consultas, derivaciones y hospitalizaciones de pacientes no COVID-19 se redujeron considerablemente, y el seguimiento de pacientes crónicos se interrumpió, lo que generó preocupaciones por los que ya tenían un manejo deficiente y la falta de estrategias efectivas para atenderlos en la distancia^{1,2}, afectando especialmente a los de menor nivel socioeconómico¹. Algunos pacientes, a su vez, pospusieron sus consultas por temor a infectarse con el coronavirus².

La prioridad de los sistemas sanitarios ha sido reorganizarse para asegurar el acceso a la atención de los sospechosos de COVID-19, dejando otros servicios relegados^{1,3}. En Europa se han documentado estas experiencias con la finalidad de aprender de ellas⁴, pero en América Latina aún son escasos los trabajos que analizan cómo la pandemia de COVID-19 afectó la atención de pacientes no COVID, y poco se sabe de las estrategias desarrolladas al respecto.

En México, la fragmentación del sistema salud provocó diferencias entre los subsistemas en cuanto al desarrollo de guías y protocolos de salud, en la infraestructura (reconversión de hospitales) e insumos (equipo de protección personal), que se orientaron principalmente a la atención de pacientes COVID a nivel hospitalario⁵. Los protocolos y acciones dirigidas a los pacientes crónicos, adultos mayores, mujeres embarazadas y trasplantes se elaboraron posteriormente, y las autoridades sanitarias anunciaron licencias de trabajo para pasantes de Medicina y trabajadores de alto riesgo aun cuando los recursos humanos ya eran limitados⁵. La pandemia evidenció las deficiencias subyacentes del sistema de salud mexicano, que se reflejan en las inequidades en el acceso por el histórico desfinanciamiento⁵.

La finalidad de este artículo es describir y analizar cómo la atención de los pacientes no COVID se vio afectada durante los primeros meses de la pandemia en la Ciudad de México a partir de las experiencias, entendidas como un cuerpo de conocimientos y creencias⁶, de los médicos del sector público. También se recuperan algunas estrategias desarrolladas para reorganizar y mantener la atención de estos pacientes. Estas experiencias y estrategias evidencian las articulaciones macro y micro sociales y culturales del proceso que denominamos como *iatrogenia pandémica*.

La *iatrogenia pandémica* se refiere a la desatención e inadecuada atención en salud provo-

cada por la priorización de la atención del COVID-19 desde la toma de decisiones nacionales e internacionales que se inscriben, en el caso de México, en un contexto local de un sistema de salud público hospitalocéntrico e históricamente desfinanciado, en el que se emulan las respuestas del Norte Global⁷, obviando las especificidades locales y diferenciadas de la salud de la población mexicana. La iatrogenia (o iatrogénesis) propuesta por Ivan Illich⁸ refiere a los daños no deseados en la salud, contraproduktividad específica, provocados por el crecimiento de la biomedicina, y es de tres tipos: a) clínica, relativa a la práctica del médico; b) social, provocada por el impacto de la organización social de la medicina en el ambiente total (por ejemplo, la medicalización) y c) cultural, cuando dificulta la capacidad de las personas de enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte. En el caso del COVID-19, la *iatrogenia pandémica* tiene el carácter específico y repentino de interpelar a la organización material y simbólica del modelo dominante de atención y a las decisiones políticas sobre la priorización de un tipo de atención, del COVID-19, frente a otra, las enfermedades crónicas. Y lo hace de dos formas: la primera es *estructural* y refiere a los procesos económico-políticos que inciden en la configuración material del sistema público de salud centrado en la atención hospitalaria, fragmentado en subsistemas burocráticos de aseguramiento y masificado por la falta de personal de salud y de infraestructura. La segunda es *cultural* y responde a la emergente “cultura organizacional epidémica de atención en salud”⁹, así como a las respuestas del personal de salud y de las y los usuarios y sus grupos sociales de adscripción que, atravesados por la construcción social y percepción del riesgo de exposición al COVID-19¹⁰, coparticipan en la desatención e inadecuada atención. A diferencia de otras propuestas como la iatrogenia estructural¹¹, que enfatiza en el daño causado por sistemas burocráticos dentro de la medicina que se encuentran más allá del control del sujeto, en la *iatrogenia pandémica* los niveles estructurales y culturales están articulados, siendo algunas de las respuestas culturales relativamente autónomas y cambiantes ya que, en un contexto pandémico como el actual, dependen de la percepción, producción y gestión del riesgo, de transmisión del COVID-19, de los actores y sistemas de salud¹⁰. Siguiendo a Mary Douglas¹², el riesgo es un constructo social determinado culturalmente por los miembros de una sociedad que puede ser usado para llevar a cabo evaluaciones sociales sobre probabilidades y valores ante

una amenaza, a lo cual hay que añadir la importancia, en la percepción y construcción social del riesgo, del conocimiento experto científico y de las dinámicas sociales e institucionales¹³.

La *iatrogenia pandémica* amplía la mirada sobre los procesos estructurales “desobjetivizados” que inciden en cómo el modelo biomédico dominante reproduce las inequidades sociales y en salud; subrayando la participación de los actores en dichos procesos a partir de la pandemia de COVID-19, que pone en jaque, no solo a la capacidad de respuesta material y logística de los sistemas de salud, sino también a la producción de subjetividades desde la construcción social e incorporación subjetiva de miedos e incertidumbres vinculados a la percepción de riesgo de una potencial infección.

Metodología

Esta investigación es cualitativa y se inscribe en la teoría fundamentada¹⁴, ya que la intención fue aproximarse de manera exploratoria a un problema de salud nuevo, enfocándose en su dimensión sociocultural a partir del punto de vista de los actores sociales implicados.

El sistema de salud en México se divide en sector privado y público; el segundo está segmentado en función de la población que atiende: a) trabajadores formales con seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social o Instituto de Seguridad (IMSS) o Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y b) población sin seguridad social, que es la mayoría y es atendida por los servicios de la Secretaría de Salud Federal (SSA) y de los estados (SESA), e IMSS-Bienestar. A su vez, los tres subsistemas se dividen en tres niveles de atención: el primer nivel está compuesto por unidades médicas ambulatorias que proporcionan servicios de consulta general, por lo cual absorben la mayor parte de la atención a pacientes crónicos, son conocidos como “Centros de Salud”. El segundo nivel de atención contempla hospitales con camas y al menos las siguientes especialidades: Cirugía general, Medicina interna, Pediatría y Gineco-obstetricia. El tercer nivel está compuesto por los hospitales de especialidad y alta especialidad, donde además se realiza docencia e investigación.

Durante la pandemia de COVID-19 los tres niveles de atención de salud en México se vieron afectados, en consecuencia, decidimos entrevistar a médicas y médicos de los tres niveles de atención de varios subsistemas de salud de la

Ciudad de México (SSA, ISSSTE e IMSS), que entendemos como una misma unidad de análisis pues se enfrentaron a los mismos desafíos desde el inicio de la pandemia.

Los informantes se buscaron por medio de la técnica de bola de nieve, los primeros tres contactos se identificaron a partir de colegas y amistades de los autores, estos nos refirieron con otros, y así sucesivamente. De 70 médicas y médicos a los que se invitó con un mensaje de WhatsApp 42 consintieron participar. Debido a las restricciones impuestas por la pandemia de COVID-19, las entrevistas fueron realizadas vía telefónica y se detuvieron al detectar saturación en la información obtenida.

Entre los informantes, 16 son residentes de Medicina Interna, Urgencias Médico-Quirúrgicas, Psiquiatría, Pediatría, Patología Clínica, Cirugía Oncológica y Dermatología; 16 son especialistas en Medicina Crítica, Urgencias Médico-Quirúrgicas, Oftalmología, Otorrinolaringología, Patología Clínica, Cirugía Cardioraxica, Urología, Pediatría y Ginecología; 9 son médicos/as familiares y uno era promotor de salud. 20 de las informantes eran mujeres y 22 hombres. El rango de edad es de 26 a 55 años, con una mediana de edad de 33.

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

Consideraciones éticas

En México, las investigaciones antropológicas no están obligadas a pasar por un Comité de Ética. En el mensaje de invitación por WhatsApp que se envió a los informantes se explicaron los detalles del proyecto (enfoque, métodos, herramientas), así como su derecho a la confidencialidad, a retirarse del estudio en cualquier momento y a recibir los resultados. En los testimonios de este artículo únicamente se incluye la especialidad del informante, sin datos de edad u hospital donde labora que puedan identificarlo. Tanto el trabajo de campo, como el uso de los datos recolectados se apegan a los lineamientos

de la Declaración de Helsinki: los informantes dieron su consentimiento informado para realizar la entrevista y autorizaron grabarla; en las transcripciones se usaron claves para identificarlos. Se garantizó su anonimato evitando registrar datos personales, borrando las conversaciones del celular con el que se realizó y se solicitó a los transcritores del proyecto eliminar los audios y los documentos de Word, que únicamente tiene el primer autor.

COVID-19, nuevos pacientes y un sistema de salud desfinanciado

Las y los informantes refieren que en los tres niveles de atención se redujeron significativamente los pacientes debido principalmente a la “estrategia de mitigación comunitaria” de la pandemia que suspendió las actividades consideradas no esenciales, entre las que se incluyó la atención médica de ciertos pacientes, como los crónicos. Esta estrategia nacional fue denominada Jornada Nacional de Sana Distancia y en el segundo y tercer nivel respondió a la necesidad de dar tiempo a la reconversión hospitalaria para priorizar la atención de los pacientes con COVID-19, previendo que una gran cantidad requeriría hospitalización¹⁵. Algunos fueron designados exclusivamente para la atención de pacientes COVID, y se denominaron hospitales COVID; otros mantuvieron un área especializada en COVID mientras las demás especialidades siguieron operando, y se denominaron hospitales híbridos.

De acuerdo con el Lineamiento de Reconversión Hospitalaria¹⁵, la reconversión consideró la reorganización de la consulta externa, estableciendo criterios para servicios que podrían suspenderse (como la rehabilitación o las consultas psicológicas grupales), los servicios que pueden posponerse y reprogramarse (como la consulta externa de especialidades para pacientes con enfermedades crónicas controladas), y los servicios que no podrían suspenderse (como partos, urgencias, hemodiálisis, quimioterapia, etc.). Los informantes explicaron que mantuvieron la atención de pacientes vulnerables en los mismos hospitales, y a otros los derivaron a otro hospital con capacidad resolutoria para intervenciones como las cirugías.

Jefe de urología – tercer nivel: *Cancelamos la consulta marzo-abril, comenzamos un poco en mayo, hemos priorizado población vulnerable con enfermedades como cáncer de próstata o de testículo. Otras enfermedades que no ponen en peligro la vida tratamos de redireccionar a algún hospital que nos esté apoyando.*

Otros factores que redujeron las consultas, en los tres niveles de atención, fueron los “permisos COVID”, que son licencias de trabajo para el personal de salud con factores de riesgo, y la reducción de los días laborables de los médicos.

Ginecóloga – primer nivel: *Ginecología no está dando consulta porque el médico es mayor de 68 años; la pediatra está yendo un día y ve pacientes respiratorios. El doctor que hace los ultrasonidos solo está haciendo ultrasonidos de embarazos de alto riesgo un día a la semana. Yo (colposcopista) trabajo dos días por semana (cirugías o cosas urgentes) y entrego resultados de papanicolaus y biopsias por teléfono. Psiquiatría trabaja dos días a la semana, urgencias y entrega de recetas. Y la doctora de medicina integrada va dos días.*

Estos procesos experimentados por los y las médicas se inscriben en condiciones estructurales del sistema público de salud. Las y los informantes se refieren a la desfinanciación histórica del sistema de salud que tiene implicaciones en el personal de salud y en los espacios en los que trabajan, por ejemplo, varios médicos deben compartir consultorio, o el consultorio es muy pequeño, además de la gran cantidad de pacientes que habitualmente atienden y las largas listas de espera para diversas intervenciones. Ante esta situación se redujo la consulta a los mínimos que garanticen la seguridad del médico y paciente, procurando la circulación de aire, el uso de equipo de protección y evitar personas en sala de espera, entre otras.

Inmunopediatra – tercer nivel: *Somos cinco médicos, es un consultorio grande, pero tiene divisiones para los cinco. Hemos procurado que esté lo mejor ventilado posible, afortunadamente el consultorio de alergia está ubicado en un sitio donde hay un flujo de aire y eso ayuda. Las consultas han sido escalonadas, no todos damos consulta al mismo tiempo, tratamos que haya la menor cantidad de personas en el mismo sitio.*

Jefe de calidad – tercer nivel: *La consulta externa abrió en agosto con 20% de los pacientes, alrededor de 150 consultas por día y todas escalonadas. Hace que no haya tantas personas en el hospital en un momento dado. Se busca evitar en lo posible que los pacientes se crucen.*

Esto implica rechazar a pacientes no citados, cuando anteriormente se les podía hacer un espacio. En el caso de los hospitales COVID implicó restringir la atención a solo pacientes prioritarios:

Jefe de urología – tercer nivel: *Nosotros mandamos un listado para la entrada principal y ya saben qué pacientes van a valorarse o se les va*

a dar un seguimiento; si no aparecen en esa lista pues no se les da la atención... para tratar de contener si hay un paciente con una probable infección por COVID.

La reducción de la consulta externa es percibida como preocupante en los de tercer nivel que no han recibido derivaciones del segundo nivel, generando un rezago de pacientes sin atención apropiada y oportuna.

Otorrinolaringóloga – tercer nivel: *La consulta programada ha disminuido bastante y la cirugía programada se ha suspendido, desde fines de marzo hasta el momento actual [julio de 2020].*

Oftalmólogo – tercer nivel: *Llevo tres meses sin operar. Solamente vemos pacientes de urgencia o prioritarios. No hay derivaciones del segundo nivel. El 80% del hospital está en atención a COVID.*

La disminución de los servicios de psiquiatría cobra relevancia al no considerarlos prioritarios, y reasignar a los psiquiatras a la atención del COVID. Esto también ocurrió en algunas unidades del primer nivel debido a la negativa del personal de salud mental a acudir a trabajar por miedo a infectarse. Además de rezagar la atención de los pacientes con problemas de salud mental previos, también impactó en la atención de las personas que debutaron con estos problemas a causa del encierro, la falta de trabajo o padecer COVID.

Residente de psiquiatría – tercer nivel: *En psiquiatría ya no veo pacientes, la consulta se cancela, vemos casos muy específicos y resurtimos recetas. Mi principal labor es el triage de COVID... no se puede dar el servicio a pacientes que ya veíamos, por ejemplo, trastornos depresivos o ansiosos...*

Pediatra – primer nivel: *Una psicóloga es muy importante que nos ayude en los acompañamientos psicológicos de las familias que han perdido seres queridos... y están en un plan de que no quieren trabajar, se quieren ir a casa.*

La iatrogenia pandémica desde el primer nivel de atención

El primer nivel de atención da seguimiento a pacientes crónicos, que solían visitar con regularidad los servicios. Uno de los procesos que produce descontento en los pacientes respecto a las consultas médicas, es que ya no están viendo a sus médicos de cabecera habituales, cambiando ciertas dinámicas, como la medicación.

Médico familiar – primer nivel: *Tengo pacientes que no son de mi consulta y yo tengo mi forma de dar consulta, no me gusta su tratamiento y no se los otorgo, se quejan de mí porque no les doy lo que les han dado por veinte años, me retraso en la*

consulta, interrumpen la consulta, es muy complicado.

En este nivel de atención la principal estrategia para evitar contagios es el espaciamiento entre consultas (de uno a tres meses). Esto se percibe como un problema que empeora por los pocos médicos disponibles, que los vuelve dispensadores de recetas sin exploración física.

Médico familiar – primer nivel: *El lunes hubo 150 pacientes que no tenían un consultorio asignado para consulta. Damos medicamentos por tres meses porque no tenemos abasto, no checamos, damos su medicamento y los enviamos a casa... no es lo mismo atender a 24 pacientes que a 62.*

A esto se suma la falta de estudios de laboratorio y las derivaciones al segundo nivel, lo cual para los entrevistados ocasionó pacientes “mal tratados”, refiriéndose principalmente a los que tienen padecimientos crónicos que no están recibiendo un seguimiento adecuado.

Médico familiar – primer nivel: *Hay dieciocho consultorios y solamente contamos con seis médicos, se ha vuelto excesivamente pesada la carga por los pacientes de unifila, mal tratados, multi-complicados, que desde que inició la pandemia no han visto a su médico familiar. No hemos podido pedir laboratorios, electrocardiogramas a segundo nivel. Tenemos pacientes muy enojados porque tienen complicaciones, no se les ha operado, o dado la rehabilitación y en quince minutos no les podemos brindar toda la atención.*

Derivaciones a los hospitales que no atienden COVID desde el segundo y tercer nivel de atención

La designación como hospitales COVID, que recayó en varios de los de alta de especialidad, implicó que estos derivaran a sus pacientes habituales prioritarios y a otros de urgencias a hospitales que no atienden COVID. Durante los meses con más casos de COVID los servicios se redujeron en un 80%. En los hospitales híbridos, cuando los casos disminuyeron, las consultas se retomaron a un máximo de 50%, según las experiencias relatadas por las y los participantes.

Jefa de laboratorio – tercer nivel: *Hubo una reducción de consulta externa muy importante y se hizo una redistribución. Se les da prioridad de las cirugías a las urgentes y se derivó a los pacientes a otros hospitales generales para continuar con sus tratamientos. Normalmente tengo 400 pacientes citados para laboratorio, en abril atendimos solamente a 80. Ahorita [julio 2020] solamente estamos teniendo 150-200.*

Los informantes han reportado que la saturación de los hospitales obligó a referir pacientes, sin la certeza de que encontrarán cama en otro hospital, lo que ha generado frustración en los médicos y enojo en los pacientes. Por otro lado, algunos hospitales de referencia no han recibido a pacientes derivados de hospitales COVID o híbridos, acorde a los protocolos establecidos, por la sospecha de que puedan tener COVID-19. Los informantes consideran esto como una forma de discriminación que genera muertes por desatención que podían haber sido evitadas atendiendo al paciente con el apropiado equipo de protección y otras medidas.

Médica internista – segundo nivel: *El fin de semana se queda un asistente, el director desde su casa nada más da indicaciones, dice “hagan las referencias o trasládenlos”; el asistente nos da la indicación, le digo a mi paciente que no hay camas y que se vaya referido donde tampoco hay camas.*

Residente de medicina interna – segundo nivel: *Hay un hospital de la red que se dedica a los casos de patología cardiovascular y es nuestro lugar de referencia. No han recibido ningún paciente que no esté confirmado que no tiene COVID. Ha habido pacientes con infarto que, por la sospecha de COVID, no se trataron y fallecieron. Es así en todas las especialidades. Yo he tenido unos cinco casos.*

Los procesos descritos en este apartado y en los anteriores visibilizan la articulación entre la dimensión cultural y estructural de la iatrogenia pandémica, a partir de la nueva cultura organizacional epidémica instituida para gestionar y mitigar el riesgo¹⁰, de las modalidades emergentes de construcción social e incorporación subjetiva del riesgo del personal de salud y de los pacientes, y de las condiciones materiales y relaciones sociales en el ámbito médico previas a la pandemia.

El miedo de los y las pacientes a adquirir COVID-19 y los cambios culturales en el acceso al centro de salud

Informantes de los tres niveles de atención coinciden en que también los pacientes experimentan procesos que inciden en la desatención, como el miedo a contagiarse de COVID-19 en los centros de salud. De igual forma, la práctica habitual de ser acompañado por varios familiares se prohibió con las restricciones en los ingresos a los centros de atención, lo cual se percibe como generador de conflictos entre personal de salud y usuarios.

Jefe de urología – tercer nivel: *En un inicio citábamos 10-12, pacientes, llegaba la mitad o*

una cuarta parte porque la gente seguía teniendo miedo. Les hablamos y “bueno, es que me dio miedo, pero ya voy a ir” y sigue pasando.

Médica familiar – primer nivel: *El filtro generó que la gente dejara de ir porque primero iba a ir a discutir con nosotros. Querían pasar 10-20 con sobrinos, hijos y todos se quedaban en la calle... poco a poco dejaron de ir.*

Estrategias para reducir la exclusión a la atención y el seguimiento de pacientes no COVID-19

Tres son las principales estrategias documentadas para evitar que los y las pacientes “no COVID”, y aquellos crónicos, no reciban atención médica: la receta resurtible, la consulta a distancia y la cuarentena de los pacientes. La primera es generalizada y las otras fueron referidas de forma puntual por ciertos informantes.

El propósito de la receta resurtible es espaciar las consultas sin dejar de recibir tratamiento.

Jefa de laboratorio – tercer nivel: *Se citaron a muchos pacientes para que se les diera medicamentos de tres, cuatro meses, y se hizo toda una reagenda de la consulta externa.*

Médica familiar – primer nivel: *El IMSS hizo el programa “Receta resurtible” desde hace años... y al mes estaba entre 2,000- 2,500 recetas... [Al comenzar la pandemia aumentó a] 20,000 el número de recetas... catastrófico el número, entre diabéticos, hipertensos, epilépticos... se le iba a entregar al familiar, al vecino, al amigo, una receta por tres meses... nos funcionó mucho, bajó la consulta, de 24 por día, a seis.*

La consulta a distancia ha sido reportada en varios centros de atención, tanto de primer nivel con pacientes crónicos y colposcopia; así como en ciertas especialidades del tercer nivel, como psiquiatría. En este último caso, si bien permite que se lleve a cabo la consulta, es percibida con limitaciones para una adecuada atención.

Residente de psiquiatría – tercer nivel: *Una consulta de una persona con otra no es recomendable. Nos ata de manos como servicio de psiquiatría el COVID. Se implementó un proyecto de videollamadas, o atención telefónica, que es muy bueno, pero deja mucho de lado lo que es una consulta en psiquiatría. Que el paciente sepa que estás ahí, ver sus expresiones, que él vea las tuyas, esta relación de médico-paciente importantísima en psiquiatría no se logra tan bien por teléfono o videollamada”.*

Médica familiar – primer nivel: *Empezamos a dar consulta virtual, fue una de las estrategias*

que más nos ha funcionado para no tener mucha afluencia de pacientes en la unidad.

La cuarentena para los pacientes fue una estrategia puntual documentada en un hospital de psiquiatría (no COVID ni híbrido), que consiste en habilitar un piso donde los pacientes de urgencias permanecen durante 14 días mientras se les hace una prueba y se descarta que tengan COVID-19. En caso de ser positivos a COVID y no presentar un cuadro moderado o grave, permanecen en esa área. Esta estrategia es posible por la exclusión de los pacientes crónicos no urgentes.

Residente de psiquiatría – tercer nivel: *Tenemos un triage y solo pasan aquellos que necesitan atención psiquiátrica inmediata [...]. hicieron un pasillo para pacientes que pueden tener síntomas y otro para los que no. No tenemos pacientes con COVID grave, pero sí que dentro del hospital empiezan a tener síntomas, y no los podemos trasladar, porque en los hospitales COVID solo reciben a pacientes graves, ni mandarlos a su casa, y los aislamos. Si no presentan síntomas, los bajan a otro piso; si llegan a presentar síntomas, ya se pasan a esa área especial.*

Discusión

El concepto de iatrogenia fue propuesto por Illich (1975) para señalar los efectos negativos a la salud de la práctica médica y del crecimiento y expansión de la biomedicina, que tienen un carácter estructural. La iatrogenia pandémica está articulada a la interacción de las condiciones estructurales y culturales del sistema de salud previas a la pandemia, con una nueva demanda masiva de priorización de la atención médica al COVID-19 inscrita en nuevas formas de gestión y producción del riesgo a la exposición y transmisión del virus. Como muestran las experiencias de los médicos de los tres niveles de atención, este tipo de iatrogenia afecta de manera masiva y sistémica principalmente a las personas que atienden o buscan atender condiciones crónicas de salud. Las narrativas de los informantes reflejan las condiciones estructurales previas a la pandemia que históricamente han dificultado una atención médica adecuada y oportuna y que se agudizan con la llegada del COVID-19 a partir de la falta de personal médico y de espacios adecuados en un nuevo contexto de riesgo a la transmisión intrahospitalaria y adquisición ocupacional del virus^{16,17}. La alta prevalencia de enfermedades crónicas en la población mexicana, y en el personal de salud, consideradas de riesgo para el desarrollo de un cuadro

grave de COVID-19, ha implicado una reducción de la atención en los tres niveles analizados. En un contexto de masificación de las consultas, los lineamientos de reconversión hospitalaria han implicado espaciar o anular consultas, no solo para priorizar a los pacientes COVID-19, sino para mitigar la transmisión comunitaria. Esto ha conllevado que, en México, durante 2020, 33% de la población total que recibió atención médica lo hizo en el sistema público y 67% en el sistema privado. Las consultas médicas en la Secretaría de Salud cayeron un 48.6%, en total 42.2 millones de consultas menos que en 2019. Por especialidades, salud mental 44.2% menos; enfermedades transmisibles 40.9% menos; crónicas degenerativas 38.5% menos y planificación familiar 34.6% menos. En 2020, 5 millones de personas más tuvieron que gastar por conceptos de salud. Este gasto de bolsillo (atención primaria, hospitalaria y medicamentos) se incrementó un 40%¹⁷. Al interior de los viejos factores estructurales, operan nuevas e inciertas representaciones y prácticas de las y los médicos que con frecuencia se enfrentan a no poder realizar una evaluación sobre el costo-beneficio de atender o no a ciertos pacientes no COVID, ante la potencial exposición de ellos y del personal de salud a una posible infección en el hospital, como señala Rosenbaum¹⁸.

Aunque la reducción de la atención de pacientes no COVID ha sido reportada en contextos del Norte Global como Inglaterra y Bélgica¹⁻³, su impacto en términos de sobremortalidad aún se desconoce. Estudios recientes¹⁹ indican que en 2020 México ocupó el tercer lugar en porcentaje de exceso de mortalidad entre los países con información disponible con 45.1%, después de Perú (66.7%) y Ecuador (61.8%) y el exceso de mortalidad ha sido prolongado en comparación con otros países. Esto podría deberse a las condiciones socioeconómicas y a la alta prevalencia de comorbilidades que aumentan el riesgo de morir en la población mexicana¹⁹. Un ejemplo de ello es que el grupo más afectado ha sido el de 45 a 64 años (63.9%, de exceso de mortalidad), lo que difiere con otros países europeos en donde fue el de 65 años o más¹⁹. En la Ciudad de México se ha presentado un exceso de mortalidad de 74.4% en el año 2020. El 23.1% puede estar asociado con las condiciones que ha causado la pandemia, tales como la dificultad en el acceso a la atención oportuna de otros padecimientos o el temor de la población para asistir a las instalaciones e infectarse de COVID-19¹⁹. Desafortunadamente, desconocemos su impacto por grupos socioeconómicos y étnicos de la población.

Uno de los factores estructurales que incide en la *iatrogenia pandémica* respecto al control de los pacientes crónicos es la mayor o menor fortaleza del primer nivel de atención. En México la debilidad del primer nivel de atención es histórica, no obstante, esta problemática también se ha visibilizado en países europeos, evidenciando las carencias de los sistemas altamente privatizados, por ejemplo, con coaseguros como en Bélgica, que dificultan una cobertura universal para el control de ciertos pacientes crónicos, antes y durante el COVID-19². Las problemáticas referidas por las y los entrevistados respecto al descontento de las y los pacientes y a su inadecuada atención y seguimiento, aportan cualitativamente a los escasos estudios existentes²⁰ respecto a la adaptación, con la llegada del COVID-19, del primer nivel a la atención crónica.

La presión en la capacidad de atención de los hospitales y la política de reconversión hospitalaria ha tenido efectos iatrogénicos de tipo estructural¹¹ y cultural en la posibilidad de atención y derivación adecuada a otros hospitales, a partir de la mediación de una nueva percepción y gestión del riesgo ocasionada por la pandemia. A las derivaciones inadecuadas, se articulan los procesos de desatención provocados por el estigma ante la sospecha de COVID¹⁶.

En la iatrogenia pandémica contribuyen también las representaciones sociales y prácticas de los pacientes y sus redes de apoyo en interacción con los cambios culturales en el acceso al sistema de salud. La cancelación de las consultas por el miedo de los y las pacientes a infectarse de COVID-19 también ha sido documentada en otros contextos², así como la importancia cultural de ser acompañados por familiares al centro de salud²¹. Cabe señalar que el acompañamiento también es incentivado por el Estado al subrogar el cuidado en las redes de apoyo de los pacientes cuando lo requiere para minimizar gastos²², evidenciando la necesidad de alternativas en el contexto de la pandemia.

Las estrategias del sector salud se han focalizado en la atención del COVID-19, como fue el aumento del personal médico, la reconversión hospitalaria o algunas experiencias de telemedicina enfocadas a la comunicación con los familiares de los pacientes COVID-19^{15,23}.

Las principales estrategias “no COVID” del sector salud estuvieron dirigidas exclusivamente a los casos de atención prioritaria y a las urgencias. Las estrategias documentadas en nuestra investigación son puntuales, y coinciden con otras publicadas, como el uso de telemedicina en el

primer nivel de atención de la Ciudad de México dirigida a personas con diabetes²⁴. La receta resurtible fue la única excepción al implementarse en los tres niveles de atención para todos los pacientes crónicos, estrategia que existe desde hace 7 años y se reforzó con la pandemia al considerar su atención como reprogramable¹⁵.

Las consultas de telemedicina son referidas como satisfactorias, cuando se trata de proporcionar resultados de laboratorio, sin embargo, la experiencia cambia en la atención en salud mental, implicando limitaciones para la relación terapéutica tal y como han señalado algunos estudios, previos al COVID en otros contextos²⁵. Son necesarias más investigaciones al respecto teniendo en cuenta brechas tecnológicas y determinantes específicos de la salud en ciertas poblaciones²⁴.

Si la separación de espacios, en hospitales híbridos y COVID, para la mitigación del riesgo de infección es percibida como poco eficaz⁹, los espacios de cuarentena son referidos como experiencias exitosas, aunque no exentas de desafíos ante una posible transmisión como se documenta en el contexto español²⁶. Esta estrategia, en México, se deriva de un lineamiento sobre los hospitales psiquiátricos²⁷ que no deben interrumpir su atención, teniendo en cuenta que la atención a la salud mental se concentra en ellos. La estrategia se articula con la iatrogenia cuando para poder atender a los casos urgentes y mitigar la transmisión del virus, en hospitales públicos históricamente desfinanciados y saturados de pacientes, es necesario aprovechar los espacios liberados por la exclusión de aquellos crónicos a los que se pretende proteger.

En México, la reconversión hospitalaria fue planeada para dar una respuesta coyuntural en un periodo de tiempo acotado; sin embargo, se extendió por más de un año²⁸, ya que la curva de incidencia del COVID ha sido casi constante en el país¹⁹, pero también a que las respuestas siguen centrándose en atender a corto plazo a las personas y números de la pandemia, mediáticamente más visibles que los pacientes crónicos y las urgencias históricamente desatendidas.

Consideraciones finales

La *iatrogenia pandémica* es un proceso novedoso por su dimensión global, masiva y sistémica que ha puesto en jaque a los sistemas públicos de salud mundiales, visibilizando sus contradicciones. En el caso mexicano, a partir de sus especificidades recomendamos lo siguiente:

a) Implementar un modelo de atención a las enfermedades crónicas efectivo y que permita una rápida y adecuada adaptación ante presentes y futuras pandemias. b) El aumento del gasto en salud, a nivel material, formativo y de personal, así como el fortalecimiento de los tres niveles de atención. c) El aprendizaje de las experiencias de mitigación exitosas y el incentivo financiero para su adecuada replicación, como por ejemplo la telemedicina o los espacios clínicos para cuarentena en hospitales no segregados. d) Fomentar buenas prácticas culturales de mitigación y comunicación del riesgo para afrontar el miedo

y desapego de los pacientes a las consultas médicas. e) Generar más conocimiento etnográfico y cuantitativo sobre los procesos que producen la *iatrogenia pandémica* y sus diversas consecuencias, en otros contextos de México y de América Latina con datos cualitativos y cuantitativos desagregados por género, edad, etnia, condición de ciudadanía y estrato económico. f) Es importante que se incentive una *memoria iatrogénica* que permita aprender de los procesos de iatrogenia previos y durante las pandemias para evitar escenarios futuros análogos.

Colaboradores

Tanto RM Martínez como RGC Gómez contribuyeron a la concepción, delineación, análisis e interpretación de los datos, la redacción del artículo y la aprobación de la versión final.

Financiación

Financiada por el fondo de CONACYT: “Apoyo para la investigación científica, el desarrollo tecnológico y la innovación en salud ante el COVID-19”.

Referencias

1. Danhieux K, Buffel V, Pairen A, Benkheil A, Remmen R, Wouters E, Olmen J. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Fam Pract* 2020; 21(1):255.
2. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* 2020; 10(6):e039674.
3. Bennett P, Noble S, Johnston S, Jones D, Hunter R. COVID-19 confessions: a qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19. *BMJ Open* 2020; 10(12):e043949.
4. Kumpunen S, Webb E, Permanand G, Zheleznyaknov E, Edwards N, Ginneken E, Jakab M. Transformations in the landscape of primary health care during Covid-19: themes from the European region. *Health Policy* 2022; 126(5):391-397.
5. Bautista-González E, Werner-Sunderland J, Pérez-Duarte P, Esquinca-Enríquez-de-la-Fuente CJ, Bautista-Reyes D, Maciel-Gutiérrez MF, Murguía-Arechiga I, Vindrola-Padros C, Urbina-Fuentes M. Health-care guidelines and policies during the COVID-19 pandemic in Mexico: a case of health-inequalities. *Health Policy OPEN* 2021, 2:100025.
6. Turner VW. *On the edge of the bush: anthropology as experience*. Tucson: The University of Arizona Press; 1985.

7. Mata GC, Moreno AB. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(48):9-22.
8. Illich I. *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral; 1975.
9. Muñoz-Martínez R, Cortez-Gómez RG. La producción de la cultura organizacional epidémica en la atención al Covid-19: una aproximación antropológica a los hospitales de la Ciudad de México. *Rev Esc Antropol* 2021; 18. DOI: 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.144.
10. Muñoz-Martínez R. Risk, Covid-19 and hospital care in Mexico City: are we moving toward a new medical practice? *Noesis* 2022; 31(61):26-46.
11. Stonington S, Coffa D. Structural iatrogenesis – a 43-year-old man with “opioid misuse”. *N Engl J Med* 2019; 380(8):701-704.
12. Douglas M. *Risk acceptability according to the social sciences*. London: Russell Sage Foundation; 1986.
13. Lupton D. *Risk*. Routledge: London/New York; 1999.
14. Strauss AL, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
15. Gobierno de México. Lineamiento de reconversión hospitalaria, Versión 05 de abril de 2020 [Internet]. [acceso 2021 set 10]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf
16. Muñoz-Martínez R. Covid-19 and social stigma in hospitals: a new epidemic of signification? *Med Anthropol* 2021; 40(7):667-681.
17. CIEP: Centro de Investigación Económica Presupuestaria. Interrupción de los servicios de salud por COVID-19 [Internet]. [acceso 2021 set 15]. Disponible en: <https://ciep.mx/interrupcion-de-los-servicios-de-salud-por-covid-19/>
18. Rosenbaum L. The untold toll – the pandemic’s effects on patients without COVID-19. *N Engl J Med* 2020; 382(24):2368-2371.
19. Palacio-Mejía LS, Wheatley-Fernández JL, Ordoñez-Hernández I, López-Ridaura R, López-Gatell-Ramírez H, Hernández-Ávila M, Hernández-Ávila JE. Estimación del exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia del Covid-19 en México. *Salud Pública Mex* 2021; 63(2):211-224.
20. Baird B. How has general practice responded to the Covid-19 (coronavirus) outbreak? The Kings Fund [Internet]. [acceso 2021 set 5]. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2020/04/covid-19-general-practice>
21. Hamui-Sutton A, Ramírez-de la Roche OF, Aguirre-Hernández R, Fuentes-García R, Díaz-Villanueva A, Gómez-Lamont DS. La experiencia de los acompañantes en su trayectoria por las unidades hospitalarias durante un evento de atención médica: un acercamiento cualitativo. *An Med (Mex)* 2013; 58(1):26-36.
22. Muñoz-Martínez R. *Pueblos indígenas ante la epidemia del sida: políticas, culturas y prácticas de la salud en Chiapas y en Oaxaca*. México: La Casa Chata (en prensa).
23. Sevilla-Fuentes S, Hernández-Medel ML. Telemedicina y humanización de la atención médica en la pandemia Covid-19. *Salud Pública Mex* 2020; 62(5):459-461.
24. Silva-Tinoco R, Torre-Saldaña V. La imperiosa necesidad de telemedicina en la atención de diabetes durante la pandemia de COVID-19. Un estudio de abordaje integral. *Gac Med Mex* 2021; 157(3):323-326.
25. González-Peña P, Torres R, Barrio VD, Olmedo M. Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clin Salud* 2017; 28(2):81-91.
26. Ríos-Domínguez M. Hibridaciones. In: Evangelidou S, Martínez-Hernández A, editores. *RESET – Reflexiones antropológicas ante la pandemia de Covid-19*. Tarragona: URV Publicacions; 2003. p. 51-62.
27. Gobierno de México. Lineamientos generales para la mitigación y la prevención de COVID-19 en los hospitales psiquiátricos [Internet]. [acceso 2021 set 10]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/Lineamientos_generales_mitigacion_prevencion_COVID-19_hospitales_psiquiatricos.pdf
28. Santiago D. 4 hospitales de la CDMX avanzan en la desconversión tras el COVID-19 [Internet]. *Expansión* 2021; 25 mayo. [acceso 2021 set 10]. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/cdmx/2021/05/25/4-hospitales-de-la-cdmx-avanzan-en-la-desconversion-tras-el-covid-19>

Artículo presentado en 04/05/2022

Aprobado en 12/07/2022

Versión final presentada en 14/07/2022

Editores jefes: Romeu Gomes, António Augusto Moura da Silva