

# UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de  
Validez Oficial por Decreto Presidencial  
Del 3 de abril de 1981



**“Cuerpos y espacios:  
una aproximación antropológica a la COVID-19  
en México (marzo 2020-enero 2021)”**

**TESIS**

**Que para obtener el grado de  
MAESTRA**

**P r e s e n t a**

**ALEJANDRA SUMANO GOTÓO**

**Directora: DRA. MARTHA ARELI RAMÍREZ SÁNCHEZ**

**Lectores: DR. ROGER MAGAZINE NEMHAUSER**

**DR. EMILIANO ZOLLA MÁRQUEZ**

**CDMX, 23 de septiembre del 2021**



*Put concisely, doing anthropology means  
comparing anthropologies,  
nothing more—but nothing less.  
–Viveiros de Castro*

*So that you understand that just because  
you see something , it doesn't mean to say  
it's there. And if you don't see something,  
it doesn't mean to say it's not there.  
It's only what your senses bring  
to your attention.  
–Douglas Adams*



# Índice

<b>Agradecimientos</b>	<b>9</b>
<b>Introducción</b>	<b>11</b>
Preguntas de investigación	12
Objetivo	13
Metodología	13
Técnicas	16
Justificación	17
Consideraciones éticas	18
Planteamiento del problema	19
Retos	20
Límites	23
Ordenamiento	23
Presentación de resultados	24
Alcances	27
Conclusiones preliminares	28
<b>Capítulo 1. Textos dentro contextos: de antropologías y medicinas</b>	<b>29</b>
Del yo antropológico, al yo creador	30
Catalizador de ideas: COVID-19	34
Sobre la profesión médica	35
Etiología y cronología de la COVID-19	40

México como diálogo entre realidades	41
Sobre la modernidad	44
Conclusiones preliminares	46
<b>Capítulo 2. Similitud de aproximación a otras epidemias en la historia</b>	<b>48</b>
¿Qué es una pandemia?	49
Diarreas y vómitos	52
Falta de aire y fiebre	56
Sobrerreacción y crítica	60
La pandemia en México	62
Conclusiones preliminares	65
<b>Capítulo 3. La COVID-19 para el personal de salud: focalización interna</b>	<b>68</b>
Tabula rasa: profesión y conocimientos	69
Solos o acompañados: problemas emergentes	76
Cuerpos: sensaciones, estímulos y aproximaciones	80
Conclusiones preliminares	85
<b>Capítulo 4. Historias particulares: focalización cero</b>	<b>88</b>
Raúl	90
Especialización	91
Aldara	95
Psique	99
Pilar	102
Autocuidado	104
Conclusiones preliminares	106
<b>Capítulo 5. Pervivencia: los problemas de una pandemia que no ha terminado</b>	<b>108</b>
Hiatos modernos	109
Vacunación, perspectiva biomédica	110
Perspectiva no biomédica	115
Resolución o continuidad	119
Conclusiones preliminares	125
<b>Conclusiones</b>	<b>128</b>
De mis afectos	129

Del método: aciertos y desaciertos	130
De los capítulos y los descubrimientos	134
<b>Bibliografía</b>	<b>142</b>
Introducción	142
Capítulo 1	143
Capítulo 2	145
Capítulo 3	147
Capítulo 4	149
Capítulo 5	150
Conclusiones	152
<b>Anexos</b>	<b>154</b>
Anexo 1: Glosario	154
Anexo 2: Participantes cercanos	156
Anexo 3: Encuestas realizadas	158
Anexo 4: Google Sheets	160



## Agradecimientos

Primero que nada quiero dedicar esta tesis a todos los médicos, enfermeras, terapeutas, y el resto del personal de salud. Que nos sirva como recordatorio del exhaustivo trabajo que han realizado durante los últimos meses, del trabajo que siguen realizando diariamente y del reto que aún se vislumbra. No quiero dedicar esta tesis a los muertos, sino a los vivos. A ustedes que diariamente siguen poniendo todo de su ser para lograr que los pacientes mejoren o por lo menos, tengan muertes más humanas. Desde lo profundo de mi corazón quiero agradecerles por cada momento que se tomaron, por cada palabra que formó conversaciones y las experiencias que hemos tenido juntos. Gracias por colaborar para crear conocimiento. Sin ustedes, esta tesis no hubiera sido posible.

He leído que escribir una tesis es una labor muy solitaria, que escribir en sí es una empresa individual y bastante grande. Me atrevo a diferir. Esta tesis no fue escrita más que por este par de manos y por esta mente, pero a la vez ha sido mucho más. Es muestra del apoyo que he tenido durante años de mis hermanos y mi madre, su amor y cariño me han impulsado a lograr lo que quiero y sus éxitos me han motivado a tener los propios.

Además, no hubiera sido posible sin el apoyo de CONACyT, que activamente impulsa el desarrollo científico mexicano. Asimismo la Universidad Iberoamericana ha sido un excelente lugar para realizar mis estudios y desarrollar mis ideas, a cada uno de los que la conforman, gracias. Este texto es muestra también del maravilloso trabajo de mi asesora, la Dra. Areli Ramírez, quien con paciencia y fortuna escuchó mis desvaríos y los encauzó a una investigación de esta índole. Su acompañamiento ha sido pilar fundamental para este trabajo.

En ese sentido, mi texto está en deuda con mis profesores, Dr. Roger Magazine, quien me mostró que la antropología había sido algo que a veces repite más de lo que le gusta admitir, que me mostró los problemas de enunciación y las distinciones que se han pretendido sostener entre unos y Otros, que con cada clase me hizo cuestionarme los presupuestos que me habitan. Dr. Emiliano Zolla, quien me mostró que la antropología es ciencia, pero es también filosofía y quizá tiene algo de arte, cada discusión académica ha sido fructífera y estimulante para el intelecto. Dr. David Robichaux, quien me mostró que la vida es mucho más que las cotidianidades, pero que sin ellas no podríamos narrar a fondo una entrada etnográfica. Dr. Yerko Castro, quien me mostró que no hay momento en el que pueda haber leído suficiente pero algunas veces hace falta detenerse a reflexionar. Dra. Carmen Bueno que me permitió explorar la antropología económica y los impactos sociales que puede llegar a tener. Dr. Alejandro Agudo, quien con rigor académico comentó cada uno de mis ensayos. A cada uno de ustedes, gracias.

Finalmente quiero agradecer también a mis colegas con las que me he formado, mujeres con mentes brillantes. Confío en encontrarnos en futuras investigaciones y proyectos. A la futura Mtra. Paola Miranda, a la futura Dra. Celeste Morales, a la futura Dra. Liliana Vega, y tantas otras. A ustedes, gracias. Un agradecimiento especial al Dr. Rogelio Guerrero y al Dr. Abraham Aguirre, esto no hubiera sido posible sin su apoyo durante los procesos formativos del posgrado, sus lecturas han sido siempre afortunadas y puntuales.

A cada uno de ustedes, por creer en mí, gracias

## Introducción

Esta tesis es una exploración y documentación de lo que sucedió con los médicos, enfermeras, terapeutas y el resto del personal de salud de primera línea frente a la pandemia por el nuevo coronavirus.<sup>1</sup> La emergencia sanitaria originada en China, pronto alcanzó cada uno de los territorios del mundo, así en marzo del 2020 fueron confirmados los primeros casos de COVID-19 en México y a partir de ese mes comenzó la constante labor del personal de sanidad de primera línea de contacto. Mi foco de interés fue la cotidianidad que los médicos, enfermeras, terapeutas y personal de salud enfrentó con respecto a esta situación mundial atípica. Realicé trabajo de campo durante los meses de abril 2020 a enero 2021, en ciertos momentos estuve más involucrada en lo que sucedía con los participantes y en otros momentos necesité tomar un poco de distancia. Este texto es una etnografía multisituada que tomó como fuente de información las experiencias de personal de salud de varios hospitales de la república mexicana, tales como el Estado de México, Quintana Roo, Durango, Jalisco, Chihuahua, Coahuila, Guerrero, Puebla, Nuevo León y Veracruz, entre otros que tuvieron menor representación en el número de participantes.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Primera línea se refiere a aquellos que deben estar en contacto directo con pacientes con la enfermedad causada por el SARS CoV-2, como se verá más adelante, la división parece ficcional.

<sup>2</sup> Los estados están ordenados de mayor a menor número de participantes. Hubo quienes colaboraron desde otros estados distintos a estos, por ejemplo 3 participantes desde Oaxaca, 3 desde Morelos, 3 desde Tamaulipas, 2 desde Guanajuato, 2 desde Yucatán, 2 de Zacatecas y 1 desde Querétaro, entre otros.

De las casi 400 personas del área de salud que aceptaron participar en mi investigación, el 58% laboraron en la Ciudad de México, de los cuales alrededor de 180 se desempeñan profesionalmente en uno de los hospitales públicos más grandes e importantes de la misma.<sup>3</sup> Este hospital ha sido clasificado como hospital COVID, es decir, una institución médica adaptada para recibir pacientes con esta enfermedad, desde inicios de la pandemia, en marzo, y actualmente sigue en esta labor de manera interrumpida.<sup>4</sup> Otros participantes se desenvuelven en clínicas y hospitales más pequeños, en la Ciudad de México o en el interior de la república, la mayoría públicos (51.9%) y algunos privados (30.2%). Cada uno de ellos ha compartido el reto que representa atender pacientes con la enfermedad causada por el nuevo coronavirus. Además, el 13.6% de los participantes reportó laborar en el sector público y en el sector privado de forma simultánea, su base eran hospitales públicos pero también atendían pacientes de forma privada. Finalmente, también incluí un apartado con la percepción de la población en general sobre el personal de salud, esto como resultado de una encuesta lanzada con la técnica por bola de nieve a todo aquel que estuviera dispuesto a brindar unos minutos para la investigación, cualquiera que no tuviera entrenamiento médico.<sup>5</sup>

## **Preguntas de investigación**

Para guiar mi investigación las preguntas que mantuve en mente fueron generadas a la par del trabajo de campo. La naturaleza del fenómeno estudiado me condujo a hacerlo de esa forma. Las preguntas principales son las siguientes: ¿De qué formas la pandemia por COVID-19 permitió ver los encuentros y desencuentros de la modernidad en los cuerpos y mentes de los sujetos biomédicos?, ¿de qué manera los cuerpos y mentes de sujetos biomédicos en contextos de pandemia por COVID-19 dejan ver la multi-

---

<sup>3</sup> Aunque se recolectó información respecto a su lugar de trabajo, algunos datos muy específicos han sido mantenidos de manera ambigua para proteger la confidencialidad.

<sup>4</sup> Algunos de los participantes también laboraron en el centro de convenciones Banamex, lugar que se adaptó para atender pacientes COVID-19 y contó con apoyo de empresas y fundaciones, tales como Walmart México y Centroamérica, Bimbo, Fundación Alfredo Harp Helú, Fundación Coca-Cola México, Fundación Carlos Slim, Femsa, Barcel, HSBC, Citibanamex y Coppel, entre otras.

<sup>5</sup> Respecto a las limitantes en relación a la participación en las encuestas se discutirá un poco más adelante.

plicidad de la modernidad?, ¿de qué manera los cuerpos y mentes de los sujetos biomédicos modernos en contextos de pandemia por COVID-19 operativizan las ideas de la modernidad? y finalmente, ¿de qué manera la idea de modernidad como un acto totalizador se enfrenta al contexto de la pandemia COVID-19 en realidades locales?

## **Objetivo**

Mi objetivo es explorar lo acontecido en México durante los meses de marzo 2020 a enero 2021, desde el punto de vista de los médicos, enfermeras y personal de salud, quienes fueron primera línea de contacto ante la enfermedad, sus estragos y su persistencia, para evidenciar de qué manera los cuerpos y las mentes de los sujetos médicos dejan ver los encuentros y desencuentros de la modernidad.

## **Metodología**

Hice uso de una metodología cualitativa y cuantitativa para un estudio longitudinal con triangulación múltiple (de datos y metodológica). Por una parte utilicé al mismo grupo de estudio en distintas ocasiones y por otra revisé variables independientes con grupos distintos, es decir, pregunté y trabajé con médicos en varias ocasiones y a la vez pregunté a población que no cuenta con estudios profesionales en el ámbito de la salud sobre el fenómeno que guía la investigación. Recopilar información desde distintas fuentes permite enriquecer el proceso de investigación y permite obtener resultados más relevantes y confiables. Opté por esta perspectiva metodológica debido a la complejidad de las ciencias antropológicas y sus múltiples niveles de análisis.

Conuerdo con el argumento Roy Wagner, en su idea de que describir una cultura quizá es más una invención que un descubrimiento. (Wager 1981: 19) Traté de poner atención en mis supuestos y detenerme ante ellos para que la investigación fuera lo más objetiva posible y no estuviera tan influida por mis presupuestos personales. Pero también me encuentro de acuerdo con la idea de Manuel Amezcu, tanto el investigador como los sujetos investigados se influyen mutuamente. (Amezcu 2000: 31) Realicé etnografía y, en la medida de lo posible, observación participante, aunque se discutirá un poco más adelante de qué manera por el gran reto de no poder ir físicamente a los hospitales y clínicas donde estaban los participantes. Puse especial intención en desarrollar cierta sensibilidad etnográfica para ser

cuidadosa para escuchar los testimonios, eso que se decía y eso que se quedaba entre líneas pero dejaba ver una realidad sustancial de los sujetos biomédicos. De acuerdo con Carole McGranahan indagar sobre los significados es en sí realizar un método etnográfico y yo he estado profundamente interesada en qué ha sido la COVID-19 para los sujetos que han participado en esta investigación. (McGranahan 2018: 5) Además de la cuestión ya problematizada por algunas antropólogas médicas, como la no universalidad de la biomedicina, los hospitales como ejemplos de discursos biomédicos pero no como epítomes y la observación participativa como oxímoron en el contexto hospitalario. (Van der Geest 2004: 1995-1998)

En cuatro momentos, utilicé encuestas realizadas en Google Forms, estas fueron acompañadas de entrevistas no estructuradas y conversaciones que se repitieron de manera regular.<sup>6</sup> Por medio de los cuestionarios obtuve pautas de qué sería clave investigar a fondo. Mientras que las entrevistas no estructuradas y conversaciones cotidianas me permitieron trazar una imágenes de los días de los participantes. Tuve en mente la idea de crear un ambiente propicio para el intercambio de información de manera cotidiana, a veces eran horas en las que no respondían mis mensajes de Whatsapp. A veces estaban atendiendo pacientes de urgencias, a veces solo se habían quedado dormidos después de una guardia de 24 horas. Tuve comunicación de esta índole con 12 médicos, de diversas especialidades, seis mujeres y seis hombres, en un rango de edad de 30-45 años, que rotaban entre urgencias y salas de los hospitales públicos. Dos enfermeras, un hombre y una mujer, ambos en hospitales públicos de la Ciudad de México y enfocados solo en el área de urgencias.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Google Forms es un software de organización y gestión de información. Su proveedor Google lo ofrece de manera gratuita para la recolección y el análisis de datos. Se pueden obtener datos como respuestas cortas, respuestas largas, ambas de texto, fechas y números, por ejemplo, para determinar la edad o los años de experiencia en determinado puesto laboral. Una vez realizada la encuesta se crea un enlace que se puede enviar por correo, Whatsapp, Facebook o Instagram, entre otros, para que quien de clic pueda contestar la encuesta desde cualquier dispositivo con conexión a internet, ya sea WiFi o datos móviles. Una vez que la persona termina de responder da clic en el botón Finalizar y automáticamente las respuestas son recibidas por el creador de la encuesta. El software permite que varios usuarios contesten simultáneamente, además de que no requiere del ingreso de una cuenta de Google para responder.

<sup>7</sup> Considero que las conversaciones cotidianas fueron en extremo provechosas para la investigación puesto que además de formar una idea más precisa de su día a día, me permitió clarificar las dudas que tenía respecto a algunos procedimientos y equipo médico dentro de los hospitales.

El 24 de abril del 2020 lancé mi primer encuesta digital a todo aquel parte del personal médico u hospitalario.<sup>8</sup> Me interesaba saber algunas cosas que me ayudarían a guiar mejor mi investigación, quiénes eran, cuáles eran sus áreas de trabajo, cuánto tiempo tenían de experiencia, cuándo supieron del COVID-19, qué era esta enfermedad de acuerdo con ellos. En ese momento obtuve 111 respuestas, de las cuales todos accedieron a participar excepto una persona.<sup>9</sup> Esta encuesta fue lanzada tan pronto como logre formular preguntas exploratorias ante el fenómeno a estudiar.

La segunda encuesta la lancé el 12 de junio del 2020. Mi foco de atención fue explorar de qué manera vivía el personal de primera línea, cómo se aproximaban a su nueva realidad, desde sus cuerpos y espacios. Esta encuesta fue contestada por 88 personas, algunos de los participantes de la primera encuesta accedieron a contestar la segunda, otros no lo hicieron ya fuera por el tiempo que implicaba contestar o por otras razones. Es importante aclarar que durante junio muchos de ellos estaban dedicados a áreas COVID de forma periódica y su tiempo libre era escaso. Esta encuesta fue lanzada cuando la pandemia y su cotidianidad ya se había establecido en todo el país, es decir, una vez que se había vivido la Jornada Nacional de Sana distancia, del 23 de marzo al 30 de abril, y cuando comenzaba a plantearse la idea de la reapertura escalonada en ciertos lugares del país donde la cantidad de contagios oficiales parecían estar bajo control.

La última encuesta para el personal de salud fue lanzada el 21 de enero del 2021, contenía preguntas que fueron derivadas de los primeros dos hiatos de investigación. Me interesaba sobre todo saber cómo era la relación de los médicos, enfermeras y otro personal de salud respecto a su cuerpo y mente. Era posible que alguno ya se hubiera contagiado de COVID-19, tenía un par de participantes que había reportado estar enfermos por medio de comunicación personal. Las preguntas querían saber sobre sus cuerpos y salud física, sobre sus mentes y salud emocional y sobre sus percepciones hacia la vacuna, que indicaba un momento importante para los discursos modernos de salud y enfermedad. Esta encuesta fue lanzada a un mes de que la vacuna llegara al territorio nacional, me interesaba explorar cuántos participantes habían recibido la vacuna y cómo se sentían con respecto a esta.<sup>10</sup> Esta encuesta fue contestada

---

<sup>8</sup> En este momento de la investigación recolecté respuestas también del personal administrativo y del personal de limpieza, fue más adelante que decidí solo centrarme en el personal de salud, puesto que encontré más personas interesadas en colaborar.

<sup>9</sup> Esta y las encuestas posteriores se llevaron a cabo bajo el muestreo de bola de nieve.

<sup>10</sup> Las primeras dosis de la vacuna Pfizer fueron aplicadas el 24 de diciembre del 2020 en Ciudad de México. Fue hasta

por 250 personas, algunos de los participantes de las encuestas anteriores accedieron a contestar y a la vez invitaron a más personal de salud a participar.

En tres momentos pude ver a algunos de los médicos con los que había tenido comunicación digital y telefónica. Fueron circunstancias particulares en las que los riesgos para la salud fueron controlados lo más posible. En estas ocasiones pude verlos y notar que algunas veces las palabras son insuficientes, sus cuerpos presentaban también parte de la narrativa. Una de ellas había perdido por lo menos 12 kg, otro se notaba muy nervioso, se movía de un lugar para otro y repetía mis preguntas antes de dar respuestas incompletas o comenzar otro tema de conversación.

Finalmente, lancé también una encuesta a personas sin profesionalización médica para explorar cuál era su percepción ante la pandemia y ante la labor que los médicos, enfermeras, terapeutas y personal de salud realizaban. El 23 de julio del 2020 lancé esta encuesta. Me interesaba explorar principalmente de qué manera se habían relacionado con la nueva enfermedad, dónde habían obtenido la información, qué era para ellos la COVID-19, cómo se transmitía, qué medidas de protección utilizaban y finalmente, cómo percibían a los médicos, enfermeras y personal de salud. Esta encuesta estuvo abierta para el público en general, es decir, cualquier persona que estuviera interesada en participar en la investigación. Esta encuesta fue contestada por 94 personas, se obtuvieron respuestas de Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca y Veracruz. El 44% de los participantes se encontraron en Ciudad de México y la zona metropolitana.

## **Técnicas**

Principalmente utilicé el método inductivo, en el que lo particular de las situaciones que me eran narradas podía funcionar para reconstruir la imagen más grande de lo que estaba sucediendo en las salas de hospitales del país.

Para llevar un registro de la información que obtenía utilicé un diario de campo parcialmente físico, parcialmente virtual. Hice notas a mano en las que utilicé códigos de color para determinar qué parte de lo registrado era sobre el cuerpo, qué parte versaba sobre la mente y qué parte me inspiraría para

---

febrero que comenzaron a llegar vacunas de otros laboratorios, por lo que toda la información recabada para esta investigación se refiere a la vacuna sintetizada por Pfizer.

conseguiríamos información. Pronto caí en cuenta que necesitaría escribir demasiado o muy rápido, y que tenía herramientas tecnológicas disponibles en todo momento, así entonces comencé a hacer notas de voz a modo de diario, en el celular, y también hice uso del dictado de voz de Google Docs para realizar anotaciones en la computadora. Además utilicé Google Sheets para crear una hoja de cálculo en la que registraría todas las lecturas realizadas, de esta forma podría localizar información importante para el momento de citar la bibliografía y refrescar la memoria de los textos leídos. Mientras que en Google Docs tenía un archivo para las fichas bibliográficas, con breve resumen y notas, en Google Sheets tenía el catálogo para poder localizarlas de una manera más veloz.

## Justificación

A inicios de mi maestría pensaba realizar mi investigación en San Juan Chamula, centrándose en las formas de concebir la realidad desde los habitantes del lugar y realizando un diálogo con las formas hegemónicas occidentales. Durante el segundo semestre de mis estudios estaba convencida aún de querer realizar mi trabajo en el área de los Altos de Chiapas pero reconocía los retos que implicaría adentrarme a la comunidad de San Juan Chamula y quizá lo imposible que se vislumbra el trabajo de campo. A inicios del 2020 sabía que estudiaría las formas artísticas de los Altos de Chiapas, tomando como punto de partida el Centro de Lengua, Arte y Literatura Indígena (CELALI), como institución ordenadora y organizadora de eventos culturales y realidades sociales. Quería sobre todo analizar las formas en las que el CELALI otorgaba legitimidad a los saberes tradicionales y cómo se posicionaba con relación a los conocimientos occidentales hegemónicos. Mi interés estaba fuertemente influenciado por mi formación previa, los estudios de la literatura creada en los Altos de Chiapas dialogaban con los estudios en literatura inglesa. ¿Por qué estudiar lo hegemónico solamente? ¿Por qué no mirar también otras perspectivas y quizá otras realidades? Durante mis estudios en antropología me di cuenta que no hay una única realidad y que conviene problematizar las categorías *universales*.<sup>11</sup>

En marzo del 2020 mi plan enfrentó una situación inesperada. El subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell anunció la cuarentena en la Ciudad de México. A partir del 23 de

---

<sup>11</sup> Hay distintas y diversas formas de vivir la pandemia, a través de este trabajo podemos acercarnos a la realidad diaria de cierto sector, con ciertas características particulares.

marzo no habría actividades presenciales de índole no esencial, es decir, solamente los trabajadores de salud, fuerza policiales, guardias privados, recolectores de basura, proveedores de servicios funerarios, las personas encargadas del suministro de alimentos, insumos, y servicios de abastecimiento podrían seguir laborando de forma ininterrumpida y normalizada. Por medio de la campaña nacional “Quédate en casa” se motivó a la población a solo salir de casa a asuntos estrictamente necesarios, como comprar comida.<sup>12</sup>

A mediados de abril la situación de actividades no esenciales y cuarentena no había cambiado, además de que no parecía que cambiaría pronto, los contagios iban en aumento a pesar del intento de controlarlos. En esos días comencé a darme cuenta de que mi trabajo de campo en Chiapas sería inasequible. Fue entonces cuando me enfrente a mi primer gran reto, mi tema de tesis no era viable, aunque fuera pertinente. Entonces, tenía como opciones, realizar un trabajo de corte teórico sobre un lugar que no había visitado y sobre las actividades de personas con las que no había convivido o buscar una alternativa. La solución me resultaba obvia, investigar del tema que estaba siendo el responsable de la traslocación de tantos individuos, en tantos lugares y de tantas maneras diferentes era pertinente, relevante y provechoso. Además de que en lo personal no deseaba ser una antropóloga de gabinete, puesto que mi interés era investigar a través del método etnográfico y la observación participante.

## **Consideraciones éticas**

Estas son sin duda uno de los retos más profundos que cualquier investigador enfrenta. Para llevar a cabo la investigación mantuve en mente a Annette Markham. Las decisiones de carácter ético son complejas y no tienen solamente una respuesta. Por tanto mi aproximación fue ser lo más clara y transparente con los participantes, informarles el objetivo de mi investigación y hacerles saber que su participación era voluntaria, no tendría ninguna retribución económica y que podrían cambiar de opinión sobre su contribución en cualquier momento.

---

<sup>12</sup> El plan original era crear una cuarentena bajo el nombre de Jornada Nacional de Sana distancia, del 23 de marzo al 30 de abril, para evitar la propagación del virus. No obstante, la cuarentena no fue exitosa y el virus continuó propagándose sin muchas limitantes. (Secretaría de Salud 2020: s/p) A la fecha seguimos en periodos intermitentes de mantenernos en casa y reanudar actividades presenciales. Algunas escuelas privadas suspendieron clases y actividades presenciales desde el 17 de marzo y a febrero del 2021 no han reanudado clases presenciales.

Cada una de las encuestas iniciaba con una solicitud de autorización para tratar los resultados con fines académicos, los participantes fueron informados del propósito de las preguntas y la forma en la que sus datos serían utilizados. Se les informó también que podían elegir proporcionar su dirección de correo electrónico para recibir los resultados de la investigación. Los nombres fueron cambiados para proteger su privacidad y los nombres precisos y locaciones de los hospitales, clínicas y lugares de trabajo han sido dejados de forma ambigua para proteger la identidad y el bienestar de los que accedieron a ayudar.

Me aseguré de que los médicos, enfermeras y terapeutas supieran que la participación era voluntaria y en cualquier momento podía interrumpirla, se los comenté cuando recién tuve contacto con ellos y lo repetí varias veces al paso de los meses. Además, cada una de las encuestas tenía un espacio al final para que los participantes pudieran añadir comentarios, inquietudes o sugerencias. Esto tenía como objetivo permitir que los encuestados pudieran ser partícipes del conocimiento que se crearía a través de las preguntas y respuestas. Asimismo tuve un acercamiento respetuoso con los colaboradores y tuve en cuenta su carga emocional y profesional, estuve disponible para cada uno de ellos cuando necesitaban comunicarse conmigo y fui paciente cuando no contestaban por algunas horas o incluso días. Más que informantes en el sentido canónico antropológico, que en gran sentido se ha abandonado pero que aún se puede encontrar, me interesaba que ellos también pudieran ser cocreadores de esta investigación y el conocimiento en el que desembocará.

## **Planteamiento del problema**

Mi foco de interés se centró en los especialistas de salud que se encontraban en la primera línea de respuesta ante la emergencia sanitaria. La información aportada por el personal de primera línea tiene especial relevancia puesto que, además de disponer de un conocimiento más cercano a la enfermedad, su desarrollo y sus impactos profesionales, son los principales actores en la toma de decisiones ante la situación de salud de las personas que acuden a recibir atención biomédica. Considero que la antropología médica se nutriría de también poner atención aquellos que atienden pacientes, me parece un desatino pensar que los médicos se acercan a los cuerpos de los pacientes sin interesarse por su historia particular y borrar los cuerpos de los médicos y sus perspectivas propias. La relación que se construye entre ambos es una relación asimétrica, pero también puede ser una relación dialéctica. Habrá que buscar modos de que esto sea posible.

El método con el que realicé mi investigación tuvo que ser implementado de forma acelerada. Tuve una inversión en el orden, primero debía recolectar información y poner atención en lo que aconteció,

después tendría que sentarme a pensar sobre los resultados y la manera en la que los ordenaría. Debido a la situación atípica de una pandemia requería obtener información apresuradamente. Si dejaba pasar el tiempo para tener un marco teórico previo a mi inmersión en campo, perdería muchos días valiosos para descubrir (o inventar) qué estaba pasando en la primera línea de contacto sanitaria. Por supuesto, hay otras primeras líneas de contacto, como el personal de zonas fronterizas, o los trabajadores esenciales de índole comercial, sin embargo mi interés está en los médicos, enfermeras, terapeutas y personal de salud. Decidí observar desde ese posicionamiento y desde allí crear los datos que me servirían para presentar esta investigación. Allí descubrí que los discursos biomédicos se sostienen distinciones entre naturaleza y sociedad, entre cuerpo y mente, entre doxa y episteme, por tanto una pandemia es un momento propicio para reflexionar sobre una serie de coyunturas epistémicas y algunas de paradojas modernas.

## Retos

Realizar una investigación por medio del trabajo de campo en un momento como este fue realmente complicado. Sin embargo, los desafíos son inherentes al mismo y eso me permitió saber que compartía con otros antropólogos ciertas dudas e inquietudes. Por mi parte, muchas veces me pregunté si era el camino adecuado ese que estaba caminando, en más de una ocasión retorné sobre mis pasos y dirigí mi mirada a especificidades que había antes fallado en ver. Sin usar el cuerpo para interactuar con otros, no me quedaba más que innovar. Me vi obligada a someterme a una existencia distinta, aunque parcialmente conocida, porque solo así podría obtener datos o solo así no pondría en riesgo mi cuerpo.<sup>13</sup>

El reto de esta disociación o distanciamiento del cuerpo es un fenómeno que actualmente los humanos de prácticamente cualquier parte del mundo compartimos. No había un método preciso o un manual a seguir sobre cómo realizar una investigación social en un momento de emergencia sanitaria. Las pandemias anteriores, como se verá en el capítulo 2, fueron momentos de distinta escala. La globalización, el intercambio de mercancías y la movilidad humana actual hizo que el virus se extendiera con una

---

<sup>13</sup> Nací en 1991, lo que implicó que el internet estuviera en mi vida desde temprana edad. Cuando tenía alrededor de 7 años, mi familia tenía una computadora con acceso a internet en casa. En la década de los 2000 comencé a estar en contacto con teléfonos inteligentes, aunque fue hasta años después que tuve mi propio teléfono inteligente, un iPhone 4. Puedo considerarme parte de una generación que creció junto con este medio de comunicación global.

velocidad arrebatada. Como ha sugerido Anthony Giddens, la modernidad permite estar cerca de ciertos fenómenos a través del intercambio de información y a la vez hay una ruptura entre tiempo y espacio. De cierta forma estamos allí y de otra no lo estamos. (Giddens 1991: 20)

También fue el momento actual el que permitió el intercambio de información por plataformas digitales, la colaboración entre países y la nueva normalidad de las poblaciones. Quizá el siglo pasado las actividades hubieran tenido que suspenderse por completo, pero ahora tenemos internet y gran cantidad de personas labora desde sus hogares. La automatización de ciertos procesos significó que la vida social no se detuvo por completo, no obstante, se vio realmente afectada.

Después de realizar una investigación antropológica en la “primera pandemia del siglo XXI” puedo afirmar que utilicé métodos enfocados en las relaciones sociales y la utilización de redes. El reto que implicó no hacer uso de mi cuerpo para la investigación fue sorteado a través del desplazamiento de las sensaciones físicas directas y la priorización de la existencia online. Con esto no quiero decir que las plataformas digitales impliquen una separación del cuerpo físico, sino que sostienen una relación con este de otra índole. Mientras que me había imaginado mi investigación en campo caminando, observando e interactuando con otros, la realidad se presentaba diferente. Pasaba largas horas frente a la computadora y tenía el celular al alcance todo el tiempo. Caminé muy poco, solo dentro del departamento, observé solo las fotografías y videos que los participantes me enviaban, e interactué con mis sentidos y emociones más que con el contacto físico.

Para poder investigar con el grupo de médicos, enfermeras, terapeutas y personal de salud durante esta emergencia sanitaria me enfoqué en estar disponible en los tiempos que los participantes dispusieron, fuera de madrugada o noche. Me vi influida por la idea comentada por Malinowski en sus primeros textos, habrá que estar disponible en tiempo y lugar, la investigación puede ser afortunada si nos encontramos en campo en el momento de cierto ritual o hiato social. Tuve una intención más bien de observar el fenómeno y escuchar lo que quisieran contar. Hubo conversaciones en la madrugada, con el médico en una sala del hospital mientras tomaba un descanso o cuando necesitaba alejarse unos minutos por la pérdida de una persona más.

El trabajo de campo inmersivo fue bastante complicado de lograr, uno de los factores que influyó para que lograra establecer confianza y *rapport* con los participantes es que a varios de ellos ya los conocía desde antes de que comenzara la emergencia de salud. A través de las redes personales con las que ya contaba, pude presentarme ante nuevas personas del área de salud y plantearles el proyecto, además de ya haber creado una cierta confianza por haber sido introducida a la comunidad médica por miembros de la misma. La relación con los interlocutores poco a poco me permitió crear un ambiente propicio para

el intercambio de información. Traté de fortalecer el vínculo de confianza, confidencialidad y participación a través de acciones constantes que permitieran crear regularidad y seguridad.

Como mencioné anteriormente, no quería crear conocimiento de forma individualista o extractivista. Les comenté a los médicos, enfermeras y terapeutas los objetivos de la investigación, quería que se sintieran seguros que la información que me compartían sería utilizada para retratar lo que habían vivido, además no solo desarrollé esas relaciones con el objetivo de obtener información, sino que son personas con las que tenía una relación previa, aunque menos profunda. Una de las acciones constantes fue preguntar cómo estaban, qué sentían, si necesitaban platicar, de cierta forma fungir como medio de contención a todas las emociones que se apilaban en ellos. Muchas veces me dediqué a escuchar lo que querían contarme, sin guiar la conversación, solamente abriendo con un saludo y una pregunta cotidiana.

Otra de las acciones, que particularmente resultó provechosa, fue que cada determinado tiempo fui a visitarlos para entregarles panqueques de banana. Quería que supieran que me interesaba su bienestar, por tanto quise hacer algo con mi propia corporalidad que después sería recibido por su corporalidad. A través de compartir un platillo, aunque a distancia, ambos actores sabíamos que teníamos un interés común y de cierta manera participamos en un rito atípico que la pandemia nos permitía experimentar. Asimismo los panqueques de banana fueron acompañados de notas para animarlos, dedicadas a cada uno de los médicos y enfermeras que estuvieron colaborando conmigo de forma más estrecha. A veces veía fotos de las rebanadas junto con un café en sus redes sociales, tales como Instagram y Facebook. Otras veces me etiquetaron para agradecer el detalle.

Las acciones cotidianas me permitieron fortalecer la relación. Incluso llegaron a pedirme panqueques médicos que aún no conocía de forma física, a algunos de ellos no los conocí de esa manera, pero les envié su panecillo por medio de nuestros contactos en común e interactuábamos solo por redes sociales. Entregar estos objetos alimenticios fue en sí un reto, tenía que entrar al hospital, con mi mascarilla, mis goggles y desinfectarme las manos, obsesivamente. Dos de mis colaboradores estaban en urgencias, no fui a esa área. Preferí acordar con una de las doctoras la entrega de todos los panecillos con ella y luego los otros médicos fueron a su consultorio a recogerlos. Durante estos momentos pude ver a algunos de ellos, y a otras personas que no conocía, pero que portaban el característico equipo de protección (EPP) aunque no estuvieran en zonas catalogadas como COVID. Mis visitas en junio, julio y septiembre me permitieron ver lo que hasta entonces me habían narrado. Fue inusual, pero, considero, provechoso. Cuando los tenían me enviaban mensajes de Whatsapp agradeciendo, y aprovechamos para comentar el día y sus experiencias. Además de que platicaron con otros sobre la investigación que estaba realizando y algunos acudieron a mí para contarme más, muchos de ellos querían hablar y contar cómo se sentían.

La perspectiva del personal de salud tenía que ser contada y gracias a las redes e interacciones inusuales tuve un acercamiento privilegiado. Ser una compañía o medio de contención para los sujetos sociales de salud en la pandemia ha sido un fin de la investigación en sí mismo.

## **Límites**

Resulta evidente que la metodología utilizada presenta sesgos, ya que solamente aquellas personas con acceso a internet y alfabetismo digital pudieron contestar las encuestas. Durante las encuestas realizadas al personal médico, principalmente tuve colaboradores de la Ciudad de México, por tanto el trabajo no puede dar fe de lo acontecido en clínicas rurales o de pequeña escala. Además, en la encuesta lanzada a la población en general no hubo forma de evitar que quedaran fuera algunos sectores de la población, por ejemplo, aquellos sin acceso a internet, así como la población mayor o personas que fueran analfabetas digitales, entre otros grupos, lo que me permitió apreciar ciertas percepciones pero fue un punto ciego en otras. Puede que los resultados, sobre todo de la encuesta a la población, dejen ver una realidad social incompleta.

Otro límite es que tengo mucha más información sobre médicos, especialistas o no, que de enfermeras, terapeutas y demás personal de salud. Al no poder estar en los hospitales haciendo observación participante puede que la información que tengo tenga dos filtros, el de los sujetos que me la proporcionaron y el propio. Es posible que haya una inclinación marcada o un borramiento de otras realidades. Sin embargo, lo cierto es que el trabajo deja ver, a través de cortes transversales y el estudio longitudinal, una realidad que si bien no es la única, fue una de las maneras en la que se vivía la pandemia de COVID-19 en los meses de abril 2020 a enero 2021 en hospitales de gran escala desde las percepciones del personal de salud y eso resulta en sí mismo valioso.

Este trabajo puede tomarse como una de los ejemplos de las reconfiguraciones de la cotidianidad que el personal de salud experimentó en el periodo de tiempo antes mencionado.

## **Ordenamiento**

Organizar los hallazgos fue un reto, la información parecía desbordarse. En ciertos momentos me sentí dudosa de la información que recolectaba. En otros momentos me sentí segura del proceso. Así entonces comencé a hacer uso de las herramientas tecnológicas con las que contaba de manera cotidiana, cree en

Google Sheets una hoja de cálculo con columnas para determinar el tema del que se trataba la lectura que había realizado, así sería más sencillo encontrar después mis fuentes para realizar las citas y bibliografía.<sup>14</sup> Algunas de las categorías que cree fueron temáticas, por ejemplo, COVID-19, influenza, SARS, ébola, cólera, polio, pandemias en general (se incluían todas las pandemias que no estaban mencionadas anteriormente en su propio apartado), antropología médica, historia de la antropología médica, México, 1918, 2009, (fechas de epidemias importantes en el continente americano), estrés por ocupación, emergencias médicas, relatos de médicos, teoría antropológica, entre otras. Estas categorías eran interrelacionadas, algunas veces se combinaban como influenza 2009 en México, otras veces como antropología médica, historias de médicos en salas de medicina crítica. De esta forma pude encontrar etiquetas para clasificar los hallazgos y la bibliografía a la que me remitiría posteriormente.

En un documento de Google tenía fichas bibliográficas en las que registraba más información de cada texto. Las conversaciones con los participantes fueron en ocasiones registradas en audio, y en otras fueron mensajes de texto. En el caso de los participantes recurrentes guardé la información en carpetas especiales con el nombre del participante y otros datos, por ejemplo, dónde lo conocí, su edad, género, años en la profesión médica, etc. que me permitieran remitir a ellas de manera eficiente. En el caso de las colaboraciones que no fueron tan profundas están recolectadas en una sola carpeta bajo el título de testimonio, relato, conversación, entre otros. Además tengo una carpeta con imágenes que los participantes me han compartido, algunas de estas han sido incluidas en la tesis, siempre con su autorización, algunas otras solo han sido parte de la creación del clima oportuno para el diálogo y las conversaciones entre antropóloga y sujeto médico.

## **Presentación de resultados**

Para poner por escrito los resultados decidí organizar la tesis de una manera armónica que permitiera a mis lectores tener una inmersión paulatina al tema. Por supuesto, todos hemos compartido la experiencia de vivir en tiempos de esta pandemia, pero no podía empezar sin sentar algunas bases. El

---

<sup>14</sup> Consulté anexos.

texto está dividido en cinco capítulos, cada uno es resultado de los datos que el trabajo de campo me permitió observar.

Para la construcción de los capítulos seguí una serie de preguntas que me permitió mantener cierto orden lógico y temporal. Estas preguntas fueron: (1) ¿desde dónde enuncio?, ¿cuáles fueron mis mayores retos para hacer antropología en México durante una pandemia?, ¿por qué deseo hablar de médicos en México durante la pandemia de COVID-19?, (2) ¿de qué manera nos enfrentamos a un reto de esta índole?, ¿qué tienen en común las acciones implementadas?, ¿qué hemos aprendido de las pandemias anteriores?, (3) ¿qué significa la COVID-19 para el personal de salud en México?, ¿cómo adaptaron sus cuerpos para atender pacientes con COVID-19?, ¿qué implicaciones tuvieron esas adaptaciones?, (4) ¿de qué manera los individuos se relacionan a un reto de esta magnitud?, ¿qué implicaciones tienen las especialidades médicas en una crisis sanitaria?, ¿de qué manera sus mentes se vieron afectadas o impactadas por una cotidianidad de enfermedad y muerte?, (5) ¿qué significa para el personal de salud tener una vacuna?, ¿de qué manera su labor diaria se ve afectada por este fármaco? y finalmente, ¿cómo es que se relacionan con la pandemia a 10 meses de su llegada a México?

En el capítulo 1 explicó mi formación antropológica y mi lugar de enunciación, como autores bases utilizó a Johannes Fabian para problematizar la presentación de resultados antropológico; a David Le Breton y a Michel Foucault para mostrar que la idea de cuerpo no es una idea universal y que ha sido afectada profundamente por la modernidad; a Luis Villoro para dejar en evidencia que hablar de México es hablar de un abanico de posibilidades, realidades y modos de vida; y a Allan Young y Annemarie Mol para presentar la antropología médica y la biomedicina como modelo de atención a la salud y a la enfermedad, que si bien hegemónico, puede y debe ser estudiado con las herramientas y métodos antropológicas. En este capítulo discuto sobre modernidad desde diversas perspectivas pero tomando como base las premisas de Anthony Giddens, quien sostiene que la modernidad es un tiempo pos tradicional, que se caracteriza por una reflexividad intrínseca, un tiempo y lugar fragmentado y la confianza en las instituciones diluida o desencajada.

En el capítulo 2 exploro algunas otras pandemias de la historia y trazo similitudes entre las maneras de reaccionar ante el cólera, la influenza de 1918, la influenza H1N1 y el COVID-19. Primero las definiciones de pandemia dialogan para resolver en cuál utilizaré a lo largo del trabajo. Este capítulo es sobre todo una revisión histórica y una inmersión a otros tiempos, decidí utilizar relatos de pandemias vividas desde el continente americano para rescatar una cierta postura decolonial donde el conocimiento puede y es generado desde latitudes no eurocéntricas. Algunos de los temas explorados en esta sección son: las

intervenciones no farmacéuticas más comunes y los efectos sociales que una pandemia implica. Algunos de los autores comentados en este capítulo son: Thomas Butcher y Kenneth Kiple para discutir sobre las implicaciones de la raza y la labor médica como factor de riesgo durante la pandemia de cólera en 1855; Nancy K. Bristow y John M. Barry para presentar la pandemia de 1918, la mal llamada fiebre española y las medidas no farmacéuticas implementadas; y finalmente, Health Kelly, Eskild Petersen y Jeffrey K. Taubenberger para reflexionar sobre los aprendizajes de las pandemias previas frente a la pandemia de 2009, originada en territorio mexicano por el virus de H1N1, y la rapidez con la que se transmitió por las condiciones de comercio, globalización e intercambio humano que caracterizan el siglo XXI.

El capítulo 3, de manera conjunta con el siguiente capítulo, presenta resultados del trabajo de campo. Aquí sobre todo me enfoqué en las implicaciones físicas corporales que los sujetos modernos biomédicos tenían que experimentar de manera cotidiana. Para esto mi principal fuente es el trabajo realizado en los meses de abril del 2019 a enero de 2021, se dialoga con la información presentada anteriormente y se presenta sujetos modernos con rupturas, coyunturas y desencajados. Retomo la idea de Charles Briggs sobre los sujetos biomédicos como supuestos epítomes de la modernidad y el problematizo ante esta situación sanitaria. Además las ideas de Mol, Young y Le Breton se retoman con ejemplos concretos, continuó con las ideas de Giddens para crear un hilo conductor sobre la modernidad como el tiempo y lugar donde todo esto está aconteciendo.

El capítulo 4 son nuevamente resultados de trabajo de campo, pero esta vez centrados en las afectaciones psicológicas que los médicos y enfermeras tuvieron. En esta sección se incluyen las perspectivas personales de una doctora que padeció la enfermedad y su proceso de recuperación; un doctor que se siente rebasado por la situación y la frustración que siente ante la imposibilidad de purificación que su profesión le había supuestamente asegurado; y una enfermera que funge como figura de conmiseración y calma para otras mujeres que atienden pacientes con COVID-19 día a día en urgencias. Las bases teóricas de este análisis son: Bruno Latour y su idea de purificación moderna e híbridos no humanos; Byung-Chul Han y su planteamiento de la auto explotación moderna, las interiorizaciones que los sujetos llevan a cabo para la época en el que el control y el poder foucaultiano ha sido reemplazado por otras formas de vigilancia; y finalmente José Ortega y Gasset para comentar sobre la idea de ignorantes especializados y hacerla dialogar con los autores antes presentados. Nuevamente las ideas de Giddens rodean todas las otras, puesto que él sostiene que en la modernidad hay una plétora de especialistas en diversos temas pero que estos especialistas son ignorantes en temas distintos al suyo. Así como la angustia constante en la que viven los sujetos modernos frente a la pluralidad de riesgos y cómo para hacer frente a sus días se ha llevado a cabo una filtración de la experiencia.

El capítulo 5 funge como cierre, aunque no considero que la creación y distribución de la vacuna pueda marcar el final de la pandemia es en sí un momento importante. Debido a la temporalidad de mis estudios tuve que concluir aquí la investigación, por tanto el capítulo 5 funciona para retomar lo que había estado sucediendo con los médicos, enfermeras, terapeutas y personal de salud en los hospitales de la Ciudad de México, y algunos otros estados de la república y utilizar como catalizador la vacuna. ¿Qué significa y qué alcances tiene? Además esta última sección coloca la mirada también sobre los sujetos no biomédicos que también han experimentado esta crisis sanitaria. Aunque sus vivencias serían muy provechosas de comentar, me enfoco en sus percepciones hacia la profesión médica y la manera en la que se relacionan con los sujetos que la practican.

## **Alcances**

He logrado desarrollar una sensibilidad particular en la que he puesto atención en las necesidades o intereses que mis colaboradores tenían. Pienso que una de las mejores herramientas metodológicas con la que los antropólogos contamos es con la reflexividad, debemos revisar nuestros pasos y ajustar sobre las necesidades singulares. Ahora bien, esto no es sustancialmente distinto en la etnografía digital, sino que es fundamental en todo tipo de trabajo antropológico. Debemos dudar de nuestros métodos y revisarlos, para así poder encontrar los puntos ciegos.

Considero que hice uso de la creatividad como método y de la sensibilidad sobre las situaciones de riesgo a la salud. Daniel Miller (2020) hace énfasis en la necesidad de ser flexibles ante el confinamiento prolongado y las complicaciones que implica para la investigación antropológica. Creo que uno de mis aportes es el desarrollo de una propuesta metodológica que permite problematizar la distinción entre vida física y vida online, aún por discutirse. Puede que quizá sean categorías artificiales, en momentos donde no hacemos uso de nuestra corporalidad bajo situaciones regulares, la vida online resulta una excelente alternativa, ¿de qué manera podría implementarse esto en la vida cotidiana? ¿Aún sin situaciones de violencia, riesgo a la salud o de emergencia ecológica? Puede que la modernidad haya hecho que los humanos tengamos una existencia más allá de los cuerpos e investigar sobre la existencia online como si fuera algo aparte, limita nuestra comprensión de los fenómenos y filtra las capas de significado que podemos encontrar en nuestra existencia.

## Conclusiones preliminares

La modernidad como guía ordenadora permite crear categorías purificadas, sin embargo, también permite la proliferación de híbridos, tal como lo ha comentado Latour en *We Have Never Been Modern* (1993). Quizá el momento actual que vivimos pueda ser analizado desde la perspectiva de Mol, quien propone en *The body multiple: ontology in medical practice* (2002), que un objeto es en relación a aquello que lo operativiza. Quizá la COVID-19 nos ha permitido repensarnos desde otras perspectivas pero nos ha mostrado nuevamente que tenemos limitantes y grandes problemas sin resolver. Es un hecho que la modernidad, desde la perspectiva de Giddens, nos permite entender la pandemia como un momento fatídico alargado.

Como síntoma moderno actual puede que nos encontremos con el aislamiento de otros, pero también el aislamiento hacia lo propio. Algunas de las preguntas que me gustaría plantear serán preguntas que me acompañarán en mi desarrollo académico posterior, quizá no haya una respuesta que pueda dar ahora y quizá simplemente no tengan respuesta pero sean un excelente inicio de cuestionamientos y reflexiones posteriores. La antropología en tiempos COVID-19 es particular pero los aprendizajes obtenidos de la implementación y adaptación de metodologías de investigación puede resultar provechosa para otros momentos o circunstancias. Por ejemplo, quizá las herramientas metodológicas que he utilizado pueden ser mejoradas e implementadas para estudiar situaciones de riesgo a la salud, situaciones violentas o situaciones en las que haya desastres naturales.

He tratado de sortear lo mejor posible los retos del discurso, la relación entre el antropólogo y los informantes, la autoridad etnográfica, la subjetividad del investigador, entre otros temas recurrentes en la producción antropológica, sin embargo, es posible que aún me encuentre frente a puntos ciegos. Escribir una tesis implica una labor enorme, por tanto quisiera agradecer a los lectores por tomarse el tiempo de leer estas letras, en dado caso de que encontrasen áreas de mejora y las comentaran en sus propios escritos me encontraría entonces profundamente agradecida con ustedes. De esta manera continuaremos construyendo conocimiento colaborativo y humano.

## Capítulo 1. Textos dentro contextos: de antropologías y medicinas

*Like mathematics or music, anthropology is  
one of the few vocations. One can discover it  
in oneself, though one may have never  
taught nothing about it.*  
–Claude Lévi-Strauss<sup>1</sup>

Una de las formas de aproximarse a la antropología es como una ciencia objetiva, que hace uso de recursos, estilos y formas de otras disciplinas que pueden no aspirar de la misma manera a la verdad. Su objetividad se ha logrado a través del uso de la plétora de recursos, formas y estilos, a veces científicos, a veces de otra índole, por ejemplo profundamente literarios como *Mules and Men* (1935) de Zora Neale Hurston, o *Juan Perez Jolote* (1948) de Ricardo Pozas, o *Translated Woman: Crossing the Border with Esperanza's Story* (1993) de Ruth Behar, entre muchos otros. Sin embargo, la antropología la escriben los antropólogos, y no existe tal como cosa como un narrador imparcial. Por tanto, he de incluirme antes de presentar mis resultados porque mi método ha tenido algunos retos y estos han sido sorteados de cierta forma particular que implica ciertos logros y ciertas limitantes. Este capítulo pretende explicar desde dónde enuncio, además de poner en evidencia que no existe solamente una aproximación a la antropología, sino que existen múltiples maneras de relacionarse con la ciencia.<sup>2</sup> También quiero enfatizar

---

<sup>1</sup> Lévi-Strauss, Claude. (1992) *Tristes Tropiques*. Translated by Jonathan Cape Limited. United States of America: Penguin Books. Página 55.

<sup>2</sup> Tal como explicó George W. Stocking, en el artículo “Delimitando la antropología: reflexiones históricas acerca de las fronteras de una disciplina sin fronteras” (2002). El campo de estudio de la antropología, así como sus métodos, aproxi-

que México presenta un panorama particular y la antropología que se crea en estas tierras está marcada de un contexto histórico, social y cultural singular. Las preguntas que guían el texto son: ¿desde dónde enuncio?, ¿cuál es el catalizador de mis ideas?, ¿cuáles fueron mis mayores retos para hacer antropología en México durante una pandemia? y ¿por qué deseo hablar de médicos en México durante la pandemia de COVID-19?

### **Del yo antropológico, al yo creador**

Realizar trabajo de campo implica una cantidad de retos importantes. El antropólogo se encontrará fuera de lo cotidiano y deberá buscar entre la nueva forma de vida una serie de datos, obtenidos a través de la observación y algunas veces la participación en los eventos del lugar al que ha llegado. Allí encontrará formas, estructuras, rituales, reglas, instituciones y otras maneras de explicar el mundo “nativo”. Realizar trabajo de campo siempre ha implicado una cantidad de retos que podría abrumar al humano y también al científico preparado con método y academia, sin embargo, hace algunos años los antropólogos aún podían permitirse aproximarse a estos retos desde un paradigma distinto al actual. Durante los primeros años del siglo XXI me encuentro en la imposibilidad de no hacer evidente mi yo antropológico, mi yo humano y mi yo científica. Yo, antropóloga que ha decidido estudiar las aproximaciones del personal de salud en México ante la pandemia iniciada en el 2019 no puedo olvidar mi influencia en mis observaciones, textos y resultados. El presente apartado mostrará el desarrollo de ideas que he tenido durante este trabajo de campo, los aprendizajes y las formas en las que he intentado sortear mis mayores retos.

Para que el antropólogo se acerque a las personas, culturas y vidas que pretende estudiar tiene que usar habilidades y recursos particulares. En el texto *Time and the Other: How Anthropology Makes its Object* (1983), el autor Johannes Fabian busca poner en evidencia las prácticas antropológicas y revisar los conceptos de teoría y método, los datos y su recolección así como la naturaleza misma del conocimiento que los antropólogos pretenden adquirir. (Fabian 1983: 1) Para entender el ser y hacer antropológico Fabian propone principalmente poner especial atención en el tiempo y el espacio en los textos antropológicos. De acuerdo con él, la antropología hace uso del tiempo para sus creaciones, mientras que el antropólogo como científico se coloca en el conocimiento científico occidental canónico y hegemónico,

---

maciones, teorías y resultados son tan diversos como los humanos mismos.

coloca a aquellos seres humanos que estudia en un tiempo anterior, es decir, los otros son salvajes o primitivos, aquellos que no han adquirido el mismo nivel de progreso y evolución que los occidentales. (Fabian 1983: 28) Aquí encontré mi primer reto, mi producción científica era similar a la producción científica de los sujetos a los que estudiaría. Ambos formábamos parte del canón y la hegemonía.

El tiempo como concepto permite crear una categoría antropológica que ha sido visitada por un gran número de antropólogos, pero que Fabian sostiene, lo han hecho de forma no evidente o quizá consciente. Esta categoría es la negación de *coevalness*, que es una tendencia persistente y sistemática de colocar a los referentes de la antropología en un tiempo distinto al presente que vive el productor del discurso antropológico. (Fabian 1983: 31)<sup>3</sup> Esta separación temporal, Fabian continua, no es un error sino un mecanismo que se ha utilizado de forma extendida en los textos de carácter antropológico, a través de este se puede lograr una cierta legitimidad, y una libertad al escribir. El hecho de colocar en otro tiempo a quienes se estudia permite al antropólogo realizar aproximaciones epistémicas y ontológicas particulares.

Durante mi trabajo de campo me encontré con este reto que mencionó Fabian, localizar a los médicos, enfermeras, y personal de salud, en un tiempo y lugar coetáneo. Debido a las medidas sanitarias impuestas por el gobierno mexicano y a que la transmisión de la COVID-19 era de persona a personas no realicé trabajo de campo de forma física. En los meses que he estado charlando, enviando mensajes de textos y recibiendo testimonios, casi todas las interacciones han sido de forma virtual. El reto era que vivíamos en el mismo tiempo y lugar, sin embargo la interacción virtual velaba algunos aspectos y permitía ver otros.<sup>4</sup> Por ejemplo, me fue imposible ver las reacciones que ellos tenían al recibir información sobre la nueva enfermedad, al tratar con pacientes con COVID-19 o al llegar a casa después de sus horas de trabajo. Aunque podía leer sobre esos momentos en textos, el tiempo se fragmentaba y los lugares también. Para sortear el reto tomé como base la aproximación de Clifford Geertz hacia la cultura. En *The Interpretation of Cultures* (1973) se sugiere que la cultura es algo público que se encuentra en los actos y pensamientos humanos. (Geertz 1973: 12) La toma de decisiones de los individuo servían para dejar ver

---

<sup>3</sup> El texto ha sido recientemente traducido al español, por Cristóbal Gnecco, la categoría *coevalness* ha sido traducida como coetaneidad, sin embargo me permito incluir el término original para sortear la pérdida de significado en la traducción. Me gustaría puntualizar que las paráfrasis de este libro han sido realizadas por la autora.

<sup>4</sup> Nuestro tiempo y lugar eran los primeros meses de la emergencia sanitaria, en México. El estudio se llevó a cabo desde abril del 2020 a enero del 2021.

sus procesos mentales, en los que las ideas y las emociones relatadas eran artefactos culturales y podían crear significados. (Geertz 1973: 82) Algo importante es que los significados no son intrínsecos a los objetos, actos o procesos de los humanos, sino que son impuestos en ellos, los sistemas de significación se crean, de acuerdo a las situaciones, por tanto, tomé la cultura como contexto para la hermenéutica. (Geertz 1973: 405) La cultura no solo es un contexto sino también es un texto, entonces puse atención especial a momentos precisos en la trama para explorar el rango de emociones, acciones y expresiones humanas que las personas con las que charlaba presentaban. Los sistemas de significación y las narrativas me permitirían crear una descripción densa, por lo menos de momentos muy particulares.

Ahora, otro gran problema es que estos momentos estaban limitados para mí, debido a la incapacidad de realizar trabajo de campo presencial, pero por medio de la descripción densa podría obtener resultados significativos. Después de todo, había estado trabajando con estas personas y tenía elementos sustanciales de un trabajo de campo, por ejemplo, construcción de confianza, por medio de las charlas continuas y a veces, preguntas ingenuas, los sujetos con los que platicaba y yo construimos una relación. Nuestro rapport fue virtual, pero, como quiero demostrar a lo largo de la tesis, no por eso menos real. Sostengo que las relaciones virtuales en el siglo XXI son solamente una forma más de la amplia posibilidad de ser humano. Cuando nuestros cuerpos tuvieron que permanecer en espacios aislados para protegernos de los otros, que podían ser portadores de un virus, nuestras mentes siguieron realizando actividades, conexiones y relaciones.

Otro gran reto al que me enfrenté fue la identidad de los sujetos con los que investigué. Cuando Malinowski o Evans-Pritchard realizaron sus respectivos trabajos de campo las tierras, pueblos y personas a investigar eran prácticamente vírgenes, desconocidas y quizá inmutables.<sup>5</sup> En el siglo XXI pocos lugares como esos permanecen. Yo no relataría a sujetos que no tendrían posibilidad de réplica desde el ámbito de las ciencias modernas, hegemónicas y *universales*. Estaba tratando con sujetos científicos y de acuerdo con Charles Briggs, salubres, epítomes de la modernidad. (Briggs 2004: 83) Las categorías de las personas con las que realizaría mi investigación eran en sí un reto, porque aunque todos los sujetos narrados tienen responsabilidad de réplica, los médicos y yo nos encontrábamos en el mismo panorama científico,

---

<sup>5</sup> Durante gran parte de la antropología los grupos humanos fueron considerados como aislados y homogéneos. Fue hasta 1955 que Max Gluckman presentó la idea de conflicto y no homogeneidad como categoría de análisis en la antropología. En su texto *Custom and Conflict in Africa* (1955) Gluckman escribe sobre la importancia de considerar el conflicto como factor para la cohesión social, además de escribir también sobre las tropas británicas y su impacto en la vida social nuer.

moderno y hegemónico. Entonces, era poco viable seguir sosteniendo la autoridad etnográfica por medio de narraciones de sujetos que no serían vistos por mis lectores, alejados de la civilización, como se hizo anteriormente. Además, mi pretensión era narrar sujetos que interactuarían con el conocimiento que crearía, quería buscar cocreadores. En más de un momento dudé de las maneras en las que estaba realizando mis entrevistas no estructuradas y estructuradas. Por ejemplo, cuando una doctora aceptaba platicar por unos minutos, debía aprovechar la oportunidad y por medio del diálogo encontrar datos que me ayudaran a construir un discurso. Gran parte de las personas que aceptaron colaborar conmigo tenían agendas estrechas, así que era cuestión de dedicar tiempo y estar disponible en el celular y la computadora lo más posible. Mi inmersión en campo representó dedicar bastante tiempo a la existencia virtual, en ese momento el cuerpo me estorbaba, sin embargo, exploraba qué pasaba en otros cuerpos.

También tuve en mente la idea de Ian Jarvie, puesto que mi observación participante era una paradoja en sí misma: “one person cannot be a stranger and a friend at the same time: the roles are mutually exclusive”. (Jarvie 1969: 505) Además de que la participación que tenía estaba limitada, tanto por la profesión, como por los espacios físicos, y mi rol se volvía un poco más problemático, sin embargo, no por eso no participaba, cito: “[...] the pure observer, seeing but not interacting, is more imaginary than real.” (Jarvie 1969: 505) Así entonces, estos han sido algunos de los retos más grandes con los que me he enfrentado y la manera de sortearlos fue mirar a los antropólogos anteriores para repasar y repensar las posibilidades, las teorías, los métodos y las soluciones o límites existentes, tal como he planteado. Finalmente, para aproximarme a los médicos, enfermeras, terapeutas y demás personal de salud decidí hacerlo desde el rol común de ser humanos, construyendo un vínculo respetuoso a través de la empatía.<sup>6</sup> El siguiente apartado explorará brevemente la antropología médica y algunos conceptos que me servirán a lo largo del desarrollo de la tesis. Se escribe de ciertos sujetos y desde cierta focalización, pero, ¿de qué escribo?

---

<sup>6</sup> Esta idea la retomé de Morris S. Schwartz y Charlotte Green Schwartz, quienes escriben: “It is essential [to] recognize the importance of participating with the observed on a “simply human” level ... he must share ... sentiments and feelings with the observed on a sympathetic and empathic level. Thus the observer and observed are bound together through sharing the common role of human being. When the observed become convinced that the observer’s attitude towards them is one of *respect* and *interest* in them as human beings as well as research subjects, they will feel less need for concealing, withholding, or distorting data.” (cit. en Jarvie 1969: 507) Las cursivas son mías. Sin embargo, no es exclusiva de ellos, muchos otros antropólogos han intentado aproximarse desde el respeto y la empatía.

## Catalizador de ideas: COVID-19

La antropología es tan diversa que incluye expresiones humanas que se traslapan, excluyen, construyen y nutren entre sí; los contextos son tan variados y múltiples como eso que podría ser la naturaleza humana. No existe solo un humano, no existe tampoco solo una antropología.<sup>7</sup> La rama que utilizaré para el desarrollo de las ideas es principalmente la rama de la antropología médica. Esta se creó en en la década de 1980 y desde entonces ha sido ampliamente comentada y explorada. Allan Young sugiere que desde antes había un interés por la medicina y su relación con la antropología o visceversa, pero que fue hasta la década de 1980 cuando varias universidades comenzaron a ofrecer cursos especializados en antropología médica, anteriormente las publicaciones de este género se habían realizado por “anthropologists that got interested in medical topics or physicians and nurses who had taken a degree in anthropology”. (Young 1982: 258)<sup>8</sup>

Es importante mencionar que la antropología médica y la sociología médica son disciplinas cercanas pero distintas, aunque se utilizan términos similares en ambas, el antropólogo, de acuerdo con Young, debe estar consciente de que los resultados de sus investigaciones son solamente una de las interpretaciones culturales posibles: “[the anthropologist] regards his own concepts and ideas as simultaneously privilege *and* a part of a cultural system”. (Young 1982: 259-260) Además de la consciencia del contexto cultural y la pluralidad de significados que una enfermedad puede tener, exploraré también los sujetos que la enuncian y crean. De acuerdo con Annemarie Mol, en *The body multiple: ontology in medical practice* (2002), una enfermedad es diferente de acuerdo al área del hospital a la que consultes, además de

---

<sup>7</sup> Se puede hablar de ramas de la ciencia o de distintas epistemes dentro de esta. Como mencioné en el apartado anterior, los antropólogos, canónicos o recientes, han tenido distintas formas de aproximarse a los sujetos estudiados, así también, han tenido distintas posturas frente a la disciplina y sus obras reflejan las coyunturas. Por mencionar algunas, *Tristes Tropiques* (1955) de Claude Lévi-Strauss o *The Invention of Culture* (1975) de Roy Wagner, entre muchos otros textos.

<sup>8</sup> Sus precursores pueden encontrarse desde mucho antes, por ejemplo el texto *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande* (1937), en el que Evans-Pritchard utilizó la brujería como categoría de análisis para explicar las formas en las que generaba o permitía explicar las enfermedades del cuerpo y del espíritu entre los grupos azande. Otra investigación precursora en esta rama antropológica es *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo* (1966) en el que Mary Douglas retoma concepciones emic para explicar cómo los cuerpos pueden ser afectados por el desequilibrio entre lo que pertenece a la categoría de pureza y lo que pertenece a la categoría de contaminante.

que para los pacientes es algo completamente diferente. Ella se dedicó a estudiar la aterosclerosis en un hospital universitario de mediana escala en los Países Bajos y sus resultados sugieren que la biomedicina fragmenta el conocimiento para su comprensión, lo que significa que no todas las especialidades médicas tienen conocimientos similares, a pesar de haber tenido el entrenamiento común de los primeros años de la carrera universitaria. Estos temas permanecieron en mi mente durante mi investigación. Por eso cuando decidí investigar sobre COVID-19 decidí aproximarme desde la biomedicina y los sujetos que son epítomes de esta, es decir, los sujetos salubres, universitarios, miembros de consejos y asociaciones médicas que ejemplifican sujetos modernos y educados.<sup>9</sup>

Además la antropología médica ha hecho una distinción entre *illness*, *disease* y *sickness*. Mientras que *illness* es la forma en la que la biomedicina se refiere al padecimiento, *disease* es la forma en la que la persona que la padece, o vive, se relaciona con ella. Como tercer término, *sickness* es la aproximación a ambas posturas hermenéuticas. (Young 1982: 264-265) Durante este texto se abordarán las aproximaciones epistémicas desde la biomedicina, es decir, *illnesses*. Mi foco de atención son los médicos, por tanto, quiero dedicar el siguiente apartado a una exploración de la disciplina desde la modernidad. Mi sustento teórico será principalmente David Le Breton y Michel Foucault.

## **Sobre la profesión médica**

La biomedicina ha sido un pilar fundamental para sostener la modernidad, de acuerdo con *Antropología del cuerpo y modernidad* (1995) de Le Breton, esta representa el saber oficial sobre el cuerpo, pero habrá que mantener en mente que los saberes que se aplican al cuerpo son construcciones simbólicas culturales. (Le Breton 2002: 8-13) Le Breton discute y compara las aproximaciones occidentales epistémicas a los cuerpos con las aproximaciones de otros lugares, su objeto de estudio es el cuerpo moderno, que se muestra como un collage surrealista en el que cada autor aumenta, reduce e interactúa con el conocimiento colocado anteriormente. (Le Breton 2002: 15)<sup>10</sup> El médico entonces ha tenido un papel

---

<sup>9</sup> Una de las críticas que tiene la biomedicina es estar interesada por el cuerpo y la enfermedad y no por el enfermo. En el trabajo de Mol se muestran médicos pendientes de enfermedades en cuerpos, vivos o muertos, y las historias particulares de los individuos que experimentan esas enfermedades son relegadas a segundo término.

<sup>10</sup> Algunas de las otras aproximaciones a los cuerpos de acuerdo con esta obra son las no occidentales, por ejemplo para

fundamental en la manera de aproximarse a los cuerpos desde occidente, puesto que tiene una posición privilegiada en cuanto al conocimiento biomédico.<sup>11</sup> El autor también comenta la distinción entre médicos generales y médicos cirujanos, entre los que actúan en el exterior del cuerpo y los que abren estos. Así, dentro de la profesión médica existen jerarquías, divisiones y matices. Y la idea de cuerpo y la forma de aproximarse no es universal, aún desde el frente de la biomedicina, las aproximaciones y concepciones han cambiado a lo largo de la historia y del tiempo, sino que son diversas dentro de las especialidades, subespecialidades y campos de estudio de la ciencia médica. En algunos momentos se consideró el cuerpo como objeto de estudio que podía cortarse, dividirse y observarse. Por ejemplo, durante el siglo XVI comienzan a utilizarse en los anfiteatros cadáveres para su disección y observación. Y, como menciona Mol, en las salas de patologías del siglo XXI el cuerpo vuelve a ser un objeto, allí una pierna es solamente un trozo del todo, del cuerpo, que permitirá comprobar clínicamente la presencia de cierta enfermedad. En otros momentos y con otras especialidades médicas los cuerpos son la relación de órganos y se busca curarlos desde una perspectiva un poco más holística o en todo caso menos invasiva.<sup>12</sup> Le Breton continúa con su argumento explicando que la biomedicina prefiere el uso de la razón y de sus explicaciones lógicas para aproximarse a las enfermedades y su solución. A partir del siglo XVII se comenzaron a utilizar metáforas mecanicistas, el cuerpo moderno fue y continúa siendo comparado con una máquina. Cito: “la metáfora mecánica aplicada al cuerpo resuena como una reparación para otorgarle al cuerpo una dignidad que no podría tener si sólo fuese un organismo”. (Le Breton 2002: 82) Me gustaría problematizar esa idea en el siguiente capítulo.

Le Breton escribe que, para el momento de publicación de su texto y en sociedades occidentales, la

---

los canacos “el cuerpo aparece como otra forma vegetal [...] no hay fronteras perceptibles entre estos dos terrenos”. (Le Breton 2002: 16-17) O la concepción occidental premoderna, mezcla entre paganismo y cristianismo, donde los cuerpos aún mantenían relación con el cosmos, era común encontrar historias populares de transmutación y cambio, como hombres lobo, árboles que hablan, animales que actúan como humanos o viceversa. (Le Breton 2002: 34) Sin embargo, actualmente existen también los saberes etnomédicos, medicinas alternativas y otras aproximaciones no biomédicas que se entrelazan y desdobl原因 para crear situaciones singulares con respecto a los cuerpos *occidentales* y *modernos*.

<sup>11</sup> Bruno Lutz los describe como los sabios de la época de la Ilustración. (Lutz 2006) Anteriormente los sabios habían sido filósofos y teólogos, así, el lugar de los médicos en la sociedad permitía dar fe de su importancia e influencia.

<sup>12</sup> Desde ambas perspectivas las partes individuales pueden dar fe del todo. Así entonces, para aproximarse al conocimiento biomédico se ha hecho uso de reducciones y sinécdoques.

biomedicina había cobrado tal popularidad que en ocasiones sustituía a los otros saberes sobre el cuerpo y sus enfermedades. La idea de cuerpo era mayoritariamente entendida desde el saber anatómo-fisiológico de la medicina moderna. Sin embargo, es importante comentar que la biomedicina ha tenido ciertos retos a los que se ha enfrentado desde sus orígenes y quizá en el siglo XXI no ha logrado sortear del todo. Le Breton añade que la biomedicina convive de manera cotidiana con saberes populares, no aceptados por la modernidad y que los pacientes hacen uso de varias visiones del cuerpo y sus enfermedades. Sostengo que también los sujetos médicos presentan esta característica aparentemente paradigmática, como se demostrará en los capítulos siguientes.

Para comprender de mejor manera la medicina moderna habrá que mirar sus pasos, avances y tropiezos. En el texto *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception* (2003), Michel Foucault discute sobre los orígenes de la medicina moderna y sobre algunos de sus mayores retos.<sup>13</sup> El autor explica que la medicina moderna ha instaurado su propia fecha de creación a finales del siglo XVIII y desde entonces ha influido en un cambio epistémico en el que una de las mayores preocupaciones ha sido la forma de relacionar lo invisible con lo visible. (Foucault 2003: xii-xiii) El autor hace énfasis en la cualidad creadora de la mirada, porque desde cierta perspectiva epistémica, mirar era iluminar y ser capaz de entender ciertas cuestiones. A través de una mirada educada se buscó construir una idea de cuerpo, enfermedad y salud. Esta mirada estaba a cargo de los sujetos médicos. El cambio de paradigma fue alejarse de una perspectiva holística sobre el ser humano y enfocar la mirada en una de las partes de un cuerpo, que no necesariamente era lo mismo que la persona. Se dejó de preguntar ¿qué es lo que sucede contigo? y se comenzó a preguntar, ¿dónde te duele? Las partes que constituían un todo, fueron separadas, y por medio del lenguaje poco a poco los imaginarios colectivos fueron modificándose. (Foucault 1973: xix) El libro es una recopilación de estos cambios subsecuentes y continuos.

Foucault discute de qué manera la medicina moderna y la política se relacionaron, Foucault comenta que a raíz de las enfermedades que causaban epidemias y sus brotes se determinó crear una institución encargada de supervisar y estudiar las epidemias y las enfermedades de origen zoonótico.<sup>14</sup> Sin embargo,

---

<sup>13</sup> La obra fue publicada originalmente en 1963, la versión citada es la edición del 2003, que sigue la primera traducción al inglés, realizada en 1973.

<sup>14</sup> En 1776 se fundó la Sociedad Real de la Medicina en Francia. (Foucault 1973: 26) Sin embargo, esta sociedad se disolvió y volvió a formar varias veces en los años posteriores. Los problemas que enfrentó eran problemas similares a los

la práctica médica enfrentó bastantes problemas, entre estos la legitimidad de sus acciones, y la escasez, por un lado de fondos para tratar pacientes y para mantener a los médicos y por otro de médicos capaces de curar y hacer frente a las enfermedades de forma afortunada.<sup>15</sup> Además no había un consenso sobre cómo debía ser el entrenamiento médico y después de cuánto tiempo un individuo era considerado doctor. Durante los años posteriores a la creación de la Sociedad Real de Medicina algunos médicos estudiaban de forma teórica tres años y obtenían un diploma, otros se volvían aprendices de un médico ya formado, presentaban un examen y si lo aprobaban eran considerados médicos, sin embargo, los estudiantes carecían de entrenamiento práctico. (Foucault 2003: 40-49) Finalmente se comenzó a pensar en la necesidad de una currícula para los sujetos que quisieran ser médicos y formas de estandarizar las prácticas de adquisición de conocimiento. Fue entonces cuando se instauró una currícula *universal* y se ahondó en la distinción previa entre médicos y cirujanos.<sup>16</sup> La currícula debería incluir temas de anatomía fisiología, química, botánica, física, farmacéutica, cirugía y patología, entre otros. Durante los primeros semestres se llevaría un tronco común y después se dedicaría tiempo a la especialización. (Foucault 2003: 70-72)

De manera paralela, en el siglo XXI en México los médicos deben estudiar un tronco común de seis años y después si desean pueden continuar especializándose en cierta área. Hoy en día todos los médicos brindan por lo menos un año de servicio social antes de graduarse como médicos generales. Después puede elegir cursar una especialidad, que dura entre 1 y 5 años, y al terminar, si lo desea pueden cursar una subespecialidad o alta especialidad que dura nuevamente entre 1 y 5 años. Así, los médicos se especializan en cierta área del cuerpo u órgano y poco a poco se apartan de las otras. La ciencia médica con frecuencia está rodeada de subdivisiones, que implican desconocimiento de otras áreas, y si se necesitara hacer frente a enfermedades pertenecientes a otra especialidad, empirismo y quizá limitantes.

---

tenía la ciencia médica de la época.

<sup>15</sup> Menciona que era común que los pacientes sufrieran, o incluso fallecieran, por el tratamiento prescrito o por un error médico. Por ejemplo, amputaciones innecesarias o prescripciones de purgas de arsénico. (Foucault 1973: 66)

<sup>16</sup> En las clínicas se permitía a los pupilos practicar y probar sus conocimientos, la instrucción fue teórica y práctica. Allí los pacientes se utilizaban como ejemplos de las enfermedades y su desarrollo. Un aspecto importante de las clínicas era que los pacientes se pensaban sobre todo como ejemplos de enfermedades, no como personas. La mirada médica era observar al cuerpo del paciente como receptáculo de las enfermedades y pensar en su cura como algo independiente a su identidad o mente.

Conforme a lo anterior, Foucault y Le Breton, presentan una narrativa similar, ambos argumentan que la enfermedad y su localización en el cuerpo es algo relativamente reciente y que esta idea esta directa y estrechamente relacionada con la biomedicina, que además ha sido responsable de un cambio epistémico sobre la forma de aproximarse al ser. Los cuerpos y las enfermedades se entrelazaron en los imaginarios occidentales modernos, los cuerpos permitirían volver a las enfermedades o aflicciones algo concreto, visible, que podía ser clasificado y que podía estudiarse. Y a la vez la biomedicina se convirtió en un pilar fundamental de la modernidad, se esperaba los médicos terminarían por reemplazar a los sacerdotes y a la Iglesia. Así entonces, en el siglo XXI seguimos replicando esta concepción del cuerpo y la enfermedad investida de conocimientos particulares creados desde la biomedicina. Esas ideas son construcciones culturales que impactan las relaciones individuales, los médicos son los depositarios de estos conocimientos anátomo-fisiológico modernos y fungen como emisarios de la modernidad. Aunque la biomedicina y sus categorías no son las únicas para aproximarse tanto al cuerpo, como a las enfermedades, la ciencia médica es el discurso legítimo de la modernidad en las sociedades occidentales. Esta tesis presenta las aproximaciones a la COVID-19 desde la perspectiva de la ciencia biomédica del siglo XXI, heredera de las medicinas de los siglos anteriores, que se encargaron de diseccionar, dividir, crear nosologías y clasificar los discursos sobre el cuerpo y sus padecimientos.<sup>17</sup> El siguiente apartado, por tanto, explicará brevemente qué es esta enfermedad y de dónde viene desde esta perspectiva biomédica moderna.

## **Etiología y cronología de la COVID-19**

La enfermedad COVID-19 es causada por el virus SARS CoV-2, una nueva cepa del virus que afectó a

---

<sup>17</sup> No obstante, me gustaría añadir que el conocimiento sobre el cuerpo y sus padecimientos es un conocimiento parcial, puesto que se ha tomado como medida universal cuerpos masculinos. Aunque en las últimas décadas se han comenzado a hacer pruebas médicas tomando en cuenta el sexo de las personas, la mayoría sigue reflejando resultados en cuerpos masculinos. Por ejemplo, solamente el 18% de los participantes de pruebas para aprobar nuevos equipos para combatir la oclusión endovascular fueron mujeres, y para férulas cardiovasculares solo fueron 32%. Ahora bien, cuando el estudio estaba más dedicado a procedimientos estéticos la mayoría de las participantes eran mujeres. Por ejemplo, 90% en estudio para corrección de arrugas faciales y 92% para equipos de corrección ortodóncica. (Criado Pérez 2019: 207-208) Sin duda, esta es una de las limitantes de la biomedicina.

Asia la década pasada.<sup>18</sup> Los primeros casos de esta enfermedad fueron registrados en China a finales del 2019. (WHO 2020: Timeline - COVID-19) Actualmente los científicos biomédicos desconocen el origen del virus, se ha concluido que es de origen zoonótico pero no hay evidencia determinante para asegurar que fue causada por un murciélago. (Wang et al. 2020: 391) Debido al momento histórico actual, a la globalización, es decir, a las formas de recolectar y realizar transacciones comerciales de objetos y bienes, así como los medios de transportar y movilizar personas, la transmisión del patógeno fue veloz. El 21 de enero del 2020 se confirmó un caso del nuevo virus en Estados Unidos. (WHO 2020: Timeline - COVID-19) A los pocos días, el 24 de enero, Francia reportó tres casos de COVID-19. El 29 del mismo mes Emiratos Árabes Unidos reportó casos en su territorio. En solo un mes el virus había llegado a otras tres regiones de la OMS. En febrero se reportaron casos en Egipto y Argelia. Así entonces, el virus estaba presente en África, América, Europa, Asia Sudoriental, Mediterraneo Oriental y Pacífico Occidental. En cada una de las regiones de la OMS se habían reportado casos, la tasa de trasmisión era mucho más alta que la del H1N1, y el *Vibrio cholerae*. Su R, con medidas de intervención no farmacéuticas aplicadas, está entre 2 y 3. (Bauch 2020: 152) Además, solamente el 20% de las personas infectadas requiere hospitalización, de las cuales únicamente el 5% desarrolla síntomas graves que requieren cuidados intensivos.

Ahora bien, sobre los síntomas, de manera similar a la influenza causada por el H1N1, el SARS CoV-2 afecta principalmente al sistema respiratorio. Sin embargo, no se limita a ese sistema, si no que puede impactar otros sistemas, órganos y tejidos. La información ha cambiado rápidamente. En algunos casos, la información que se encontró hace unos meses ha perdido validez y en muchos otros, ha sido completada. Por ejemplo, Fu-Sheng Wang, director del Centro Biológico de Terapia, así como del Instituto de Investigación de Beijing en Enfermedades Infecciosas escribió en febrero: “Recent data showed that most deaths were due to respiratory failure; however, no reports of lung pathology in patients who died from 2019-nCoV infection have been reported so far.” (Wang et al. 2020: 392) Unos meses después se analizó que el virus

---

<sup>18</sup> Este virus es parte de la misma familia que el SARS CoV, identificado a finales del 2003 en China, que causó el síndrome respiratorio agudo principalmente en la región asiática, en países como China, Taiwan y Singapur, aunque también se reportaron casos en Canadá. (Cherry & Krogstad 2004: 3) De acuerdo con diversos autores, el SARS CoV fue el responsable de la primera pandemia del siglo XXI. (LeDuc 2004, Cherry & Krogstad 2004) Sin embargo para esta investigación no fue considerado pandemia por no haber causado casos en más de dos regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), además de que fue controlado relativamente rápido, no causó el impacto humano que el cólera en 1850s, y las influencias de 1918 y 2009 tuvieron.

podía provocar un fallo orgánico múltiple, siendo entonces esa la causa de muerte. (Li et al. 2020: 1517) En términos generales, las personas infectadas de COVID-19 pueden presentar síntomas tales como: tos, cefalea, disnea, fiebre, pérdida de olfato y gusto entre otras. Algo que sucedió con las enfermedades causantes de pandemias anteriores y que sigue sucediendo es que las personas pueden o no presentar síntomas. Entonces, cuando alguien fue expuesto al virus SARS COV-2 y no presenta síntomas, este individuo se conoce como asintomático, pero en sí lo que sucede es que este individuo no está enfermo. Estuvo expuesto al patógeno pero no desarrolló la enfermedad COVID-19, sin embargo puede transmitirlo.<sup>19</sup>

El 11 de marzo del 2020, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró que la enfermedad COVID-19 era desde ese momento y hasta nuevo aviso una pandemia. Además, recalcó: “This is not just a public health crisis, it is a crisis that will touch every sector – so every sector and every individual must be involved in the fight.” (WHO: 2020 Briefing on COVID-19) Utilizó el lenguaje metafórico de guerra y trató de hacer partícipes a todos los individuos, sin embargo, esta universalidad y aparente democracia será problematizada más adelante. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la tasa de mortandad para personal de salud contagiado en México es de 10.8%. (PAHO 2020: 1) No solo se trata de los fallecimientos, sino del impacto en las vidas, ¿cuál es el contexto donde se desarrolló dicha enfermedad?

## **México como diálogo entre realidades**

Los sucesos que han rodeado a la pandemia y la toma de decisiones no son universales. Algunas de las recomendaciones que la OMS ha sugerido resultan imposibles en contextos mexicanos. Resulta importante mencionar que México es un abanico enorme de grupos humanos, como si fueran muchos países al mismo tiempo. Para entender la pluralidad, versatilidad y rupturas o desacuerdos que el país presenta habrá que pensar en ciertas ideas específicas de lo que ha sucedido en el país durante la pan-

---

<sup>19</sup> Esto ha sucedido anteriormente con otras enfermedades, existen registros de personas que convivieron con enfermos durante tiempo prolongado y no adquirieron la enfermedad, algunos relatos se pueden encontrar en Mordichim: *Recollections of Cholera in Barbados During the Middle of the Year of 1854* de Thomas Butcher o *Relato de la epidemia de influenza española que sufrió el pueblo de San Pedro de la Cueva el año de 1918* de Enrique Y. Duarte. Lo mismo está sucediendo con esta nueva enfermedad, como se discutirá en los siguientes capítulos.

demia de COVID-19.

Me atreveré a adelantarme un poco a la presentación de resultados para evidenciar mi argumento en esta sección, México es más de uno. Esteban, uno de los médicos con los que mantuve contacto, me comentó que tuvo que tomar una decisión muy difícil. Durante abril se encontraba fuera de la Ciudad de México, estaba en provincia realizando su servicio social, en un lugar pequeño y de bajos recursos económicos. La pandemia llegó y poco a poco fueron contagiándose los pobladores del caluroso lugar. Un día lo llamaron a una perrera donde le dijeron que habían puesto a los enfermos más graves. Esteban tuvo que decidir si entraba a verlos, sin equipo de protección personal (EPP) o si los dejaba a su suerte. Estaban entró e hizo lo mejor que pudo. Cuando me contó esto no me atreví a preguntarle si habían sobrevivido, me bastaba saber que él lo había hecho. No se contagió de COVID-19, lo que me hace pensar lo afortunado que fue.

Una doctora con la que también he estado platicando me comentó una historia similar, pero con desenlace distinto. Ella estaba en provincia, en un hospital pequeño, pero en un hospital a fin de cuentas. En abril les pidieron a los médicos que estaban de servicio que entraran a ver pacientes con COVID-19. Les llegaron las órdenes desde la capital de México, pero no les llegó equipo de protección personal. Eran 8 médicos especialistas, todos entraron a ver pacientes con COVID-19. Los 8 se contagiaron, 6 fallecieron. Escuché su historia sintiéndome triste y desencajada. ¿Qué podía decirle? En la capital tampoco se tenían suficientes equipos de protección personal, pero se tenían un poco más. Parecía que entre más se alejara alguien de la Ciudad de México más vulnerable estaría su cuerpo. Quizá más desechable sería su vida, como problematizo en el capítulo 4.

Otro de los grupos vulnerables en México son esos que llamamos indígenas. Los discursos para describir y representar a los indígenas cambian significativamente, durante algún tiempo se buscó adaptar el modo de vida de los indígenas a lo esperado por la providencia, después se defendió al indígena y a su identidad (reconoce una identidad valiosa que debía ser respetada), finalmente se buscó una unidad para lograr la formación de una patria, se pensaba que la homogeneidad nacional debía ser liderada por los mestizos. (Villoro 1998: 32, 52, 111, 136, 143, 219) Durante la mayor parte de la historia del país solo se reconocería al indígena si se le alienaba a sí mismo y se le incluía en el grupo dominante.

Esta síntesis de lo que se ha dicho de forma general del indígena en México nos permite apreciar que la preocupación por definir el indígena siempre ha estado supeditada a un interés de valoración y utilidad. Durante mucho tiempo, para México y gran parte de su tradición antropológica el indígena fue parte de algo más, de su relación con esto otro, fuera español o mestizo. La valoración que los indígenas han tenido hasta este momento de revisión estuvo estrechamente ligada con su utilidad. Aunque tam-

bién pueden encontrarse rupturas en torno a la actitud que se toma respecto al indígena, durante las últimas décadas del siglo pasado se comenzó a promover una revaloración de culturas originarias y un reforzamiento de sus valores.<sup>20</sup> Además de la problematización de la categoría misma. David Robichaux y Roger Magazine han aportado a estas discusiones. En su texto “Las limitaciones de las categorías de ‘indígena’ y ‘mestizo’ en los estudios rurales de México” (2007), los autores sostienen que ambas categorías “han sido reificadas de tal modo que carecen de significación sociológica”, por tanto proponen alternativas para la construcción de conocimiento desde otra perspectiva. (Robichaux 2007: 191) Los autores enfatizan que los procesos de modernización y aculturación a los que se han enfrentado ciertas comunidades humanas “que otrora eran consideradas indígenas o campesinas” han problematizado el término, en ocasiones han sido reclasificadas como mestizas, basándose en el uso extendido del español, o como urbanas, de acuerdo con el INEGI, al tener una población mayor a 2 500 habitantes. Así entonces sostienen: “no es suficiente partir de las grandes generalizaciones teóricas —como las de la modernización o de la globalización— para explicar lo local”. (Robichaux 2007: 192) Su texto discute estudios de caso y termina por proponer poner atención en las particularidades y ser consciente de los errores de juicio que pueden resultar de las generalidades. Considero importante mencionar también que colocan a la figura del antropólogo como un actor fundamental para la creación de dichas categorías.

En definitiva, en México hallamos una pluralidad de saberes y formas de vida, y cada uno de sus habitantes experimenta un continuo vaivén entre general y particular, entre moderno y no moderno, entre dicotomías que nutren, posibilitan y limitan a los sujetos. No es lo mismo enfrentar la COVID-19 en un pequeño pueblo de provincia que en un pequeño hospital, aunque sí es similar. Además, una gran diferencia es cómo enfrenta la COVID-19 la población no indígena a la población indígena, distinción importante que merece ser discutida pero que sobrepasaba los alcances de investigación de esta tesis. En este México, diálogo entre realidades y modos de vidas, es donde se insertan los sujetos biomédicos, que aspiran a la modernidad. Algunas veces es en su realidad diaria externa donde encuentran los desajustes, algunas otras veces es en su interior, como se demostrará más adelante.

---

<sup>20</sup> Esto ha acontecido desde varios frentes, por un lado se ha debatido de forma teórica la categoría y se ha hecho evidente su problematización para definir grupos humanos. Por otro lado, se han suscitado eventos que de forma práctica han aunado conocimientos y dudas para la revisión de la categoría. Por ejemplo, la creación y participación del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en el panorama nacional.

## Sobre la modernidad

La modernidad como principio estructurador se ha comentado por diversos autores, entre los que se encuentran Bolívar Echeverría, quien sostiene que la modernidad es un conjunto de comportamientos humanos que se expresan en varias dimensiones de la vida social. (Echeverría 2009: 7-8) Este autor se centró en la modernidad como principio económico, en un tipo de modernidad que surgió como respuesta a la modernidad hegemónica y se basaba en otras premisas. Su estudio se enfocó en retratar los acontecimientos y vicisitudes de América Latina y, en concordancia con Arturo Escobar, países del tercer mundo. En el mismo sentido, este último propuso la creación de discursos endógenos sobre los discursos industrializados. Este autor sostiene que es necesario “configurar otro espacio para la producción de conocimiento — una forma distinta de pensamiento, un paradigma otro”, al que denomina modernidad/colonialidad (MC). (Escobar 2003: 53) Ambos autores concuerdan en la idea de que la modernidad es una, en ciertos lugares, pero es otra en ciertos otros, y se guía bajo otra lógica.

Otro autor que construye sobre la idea de múltiples modernidades es Josexto Beriain, quien, en su texto “Modernidades múltiples y encuentro de civilizaciones” (2002) pone de manifiesta que la modernidad no es un algo logrado y uniforme, sino una esperanza. (Beriain 2002: 38) Sobre esta búsqueda de resolución de problemas y perfeccionamiento encontramos a Zygmunt Bauman, quien sostiene que el tratar de resolver nuestras incertidumbres solamente nos hace propagarlas. (Bauman 1993: 365, Beriain 2002: 32) Esta idea es bastante similar a la idea de los híbridos creados a través de la purificación, sustentada por Bruno Latour, quien muestra que la modernidad tiene como constitución una división entre naturaleza y sociedad. (Latour 1993: 40) Sin embargo, Latour ahonda sobre su argumento y establece que ha sido la misma modernidad la que ha creado quasi objetos, algo que no es en sí mismo una idea pero tampoco son en sí mismo solamente un objeto, sino una mezcla entre las dos ideas que de acuerdo con la modernidad deberían ser divisibles, es decir, naturaleza y sociedad. Además de que los modernos pretenden ejercer cierto control sobre la naturaleza desde la ciencia. (Latour 1993: 97) Beriain, Bauman y Latour son solamente algunos de los autores que plantean a la modernidad como un algo que se presenta en fragmentos por los procesos internos de la misma. Es decir, la modernidad busca una simpleza que se vuelve en sí misma inasequible por la propia constitución moderna.

Ahora bien, también se encuentra la idea de que la modernidad solamente es una y crea un todo totalizado, homogéneo y sin fracturas internas. Aunque esta no es la perspectiva que retomo en la tesis, un autor que versa sobre esta idea es Niklas Luhmann quien propone que la modernidad es un sistema total, en el que hay varios otros sistemas cerrados internos. Los sistemas cerrados internos se han creado

por autopoiesis, es decir, se crearon a sí mismos, hacen referencia a sí mismos, siguen una lógica y una forma de comunicación propia y que además se autosustentan. (Luhmann 1998: 38) Un ejemplo de esto podría ser la ciencia médica. Además este autor recalca que lo moderno es aquello que se construye en contraposición con lo arcaico o tradicional. En *Complejidad y Modernidad: de la unidad a la diferencia* (1998) leemos: “Si la sociedad moderna se da a sí misma el título de «moderna», lo que hace es identificarse con ayuda de una relación de diferencia con respecto al pasado.” (Luhmann 1998: 96) Quizá una forma de aproximarnos a lo moderno sea a través de esta diferencia o por lo menos, teniendo en mente que se ha buscado crear esta diferencia. Latour sin duda lanza luz sobre esta problemática.

Basándome en los autores anteriores, entendemos que la modernidad tiene por lo menos las siguientes dimensiones: histórica, social, cultural, filosófica y, por supuesto, antropológica. No trataré de situar el momento del inicio de la modernidad pues no aporta a mi tesis, simplemente sostengo que lo que sucede actualmente con la COVID-19 está inserto en el contexto moderno o de acuerdo con Anthony Giddens, alta modernidad. (Giddens 1991: 4) Este autor resulta de sumo provecho para entender de qué hablo cuando escribo modernidad. En su libro *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age* (1991), explica a detalle que uno de los factores de la modernidad es la posibilidad de auto construir al ser. Este texto versa sobre la diferencia entre los contextos pre-modernos y los modernos, en estos últimos, la persona o individuo tiene una plétora de posibilidades y oportunidades a su alcance y carece de una figura de autoridad, por tanto, se ha emancipado de los modos de ser. (Giddens 1991: 210) De acuerdo con Giddens, un individuo moderno tiene una libertad agobiante, sin embargo, afronta las decisiones de vida a través de la filtración de la experiencia.<sup>21</sup> Esta filtración de la experiencia se basa sobre todo en aspectos que causan angustia a los individuos, entre los que se encuentra la muerte, pero implica que los riesgos de la modernidad se opacan para hacer el día a día de los sujetos más asequible.

En este contexto, lo social, cultural y filosófico se entrelazan hasta parecer indivisibles. La modernidad implica que tenemos una lógica distinta a la tradicional, pensamos con ciertas premisas y priorizamos ciertas ideas, además de que nos negamos a pensar en eventos como la muerte. Como plantearon Foucault y Le Breton, pensamos en nuestros cuerpos de cierta forma particular en la que se puede vis-

---

<sup>21</sup> Debido a que el texto fue leído en inglés la traducción del término ha estado a cargo de la autora de esta tesis. Giddens utiliza *sequestration of experience*, consideré que filtración era afortunado porque permite vislumbrar el paso de ciertos aspectos mientras que otros quedan fuera. Tal como lo discute el autor en su capítulo “Tribulations of Self”.

lumbrar una distinción entre natural y social. Somos cuerpo, algo físico, pero somos mucho más, algo social. Giddens también aporta al debate y sostiene que una de las maneras que tenemos actualmente de crear una identidad es a través de nuestros cuerpos. (Giddens 1991: 218) Finalmente, la modernidad ha permitido tener una confianza fuerte en la ciencia o por lo menos, pretende haberla creado, esta tesis problematiza algunas de las ideas que sostienen el concepto mismo de modernidad: ciencia, filtración de la experiencia y control, entre otras.

## **Conclusiones preliminares**

En este capítulo se abordaron algunos de los problemas que encontré realizando trabajo de campo y discutí sobre la perspectiva teórica que envolverá mi texto. La tesis se inserta como parte de la antropología médica, con consciencia de la situación particular del país, quise sobre todo hacer énfasis en que he elegido la perspectiva biomédica. He elegido a los sujetos médicos en México porque me he descubierto a mí misma con cierta fascinación por la figura. Parece ser que algo me guía en mi navegar hacia esas tierras. Durante mi tesis anterior discutí sobre un médico en la literatura, y ahora me pregunto, ¿qué pasa con los médicos de carne y hueso?, ¿qué pasa cuando un evento de salud de esta magnitud acontece?, ¿qué maneras de reaccionar han tenido?, entre muchas otras cuestiones relacionadas con la construcción de la categoría médico como sujeto moderno.

Resulta evidente que su figura es uno de los pilares que ha sostenido la modernidad por tanto considero valioso revisar sus premisas. Para la biomedicina el cuerpo es en función a su uso y quizá abuso, así el ser humano moderno se considera a sí mismo algo distinto de su cuerpo. (Le Breton 2002: 152) No obstante en ciertas ocasiones tiene recordatorios de su existencia y unión. Por ejemplo, en las situaciones límite, tal como una pandemia implica. En palabras de Giddens, en momentos fatídicos, cuando el individuo siente la angustia de los innumerables riesgos que lo rodean, nuevamente, el caso de una pandemia es un ejemplo perfecto. (Giddens 1991: 112) Antes de entrar de lleno a los resultados etnográficos de la investigación exploraré los acontecimientos que rodearon otras pandemias de la historia. Para sumar al conocimiento no eurocéntrico y ofrecer alternativas epistémicas los ejemplos han sido recolectados del continente americano. Estos nos ayudarán a pensar en las pandemias como eventos naturales que se rodean de eventos sociales. Por un lado, las pandemias del pasado lanzan luz sobre las siluetas de la pandemia de COVID-19, y quizá, por otro lado, a modo de Platón, permiten ver qué tan oscura sigue siendo la caverna en la que aún nos encontramos atados.



## Capítulo 2. Similitud de aproximación a otras epidemias en la historia

Imperceptibly, noiselessly it had crept into the island; no drum beat to warn us of the enemy; no telegraph reported it in sight; no harbour-master challenged it; yet the cry arose on every hand, -  
“The Plague has begun!”<sup>1</sup>

A lo largo de la historia de la humanidad las enfermedades han acompañado nuestros pasos. Resulta un truísmo decir que las enfermedades se han experimentado de manera cotidiana en la historia, sin embargo, es pertinente explorar sus diferencias y similitudes. No todas las enfermedades han generado pandemias. Algunas de las enfermedades que han generado pandemias son: peste, bubónica y neumónica, el ébola, el cólera, la influenza, el síndrome respiratorio de Oriente Medio, y la COVID-19, entre otras. Algunas de estas enfermedades fueron generadas por un virus, otras por una bacteria, sin embargo los efectos humanos y sociales pueden ser comparados entre sí. ¿De qué manera nos enfrentamos a un reto de esta índole?, ¿qué tienen en común las acciones implementadas? y ¿qué hemos aprendido de las pandemias anteriores? Los síntomas son diferentes, las reacciones, similares. En este capítulo el objetivo es definir qué es una pandemia, tomar como ejemplo tres pandemias en la historia para comentar similitudes entre ellas y ponerlas en diálogo con la pandemia actual de COVID-19 en México durante los

---

<sup>1</sup> Butcher, Thomas. (1855) *Mordichim: Recollections of Cholera in Barbados During the Middle of the Year of 1854*. London: Patridge, Oakey & Co., Paternoster Row. Página 3. La cita sirve para reflejar la manera silenciosa en la que una pandemia llega a un nuevo territorio, al comienzo sin muchas voces y cuando está bien colocada es un tema que está en boca de todos.

meses de marzo del 2020 a enero del 2021. Las fuentes para este trazo temporal han sido obtenidas de diversas publicaciones científicas, libros de historia y algunos relatos escritos de personas que vivieron durante esos momentos. Por medio de la documentación bibliográfica se identificaron algunas de las similitudes en la forma de aproximarse a otras pandemias de la historia y la forma que hemos tenido al aproximarnos a la COVID-19.

## ¿Qué es una pandemia?

*Pandemia* y *epidemia* son términos cercanos. Durante el último año hemos leído y escuchado sobre ambas y quizá hemos notado que con frecuencia se intercambian indiscriminadamente. De acuerdo con Peter Doshi, en su texto “Pandemic Influenza: Severity Must Be Taken into Account” (2010), una definición de pandemia tiene que tomar en cuenta la severidad con la que afecta a una población además de su distribución geográfica. En el 2007 la OMS propuso una clasificación de pandemias por etapas, se determinó que un evento mundial sería definido en seis grandes momentos, los primeros tres tenían riesgos bajos, mientras que los últimos tres implicaban la implementación de medidas de contingencia sanitaria. Las fases eran las siguientes: (1) no se ha reportado ningún virus de origen animal que afecte a humanos, (2) un virus de influenza ha circulado en poblaciones animales domésticos y se ha reportado que ha causado infecciones en humanos, (3) el virus zoonótico ha causado casos esporádicos de enfermedad en humanos pero no se ha comprobado que el virus pueda transmitirse de humano a humano, (4) la comprobación de que el virus puede transmitirse de humano a humano y puede generar brotes a nivel comunitario, (5) el mismo virus ha causado brotes en dos o más países, (6) el virus ha causado brotes en otra región geográfica.<sup>2</sup> (WHO: 2007 Pandemic Phase Description and Main Actions By Phase) Doshi escribe que la pandemia de influenza del 2009 no tuvo una definición clara por parte de la OMS, por tanto los países miembros de esta organización no tuvieron tampoco claridad en las medidas que debían tomar para responder ante la enfermedad. Las fases estaban definidas partiendo de la premisa de que la siguiente pandemia sería causada por un virus de influenza, sin embargo la OMS falló en definir qué era una pandemia. No tomó en cuenta la severidad, la cual, el autor sostiene debe ser determinante para entender el concepto.

---

<sup>2</sup> En este documento la OMS se enfoca en las pandemias causadas por la influenza. Sin embargo, otros autores concuerdan en que las pandemias de la historia han sido causadas por virus o bacterias zoonóticas. (Abeyasinghe 2013: 911)

Harvey V. Fineberg añade que una pandemia reta a los individuos así como a los líderes internacionales y a las comunidades más amplias. En su texto “Pandemic Preparedness and Response - Lessons from the H1N1 Influenza of 2009” (2014) suma a la premisa de Doshi expresando la complicación para definir y entender qué es una pandemia basándose en la descripción de las fases propuestas por la OMS:

Since the formal criteria for advancing from one phase to the next higher phase in an emerging pandemic were based entirely on the extent of spread and not on severity, this led to public confusion about exactly what the WHO meant by a pandemic. The WHO lacked a consistent, measurable, and understandable depiction of the severity of a pandemic. This situation was problematic because, regardless of the definition of a pandemic, the decisions about response logically depend on both spread and severity. (Fineberg 2014: 1339)

Este autor hace énfasis en que independientemente de que se tenga una definición clara o no de qué es una pandemia, se toman decisiones para responder de acuerdo con la tasa de transmisión y la severidad de la enfermedad. De acuerdo con su texto tanto los individuos, como los actores políticos toman decisiones para protegerse con su mejor entendimiento.<sup>3</sup> Además demuestra que incluso la OMS, como organismo internacional encargado de la salud mundial, reconoce los abismos que significa sortear un reto como una pandemia y la carencia en la capacidad de respuesta: “The world is ill prepared to respond to a severe influenza pandemic or to any similarly global, sustained and threatening public-health emergency” (OMS cit. en Fineberg 2014: 1336) Concluye con la idea de que los países deben poner énfasis en programas preventivos de largo plazo en lugar de reaccionar a las amenazas sanitarias cuando surgen. Fineberg remarcó que no estábamos preparados para una pandemia, que no teníamos los recursos, ni humanos, ni materiales para enfrentarnos a un reto de esa índole.

En diálogo con Doshi, en el artículo “The classical definition of pandemic is not elusive” (2011), Heath Kelly sostiene que la definición de pandemia no es borrosa. Ella presenta la definición clásica epidemiológica de una pandemia, citando un diccionario de epidemiología publicado por Oxford University

---

<sup>3</sup> Partiendo de esta idea, en el capítulo 3 desarrollaré argumentos acerca de la información que los médicos en México obtuvieron y la forma en la que implementaron medidas como individuos. Y las resonancias que esto tiene con la categoría de modernidad comentada desde diversos autores, principalmente Anthony Giddens quien propone la idea de momentos fatídicos y filtración de la experiencia.

Press en el 2001. Se lee: “A pandemic is defined as ‘an epidemic occurring worldwide, or over a very wide area, crossing international boundaries and usually affecting a large number of people’”. (Kelly 2011: 540) La autora explica que por definición las pandemias pueden ocurrir anualmente, ya que las epidemias estacionales atraviesan las fronteras internacionales y afectan a un gran número de personas, sin embargo hace énfasis en que esas epidemias no son consideradas pandemias. Continúa: “A true influenza pandemic occurs when almost simultaneous transmission takes place worldwide.” (Kelly 2011: 540) Sus afirmaciones implican que existe una definición clásica de qué es una pandemia y que ésta se diferencia de lo que es una pandemia *real*. El conocimiento biomédico se fragmenta en dos discursos, con sus debidas categorías: el clásico y el verdadero. Kelly argumenta que la severidad podría ser tomada en cuenta como criterio para definir qué es una pandemia, entonces de acuerdo con el ritmo reproductivo básico ( $R$ ) estimado del H1N1, que variaba entre 1.2 y 1.5 en niños, podría tomarse también al H1N1 como una pandemia. La autora falla en definir afortunadamente una pandemia. Una vez más se enfrentan discursos de expertos y parecen no sortearse las complicaciones en la definición. Sin embargo, el texto concluye: “we need to redefine pandemic influenza. We can then describe the potential severity range of future pandemics.” (Kelly 2011: 541) Como veremos más adelante, este fenómeno de revisión y duda está insertado en el núcleo mismo de la modernidad. La reflexividad y la falta de confianza es una de sus características principales. (Giddens 1991: 20, 30-31, 52, 218)

Tomando en cuenta lo revisado hasta el momento, esta tesis sugiere que una pandemia ha sido entendida como un evento social que tiene que ver principalmente con tres factores: (1) la cantidad de regiones afectadas, dos o más, (2) ser causado por un virus o bacteria zoonóticos que pueda transmitirse de humano a humano y (3) el  $R$ , es decir el ritmo reproductivo básico es mayor al de las enfermedades estacionales endémicas.<sup>4</sup> No incluiré severidad o mortandad porque como se verá con los ejemplos de las pandemias elegidas, algunas veces ha afectado más que otras, a ciertas regiones y grupos humanos, y eso no significa que no hayan sido en cada caso una pandemia. Considero que el efecto social desagregador que tienen las enfermedades que causan pandemias es un elemento clave para pensar en el fenómeno. En este texto el énfasis está en la forma en la que los humanos nos hemos aproximado a las pandemias. Las epidemias son sucesos sociales similares a las pandemias pero de menor escala, no se encuentran presentes y activas en dos o más regiones de la ONU, además de que su origen no necesariamente es

---

<sup>4</sup> Las regiones del mundo de acuerdo con la OMS son: África, América, Europa, Asia Sudoriental, Mediterraneo Oriental, Pacífico Occidental.

zoonótico. Durante este capítulo, una vez dada la definición de pandemia, se explorarán tres pandemias, primero se discutirá el cólera a mediados de 1800, después la influenza de principios del siglo pasado y finalmente la más reciente pandemia de influenza, en el 2009.

## Diarreas y vómitos

El cólera es una de las enfermedades más antiguas y que más pandemias ha causado en la historia. De acuerdo con Lourdes Márquez Morfín esta enfermedad fue la responsable de la primera pandemia mundial, idea que puede encontrar resonancias con las discutidas en el apartado anterior. (INAH TV 2020) Es creada por la bacteria, *Vibrio cholerae*, que al infectar el organismo produce un desbalance en los líquidos que implica la pronta deshidratación de los pacientes si no reciben atención médica. De acuerdo con Robert Pollitzer, autor de una monografía sobre el cólera publicada por la OMS en 1959 indicó que habían habido seis pandemias provocadas por cólera. (Pollitzer 1959: 17) Sin embargo, después de la fecha de publicación de este texto comenzó otra pandemia de cólera. Esta última inició en 1961 con el biotipo El Tor, en Makassar, Indonesia, y continúa siendo un problema. (Hu et al. 2016: E 7730) Las pandemias causadas por el *Vibrio cholerae* se caracterizan porque pueden durar años, la sexta duró 24 años. (Hu et al. 2016: E 7730) El cólera es un problema actual, pero también es un problema histórico.

En el periodo que comprende de los años 1846-1860 el cólera afectó al mundo. Los primeros brotes comenzaron en Asia Sudoriental, después hubo casos en el Mediterraneo Oriental, Europa y finalmente, llegó a América. Este texto se centrará en la tercera pandemia de cólera, que tuvo sus momentos más álgidos alrededor de mediados del siglo XIX porque tuvo un impacto considerable en América, el cólera había llegado a tierras americanas desde el 9 de junio de 1832, en Ontario, no obstante, sus efectos más asoladores sucedieron algunos años después. (Butcher 1855: 8) Los países de este continente tomaron distintas medidas preventivas y de acción frente a la enfermedad. Sin importar estas distinciones y particularidades, un efecto clave que tuvo la enfermedad en los países afectados fue un desdibujamiento social. La pandemia de cólera en América implicó un reto personal y social, en los que la raza y el género desempeñaron un rol determinante. Los líderes políticos tomaron distintas acciones y los ciudadanos actuaron de maneras diversas. En México, Puerto Rico y Barbados, encontramos dos grandes similitudes: la vida social cotidiana se vio alterada y la forma de tratar la enfermedad no era clara para el personal médico. Entre otras razones, la primera similitud tuvo que ver con la suspensión del comercio y que la cantidad de muertos sobrepasó la capacidad de lidiar con ellos, dando origen a formas inusuales de rela-

cionarse con la muerte. Y la segunda similitud sucedió porque había desconocimiento de la enfermedad y su impacto en el cuerpo, por tanto las acciones médicas no siempre fueron las más adecuadas para evitar los contagios entre pacientes o hacia ellos mismos.

Para comentar sobre estas similitudes que menciono utilizaré principalmente los siguientes textos, *Mordichim: Recollections of Cholera in Barbados During the Year of 1854* (1855), el relato del cura Thomas Butcher durante el brote pandémico en Barbados, “This too Shall Pass: Memories of the Barbados Cholera Epidemic of 1854” (2020), artículo de Dario Forte quien retoma de su tesis de grado para narrar algunos sucesos importantes de la forma en la que la tercera pandemia de cólera afectó a Barbados, y “Cholera and Race in the Caribbean” (1985), artículo de Kenneth F. Kiple quien pone en diálogo las afectaciones delimitadas por la categoría de raza.

El primer caso de cólera en Barbados fue registrado el 12 de mayo de 1854, una semana después, el consejo de salud de la nación anunció la emergencia sanitaria. (Butcher 1855: 12) La capital rápidamente presentó una cantidad alta de enfermos, lo que de cierta forma congeló la vida social y las actividades comerciales:

Let us take a turn up Broad-street. Where are the carriages, carts, men, and women, that recently filled it up with “bustle, noise, and show? ”How changed this mart of business! How empty those stores! How stagnant everything except the trade in death! Look along that wharf, so lately resonant with the busy hum of trade and commerce. How quiet now! (Butcher 1855: 15)

La vida estaba detenida. Sin embargo, los médicos continuaban con su actividad mucho más agitada e ininterrumpida. Tenían que tratar la enfermedad y proveer a la población de soluciones. Cada día enfrentaban situaciones retadoras y algunas veces obtenían resultados afortunados, pero estaban a oscuras sobre sus acciones: “The peculiar case of cholera is unknown; whether it is animalcular, gaseous, or electrical is a mystery” (Butcher 1855: 47) Los doctores utilizaron alcanfor para tratar la enfermedad, no obstante, dependía de cada practicante médico la dosis indicada. Algunos indicaron dos o tres gotas cada 15 minutos, disuelto en vino, mientras que otros recetaron una cucharada sopera ante los primeros síntomas. (Butcher 1855: 48) Durante el siglo XIX la medicina había avanzado mucho, pero seguía habiendo dudas, errores y retos. El alcanfor podía curar al enfermo o matarlo inmediatamente, puesto que es una sustancia altamente tóxica. (Rivera, H. L., & Barrueto, F. 2014: 627-628) Algunas veces los enfermos vomitaban después de tomar la medicina, y de esta forma supuestamente limpiaban sus orga-

nismos, pero aunado a los otros síntomas de la enfermedad terminaban por deshidratarse rápidamente y morir. Muchas veces se desconocía si vomitaban por el cólera o por la medicina. El desconocimiento biomédico era una realidad desconcertante.

Como he escrito anteriormente, la vida social estaba detenida, también se suprimieron los ritos funerarios y las formas de experimentar las pérdidas fueron diferentes, a veces podrían parecer escandalosas: “As death became more familiar, the people grew more insensible of its solemnities” (Butcher 1855: 26) En su relato indica que los cuerpos eran tantos que los ataúdes se llenaban con tantos cadáveres cupieran, explica también que hubo casos en las que los adultos y niños de la familia morían, dejando solamente como sobreviviente a un bebé, que dependía enteramente de que un extraño pasara por la calle y lo escuchara llorar, e incluso algunas ocasiones donde los enterradores decidieron enterrar personas aún vivas, porque pensaban que no tenía caso abrir el ataúd del que provenía una voz suplicante, de cualquier forma no hubieran podido conseguir ayuda para el enfermo, así que se depositó tierra sobre el sujeto que todavía tenía un poco de vida. Las iglesias suspendieron sus servicios funerarios, había demasiados muertos y resultaba imposible proveer a los creyentes de los rezos y consuelos religiosos.

Butcher hace énfasis en la necesidad de unión social para enfrentar el reto de la enfermedad: “The cholera is every man’s business. It is a pestilence that knows no distinction of persons; it involves the peer and the peasant in a common grave.” (Butcher 1855: 54) Aunque el discurso resaltaba el carácter democrático del malestar, la enfermedad no afectó de la misma manera a todos los habitantes. Entre los muertos se encontraban en su mayoría personas de escasos recursos, de cierto color de piel y con ciertas características sociales. Butcher menciona que un detalle que le llamó la atención: “The deaths among the washerwomen and cooks were more numerous comparatively than those among any other classes of people.” (Butcher 1855: 18) Presenta que más cocineros y mujeres que lavaban ropa murieron en relación con otras profesiones, pero no propone conclusiones al respecto.<sup>5</sup>

La dimensión de raza y clase que se vivió durante esta pandemia ha sido explorada por otros académicos, en el texto “Cholera and Race in the Caribbean” (1985) leemos: “[...] the black population of the Caribbean proved far more susceptible to the disease than whites.” (Kiple 1985: 157) Como es común durante las pandemias, el registro exacto de la cantidad de muertos es un dato desconocido, sin embargo, el historiador Basil Rauch afirma que 70,000 esclavos murieron en Cuba durante la pandemia de mediados de siglo XIX. (cit. en Kiple 1985: 164) Este estimado permite pensar en la dimensión de raza

---

<sup>5</sup> Volveré sobre esta idea más adelante.

durante la pandemia. Nuevamente encontramos el desdibujamiento social, y la ruptura de la cotidianidad, sin embargo, esta vez se presenta la labor de la población esclavizada como un factor social que impulsó la abolición de la esclavitud. Con gran cantidad de personas esclavizadas enfermas o muertas, los dueños de plantaciones se vieron en la encrucijada para conseguir mano de obra. El autor escribe: “[...] in Puerto Rico as well as Cuba [...] cholera has been given credit for creating so much financial havoc for planters that free labor suddenly became an appealing alternative to slavery.” (Kiple 1985: 176) La falta de trabajadores ayudó a generar un cambio social. Ciertas personas estaban más expuestas a contraer cólera, y debido a ese desequilibrio económico y social, los sobrevivientes tuvieron mejores condiciones laborales.

Propongo considerar como factor de riesgo la profesión.<sup>6</sup> Butcher mencionó a los cocineros y a las lavanderas, podemos inferir con el conocimiento actual sobre el cólera que estaban en mayor riesgo por el nivel y frecuencia de contacto con otros. Mientras que los cocineros le servían la comida a una gran cantidad de personas en los comedores públicos que el gobierno instauró para ayudar durante la pandemia, las lavanderas tenían contacto con las prendas personales y de cama de los enfermos o fallecidos. Ambas profesiones implican contacto con personas o artículos que tenían la bacteria y podían infectar a nuevas personas. Siendo así, los médicos tenían una labor de alto riesgo de contagio. Su día a día consistía en visitar, atender y tratar de ayudar enfermos altamente contagiosos. Una vez más, en el relato de los acontecimientos en Cuba, Jamaica y Puerto Rico que el autor presenta encontramos el reto médico envolvía el cólera, un médico jamaicano registró en sus notas: “[...]that the majority of those who refused medical treatment and were ‘left to their own resources’ recovered.” (Kiple 1985: 173) Esto deriva del desconocimiento que se tenía sobre la enfermedad y las posibles curas. El autor explica, como mencioné antes, que muchas veces el tratamiento terminaba por matar a la persona enferma porque consistía en flebotomías y purgas, lo que se añadía a los síntomas del cólera y terminaba por debilitar tanto al paciente que este moría. También podemos pensar en la carga bacteriana, los médicos transmitían a sus pacientes más bacterias que los debilitaban más rápido, aquellos que estaban solos no estaban en contacto con más riesgos o fomites.

Finalmente, acerca del cólera descubrimos que la pandemia de mediados del siglo XIX también tuvo

---

<sup>6</sup> Lourdes Márquez Morfín y América Molina del Villar han considerado recientemente otra variable que ha aportado al entendimiento sobre las pandemias, el estado civil. Ellas descubrieron que en la pandemia de influenza de 1918, el grupo de mayor riesgo eran los solteros. (INAH TV)

algunos efectos positivos en la historia.<sup>7</sup> Como he mencionado, las muertes localizadas mayormente en la población negra fue un factor determinante para que los dueños de plantaciones se inclinaran por el trabajo libre. Además de que en algunos países, como Jamaica y Barbados, la pandemia de cólera motivó a los gobiernos a tomar medidas sanitarias preventivas para evitar otro gran brote. Así entonces, ambos países mejoraron sus servicios de agua potable y drenaje: “Thus, after the disaster, the Boards of Health on islands such as Barbados and Jamaica were sufficiently stimulated to provide a better water supply and undertake other measures important to public health.” (Kiple 1985: 176) Hubo beneficios dentro del caos, por lo menos en cierta medida se mejoró la calidad de vida de las personas. Puede que quizá algunas de las lecciones de la pandemia de cólera de mediados del siglo XIX se hayan implementado durante una pandemia posterior, la influenza de 1918. El siguiente apartado está dedicado a su discusión.

## **Falta de aire y fiebre**

La influenza es también una de las enfermedades bien conocidas por la humanidad, puesto que ha causado pandemias desde hace siglos. Por ejemplo, se cuentan con crónicas de un brote epidémico en América en 1493. Este virus es de origen zoonótico pudo haber sido transmitido de los caballos a la tripulación de las embarcaciones de Cristóbal Colón. (Márquez y Molina 2010: 123) El virus de la influenza afecta principalmente el sistema respiratorio, y sin atención médica los afectados pueden asfixiarse. En el siglo pasado han habido tres pandemias de influenza: la primera en 1918, de la cepa H1N1, la segunda en 1957, de la cepa, H2N2 y la última en 1968 de la cepa H3N2. (Kilbourne 2006: 9, Petersen et al. 2020: e241, Cohen 2010: 1564, Barry 2010: 11) Se discutirá sobre la pandemia la primera pandemia del siglo pasado por dos razones, (1) por su relevancia histórica, se caracterizó por un R de 1,4 y se estima que un tercio de la población mundial se infectó con el virus. (Taubenberger 2006: 16), y (2) ha sido la primera pandemia originada en el continente americano. El objetivo de esta sección es principalmente comentar sobre las metáforas para referirse a la enfermedad, sin embargo se comentará primero brevemente sobre las medidas sanitarias tomadas, para crear una línea semántica que una a la pandemia actual con la

---

<sup>7</sup> Dario Forte escribe que la pandemia en Barbados impulsó al gobierno para mejorar las condiciones de vida de la población, puesto que el cólera se extendió con facilidad por el territorio barbadense debido a que la mayor parte de la población vivía en hacinamiento, pobreza y carencias materiales.

primera pandemia del siglo XX.

La pandemia de influenza de 1918, también conocida como gripe española, se originó en Estados Unidos. El primer caso registrado de influenza fue un soldado estadounidense que se encontraba en el Fuerte Jackson, en Carolina del Sur. (Taubenberger 1997: 1795, Márquez y Molina 2010: 125) Durante el periodo que consiste de primavera de 1918 a otoño de 1919 el virus de la influenza se extendió por el mundo. Hubo casos en Europa, Asia Sudoriental, el Mediterraneo Oriental, el Pacífico Occidental. Si los marineros habían llevado el cólera de un lugar a otro durante el siglo XIX, en el siglo XX fueron las tropas las responsables de su propagación. En países como Estados Unidos y México, encontramos sucesos similares a los relatados durante la pandemia de cólera de mediados del siglo XIX en el Caribe. Entre las similitudes está la ejecución de medidas preventivas para sortear el riesgo de contagio.

Puerto Rico, durante la pandemia de cólera desarrollada en el apartado anterior, cerró fronteras para viajes no esenciales, y se encargó de desinfectar, probablemente con vinagre, todo el correo y los productos que entraban. (Kiple 1985: 168) Durante la pandemia de 1918 Estados Unidos ordenó el cierre de escuelas, iglesias, teatros y tabernas como acción profiláctica. (Hatchett 2007: 7583) México por su parte desalentó a la población a realizar reuniones y a visitar los espacios públicos. Los gobiernos locales motivaron a las personas a quedarse en sus hogares. Márquez y Molina escriben: “Los efectos sociales y económicos se produjeron a partir del cierre de escuelas, empresas e instituciones públicas que debieron ser clausuradas por la falta de empleados que las atendieran.” (Márquez y Molina 2010: 125) Además el gobierno mexicano implementó multas para aquellas personas que salieran a las calles enfermos: “Por ningún motivo el enfermo debía salir a la calle. Transgredir esta disposición era objeto de multa: desde 5.00 a 500.00 pesos, o el arresto correspondiente.” (Márquez y Molina 2010: 136) Sin embargo, estas medidas probaron ser insuficientes, la influenza se extendió ampliamente en Estados Unidos, algunos casos fueron encontrados en Alaska (Márquez y Molina 2010: 124), México, y muchos otros países, en cada uno de los continentes.

Además de la implementación de medidas preventivas, también encontramos como similitud la desagregación social. Los ritos funerarios fueron nuevamente translocados, los ritos de amistad, familiaridad y cercanía física, en algunos casos los enfermos se encontraron completamente desahuciados: “Several cases reported revealed the fact that there were not only two and three sick patients in one bed at a time but a dead body as well.” (Bristow 2010: 137) Debido a que nuevamente la enfermedad se transmitía principalmente de humano a humano, el riesgo eran los otros. Finalmente, la raza volvió a entrelazarse con la narrativa, mayor cantidad de población de tez oscura murió a causa de la influenza, a pesar de ser menos afectados por la enfermedad. Se debió a la falta de atención médica, algunas veces por carecer de

los recursos para asistir a un hospital, algunas otras por ser rechazados como pacientes por haber asistido a un hospital que solo atendía personas de tez clara. (Bristow 2010: 140) El género comprende una dimensión particular de estudio. No todos sufrieron de la misma manera la influenza de 1918. Por ejemplo, en algunos casos solo uno de los padres moría, si era la madre la familia se disolvía, puesto que no era socialmente aceptado que un hombre adulto viviera solo con infantes. (Bristow 2010: 138) Y si el padre era quien moría, la esposa se veía en un papel bastante complicado, tenía que trabajar para mantener a la familia, pero muchas veces las mujeres no tenían otra opción más que limpiar pisos. (Tomasi 1940: 5) Ser niño o niña, implicaba vivir con tu familia, o ser enviado a una familia adoptiva. Mientras que las niñas de madres fallecidas eran enviadas a hogares adoptivos, los niños de padres fallecidos se convertían en proveedores y hombres de familia aunque fueran aún jóvenes, Bristow narra el caso de Melvin Frank, quien a los 12 años tuvo que conseguir un trabajo y tomar un rol particular en su familia. (Bristow 2010: 139)

Como podemos notar, algunas medidas sanitarias y efectos sociales que se comentaron durante la pandemia del siglo XIX se retomaron y pueden volver a identificar en la pandemia de influenza del siglo XX. Ahora me gustaría enfocarme en un fenómeno lingüístico presente en esta pandemia: las metáforas de guerra. Durante el periodo de 1918-1919 Estados Unidos difundió en periódicos y comunicados oficiales información con respecto a la pandemia conceptualizando el virus como un enemigo, a los brotes de influenza, como ataques, a los médicos y personal de salud como héroes de guerra. Esto resulta importante porque el lenguaje metafórico de guerra es algo que seguimos usando hoy en día. Fue durante este momento histórico que ser médico cobró un significado social particular: “[...] physicians became soldiers, “the line of first defense,” ready to protect Americans and defeat the epidemic.” (Bristow 2010: 141) Anteriormente eran los que lidiaban de forma cercana con la enfermedad, pero en 1918 el imaginario de guerra, enemigo y amenaza era sumamente cercano a los habitantes de Estados Unidos. Mientras que los soldados norteamericanos se encontraban en Europa luchando contra los enemigos alemanes, los médicos que estaban en el territorio nacional, realizaban sacrificios similares. A través de la equiparación de la enfermedad con un enemigo, se pidió a los doctores que fueran héroes y estuvieran dispuestos a “morir en batalla”. Las muertes de los médicos y enfermeras se relataron bajo este lente, por tanto, fueron héroes que *lucharon* con la enfermedad y murieron en *combate*.

El lenguaje influencia las aproximaciones personales, sociales y políticas que una pandemia implica. Durante la pandemia de cólera del siglo XIX la enfermedad no fue personificada, era solo causada por un contaminante ambiental que derivaba en cuerpos enfermos. Durante la pandemia de influenza de comienzos del siglo pasado, la enfermedad fue equiparada con un enemigo, dotándola de agencia. Así entonces, la influenza planeaba sus ataques, mermaba poblaciones enteras y amenazaba a las personas.

Esto permitió crear discursos que permitieran ocultar e incluso olvidar que las enfermedades son fenómenos naturales.<sup>8</sup> Ahora bien, exploremos como las categorías hasta ahora comentadas fueron operativizadas en la pandemia de influenza del 2009.

## **Sobrerreacción y crítica**

La primera pandemia del siglo veintiuno recordó a la población que somos vulnerables, que los recursos médicos humanos e insumos hospitalarios son insuficientes y que en cuestión de horas la sociedad puede ser traslocada. La OMS desempeñó un papel particular en el desarrollo discursivo y social de la enfermedad. La pandemia del 2009 fue causada por la misma cepa de influenza que causó la pandemia de 1918. Esta vez se tenía más información del virus H1N1, se tenía un tratamiento y una forma de combatirlo, sin embargo, no se había sintetizado una vacuna. Discutir sobre esta pandemia es importante porque encontramos muchas similitudes con la manera en la que los médicos, enfermeras y personal de salud mexicano se han enfrentado a la pandemia de COVID-19. Además de que es la única pandemia de este siglo en haber llamado tanto la atención y traslocado las formas regulares de vida social.<sup>9</sup>

A diferencia de las dos pandemias comentadas anteriormente, la influenza del 2009 no representó una muerte abrumadora. Sus síntomas eran los mismos que la influenza de 1918, pero ya se contaban con mejores tratamientos para prevenir la complicación al grado de ser mortal. Los enfermos ya no presentaban pies y manos con coloración purpúrea, además de que su piel ya no tenía manchas oscuras. Sin embargo, esta pandemia fue una demostración de que no estábamos preparados para una pandemia, además de los retos políticos, institucionales y sociales, se tenía un reto epistémico: “Beyond institutional, political, and managerial difficulties, the most fundamental constraints on pandemic preparedness

---

<sup>8</sup> El tratamiento que tuvo la influenza de 1918 recuerda a los cuasi objetos propuestos en el libro de Latour, *We Have Never Been Modern*, exploro la idea en el capítulo 4.

<sup>9</sup> Aunque han habido más pandemias en el siglo XXI, estas no han tenido un impacto de la misma magnitud que ha tenido la influenza del 2009-2010. La pandemia actual de cólera, que tiene casos en África, Asia Sudoriental, Mediterraneo Oriental y América, no ha llamado tanto la atención, ni detenido el comercio internacional. La pandemia causada por MERS-CoV en el 2012-2015, fue más mortal que la influenza, tuvo casos en América, África, Europa, Asia Sudoriental y Mediterraneo Oriental; pero tampoco ha sido causante de reacciones de la misma magnitud que la influenza del 2009.

are the limits of scientific understanding and technical capacity.” (Fineberg 2014: 1340). La OMS se fundó en 1948 y desde entonces centraliza la información de salud, por lo tanto, la reacción de los países fue acudir a ella para guianza. Su papel como organismo internacional de salud es identificar casos que puedan representar una amenaza a la salud pública, proponer protocolos de acción e indicar medidas profilácticas, para reducir riesgos y las medidas de contención. (WHO 2021, “What We Do”) Sin embargo, la OMS tampoco sabía exactamente contra qué se estaba enfrentando. En el siglo XXI aún tenemos un sinfín de vacíos con respecto al conocimiento biomédico, además de las constantes revisiones a las que se somete lo que ya sabemos.<sup>10</sup>

La pandemia del 2009 inició nuevamente en América, se registraron dos casos en México en febrero del 2009, después se encontraron más casos de la misma enfermedad, de origen zoonótico en California, Estados Unidos. (Girard 2010: 4895, Fineberg 2014: 1336, Scalera 2015: 44) La enfermedad se extendió por América, Europa, Asia Sudoriental y el Mediterraneo Oriental. En junio del mismo año la OMS determinó que era una pandemia *etapa seis*, aunque algunos autores leyeron esta etapa como nivel, lo cual creó una confusión sobre las acciones necesarias que debían tomarse. Por ejemplo, veinticinco países cerraron fronteras comerciales con México, lo que afectó la economía nacional, además de que Francia presionó constantemente a Estados Unidos para cerrar su frontera del sur. (Barry 2010: 11) Cuando se cerraron fronteras con México, el virus ya se había extendido por el globo, por tanto fue una acción tomada desde el miedo, no desde la información o el conocimiento científico.<sup>11</sup> Además, se ignoraron las recomendaciones de Margaret Chan, la directora general de la OMS en esos años, sobre no restringir viajes o cerrar fronteras. (Chan 2009) Chan enfatiza la rapidez con la que el virus se había propagado por el mundo, mientras que en las pandemias anteriores se habían necesitado por lo menos seis meses para la propagación de las enfermedades, en el 2009 se requirieron solo tres. Esta rápida propagación también puede encontrarse en la pandemia actual, como se abordará en el siguiente capítulo.

En la pandemia de 1854 se colocó el epíteto “asiático”, refiriéndose a su origen extranjero, no era algo que hubiera nacido en América, y el discurso debía dejar registro de eso, de que la amenaza eran los otros. Por su parte en la pandemia de influenza de 1918 el epíteto nuevamente refirió a su

---

<sup>10</sup> Nuevamente pensamos en Giddens y su definición de modernidad.

<sup>11</sup> El cierre de fronteras es una medida común durante las pandemias, por ejemplo en la pandemia de cólera de 1991-1997 algunos países europeos cerraron sus fronteras para algunos países latinoamericanos. (Briggs 2004: 85-86)

supuesto origen, sobre este suceso leemos: “The Spanish influenza killed 20 millions of people, it is the worst infectious pandemic in history.” (Taubenberger 1997: 1793) Aunque el origen de esta pandemia, como se ha demostrado en este texto, no fue España, con frecuencia se relaciona semánticamente ambas palabras. Sobre la construcción de este imaginario podemos retomar el contexto histórico y social, durante los años de la pandemia de 1918-1919 España fue el único país en reportar sus casos abiertamente porque se había declarado neutral ante la primera guerra mundial. Mientras que los aliados y los poderes centrales se enfocaron en luchar para asegurar ciertos territorios, recursos y poblaciones, España se mantuvo neutral y reportó la enfermedad. El epíteto “española” ha quedado como registro y recordatorio del interés notable por hacer de la enfermedad algo extranjero, algo ajeno, algo que pudiera ser un enemigo. Como hemos explorado con las metáforas de guerra, hacer de la influenza de 1918 algo no perteneciente a “nosotros” permitiría crear discursos particulares. En estos, los héroes luchaban contra enemigos invisibles, tal como la difusión de la pandemia de COVID-19 ha fijado.

Un tema importante es que actualmente se desconoce la cantidad de casos de influenza H1N1, nuevamente la contabilización de casos representó un problema para cada país: “The actual number of influenza (H1N1) 2009 cases worldwide remains unknown, as most cases were diagnosed clinically and were not laboratory-confirmed.” (Girard 2010: 4896) Girard sugiere que fue por la diferencia entre casos diagnosticados clínicamente contra casos diagnosticados por estudios de laboratorio. Sin embargo, también queda la duda de la transparencia en los datos, ya sea por el reto que implica la contabilización o por las fallas de comunicación. Las pandemias se caracterizan por tener cifras aproximadas, tanto de personas contagiadas, como de personas fallecidas o incluso recuperadas. Durante la pandemia de influenza del 2009 la cantidad de muertos no sobrepasó los servicios funerarios, pero los enfermos si superaron la capacidad de los laboratorios para realizar pruebas a cada uno de los infectados y determinar si era H1N1 y algún otro tipo de virus, bacteria o agente ajeno al cuerpo humano.

Similar con otras pandemias, en 2009 no había una vacuna, fue hasta finales de año que se sintetizó la vacuna, por lo que durante meses la población mundial tomó medidas profilácticas con el objetivo de reducir el contagio. Algunas de ellas, similares a las de las pandemias anteriores, por ejemplo, el cierre de escuelas, lugares de reunión, iglesias, y zonas concurridas en las ciudades. Hubo cuarentenas, mucho más cortas que las que los periodos de reclusión que hemos vivido durante el último año. Con la restricción de movimiento humano se buscó limitar el propagación del virus, así entonces, Petersen comenta que realmente ha habido pocos cambios en las medidas que se toman desde tiempos añejos:

“Drastic measures of quarantine and mobility restrictions put in place by China, Europe, and the USA are no different than those used for plague in the 14th century” (Petersen et al. 202: e242) Las pandemias son momentos históricos en donde se vuelve imposible ignorar los desperfectos de los sistemas sociales, sean políticos, económicos o culturales. A modo de Giddens, las pandemias son en sí momentos fatídicos.

## La pandemia en México

Como se presentó en el capítulo anterior, México es un lugar con una serie de peculiaridades. Las estrategias de contención por medio de intervenciones no farmacéuticas (NPI, por sus siglas en inglés), tales como el cierre de lugares de reunión públicos, escuelas, iglesias o eventos masivos podrían haberse implementado de forma estricta. Sin embargo, una cuarentena total en la que la población se quedara en sus casa y trabajara desde allí era imposible. Gran parte de la población mexicana se desenvuelve en la economía informal, ¿cómo pedirle a personas que viven al día que no salgan a vender?. ¿cómo pedirles que se resguarden en un lugar donde no hay alimento? O quizá ¿pedirles que se mantengan en un lugar junto con sus agresores?

Una solución podría haber sido el apoyo económico de los gobiernos estatales o el gobierno federal, aún así, otro reto se vislumbra. ¿Cómo aislar a quien se ha contagiado en un hogar donde solamente se tiene una recámara? ¿De qué manera la realidad social y económica de México lo hizo un lugar vulnerable a contagios? Se ha propuesto que la pandemia pudo haber sido controlada en México, que no era inevitable la situación actual sino solamente el resultado de la mala administración. Difiero con la postura de Laurie Ann Ximénez-Fyvie, quien su libro *Un daño irreparable: la criminal gestión de la pandemia en México* (2021), sostiene que fueron errores de administración, principalmente del subsecretario de salud Hugo López-Gatell, los que causaron las muertes y la situación actual de la nación. El reto en el contexto mexicano era mucho más complicado y debía de ser tratado desde la interdisciplinariedad, la empatía y la revisión constante de estrategias y planes de acción.

Para entender la pandemia en México se debe tomar en cuenta su diversidad cultural, sus situaciones económicas particulares, sus usos y costumbres, por ejemplo, la falta de información sobre la COVID-19 en lenguas originarias y el riesgo que esto implicó para gran parte de la población. Con esto no quiero decir que la población haya sido responsable de las muertes y las pérdidas, sino que las NPI eran mucho más difíciles de implementar aquí que en países como Nueva Zelanda, China o Taiwan. Además, habrá que considerar que algunos países han sido criticados por la pérdida de libertades y

derechos humanos en pos del control de los contagios. Desenmarañar los temas involucrados en la pandemia de COVID-19 es una tarea difícil, no es solamente la cantidad de muertos, no es solamente la gestión política, tampoco es solamente las comorbilidades de la población o la escasez de médicos, es todo eso. Pero la gestión política y las estrategias de salud pública jugaron un papel determinante. Se tuvieron mensajes ambivalentes.

Por un lado el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell Ramírez, promovía el uso de cubrebocas, la sana distancia (1.5 m entre persona y persona) y quedarse en casa a menos de que fuera imprescindible salir. Por otro lado, el presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, declaraba ideas distintas, tales como, “Lo del coronavirus, eso de que uno no se puede abrazar... hay que abrazarse, no pasa nada, o sea, este, y, así, o sea, nada de confrontación, de pleito” o “La alimentación, comer saludable, no comer productos chatarra pero también eso es voluntario, no puede ser obligatorio y estar bien con nuestra conciencia, no mentir, no robar, no traicionar, eso ayuda mucho para que no de el coronavirus”.<sup>12</sup> Además el presidente de México indicó que la población seguía las medidas de salud implementadas, y que eran responsables, por lo que no quería implementar más medidas y pedir más sacrificios. En las estadísticas se veía que los casos aumentaban, que no hubo un aplanado de curva, sino que a lo largo de los meses hubo un constante aumento en casos y muertes.<sup>13</sup>

También había puntos de coyuntura entre las cifras, los discursos políticos, las realidades que se vivían en hospitales, las realidades de los sujetos que se habían quedado en casa y aquellos que no lo hicieron, ya fuera por elección o por la situación económica.

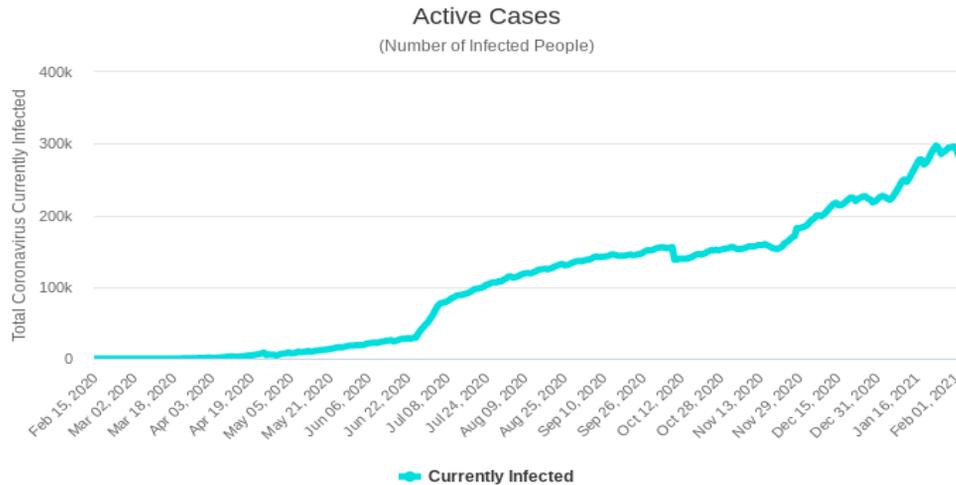
Podemos encontrar textos que dilucidan sobre la situación de trabajo informal en América, y otros continentes con países con economías en vías de desarrollo o con economías desarrolladas, donde se plantea que gran parte de la población vive día a día, o quincena con quincena, y le es imposible dejar

---

<sup>12</sup>Ambas frases fueron enunciadas en sus conferencias de prensa oficiales de cada mañana, la primera desde el Palacio Nacional el 4 de marzo del 2020 y la segunda desde Palenque el 4 de junio de 2020. Durante la pandemia el presidente estuvo recorriendo varios estados del país y dictado desde varias locaciones sus ideas. También aseguró, en más de una ocasión, seguir las recomendaciones de su equipo de expertos en salud pues de ellos dependía la salud pública.

<sup>13</sup> Se observa un incremento considerable en julio, cabe mencionar que fue el momento cuando se llevó a cabo la apertura escalonada de negocios y áreas públicas a través del sistema de semáforo, en el que se reabrirán lugares poco a poco por intereses económicos.

de trabajar. Por mencionar algunos, *Living, working and COVID-19*, reporte de investigación publicado por Eurofound, “COVID-19 Impact on the Value Chain – Conceptual paper”, “COVID-19 Impact on the Value Chain in Latin America”, y “Covid-19 Impact on West African Value Chains”, textos publicados por el Clinendael, instituto de relaciones internacionales de Países Bajos, que exploran la situación laboral y el impacto en las cadenas de distribución y valor a nivel global o “Get sick or go hungry? Workers face dilemma at Freeport’s Grasberg mine”, de Febriana Firdaus, artículo que pone en evidencia de forma puntual el caso de los mineros en India, quienes a pesar de haber tenido 56 personas infectadas, debían seguir laborando sin todas las medidas sanitarias, entre muchos otros textos. Este último versa sobre otro país en vías de desarrollo, pero resuena con las condiciones laborales que se viven en América latina.



Además, en México una de las formas para tratar la COVID-19 ha sido la biomedicina, pero no esta no ha sido la única aproximación. Circula en redes sociales otras curas, entre ellas el dióxido de cloro. Esta alternativa nos recuerda a las formas de tratar el cólera, algunas de las cuales también resultaban ser tóxicas para el cuerpo humano. El alcanfor y el dióxido de cloro parecen curas milagrosas, pero no

son las únicas, en la pandemia de influenza de 1918 también se ofrecieron alternativas que sin sustento científico curarían el malestar. (Márquez y Molina 2010: 134)

Finalmente, otra de las similitudes de las otras pandemias mencionadas y la pandemia actual en México es la adaptación de ciertos espacios para atender pacientes de la enfermedad que ha causado la pandemia. Aunque actualmente no conocemos a estos lugares como lazaretos, la similitud es vasta. El centro de Banamex se adaptó para cuidar enfermos de COVID-19, con áreas de terapia y mantenimiento, pero no áreas para cuidados intensivos. De cierta manera es un lugar para colocar a los enfermos y aislarlos de las personas sanas, es un lugar para llevar a cabo la filtración de la experiencia.

### **Conclusiones preliminares**

He discurrido sobre tres pandemias de los últimos años, por supuesto que no son las únicas, ni las más recientes. La pandemia de cólera del siglo XIX, la pandemia de influenza del siglo XX y la primera pandemia del siglo XXI fueron escogidas porque me han servido para identificar algunos temas y categorías que son similares entre ellas y en relación con la pandemia actual de COVID-19. Algunas de estas cuestiones son la implementación de medidas preventivas, información y reacciones ante la enfermedad por parte de los médicos y enfermeras, discursos para presentar la enfermedad como un enemigo y como un agente externo que desea desequilibrar la unidad social. Además de que se comentó sobre las categorías de raza y género, que desempeñan un papel importante en el mundo actual, quizá tanto como lo hicieron durante los siglos pasados, pero se operativizan de distintas maneras. Así también propuse como categoría de análisis la profesión, es por eso que mis siguientes capítulos discurrirán sobre los médicos, enfermeras, terapeutas y personal de salud en México, todos miembros de un gremio de alto riesgo de contagio, muerte y pérdida durante las pandemias de la historia y por supuesto, también durante la pandemia actual.

Considero, que con los ejemplos de pandemias comentados se puede mostrar que el ser humano ha actuado acorde y ha aprendido sobre otros sucesos históricos similares, sin embargo, las enfermedades de esta índole siempre han representado un reto mayúsculo. Quizá solamente se está haciendo lo que se puede y lo que se puede es casi siempre insuficiente. En Giddens encontramos que la modernidad está caracterizada por los riesgos constantes y que los individuos dejan de pensar en ellos para poder vivir. (Giddens 1991: 182-183) Durante una pandemia no pensar en el riesgo resulta imposible. Por tanto, habrá que mejorar las estrategias y mantener en la memoria este suceso puesto que con las condiciones

climáticas, la globalización y la movilidad humana actual es posible que una futura pandemia vuelva a rebasar las capacidades de respuesta, tanto de los organismos internacionales, como de los gobiernos nacionales, las instituciones de salud y la población en general. Durante el siguiente capítulo mi labor será poner en diálogo lo discutido hasta el momento con las implicaciones que tienen para el personal de salud en México el SARS CoV-2 y la COVID-19.



### Capítulo 3. La COVID-19 para el personal de salud: focalización interna

He knew that, over a period whose end he could not glimpse, his task was no longer to cure but to diagnose. To detect, to see, to describe, to register, and then condemn –that was his present function.<sup>1</sup>

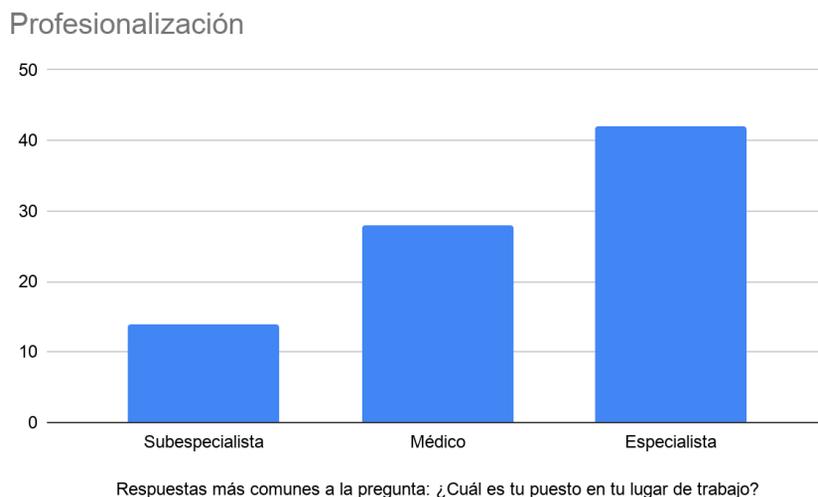
El objetivo de este capítulo es explorar las aproximaciones que tuvo el personal de salud en México ante el nuevo virus causante de la enfermedad COVID-19. Quiero poner en evidencia los retos a los que se enfrentaron y registrar que son similares a los retos que analizamos en el capítulo anterior. Además de que resulta pertinente explorar desde donde construyeron el discurso científico biomédico que les brindó las herramientas epistémicas para observar, diagnosticar, atender y quizá curar a los pacientes con COVID-19. Para esto, presentaré los datos etnográficos, obtenidos sobre todo la primera y la segunda encuesta realizadas y esta información dialogará con el *Capítulo 1. De antropologías: textos y contextos*. Así entonces, exploremos ¿qué significa la COVID-19 para el personal de salud en México?, ¿cómo adaptaron sus cuerpos para atender pacientes con COVID-19? y ¿qué implicaciones tuvieron esas adaptaciones?

---

<sup>1</sup> Camus, Albert. (1991) *The Plague*. United States of America: Vintage International. Página 192. Esta cita refleja cómo Bernard Rieux, médico de Orán, se aproximó a la plaga y la ficción refleja también, con cierta crudeza, la profesión médica en el siglo XXI ante la pandemia de COVID-19.

## Tabula rasa: profesión y conocimientos

Debido a la naturaleza de mi trabajo de campo, pude tener participantes localizados en distintos lugares de México, sin embargo, las respuestas de las tres encuestas indicaron que la mayor parte de los informantes radicaban en Ciudad de México. Mi primera encuesta, realizada en Google Forms, fue contestada entre abril y mayo del 2020, los participantes tuvieron el acceso abierto durante ese periodo y las dos fechas en las que más respuestas obtuvieron son: el 4 de abril, 38 respuestas, y el 13 de mayo, 25 respuestas. El número total de respuestas son 109, por tanto durante esos dos días obtuve el 68.6% de la participación. Para encontrar personal de salud dispuesto a participar me apoyé en mi círculo social y sus círculos sociales.



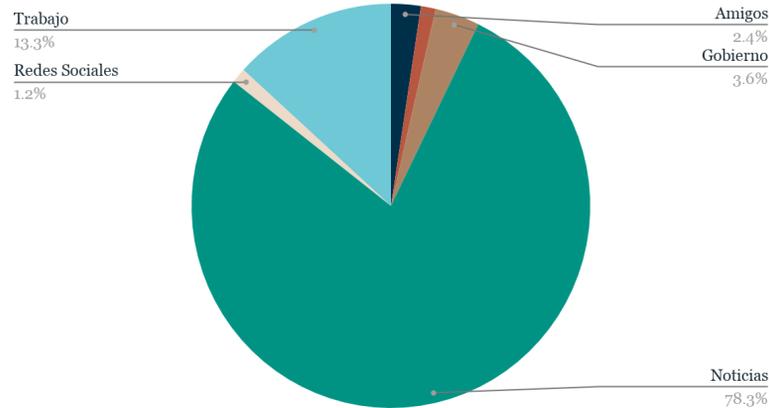
Gráfica. Especialización profesional de los médicos participantes. (Gotóo 2021)

Las preguntas se dividieron en dos grandes grupos, (1) preguntas para determinar rangos sociales, de edad, de género, de profesión y (2) preguntas específicas sobre la aproximación a la COVID-19, la mente y el cuerpo de los participantes en relación al fenómeno. La profesión específica más común fue la de especialista, seguido de médico general y subespecialista. Así entonces, el 77% de mi población total tenía entrenamiento médico académico de por lo menos 6 años. Además cabe mencionar que la mayor parte de los participantes laboraban en una institución pública, lo que me permitió explorar el panorama institucional de la salud en México.

Sobre el entendimiento de la enfermedad se realizaron preguntas para explorar qué era el SARS CoV-2 y la COVID-19 para ellos, qué medidas habían tomado a nivel personal y profesional para reducir riesgos, quién había estado a cargo del suministro de los insumos necesarios para dichas medidas, si habían estado en contacto con por lo menos un paciente con COVID-19, y cómo se habían enfrentado al reto y finalmente, su aproximación personal a su rol social. Estas preguntas me permitieron sobre todo hacer evidente que los sujetos modernos salubres tienen profundidad y sus acciones se desdoblaron entre el ámbito de lo público y lo privado. Explorar esos dobleces, y repensar en la importancia del contexto en la modernidad es central para discutir sobre temas de salud en el siglo XXI.

Primero, se les preguntó sobre el virus y la enfermedad que este causaba, cuándo habían tenido información al respecto y por qué medio. Los participantes refirieron haber tenido información sobre el coronavirus en distintas fechas, y por distintos medios, la mayor parte de los médicos tuvieron información en enero del 2020, sin embargo, esto no significa que tuvieran información por parte de sus centro de trabajo o por parte del gobierno. En enero de ese año la enfermedad ya había llegado a distintos puntos del globo y era considerada como una posible amenaza a la salud pública. No obstante, las personas que recibirían prontamente pacientes con ese malestar no tenían información por parte de las instituciones, gubernamentales o científicas, sino que sabían de manera empírica las generalidades, su fuente de información eran sobre todo los noticiarios. Esto dialoga con los argumentos de Giddens, quien sostiene que en la modernidad se carece de una sola autoridad, como era la tradición en los momentos pre modernos. (Giddens 1991: 194) Los sujetos biomédicos tuvieron que enfrentarse al riesgo de tratar con pacientes con COVID-19 con sus propias herramientas, en cierta forma, con la gama de elecciones que ellos mismos habían realizado, es decir, su propio ser vs la amenaza viral.

### Fuentes de información



Gráfica. Fuentes de información de personal sobre la COVID-19. (Gotóo 2020)

Aunque la modernidad ha permitido crear discursos sobre sociedades en las que los problemas del pasado han sido solucionados a través de orden, progreso y avances científicos, la pandemia permitía ver una realidad distinta, en términos de Giddens, era un momento fatídico. El autor, explica estos momentos como una contraposición a la filtración de la experiencia. Mientras que de forma cotidiana, los seres humanos modernos viven en una filtración de la experiencia en el que sucesos desagradables, tales como la enfermedad, la locura y la muerte son sacados del ámbito social y colocados en cierto lugares muy específicos, los momentos fatídicos son momentos de la vida en los que se pierde el control, o la sensación de control, sobre la naturaleza y se descubre a uno mismo en momentos claves en los que debe elegir:

Fateful happenings, or circumstances, are those which are particularly consequential for an individual or group. They include the undesired outcomes faced in what I have termed high consequence risks, risks affecting large numbers of people in a potentially life-threatening way, but they also figure at the level of the individual. Fateful moments are those when

individuals are called on to take decisions that are particularly consequential for their ambitions, or more generally for their future lives. Fateful moments are highly consequential for a person's destiny. (Giddens 1991: 112)

Por ejemplo, se tenían problemas en las cadenas de información, el personal que trataría a los enfermos debía tener información científica, de carácter médico especializado, y proveniente de medios confiables, sin embargo, la información con la que se contaba fue en primera instancia pensada para informar a la población en general, no para el gremio de la salud. Se contaba con información no especializada y los sujetos biomédicos se enfrentaron al riesgo con pocas herramientas.

Ahora bien, qué era lo que los médicos sabían sobre la enfermedad que causaba el SARS CoV-2. Entre las respuestas se encuentra con frecuencia la mención de que el virus atacaba a todos por igual y su latencia aún después de fallecido el paciente.<sup>2</sup> Como mencioné en el caso de otras pandemias, se ha replicado el discurso de la supuesta democracia de las enfermedades, atacan a todos y matan sin importar la raza, el género, el credo o la clase. De cierta forma esta idea es cierta, no obstante, debe ponerse a duda la idea. ¿Es acaso que la COVID-19 era imparcial con sus selecciones? Encontramos que las influencias de las pandemias anteriores se podían hallar ante este reto de salud.

El virus que produce esta enfermedad se identificó a finales del 2019 y la cadena genética fue obtenida hasta enero del 2020. Así entonces la información sobre cómo atender a los pacientes ha cambiado y mejorado velozmente. El personal de salud ha estado en una constante curva de aprendizaje que le demanda tiempo y a veces sacrificios. Además, el personal de salud pensaban que era un reto mayúsculo, sobre todo por la tasa de transmisión y severidad de esta nueva enfermedad. En ese momento se desconocía la tasa de mortalidad. Aún ahora es un tema complicado puesto que depende de diversos factores, por ejemplo, condiciones sociales, que incluyen acceso a atención médica o servicios básicos, y particularidades poblacionales. No se puede pensar de la misma manera en poblaciones europeas que en poblaciones mexicanas. La cultura como contexto es determinante para analizar las reacciones ante la pandemia y sus efectos. Por caso, las comorbilidades son un factor de riesgo y de acuerdo “Las estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad” publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el 12 de noviembre del 2020, la prevalencia de obesidad en adultos es de 42% en hombres y

---

<sup>2</sup> Algunas respuestas indican confusión entre el SARS CoV-2 y la COVID-19. Algunos desarrollaron la idea de que la COVID-19 era en sí el tipo de coronavirus.

37% en mujeres. (INEGI 2020: 4) En México, poco menos de la mitad de la población tenía como dado uno de los factores de riesgo y eso estaba relacionado con sus hábitos alimenticios, situación económica y enredos culturales, entre muchos otros elementos a considerar.<sup>3</sup>

Tomando las ideas de Mol, la enfermedad de la COVID-19 es múltiple y se experimenta de distintas maneras. La biomedicina se fragmenta pero sigue siendo solamente una, en abril un doctor refirió que lo siguiente: “Un virus muy agresivo que tiene una mortalidad muy alta en mi hospital, y provoca contagios en el personal del hospital”. (José, respuesta 30, finales de abril del 2020)<sup>4</sup> Para José la enfermedad era algo que estaba en contacto directo con él y producía contagios entre sus colegas. Mientras que para otros médicos, enfermeras y personal de salud la COVID-19 era “una enfermedad altamente contagiosa y mortal”, “una enfermedad respiratoria”, “una infección causada por un microorganismo que mutó recientemente”, “la enfermedad hasta hace poco conocida como neumonía atípica”, “una infección viral que compromete el sistema respiratoria”, “una enfermedad de tipo pulmonar como la neumonía, [que] provoca fibrosis pulmonar y dificultad respiratoria, se complica con la existencia de enfermedades crónico degenerativas”, entre otros. Para José es algo cercano, con una profundidad distinta. José no se limita a utilizar lenguaje biomédico, ni se distancia entre él, como médico, y ellos, sujetos con enfermedades crónico degenerativas, sujetos ya enfermos, sino que se coloca en el mismo tiempo y lugar. Para él la COVID-19 no solo existe en noticias, aunque ese fue su origen, sino que se encuentra como realidad diaria en su hospital, localizado en el Estado de México. Uno de los sacrificios que los médicos debían realizar diariamente era poner los cuerpos, los que estarían más expuestos y tratar de conciliar su profesión, ellos debían tener el conocimiento para curar, pero quizá no lo tenían.

Respecto al lenguaje con el que los sujetos médicos se aproximan a la enfermedad notamos el registro científico particular de su profesión, por ejemplo: “Infección producida por un virus, se contagia por vía aérea y fomites” (Orlando, respuesta 68, principios de abril del 2020) Pero también

---

<sup>3</sup> La idea de hábitos alimenticios y el permitir la permeabilidad hacia el cuerpo de algunos elementos para tomar postura frente a otros es explorada por Elizabeth F. S. Roberts.

<sup>4</sup> Todos los nombre incluidos han sido seleccionados por los participantes de la investigación para referirse a sí mismos. En la obra de Borges encontramos énfasis en las palabras, específicamente los nombres, y la propia concepción del ser humano sobre sí mismo. Por supuesto, estas ideas me permiten pensar también en los sujetos biomédicos, o por lo menos, así lo sugiere mi influencia literaria.

encontramos respuestas con carga literaria, que nos permiten ver otros dobleces de los sujetos bio-médicos: “Un asesino silencioso, el auténtico Ángel de la muerte moderno. Altamente contagioso y evasivo”. (Dr. Stone, respuesta 69, principios de abril del 2020)<sup>5</sup> Sobre esta última respuesta cabe subrayar que de acuerdo con la Dr. Stone existe una veracidad y una agencia en este virus y la enfermedad que causa. Esta médico personifica el agente biológico inerte y le confiere voluntad, agencia y astucia. Además de que imprime una carga emocional al discurso. Sobre su labor en el área de salud ella recalca la importancia de su gremio pero también ejemplifica la frustración de atender paciente tras paciente, algunos con más posibilidades de sobrevivir que otros, es decir, lo llano de su panorama. Ella escribe:

He sabido de casos de compañeros médicos que ya han fallecido. Sin contar que me encuentro en varios grupos de diversos hospitales en los que he laborado y en los cuales se menciona de primera mano la poca empatía de las personas y la cantidad de decesos es superior a la oficial. Lo más recurrente en cualquier hospital. Capacidad rebasada, no tenemos camas, familiares que exigen atención. Se atienden casi 40 casos por Médico al día, sin contar medicina familiar, zonas como terapia intensiva y urgencias. La gente no comprende el manejo de un área hospitalaria. (Dr. Stone, respuesta 69, principios de abril del 2020)

Las formas de aproximarse a la enfermedad, la atención y a la profesión médica son diversas, múltiples, pero con líneas en común. La Dr. Stone nos permite ver un poco más su aspecto emocional, sin embargo José y Orlando refieren sentirse desprotegidos e impotentes como personal médico. Los tres médicos acentúan la frustración que vivían los médicos y el personal de salud en general durante abril y mayo del 2020. Sus palabras en ese momento permiten observar el desconocimiento general al que se enfrentan y el poco apoyo por parte de las autoridades y la población para respetar la cuarentena. Ellos han sido escogidos para ejemplificar la situación por sus palabras precisas, sin embargo, no son los únicos que refieren emociones y sentimientos negativos.

---

<sup>5</sup> Como mencioné, los nombres fueron elegidos por los participantes. Me abstengo de modificar o añadir claves de género, sin embargo, es interesante poner atención en la manera en que los sujetos que respondieron se pensaban a sí mismos. Por ejemplo, Dr. Stone es una mujer, que decide nombrarse doctor y no doctora.

Para finalizar esta sección me gustaría incluir algunas de las palabras de la última sección de mi encuesta. Como he mencionado anteriormente, todas las encuestas que realicé tenían un espacio final para comentarios, inquietudes y sugerencias, esto con el objetivo de crear un diálogo dialéctico en el que mi papel como investigadora se pudiera relacionar de una forma más estrecha con su papel de científicos biomédicos. Algunas de las palabras en esta sección se leen así:

“Es preocupante ver que dentro de muy poco, el sistema de salud no podrá darse abasto con el número tan alto de contagios y se tendrán que implementar medidas sumamente drásticas”. (E, respuesta 44, finales de abril del 2020)

“Esta crisis pone en evidencia la poca calidad en la educación que es la base para la respuesta de las personas, definitivamente hay muchas variables en cada estado, mexico [sic] es un abanico enorme de respuestas, como si fueran muchos países al mismo tiempo”. (Patty, respuesta 57, principios de mayo 2020)

En estos fragmentos encontramos nuevamente las preocupaciones de José, Orlando y la Dr. Stone y nuevos retos. Mientras que E anticipa una imposibilidad para tratar a los pacientes infectados, y propone la necesidad inminente de tomar medidas drásticas, Patty hace énfasis en la multiculturalidad de México. Patty refirió las medidas de seguridad que la clínica privada donde labora había implementado siguiendo una indicación del gobierno del estado, en Yucatán se establecieron ciertas medidas, E comentó que al ser médico general fue enviado a casa. Otras respuestas recalcan también la importancia de la educación, como lo hizo Patty, y sugieren las situaciones sociales particulares del país:

“La lucha es contra tres enemigos: la enfermedad en sí (COVID-19, cuyo agente etiológico es el virus SARS-CoV-2; la ignorancia de la gente (que es mucha y nociva) y los aprovechados, abusivos y oportunistas.” (Julio, respuesta 71, principios de mayo de 2020)

Aunque las formas de vivir el virus son particulares a las situaciones que rodean a los individuos, por ejemplo, si trabajan en un hospital público o uno privado, las implicaciones emocionales parecen ser similares. Durante la segunda encuesta y las pláticas individuales que tuve con algunos médicos pude obtener más pistas para explorar estas implicaciones y el carácter múltiple de la enfermedad. El siguiente apartado analizará el avance de la pandemia de México.

## Solos o acompañados: problemas emergentes

El papel que los médicos han tenido durante estos meses ha implicado un distanciamiento, tanto de los otros, como de ellos mismos. Para atender un paciente con COVID-19 se requiere adaptar los cuerpos propios, el uso de equipo de protección personal (EPP) implica un uso particular de sus propias extremidades, partes del cuerpo, narices, bocas y ojos. La biomedicina permite pensar en la idea de que la separación entre cuerpo y agente externo, peligroso y fuente de enfermedades, puede ser posible y determinante para la supervivencia.<sup>6</sup> Sin embargo, no es lo mismo sujetar la mente al entrenamiento científico y moderno que sujetar también a los cuerpos. Aunque con frecuencia ambos disciplinamientos son algo que puede encontrarse en ciertos sujetos médicos, y sujetos modernos, es también evidente que la crisis sanitaria exigió adaptaciones particulares.<sup>7</sup> Algunos médicos se encontraron con los problemas de cómo usar sus cuerpos con el EPP, cómo colocar sus cuerpos en ese nuevo espacio y cómo conseguir los equipos.

El equipo de protección recomendado, de acuerdo con el *Plan de contingencia para la enfermedad por coronavirus COVID-19*, publicado en febrero, debe consistir en: “(A) Respiradores NIOSH N95 o N100, (B) Lentes con protección lateral (goggles), (C) Bata desechable de manga larga, (D) Doble par de guantes de nitrilo, (E) Cinta microporosa, (F) Zapato de seguridad o cubre zapato en caso de no contar con el primero”.<sup>8</sup> (14-15) Como ha sucedido en otras pandemias, la información se actualiza frecuentemente, por lo que es importante explicar se ha cambiado este proceder y durante los meses de junio a septiembre los médicos hicieron uso también de caretas plásticas, además de los goggles y en algunos hospitales después de retirarse el EPP pasaban a tomar una ducha.<sup>9</sup> Los 109 participantes de la primera

---

<sup>6</sup> La biomedicina implica una serie de supuestos. Elizabeth F. S. Roberts problematiza la distinción impermeable entre dentro y fuera. Ella combina datos etnográficos con estudios biomédicos para intentar tener una mejor comprensión de los fenómenos relacionados con la salud. Otra línea de investigación que me gustaría explorar en algún otro texto está influenciada por su aproximación, una concepción del cuerpo desde algo distinto a la modernidad que dialoga con la biomedicina.

<sup>7</sup> Por ejemplo, los médicos militares deben también mantener sus cuerpos bajo ciertos límites de peso y talla.

<sup>8</sup> Este y otros documentos no pueden ser compartidos con la población en general, sin embargo, he tenido acceso a ellos a través del personal de salud que accedió a proporcionarlos para ayudarme en la investigación.

<sup>9</sup> Daniel, médico residente, reporta tomar una ducha al salir del área COVID y continuar con otras actividades que se

encuesta reportaron en su mayoría ser los responsables de conseguir o asegurar que tuvieran su propio EPP, o elementos de este, así como gel sanitizante y jabón para el constante lavado de manos. Otros tantos reportaron utilizar redes de familiares, amigos y colegas para apoyarse.<sup>10</sup>

De manera similar, las medidas de protección que los médicos reportaron utilizar fueron variables, mientras que hubo quien respondió algo bastante similar al protocolo oficial hubo otros que llevaban a cabo medidas recomendadas para la población en general, no personas con un mayor riesgo de contagio. Es aquí donde se puede subrayar la importancia de considerar la profesión como factor de riesgo. Por ejemplo, Tuzo escribió acerca de las medidas de protección que utilizaba: “Pijama quirúrgica, cubrebocas, bata quirúrgica, guantes, goggles, careta y cubrebocas” (Tuzo, respuesta 58, principios de abril del 2020), en el mismo tono de ideas Julio reportó utilizar:

Doble gorro quirúrgico, goggles aislantes, lentes protectores, respirador KN95 o N95 (de unos u otros, los que consiga o proporcionen), cubrebocas quirúrgico (en atención al paciente se usan ambos), uniforme quirúrgico, bata quirúrgica impermeable y desechable, cuatro pares de guantes, dos pares de zapatones, traje tipo Tyvek. (Julio, respuesta 71, principios de mayo de 2020)

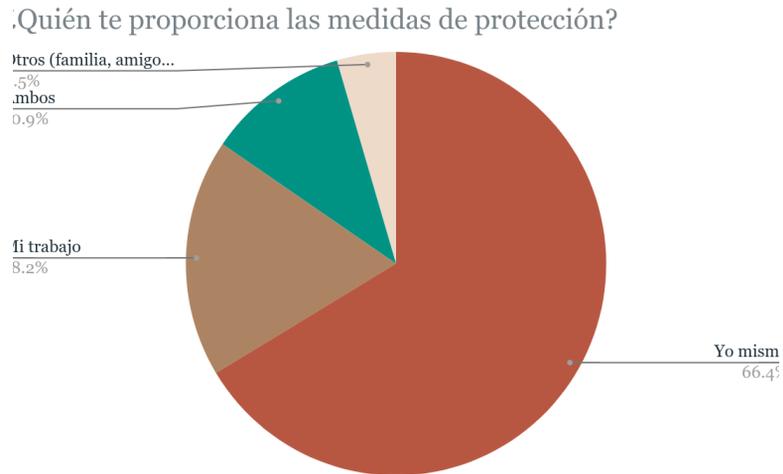
Así también hubo otros médicos que utilizaban otras medidas, por ejemplo, Ricardo, médico general en Guanajuato explicó que sus medidas de protección cotidianas eran “lavado de manos, [uso de] cubrebocas” (Ricardo, respuesta 9, finales de abril de 2020) o Roberto, un endodoncista de Guerrero: “Lavar la manos, usar gel desinfectante, no tocar los ojos nariz y boca, usar careta, usar cubrebocas, mantener la sana distancia, desinfectar con cloro pisos pasamanos agarraderas, colocar charolas con trapos húmedos

---

necesitan en el hospital. Lorena, enfermera en urgencias, explica que al salir del área COVID debe continuar realizando tareas administrativas.

<sup>10</sup> Otro problema era además el incremento de los precios sobre este tipo de artículos y las estafas. A mediados de abril del 2020, una doctora me contó haber comprado veinte botellas de un litro de alcohol de 96° por aproximadamente \$2200, la segunda ocasión que solicitó la entrega, con el mismo proveedor realizó el depósito y el vendedor dejó de contestar después de afirmar que el pedido había sido entregado. Las botellas de alcohol no se recibieron y la doctora perdió ese dinero. Nuevamente esto sirve para ejemplificar la situación particular de México y nos recuerda la anticipación de Julio: “La lucha es contra tres enemigos: la enfermedad en sí (COVID-19, cuyo agente etiológico es el virus SARS-CoV-2; la ignorancia de la gente (que es mucha y nociva) y los aprovechados, abusivos y oportunistas.” (Julio, respuesta 71, principios de mayo de 2020)

con cloro en mi área de trabajo”. (Roberto, respuesta 13, finales de abril de 2020) Para entender esto tenemos que tomar en cuenta que durante los primeros meses se esperaba dividir los espacios entre libres de enfermedad y áreas dedicadas a atender específicamente pacientes con este malestar. En ese momento supuestamente solo algunos médicos veían pacientes con dicha enfermedad, o por lo menos, solo algunos estaban conscientes de que los pacientes que estaban tratando tenían SARS CoV-2.<sup>11</sup>



Gráfica. Respuesta a la pregunta quién te provee de tu EPP. (Gotóo 2021)

Además, las comorbilidades propias o factores de riesgo determinaron, durante algunos meses, la posibilidad y frecuencia de estar atendiendo directamente áreas COVID. A algunas doctoras se les permitió retirarse de atención a pacientes por estar embarazadas, a algunos otros miembros del personal de salud se les permitió

<sup>11</sup> Por ejemplo, los pacientes podrían acudir a sus citas de otro tema, especialidad, o incluso a urgencias por un tema de vida o muerte, y tener aunado a sus otros padecimientos, el virus SARS CoV-2. Como se trató en el capítulo anterior, los pacientes asintomáticos son en sí pacientes no enfermos de COVID-19 o también podría ser que aún no hayan desarrollado síntomas por el periodo de incubación.

replegarse a acciones administrativas por padecer diabetes o hipertensión.<sup>12</sup> El interés era crear espacios bien definidos entre áreas con riesgo de contagio y áreas para otros padecimientos médicos. No obstante las situaciones particulares de México, que se han comentado en el apartado anterior, hicieron imposible esta empresa. Como sucedió con Esteban (véase capítulo 1) algunos médicos tuvieron la capacidad de tomar una decisión personal sobre atender o no a pacientes con COVID-19, pero muchos otros no tuvieron la misma suerte.

Los meses de junio, julio, agosto, septiembre y octubre, de acuerdo con el gobierno federal fueron meses para aplanar la curva de contagios. Sin embargo, como se revisó, este discurso fue solamente un discurso, ya que no reflejaba la realidad. Para los médicos que constantemente atendían a pacientes y cada vez más se encontraban con casos de infectados, era evidente que no se había aplanado la curva. Además de que para ellos no hubo tal cosa como “meses de calma”, mientras más pasaba el tiempo más se hizo evidente la escasez de personal y ante el aumento de casos y pérdidas humanas, prácticamente todos los médicos, de todas las especialidades y todo el personal médico fueron llamados para enfrentar el reto.<sup>13</sup> Antes de lograr establecerse por completo, la distinción que se había intentado construir se borró definitivamente.

Las áreas que supuestamente eran libres de COVID resultaron también ser áreas COVID y las comorbilidades o factores personales de riesgo dejaron de tomarse en cuenta. Notamos que trabajar en el área de salud durante los meses de pandemia implicó un riesgo por varios factores: (1) la imposibilidad de crear áreas libres de contagio, y áreas específicas para tratar el nuevo coronavirus, (2) la escasez de personal de salud, que significaba un desconocimiento del padecimiento pero una necesidad de enfrentarlo y (3) la escasez de insumos suficientes, como ejemplo el EPP que los individuos, junto con sus redes de apoyo, se hacían responsables de conseguir.<sup>14</sup>

Giddens explica que durante la modernidad los individuos construyen o deben construir relaciones de confianza porque ya no están las instituciones o estructuras definidas de tal forma que sean las res-

---

<sup>12</sup> Durante marzo, abril y mayo, estas medidas fueron parcialmente respetadas. Dependía sobre todo de si la institución era pública o privada y del tipo de contrato. Algunos tenían que entrar diario a áreas COVID, porque su contrato así lo establecía.

<sup>13</sup> Aún personas con comorbilidades que las ponían en alto riesgo. Giddens escribe que la modernidad es un momento y lugar de riesgo constante. La pandemia de COVID-19 sin duda refleja esta idea.

<sup>14</sup> Es importante mencionar que existe una gran variedad de EPP, mientras que algunos permiten que quien los usa se sienta un poco más cómodo otros son en extremo molestos. Paty comentó: “Depende de cual sea, pero hay unos que parece que están hechas de lona y te sofocan y deshidratan”. (Paty, respuesta 32, mediados de junio de 2020)

ponsables del destino humano. (Giddens 1991: 20) La modernidad es mucho más complicada de lo que pareciera, porque la confianza es vital, sin embargo es cambiante, está coloreada de la reflexividad que sintetiza la modernidad. Los individuos modernos, como puede verse durante la pandemia de COVID-19 viven en un lugar y tiempo de riesgos. Por tanto, toman decisiones todo el tiempo para sortear lo mejor posible estos riesgos. (Giddens 1991: 28) Uno de los aspectos interesantes de los sujetos biomédicos es que sus decisiones afectan de manera directa a otros cuerpos, otras sensibilidades y otros individuos. En el siguiente apartado se explorará más a fondo de qué manera en los meses de *calma* de la pandemia el personal de salud de todas las áreas y especialidades enfrentó grandes retos.

### **Cuerpos: sensaciones, estímulos y aproximaciones**

Durante la segunda encuesta puse especial atención al estímulo que he decidido denominar zonas de contagio, para explorar sobre las reacciones y sensaciones que los sujetos del personal de salud tenían al estar dentro de áreas designadas como COVID.<sup>15</sup> Mi interés era explorar cómo habían adaptado sus cuerpos y mentes, porque mi presupuesto era que un estímulo de esa magnitud tendría repercusiones aún al salir de dichas áreas.<sup>16</sup>

Sus cuerpos se habían adaptado, en mayor o menor medida, a la existencia en las zonas COVID por medio del uso de EPP. Pero no por usarlo significaba que podía habitar de la misma manera ese espacio. Para explorar estas aproximaciones en el mes de junio pregunté: ¿Cómo describirías en término generales tu cuerpo?, ¿cómo describirías tu cuerpo dentro de un área COVID? y ¿cómo describirías tu cuerpo al salir de un área COVID? Como respuesta a la primera cuestión había adjetivos como sano, fuerte, perfecto, sano, limpio, saludable, entre las más comunes. Pero también había adjetivos que dejaban ver la preocupación ante el cuerpo y quizá posibles comorbilidades y factores de riesgo: fatigado, enfermo, cansado, por mencionar algunos. También encontré metáforas, por ejemplo: “Una máquina potente pero susceptible a muchas cosas”, “Una máquina perfecta pero vulnerable” y “Una máquina de defensa especializada.”. O aproximaciones mucho más anatómicas y científicas: “Aparato Musculoquelético”.

---

<sup>15</sup> Aunque la distinción entre libre de COVID y área de contagio se ha problematizado, este apartado elaborara específicamente sobre los lugares en los hospitales donde se concentraban los casos sospechosos y los casos confirmados.

<sup>16</sup> Sobre la situación en México con respecto a la población y las decisiones tomadas por el gobierno nacional se elabora en *Capítulo 2. De antropologías: textos y contextos*.

Resulta interesante pensar que en términos generales los sujetos se aproximaban a su cuerpo sobre todo por medio de adjetivos, aunque hubo quien lo hizo a través de metáforas mecanicistas y un enfermero que utilizó metáforas de guerra: “Como un escudo después de una guerra”.<sup>17</sup> Ambas aproximaciones nos permiten pensar en el cuerpo moderno, tal como lo exploró Le Breton.<sup>18</sup>



Imagen. Equipo de médico y enfermeras en área COVID. (Gotóo 2021)

<sup>17</sup> A pesar de haber localizado las metáforas de guerra durante la pandemia de influenza de 1918, en la pandemia de COVID-19 la evidencia no fue concluyente para subrayar esa similitud. Algunos participantes han hecho uso de metáforas de guerra, sin embargo, han sido un número muy reducido, la mayoría de los participantes reportaron sentirse mucho más vulnerables, tal como estas letras reflejan, Albert se sentía como un escudo después de una guerra, podemos suponer que no se encuentra en buen estado. El uso del lenguaje de guerra es entonces diferente, menos frecuente y más inclinado a una masacre que a una batalla con bandos equiparables.

<sup>18</sup> Véase *Capítulo 2. De antropologías: textos y contextos*.

El cuerpo moderno es algo que tiene una función, se adjetiva para calificar su valor de uso. Al mencionar el adjetivo sano o enfermo se evocan sus contrapartes, esas palabras no dichas pueden influenciar sobremanera la forma de comprender esos cuerpos. Sano es en relación a enfermo, así como fuerte a débil, o perfecto a imperfecto. Ellos pensaron en sus cuerpos de formas utilitarias. Esto se hace aún más evidente cuando comparan sus cuerpos con máquinas. Una de las características de la modernidad está colocada en el cuerpo y la manera de aproximarse. Mientras que los humanos antes tenían una relación con sus cuerpos desde otro paradigma, el humano moderno se acerca al cuerpo como objeto. Ahora bien, la modernidad también implica una fracturación de ideas y aproximaciones, así encontramos que una de las participantes respondió: “Pues para mí es mi templo ya que en esta mi alma y con el cual estoy presente en este mundo”. (Karina, respuesta 36, mediados de junio del 2020) Giddens subraya que el cuerpo es uno de los modos que tiene el humano moderno para encontrar su identidad, así entonces, se llenan los medios de información de guías y consejos de cómo usarlo o cuidarlo. (Giddens 1991: 218) Sin embargo, Giddens también toma en cuenta el control que se ejerce sobre el cuerpo:

To learn to become a competent agent – able to join with others on an equal basis in the production and reproduction of social relations – is to be able to exert a continuous, and successful, monitoring of face and body. Bodily control is a central aspect of what ‘we cannot say in words’ because it is the necessary framework for what we can say (or can say meaningfully). (Giddens 1991: 56)

Sobre esos mismos cuerpos en áreas COVID las aproximaciones son distintas, el personal de salud realizó una elección de adjetivos peculiares, por ejemplo: delicado, estresado, aislado, vulnerable, expuesto, tenso, entre otros. Fue común encontrar en las respuestas similitudes que dejaban ver que quién estaba dentro del área COVID se sentía fuera de su área de confort. Mientras que sus cuerpos en términos generales eran cuerpos funcionales, en zonas de contagio eran cuerpos en situación de riesgo, o “cuerpos al límite” como lo comentó Gaby médico especialista. El cuerpo dejaba de ser una máquina perfecta o potente y se volvía un cuerpo vulnerable. Un recordatorio físico de las limitantes de la modernidad. No solamente se puede vivir en las ideas, no solamente se puede aspirar al cuerpo como sirviente, sino que el cuerpo también demanda atenciones y cuidados. En algunos casos es en sí el riesgo: “Después de estar en un área COVID mi cuerpo es un medio de trasmisión”. (Karina, respuesta 36, mediados de junio del 2020) Para sortear los riesgos de la enfermedad los médicos se alejaban de los cuerpos enfermos a través de EPP, pero con estos también se alejaban de sí mismos.

Una vez que entraban a áreas COVID sus cuerpos y la relación que tenían con ellos se modificaba, para algunos momentáneamente, para otros sin posibilidad de regreso. Algunos médicos afirmaron sentir su cuerpo sucio, infectado o contaminado, el cuerpo es el factor de riesgo. Ellos comentaron que constantemente tenían miedo de haber sido contagiados, y en nuestras pláticas era regular que bromearan con cuántas veces les habrá dado COVID-19. Si tenían dolor de cabeza, o sentían sus cuerpos adoloridos, pensaban que era COVID.<sup>19</sup> Por el hecho de entrar a estas zonas, ellos relacionaban cualquier síntoma similar a dicha enfermedad con ella. Una de las formas de hacer frente a la constante preocupación por el contagio es a través del humor. Sin embargo, no por hacer uso del humor deja de ser una posibilidad real o algunas veces, una realidad. En el siguiente capítulo se explorará un cuerpo médico enfermo con COVID-19 y otras aproximaciones a la enfermedad desde una perspectiva más cercana.



Imagen. Raúl antes de entrar a área COVID. (Gotóo 2021)

---

<sup>19</sup> Además de que sentir esos malestares podría haber sido provocados por las áreas de contagio, por ejemplo Brena explicó que al salir de área COVID sentía su cuerpo “Molesto arto [sic] sudado dolor de cabeza contagiada”. (Brena, respuesta 69, mediados de junio de 2020) Las mascarillas N95 y los goggles para protegerse son apretados y molestos.

Asimismo de que estar con el EPP en las zonas de contagio implicaba ignorar necesidades corporales por largos periodos de tiempo. Un médico subespecialista en cirugía de hígado y riñón comentó: “Durante el tiempo que estás en la unidad hay COVID en el aire y en todas las superficies. Tocarte la cara o el equipo de protección es una violación a la seguridad que puede ser mortal. [...] Sería irracional que alguien quisiera tomar agua, comer o ir al baño ahí. Te cocinas por 6 horas mínimo”. (Marco, comunicación personal) En ese espacio y al salir de él el cuerpo es algo que se deshidrata, que sufre, que duele, que pica. Algunos médicos también reportaron estar muy cansados al salir de esas áreas: “Cuando estamos adentro no podemos tomar agua, ni comer, tampoco ir al baño, es muy difícil”. (Yuli, comunicación personal) Además de tener problemas para habitar sus cuerpos, “usar todo es pasado y al final de la visita ya no ves nada, todo empanado”. (Edgar, comunicación personal).



Imagen. Marco dentro del área COVID. (Gotóo 2021)

Finalmente, aquellos que entraban de forma regular a las zonas de contagio mostraron marcas corporales de esta situación, por el uso de las mascarillas N95 y los goggles apretados para evitar cualquier fuga sus rostros tenían quemaduras. Víctor explica que al salir del área siente su cuerpo: “un poco cansado y [con] algunas lesiones en la nariz por los googles [sic] y el cubrebocas, pero con la satisfacción de haber ayudado a las personas”. (Víctor, respuesta 42, mediados de junio del 2020) Notamos que el reto de entrar a áreas COVID implica un recordatorio constante del cuerpo como algo que tiene una función pero por sí mismo no logra completarla. Es ahora una máquina imperfecta.

## Conclusiones preliminares

Estas han sido solo algunos de los efectos que ha vivido el personal médico en México durante el periodo de abril a julio del 2020. Por supuesto que hay muchos otros que no pude comentar debido a la extensión y profundidad de este texto.<sup>20</sup> En este capítulo se ha discutido las fuentes de información que tuvo el personal de salud antes de enfrentarse al reto sanitario, las instituciones gubernamentales y médicas fallaron, puesto que la fuente de información de quiénes atendían las complicaciones en los cuerpos humanos fueron noticiarios, cuya audiencia no pretendía ser un gremio médico. Además, se exploró sobre el entendimiento de la COVID-19 y sus efectos emocionales en los médicos. Aunque la mayoría reportó sentir lo importante de su labor profesional, también dejaron ver que sentían miedo, incertidumbre y vulnerabilidad. Giddens escribió sobre la filtración de la experiencia, y en la pandemia actual, es imposible seguir ajenos a las experiencias que nos sobrepasan y agobian. La pandemia de COVID-19 sirve como

---

<sup>20</sup> Un ejemplo, que podría utilizar para futuras investigaciones, es algo que denomino la desechabilidad del cuerpo. Mientras que se ha recalcado como parte de los horrores de las pandemias que algunos pacientes ya no podían salvarse y no se intentaba mucho por hacerlo, los médicos también se han vuelto cuerpos desechables, colocarlos en zonas de contagio sin preparación o equipo era en cierta forma una sentencia. Además, el 24 de junio se registró un temblor en las costas de Oaxaca, con magnitud de 5.4, que impactó también la Ciudad de México y ante esta situación los médicos de áreas COVID no pudieron evacuar, Marco relata: “Me agarró pasando visita dentro de la unidad. Fue todo un rollo. Nos agarró dentro. Intenté seguir el protocolo convencional y evacuar al personal sanitario, no así en los [sic] pacientes. Pero después nos llegó la orden de que las áreas críticas no evacúan. Así que en caso de una contingencia Moriremos”. (Marco, comunicación personal)

ejemplo de momento fatídico, pero a gran escala. No es un momento efímero, sino que han sido meses en los que los cuerpos y las mentes biomédicas, o no, están en estado de alerta constante. Y de eso versa esta tesis, de las incertidumbres que habitan la modernidad.

Durante este capítulo también exploré que sobre el posicionamiento de los médicos frente a la enfermedad y cómo mientras el tiempo pasaba las frontera entre personal de salud que atendían personas con COVID-19 y personal de salud que no atendían personas con COVID-19 poco a poco se dedibujó y todos los médicos de todas las especialidades se vieron frente al reto. He puesto especial atención en cómo sometían sus cuerpos a disciplinamientos particulares. En términos generales, el personal de salud se sintió angustiado al estar dentro de zonas de contagio, las respuestas dejan ver cuerpos al límite, entonces los sujetos salubres estuvieron constantemente preocupados de haber cometido un error y contaminarse. El reto de una pandemia no afecta a todos por igual y el personal de salud tenía retos particulares, importantes y determinantes. De cierta forma, el manejo de la enfermedad reposaba sobre sus hombros. El personal de salud estaba viviendo una Nueva Normalidad completamente diferente a la que vivían los sujetos pertenecientes a otras profesiones.<sup>21</sup> Haber estado dentro de esas áreas atravesó sus cuerpos y mentes en muchos niveles, por un lado se buscó protección a través del uso de EPP, pero también se les separó de las otras profesiones. De cierta forma su rol como sujetos salubres era problemático y paradigmático. Los cuerpos y mentes eran mucho más complejos y tenían una gran cantidad de dobleces en los que la modernidad, las creencias religiosas, las fuentes de información, el auto cuidado y el cuidado a otros, entre muchos otros factores, hallaban coyunturas, enredos y permeabilidades. El siguiente capítulo está dedicado a explorar de forma más profunda lo que acontecía en sus mentes, los efectos de estos estímulos que rodeaban la enfermedad y cómo se reflejaban o no en los sujetos del personal médico que hacía frente a la pandemia de COVID-19 en México.

---

<sup>21</sup> A finales de junio el gobierno mexicano anunció la apertura escalonada de lugares, bajo la necesidad de una Nueva Normalidad, sin embargo, para el personal de salud una Nueva Normalidad se había instaurado silenciosa desde meses antes. Mientras que la población seguía en casa bajo cuarentena, o se planteaba la posibilidad de comenzar a salir, el personal de salud continuaba saliendo a sus trabajos de manera cotidiana y para muchos ininterrumpida.



## Capítulo 4. Historias particulares: focalización cero

Lo que hace un hombre es como si lo hicieran  
todos los hombres. Por eso no es injusto  
que una desobediencia en un jardín contamine  
al género humano; por eso no es injusto que la  
crucifixión de un solo judío baste para salvarlo.

Acaso Schopenhauer tiene razón: yo soy los  
otros, cualquier hombre es todos los hombres,  
Shakespeare es de algún modo  
el miserable John Vincent Moon.<sup>1</sup>

Mientras que los médicos se entrenan para no hacer caso de sus necesidades corporales, sus mentes también tienen que adaptarse también a una cotidianidad y proceder diferente. Cito nuevamente a Marco: “Es cagado, dentro no reconoces a tus compañeros, no sabes quienes son, así que pones atención a cómo se mueven, su actitud, qué están haciendo, sino de plano preguntas: ‘¿y tú quién eres?’”. Las palabras de Giddens resuenan en este testimonio: “[...] to join with others on an equal basis [...] – is to be able to exert a continuous, and successful, monitoring of face and body.” (Giddens 1991: 56) Otros médicos también me reportaron tener problemas similares, y la forma en la que lidiaron con eso fue creativa y a la vez eficiente. Optaron por escribir con plumón sus nombres en su pecho. Así, los pacientes podrían relacionar un nombre con un cuerpo y los colegas podrían saber a quién se referían

---

<sup>1</sup> Borges, Jorge Luis. (2011) *Ficciones*. Versión digital: Penguin Random House. Página 106. Las cursivas son más para reforzar el *leitmotif*.

y con quién solicitar ayuda.<sup>2</sup> Porque, como puntualizó Marco, “La interacción es constante. Todo se hace de manera cooperativa. La neta es una coordinación y una organización muy cañona”. (Marco, comunicación personal) No sorprende entonces que parte del EPP haya sido otorgado por los colegas y círculos de apoyo de los médicos, como lo apreciamos en el capítulo anterior. Hicieron frente al reto de manera cooperativa, así como atendían pacientes dentro de áreas COVID, fuera de ellas también mostraban unidad como gremio.

A pesar de trabajar en manera conjunta y estrecha, eran individuos, que experimentaban experiencias compartidas, pero las asimilaban de formas distintas y singulares. Las preguntas que guía el texto son: ¿de qué manera los individuos se relacionan a un reto de esta magnitud?, ¿qué implicaciones tienen las especialidades médicas en una crisis sanitaria? y ¿de qué manera sus mentes se vieron afectadas o impactadas por una cotidianidad de enfermedad y muerte? Así entonces, este capítulo explorará desde una focalización cero, y con un narrador autodiegético, algunos momentos que los participantes de la investigación narraron con atención especial.<sup>3</sup> Las narraciones son las siguientes: (1) la primera vez que un audiólogo que vive y labora en un hospital público en Nogales entró a áreas COVID, (2) se explorará también la historia de una doctora especialista que sufrió la enfermedad en el propio cuerpo y qué implicó para ella ser consciente de lo que pasaba en sus órganos, tejidos y sistemas, y (3) la última narración es sobre los días dentro de la nueva normalidad de una enfermera el uno de los hospitales más grandes de la Ciudad de México, este fragmento estará dedicado a la examinación de los datos que ella veía día

---

<sup>2</sup> Algunos médicos fueron más allá y colocaron sus fotos o mensajes de motivación para los pacientes. No hay que dejar de lado que estar en área COVID era sustancialmente diferente para los sujetos médicos que para los pacientes. Pero recordemos que este estudio versa sobre los sujetos del personal de salud.

<sup>3</sup> De acuerdo con Gérard Genette la focalización cero corresponde a un narrador que relata con el mayor conocimiento posible una historia. En la teoría narrativa de la escuela inglesa esta focalización corresponde con el narrador omnisciente. (Genette 1980: 188-189) El narrador autodiegético, concepto propuesto también por Gérard Genette, se refiere a un tipo de narrador que está dentro del texto y narra su propia historia. Por tanto, cuando se presentaron estos relatos no son citas directas o testimonios de los entrevistados, sino un producto que utiliza técnicas y estilos literarios para crear un placer estético particular. He optado por esta técnica narrativa para involucrar de una manera más estrecha a los lectores con las vivencias del personal de salud, puesto que las narraciones originales eran fragmentadas, estaban llenas de muletillas y no permitían una lectura fluida.

con día y la manera que se sostenía anímicamente.<sup>4</sup> Después de la narración de cada participante incluí un análisis, poniéndola en diálogo con la teoría hasta el momento revisada pero también incluyendo tesis de José Ortega y Gasset, Bruno Latour y Byung-Chul Han. Los tres autores construyen sobre el tema de la modernidad y las afectaciones que tiene para la psique de los individuos.

## **Raúl**

07 de mayo de 2020

No soy primera línea así que no tengo que ver pacientes COVID, solo los intensivistas, internistas y neumólogos. Mis días son muy tranquilos. Apenas hace una semana o dos me dieron mi propio consultorio pero cancelé todas las consultas por la contingencia sanitaria. Entonces mis días son de ir al hospital a las 7:30 y tomar café, asistir a cursos online, webinars, platicar con los colegas que tienen tiempo, después salgo a las 2 de la tarde y voy a casa. Allí cociné, veo Netflix, y de repente ya es de noche y duermo. Es un ciclo sin fin. Todos mis días son similares. Originalmente viajaría los fines de semana a Hermosillo para ver pacientes particulares, pero el plan se arruinó por la pandemia. Tomé cursos de respiración asistida, utilización del equipo de protección y sobre los medicamentos que debería recetar a pacientes con COVID. Pero en teoría yo solo entraría cuando ya no haya otros médicos.

12 de mayo de 2020

Hace unos días que me despierto con desosiego. La semana pasada le indicaron a la otra audiología del hospital que entraría al área COVID. Ayer entró por primera vez, sé que eventualmente me tocará. He leído al respecto, manuales, artículos, he asistido a conferencias y capacitaciones, pero la información ha sido muy general, como para estudiantes de medicina. He intentado aprender pero hace mucho tiempo que no estoy en contacto con asuntos ajenos a mi especialidad, además, no sabemos qué hace el virus.

---

<sup>4</sup> Eterno retorno? Se aleja de la idea del superhombre de Nietzsche, Lorena profesional no vive una vida intensa y positiva, sino una realidad de repetición. El mundo se destruye cada día para volver a crearse al día siguiente. Las caras de los pacientes son diferentes, pero la COVID es la misma, en cada cuerpo, que consume.

En algunos pacientes se comporta de una manera y en otros, con comorbilidades que me hacen pensar que se complicaría, se comporta de una manera completamente distinta.

18 de mayo de 2020

Entré y no pude ver mucho con mis goggles, se empañaron en cuestión de minutos, mis lentes tampoco me permitían ver. Mis manos comenzaron a sudar. Mi respiración se comenzó a agitar. Entré con el jefe del servicio, pensé que el intensivista guiaría a los otros cuatro especialistas, a mí y a tres colegas dentro del área. Pero entramos y nos dijo que nos dividieramos para ver a los pacientes. No sabía qué hacer. No sabía tampoco quién era quién. Dentro hay muchas personas, médicos, enfermeras, personal de limpieza, todos con los mismos trajes. Por momentos olvidé lo que sabía de medicina y mi mente me abrumó con la angustia. No respiro. No veo. No entiendo qué está pasando. Todo sucedía muy rápido. Mi mente salta de una sensación corporal a la otra. No veo nada en este traje. Pienso en lo frágil que era el equipo de protección, en lo frágil que era mi cuerpo debajo de este. Creo que ya me he contaminado. ¿Qué tal que no me había puesto bien el equipo?

Tuve que pedir ayuda, una enfermera se percató de mi ansiedad, se acercó a mí y pasó visita conmigo. Me indicó los signos vitales de los pacientes y las indicaciones que tenían. Hice las notas de evolución. Comencé a respirar un poco mejor. Sigo sin ver muy bien, por mi rostro escurren gotas de sudor. Tenemos ya 30 pacientes, no hay suficientes médicos. Pero no sé qué hacer. No quise tocar a los pacientes. Me da miedo contagiarme, además no veo con el equipo. Hablé con ellos, ¿cómo se siente?, ¿ha tenido dolor?

Cuatro años haciendo una especialidad que ahora no sirve para nada. Es inútil haberla hecho, ahora soy médico general otra vez. Mañana entró otra vez. Y luego, el viernes. Después descanso dos semanas. Luego vuelvo a entrar. Ya soy primera línea.

## **Especialización**

El argumento de Bruno Latour en su texto *We Have Never Been Modern* (1993), explica que la creación de híbridos, los objeto-sujetos no humanos y la purificación son un *sine qua non* del proceso científico durante la modernidad. El autor propone que parte del pensamiento moderno implicó un interés particular por lograr una pureza, insostenible, entre lo que era ciencia y lo que no lo era. (Latour 1993: 10-11) Por ejemplo, lo que era social no era influenciado por la literatura o la naturaleza. Así entonces en la mente

de los modernos se crearon una serie de categorías que pretendían ser estáticas y no estar influenciadas por otros tropos. Pero el autor sostiene que este intento fue solamente eso, un intento. Por caso, en el periodico pueden encontrarse artículos que mezclan política, geografía, cambios climáticos y religión. (Latour 1993: 1-2)<sup>5</sup> Latour propone que el interés moderno de purificar objetos permitió sostener una visión sesgada y propició la proliferación de híbridos. Los híbridos son eso que no podía definirse completamente como natural, pero tampoco era algo completamente social o humano. Después, tenemos también la categoría de objetos-sujetos no humanos, que pueden tener injerencia en el mundo humano, a veces se les otorga agencia pero en sí mismos son algo distinto a lo humano, o de acuerdo con Michel Serres eso que puede llamarse cuasi-objetos. (Latour 1993: 50) Estas categorías nos sirven para pensar sobre la narración de Raúl. Su mente se resiste a desdibujar la línea divisoria entre su especialidad que implica conocimiento médico y la realidad cotidiana.



Imagen. Médico internista en área COVID. (Gotóo 2021)

<sup>5</sup> La obra fue publicada originalmente en francés en 1991, *Nous n'avons jamais été modernes: Essai d'anthropologie symétrique*, fue dos años después que se contó con la traducción al inglés y en español fue hasta el 2007.

Uno de los síntomas de la modernidad es la distinción por categorías, así entonces Raúl distingue entre su especialidad y su entrenamiento profesional para hacer frente a la COVID-19. Mientras que para Raúl la incapacidad que tiene para hacer frente a la nueva enfermedad es en parte un resultado de su especialización, es también un resultado de un proceso de hibridación. Puede que la enfermedad con la que nos enfrentamos ahora deba ser entendida como un híbrido. Ya que, de cierta forma ha condicionado nuestras vidas, pero no es solamente algo que pueda categorizarse en lo social, sino que también tiene un componente natural. El virus SARS CoV-2 es algo tangible y natural, pero la forma en la que Raúl y los médicos se aproximan a la COVID-19 es algo cultural y científico.<sup>6</sup>

La división artificial entre categorías o especialidades médicas por una parte, limita el proceder médico pero por otra hace evidente que la individualidad moderna resulta desgastante y quizá insuficiente. En el texto “La barbarie del especialismo” (1998), el autor explora la manera en la que la especialización y subespecialización en los diversos campos del conocimiento tiene dos consecuencias principales. Por un lado, creo sujetos capaces de comprender conceptos de cierta dificultad y profundidad en un área del conocimiento, por el otro crea sujetos en su mayoría ignorantes de los temas que no son característicos de su campo de especialización. (Ortega y Gasset 1998: 93-94) Es decir, mientras que un sujeto se dedica a estudiar los detalles y las características particulares de una subcategoría de cierta disciplina, termina por volverse ajeno al conocimiento en términos más generales. Por una parte se puede entender esta narración de Raúl como evidencia de la crisis de la biomedicina y el sistema médico: los médicos no tienen respuesta a los retos que enfrentan frente a la COVID-19. Sin embargo, nos permite notar la evidente necesidad de trabajar entre equipos multidisciplinarios. La biomedicina y sus especialidades no son suficientes, no por eso son inútiles. Solamente que hace falta más. Un médico, aún un intensivista o internista, no puede ser el único responsable de mantener la salud y vida de otro ser humano.

Esta problematización de la especialización también es tratada por Giddens, quien sostiene que hay una oferta amplia de expertos en muchas áreas del conocimiento, pero que estos expertos son ignorantes en casi cualquier otra área ajena a su especialidad. Carecemos de un experto universal. (Giddens 1991: 195-196) Una de las características quintaesencia de la modernidad es su posición ante la duda.

---

<sup>6</sup> Puede resultar provechoso tener en mente que lo científico y lo cultural son creaciones humanas y no en sí universales. (Wagner 1981:, Latour 1993:24)

Mientras que los órdenes tradicionales se caracterizaban por dar por hecho ciertos saberes universales, la modernidad es reflexiva y constantemente revisa sus premisas. Algo que es cierto hoy podría no ser cierto mañana. En palabras de Giddens:

Modernity institutionalises the principle of radical doubt and insists that all knowledge takes the form of hypotheses: claims which may very well be true, but which are in principle always open to revision and may have at some point to be abandoned. (Giddens 1991: 3)

Así entonces, la COVID-19 sirve como ejemplo de suceso moderno. Por una parte carece de expertos debido a la novedad del virus, por otra aumenta la angustia de vivir en un mundo de riesgos. Nuevamente pensemos en Giddens, quien explicó sobre los sucesos fatídicos. Esta pandemia podría ser vista como un estado constante y alargado fatídico, donde las decisiones que los individuos tomen serán de vital importancia. En este momento ya no es posible hacer una filtración de la realidad, la muerte y la enfermedad se han convertido en lo cotidiano. Para Raúl su estatus como médico subespecialista no fue suficiente para alejarlo de la amenaza, en un momento como este es tan sacrificable como cualquier otro, idea que se explorará un poco más adelante.

Por su parte, Eduardo Menéndez escribe en su texto “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales” (1992) sobre las maneras en las que los sujetos se relacionan con la salud y la enfermedad. Propongo retomar su idea de que los modelos se relacionan entre sí y que una persona se incline hacia uno no significa que ha dejado los otros de modo tajante. El modelo hegemónico es similar a lo que hasta este momento en esta tesis he tratado como biomedicina.

Menéndez enfatiza que el modelo médico hegemónico (MMH) se caracteriza por ser “jerárquico, asimétrico, clasista y racista” (Menéndez 1992: 105) y aunque estas categorías se mezclan para crear coyunturas, no necesariamente son los médicos los que han tenido la agencia que desembocó en esas características. Principalmente son los médicos, enfermeras y terapeutas los que representan a una institución médica, como un hospital en Nogales, pero no por eso ellos han tomado las decisiones que impactan en los pacientes de forma directa. Es decir, mientras que se marcan ciertos problemas desde la perspectiva de la población, el personal médico se enfrenta a retos como los que describió Raúl. A pesar de no tener los conocimientos especializados para dirigirse en un área COVID-19 y además de no tener un contrato para ver pacientes con este padecimiento, su profesión funciona como factor de riesgo para

colocarlo en una situación donde se vulnera tanto su cuerpo, como su mente.<sup>7</sup> La angustia que sintió al entrar a esa área está directamente relacionada con la falta de conocimiento y la impotencia como agente. No podía decidir estar o no allí. La modernidad como momento histórico permite ver desigualdades y abusos, podríamos quizá pensar que esto afecta solamente a un sector de la población. No obstante, notamos que sujetos profesionistas, con especialidad en salud, se encuentran de igual forma inmersos en el proceder moderno. Sus cuerpos y mentes no están exentos de las afectaciones, ni de las exigencias hegemónicas modernas.

En el siguiente apartado se explorará la mente de una doctora que vive la enfermedad en cuerpo propio, ¿de qué manera responden sus pensamientos biomédicos ante los padecimientos personales?

## **Aldara**

Marzo

Desde que comenzó la pandemia en México, en marzo empecé también a ver pacientes con COVID-19. Generalmente estoy en el área de triage respiratorio, yo los recibo, soy en sí el primer contacto con los pacientes que no están muy delicados. Los que tienen mucha dificultad para respirar van a urgencias. Bueno, mis días son muy atareados, estoy 11 horas en el equipo de protección, es bastante incómodo.

Desde el primer día que comencé a estar en el triage respiratorio he tenido que estar muy alerta. Constantemente me descubrí a mí misma con los hombros y la espalda adolorida, con las manos tensas y mis ideas revueltas. Me daba miedo enfermarme y esa idea me tenía tensa la mayor parte del tiempo. Sabía que era un riesgo alto y que diario estaba en contacto con pacientes que podían o no tener COVID, a veces dependía de mí el diagnóstico, yo les decía si necesitaban estudios o encamarse. Al inicio de mi

---

<sup>7</sup> Durante la crisis sanitaria en diversos hospitales públicos del país se comenzaron a contratar médicos generales, con sueldos de entre 6,000 y 12,000 pesos, para tratar diariamente 8 horas con pacientes con COVID-19. En teoría era su responsabilidad los pacientes con este malestar, pero como hemos visto en la práctica todos los médicos disponibles entraban a estas áreas para brindar apoyo, aunque estuvieran alejados del conocimiento necesario para la tarea.

consulta eran personas con sospecha de COVID-19, al terminar mi consulta eran personas diagnosticadas con COVID-19 y que requerían un tratamiento, algunas veces más urgente que otras, aunque por supuesto, se hacían pruebas clínicas, la PCR para tener mayor seguridad.

## Mayo

A principios del mes comencé con algunas molestias y mi mente, como tantas otras veces antes, me dijo que estaba enferma. “Ahora sí ya me dio COVID”, pensé. Hablé con mis compañeros y fue así como confirmé mis sospechas. Me incapacitaron y me dieron el tratamiento correspondiente para mis síntomas, que en ese momento solo eran dolor de cabeza intenso, ojos rojos y dolor de garganta. Al principio parecía estar todo bien, todo estaba bajo control, sin embargo, 7 días después de iniciar con el primer síntoma, se agregaron muchos más, sorpresivamente y aunque parezca increíble de un momento a otro presenté fiebre, dolor intenso en músculos y articulaciones que hacían que el mínimo movimiento resultara un martirio, diarrea, náusea, fatiga importante, escalofríos, taquicardia, tos... Días después noté con temor que me costaba mucho trabajo respirar, la tos me dejaba sin aliento, me costaba demasiado trabajo realizar actividades cotidianas como moverme, bañarme, comer o simplemente sostener una conversación con mis familiares por teléfono. Mi familia se alarmó igual, o más que yo, se sentían limitados y tristes por no poder acudir a mi cuidado. Me sentía muy mal, deprimida, con temor a lo peor. Mi mente me indicaba con frecuencia que lo que sucedía dentro de mi cuerpo ya no era lo normalmente esperado, que comenzaba a complicarse más, por lo que acudí a revaloración en mi hospital, en donde se me ajustó el tratamiento, se me dieron palabras de aliento para mi recuperación y se me envió a casa nuevamente, por lo que, no del todo convencida tuve que regresar.

Me quedé todo el tiempo en casa, sola, en virtud de que mi compañero también se contagió y se le envió aislamiento en otro lugar, lejos de casa, y nuestro amigo peludo se quedó al cuidado de nuestros vecinos, quienes estuvieron pendientes y nos ofrecieron su apoyo en todo momento (en ese entonces ya había conocimiento de que ellos también podían contagiarse si estaban cerca de nosotros). Seguí todas las recomendaciones y tratamiento médicos. Tomé muchos líquidos, esperé y deseé lo mejor. Realmente mi humor fluctuaba en el día, a veces sentía que iba a estar bien y me sentía con ánimos, otras veces sentí mucha tristeza y desasosiego. Llegué a pensar, “¿Y sí me pasa algo en casa y ya no puedo regresar al hospital?”, “¿Y si me muero?”



Imagen. Aldara en área COVID. (Gotóo 2020)

## Julio

Aún me cuesta aún trabajo moverme libremente. Me canso al subir escaleras, las pendientes me hacen detenerme varias veces y caminar tramos largos es realmente difícil. Se me va el aire. Creo que lo que más me complicaba la existencia es que me falta el aire cuando quiero hablar, no puedo mantener conversaciones largas, es muy difícil, por lo que opté solo hablar por WhatsApp o por teléfono hasta que comenzaban los ataques de tos, sabía que ahí debía parar y recuperar el aliento. Pero regresé a trabajar, me necesitaban y me llamaron de regreso, varias valoraciones médicas me indicaron que estaba lista.

“La recuperación será muy lenta”, “probablemente no lleguemos a un 100%, como antes”, “no te desesperes, todo será poco a poco”, son algunos de los comentarios que he recibido durante mis revisiones médicas. Trato de asimilarlo pero, ¿cómo no sentirse triste si nota que mi cuerpo aún no se recupera del todo? Veo las huellas que dejó el virus y sé que el pronóstico a largo plazo es incierto y que definitivamente la capacidad pulmonar y deportiva se vieron gravemente afectadas. He estado recibiendo terapia respiratoria, eso me ha ayudado mucho. Me gustaría también tener terapia psicológica, el platicar con algunos amigos y familiares de mi experiencia como médico y paciente me ha ayudado. Ha sido difícil, a veces tengo sueños en los que muero, otras veces, veo muertos. Supongo que es por toda la situación que viví, a veces los que mueren en mis sueños no tienen rostro. Imagino que son todas esas personas que diagnosticué y también aquellos que he visto morir.

Cuando despierto siento que no descansé, pero tengo que ir a trabajar, allí veo muchos pacientes en la sala en la que me encuentro asignada, sé que muchos de ellos lamentablemente no sobrevivirán. Algunos, principalmente aquellos inconscientes, intubados por requerir ventilación mecánica, han necesitado solo el “permiso y la bendición” de sus familiares para poder partir. Es muy triste, hay muchos muertos. Por el momento me he refugiado en la sonoterapia, eso me ha ayudado a sentir un poco de armonía. Me ayuda mucho escuchar las melodías que se forman en el aire. Los cuencos me han hecho sentir mejor.

Agosto

Ha disminuido mucho la fatiga y la falta de aire, pero aún persisten, así que inicié actividades deportivas poco a poco. Un día intenté correr y una pequeña en su triciclo me ganó descaradamente en la carrera. Ahora, tengo que dedicarme a retomar también parte de mi especialidad. Realmente no entiendo por qué pusieron el semáforo naranja, no hay para nada una mejoría en el panorama general. Tenemos demasiados pacientes. Es desalentador. La mayoría llega ya muy mal. No podemos hacer mucho. Algunos solo llegan a morir. A veces los familiares nos culpan, me han gritado, me han reclamado por la muerte. Pero, ¿qué puedo hacer? No tenemos suficientes camas, tampoco tenemos suficientes respiradores y aunque los tuviéramos, algunos pacientes llegan tan mal que desafortunadamente ya no hay nada que hacer. Me hace sentir muy triste e impotente. Yo había elegido una especialidad en donde me motiva mucho más saber cómo puedo ayudar a mejorar la vida y función de las personas, no verlos morir diariamente. A veces llego completamente desgastada a casa, he llorado infinidad de veces con mis compañeros. En realidad trato de enfocarme en seguir mejorando,

aún realizo terapia para que mis pulmones vuelvan a tener su capacidad regular. Cuando no tengo que estar en el área COVID salgo a caminar, a veces solo caminar me ayuda a despejar mi mente y sentirme más calmada.

## **Psique**

En “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” (2003) Menéndez también explora el modelo de autoatención y marca una distinción entre la automedicación y la autoatención. Para el autor la automedicación ha sido estigmatizada por el MMH, pero la autoatención es permitida e incluso propiciada. La automedicación consiste en la ingesta de medicinas, naturales o farmacéuticas, con el objetivo de buscar la restauración de la salud. Y el autocuidado refiere a las prácticas que un sujeto realiza para determinar el modo en el que atenderá su malestar. (Menéndez 2003: 198-199) Mientras que Aldara practicó el autocuidado cuando decidió asistir al hospital porque se sentía muy mal, evitó hacer uso de la automedicación. Aún con entrenamiento médico especializado ella prefirió consultar el conocimiento biomédico de otros expertos. Esto se relaciona nuevamente con las ideas de Ortega y Gasset, Aldara no tenía una especialidad en medicina respiratoria, medicina crítica o de urgencias. De acuerdo con el filósofo los mejores representantes de la especialización y el conocimiento son los científicos. Y la medicina como ciencia podría servir para ejemplificar esta insuficiencia de las especializaciones y subespecialidades. Giddens se encuentra de acuerdo en la premisa de que las personas son ignorantes en lo que no es directamente su área, sujetos biomédicos, como cualquier otra persona.

Aldara es una científica en medicina, con más de 8 años de estudios y más de 5 de experiencia y se reconoce ignorante ante ciertos temas. La forma en la que se relaciona con su enfermedad deja ver que el conocimiento médico especializado con el que contaba no le servía de mucho. Cuando el médico se convierte en paciente los roles no se invierten por completo. Cierta parte de la asimetría de la que versa Menéndez sigue presente. Ella no tenía la misma relación con otros médicos que pacientes no educados en biomedicina. No obstante, se encontraba en una posición comprometida. No importaba que supiera qué sucedía en su interior y saber que tenía disponibles medicamentos, su mente de igual manera sentía angustia y en más de una ocasión pensó que no tenía caso intentarlo. Se ha pensado a los sujetos biomédicos como pilares modernos del progreso y la distinción entre la ciencia y la naturaleza, sin embargo, una situación como la que se vive mundialmente ahora deja ver que pensar en dicotomía resulta, por lo

menos, insuficiente. Además tenemos que pensar que algunos de los sujetos médicos pueden tener otro tipo de creencias y acercamiento a la enfermedad.<sup>8</sup>

Las experiencias que Aldara relatan sirven para explorar los estragos de la COVID-19 en una mente humana. La enfermedad fue un terrible recordatorio de la conexión que todos los humanos tenemos con nuestros cuerpos, aunque los hemos usado, de cierta forma seguimos siendo cuerpo. Ella sabía que pasaba en sus pulmones, en sus alvéolos y conocía la prognosis de la enfermedad. Sabía que era normal que le faltara el aire, que tuviera fiebre, que tuviera dolor en todo el cuerpo. Pero eso no significaba que pudiera calmar su angustia. Como escribe Annemarie Mol en *The body multiple: ontology in medical practice* (2002), la enfermedad es diferente según la sala del hospital en la que te encuentres. Ella realizó su etnografía en un hospital universitario en un poblado holandés de tamaño medio, no una gran ciudad pero tampoco un pequeño poblado, y anonimizó el lugar refiriéndose a él como el Hospital Z. La enfermedad que ella exploró fue la aterosclerosis, específicamente en las arterias de las piernas. Su propuesta es que: “in practice the body and its diseases are more than one, but this does not mean that they are fragmented into being many.” (Mol 2002: viii) Así, de acuerdo con ella las enfermedades y los cuerpos son más de un solo objeto, pero tampoco son fragmentos, como se pensaba en el siglo XVIII, sino que son un *cuerpo múltiple*.

A través del adjetivo pluralizador en conjunto con el pronombre singular la autora quiere dejar en evidencia que las formas de entender el cuerpo y sus enfermedades no existen *per se* sino que son creadas en el momento en el que nos relacionamos con ellas. Explica que no hay generalidades en las prácticas médicas, pueden incluso variar dentro del mismo hospital, como demuestra con la pierna amputada que sirve para realizar estudios clínicos y comprobar la aterosclerosis, la necesidad que tienen los médicos de que los pacientes les reporten síntomas para poder distinguir entre una enfermedad y otra. (Mol 2002: 44-45) O el testimonio del señor Jonas que explica que para él la enfermedad es no poder caminar cómodamente e implicó escuchar su operación y verla, pero no saber exactamente qué sucedía, o por lo menos no poder narrarlo en términos médicos especializados y precisos. (Mol 2002: 18-19) Estas ideas pueden ayudarnos a comprender lo que vivió Aldara.

---

<sup>8</sup> Algunos médicos y enfermeras han reportado apoyarse en las creencias religiosas católicas para hacer frente a la enfermedad. En un hospital en Jalisco se colocó una virgen de Guadalupe a la entrada del área COVID. En otro hospital, en Chihuahua, un grupo de enfermeras se organizó para transmitir rezos y oraciones por las bocinas del hospital tres veces al día.

Con el paso de los meses dejó de ser la doctora que diagnosticaba y se convirtió en la paciente que experimentaba. Y entonces vivió en cuerpo propio las diferencias entre la enfermedad, entre *disease* e *illness*, por una parte era la paciente que consultaba a otros para cuidar de su salud, por otra era quien reconocía la enfermedad por complicar su respiración. Su enfermedad se insertó en una temporalidad en la que ella confió en el diagnóstico médico y en la evolución de los síntomas y la posible solución. Pero su interpretación tenía un vaivén entre la concepción biomédica, *disease*, y las experiencias corporales y mentales como paciente, *illness*. Aldara como doctora necesitaba hacer uso de herramientas, tecnologías y objetos para tener acceso a la COVID-19, a través de un estetoscopio, de una prueba PCR, o de una tomografía. Aldara como paciente no necesita de otros objetos para acceder a su enfermedad, es algo que puede sentir. Notamos que su mente se angustiaba ante la coincidencia de los síntomas que sufre con el diagnóstico de sus colegas. Solo después de su consulta sabe que es COVID-19. El diagnóstico la coloca en un nuevo rol social. Sin embargo, fue por medio de los síntomas que se llegó a este. Aldara había ya aceptado su rol como doctora biomédica, parte de la modernidad, y al recibir el diagnóstico por colegas representó también el papel del enfermo que se queda en casa y cuida de sí y de otros al aislarse. Así como la enfermedad fue múltiple para ella, como doctora y como paciente, así también su rol social ha sido flexible. Al comenzar la narración ella era quien diagnosticaba, después contrajo la enfermedad y su papel cambió, al finalizar ella retoma su papel biomédico pero una niña que la rebasa en su triciclo le recuerda que las categorías modernas están plagadas de híbridos y filtros. Entre la doctora y la paciente está la COVID-19, un cuasi objeto que permite observar la multiplicidad de sí mismo y la multiplicidad de reacciones frente a este.

Tal como Raúl, ella tampoco se había especializado en medicina respiratoria, crítica o de urgencias, pero la distinción y protección de la especialidad le duró mucho menos que a él. Una vez más la profesión médica jugó un papel determinante para colocarla en este nuevo rol social, el del enfermo. Esto deja ver una diferencia entre géneros, sin embargo, no considero que haya habido una elección deliberada de incluirla a ella como mujer en el triage, sino resultado de la representación mayoritaria de mujeres en el sector de la salud.<sup>9</sup> No obstante, el género sí es uno de los ejes

---

<sup>9</sup> De acuerdo con Forbes: “En México, 70% del personal de salud son mujeres”. Además de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al 2020 en México había 265,248 personas con estudios en enfermería, 82% eran mujeres y 18% eran hombres. También se puede encontrar esta proporción en otros países, véase “COVID-19 Healthcare Workers: 70% Are Women” (2020) por Inez Miyamoto.

que influncian la forma de responder ante la COVID-19. En el siguiente apartado se revisará la posición singular que tiene una enfermera que ha atendido pacientes con este padecimiento ininterrumpidamente desde marzo del 2020. Sus turnos son un poco más largos que los de los médicos y sus aflicciones son distintas. El área de profesionales de salud no es homogénea, sino que muestra también jerarquías y coyunturas.

## **Pilar**

Yo estoy en urgencias, he estado aquí como jefa desde que empezó todo. Estoy seis días a la semana, alrededor de 8 horas diarias. Mi labor ha sido atender a los pacientes que ya llegan muy mal. Durante los primeros meses solo veíamos pacientes COVID, uno tras otro. Pacientes que apenas oxigenaban. Algunos pudimos salvarlos, pero la mayoría llegaban ya muy mal. Hubo un caso de un paciente que oxigenaba 30%, nos sorprendió que siguiera consciente.

Cuando reabrieron los negocios, alrededor de junio-julio comenzamos a tener pacientes de otras cosas, personas que habían chocado, personas que habían estado en peleas, algunos con intoxicación alcohólica. Con ellos era un poco más fácil, habíamos tenido pacientes con esos padecimientos desde que comenzamos en la enfermería. Aunque ahora era diferente, podía salvarse pero probablemente se contagiarían de COVID. Urgencias era área COVID y entrar por algo más ponía en riesgo de contagio a las personas. Podíamos salvar su vida por su padecimiento original, pero no sabíamos qué pasaría cuándo se contagiaran con COVID-19, era tirar una moneda al aire y verla girar.

Enfermería es quien tiene más contacto con los pacientes. Los médicos dictan indicación y siguen pasando visita con los pacientes y nosotras nos quedamos a hacer lo que indicaron. Tenemos que meter sondas por la boca para aspirar las secreciones, para que no se ahoguen, debemos medir el líquido que entra por sus venas y el nivel de orina. Revisar que todo marche en orden, que el cuerpo del paciente esté lo más cómodo posible. Muchas veces estamos muy cerca de ellos, tenemos que acercarnos para moverlos, para voltearlos si necesitan pronarse. A algunos les ayuda mucho, es cuando los ponemos boca abajo en posición prona para que puedan introducir más aire a sus pulmones. Pero, bueno, realmente los tocamos mucho, estamos muy cerca.



Imagen. Enfermera Pilar antes de área COVID. (Gotóo 2020)

Y muchas veces los vemos morir. El otro día llegó conmigo una enfermera más joven, llorando. Traté de calmarla. Estaba muy triste, me dijo que ya no aguanta verlos morir diario, “a tantos, a tantos” - repetía mientras lloraba. Yo me siento bien, me siento, dentro de lo que cabe, fuerte; al final lo que debo hacer es ayudarlos y con el equipo de protección me siento segura. Es mi labor y para lo que estudié. Me da gusto poder estar en urgencias y hacer algo. A la enfermera que tuvo el episodio de llanto la referí con un médico, comenzará tratamiento psiquiátrico. No estamos en una situación normal. Diario vemos morir a 8-10 personas. A veces más, a veces tenemos suerte y son menos. Yo le pido a Dios que me ayude, a salir bien del área, a no contagiarme. Igual, antes de entrar, parte de mi preparación es orar y dar

gracias por la ayuda que me brinda Dios, y al salir vuelvo a agradecerle mientras me retiro el EPP. Me da miedo contagiarme porque podría contagiar a mis hijas y a mi madre que viven conmigo. Pero es mi trabajo, la gente nos necesita y yo puedo ayudarles.

## **Autocuidado**

Retomando a Mol (2002), en su libro ella retrata la perspectiva médica y los estándares que se toman en cuenta en el momento de diagnosticar, atender y tratar una enfermedad. Ella retrata médicos que agendan cirugías porque es lo más acertado para el presupuesto del hospital, algunos mencionan que no pueden recomendar terapia para que los pacientes vuelvan a caminar porque han tenido recortes de presupuesto. (Mol 2002: 95) Recuerda sobremanera a la situación que se vive en los hospitales de México, muchas veces los tratamientos invasivos son recomendados porque pueden lanzar resultados más rápidamente. La biomedicina comparte la característica de atender los padecimientos una vez que tienen complicaciones de salud, no de atender personas para prevenir estas complicaciones. En el relato de Pilar notamos que el área de urgencias está sobrepasada. Desde que comenzó la emergencia sanitaria en la Ciudad de México ella comenzó a atender pacientes COVID-19, más los otros pacientes por otros problemas graves, como choques o congestiones alcohólicas. Pero el papel de Pilar es diferente porque no diagnóstica sino sigue las instrucciones de los médicos. Nos relata que las enfermeras tocan mucho más a los pacientes. Es parte de las atenciones, revisar signos vitales, acomodar tubos, limpiar residuos y secreciones.

Byung-Chul Han, en su texto *The Burnout Society* (2015) discurre sobre las implicaciones que ha tenido la modernidad en la forma que tienen los individuos para relacionarse con otros y sobre todo con ellos mismos. El filósofo explica que hemos dejado atrás el momento foucaultiano de poder, vigilancia y control, pero que no por eso estamos exentos ahora de estas motivaciones. (Han 2015: 8) Sin embargo, él marca una diferencia sustancial entre los modos de ejercer vigilancia y control, para él anteriormente eran las instituciones las encargadas de ejercer sobre el individuo estas fuerzas y que ahora son los individuos mismos los que realizan esta tarea, ya que han interiorizado las motivaciones a través de la idea de los logros, las metas y el progreso. (Han 2015: 9-10) Es decir, mientras que antes había cárceles o clínicas psiquiátricas para aquellos sujetos que no cumplían con las normas, la modernidad ha permitido cierta laxitud en esas estructuras, ya que ahora no es el Estado el que explota a los individuos, sino ellos mismos. Leemos: “[...] Prohibitions, commandments, and the law are replaced by projects, initiatives

and motivation". (Han 2015: 9) Así el poder y el control siguen permitiendo estructuras sociales, pero se han colocado en el interior de las personas y los verdugos son ellos mismos. Esta idea está en concordancia con la manera en la que se construye el yo de acuerdo con Giddens, para este autor en la modernidad el individuo tiene una plétora de opciones al alcance por lo que la definición de quién quiere ser radica en sus elecciones. (Giddens 1991: 5-7)

Como ejemplo de esta auto explotación y sometimiento de Han podemos tomar a Pilar, ella sabe que está en riesgo, ella sabe que diariamente realiza una tarea similar a la de Sísifo y así sigue haciéndolo. Podríamos pensar que puede no hacerla, esto significaría dejar de lado el cuidado de las mentes de otros y poner atención en el autocuidado, pero quizá ella esté frente a la decisión que muchos de nosotros también enfrentamos. Considero que parte de la modernidad es jerarquizar y ordenar por prioridades, algunas veces podemos sacrificar ciertas cosas por un beneficio mayor, en escala (más personas) o en importancia (aquellos que amamos). Ella funge como agente de contención para su equipo de enfermeras que trabajan directamente bajo su tutela, sirve también como agente de contención para los pacientes y quizá también para los familiares, además de sostén para su familia. Cuando ella está en casa pasa gran parte de su tiempo despierta en la sala, ayudando a sus hijas a hacer sus labores escolares, viendo alguna película animada con ellas y pasando tiempo con su madre. Pilar no solamente es una sujeto biomédica que ayuda a pacientes, es también un ser humano completo que se dedica lo mejor que puede a cuidar de sus seres queridos. Desde que comenzó a ver pacientes COVID-19 reporta estar un poco tensa al estar alrededor de su familia. Pilar no se les acerca sin desinfectarse, tomar una ducha o rociar de cloro sus zapatos y pertenencias personales. Eso complicó un poco la convivencia, pero como reportó otra sujeto biomédica, Rosa, subespecialista en trastornos neurológicos de movimiento:

Los hijos de médicos y enfermeras son realmente unos guerreros, siempre están comparando a sus padres con otros, muchas veces mis hijos tienen que hacer la tarea solos, comer, bañarse y prepararse para dormir. A veces llego tarde y solo los veo unos minutos o los encuentro ya dormidos. Con la pandemia es un poco peor, pero desde siempre ellos han aprendido a ser muy independientes. (Rosa, comunicación personal)

Han también discute con las ideas de Giorgio Agamben y explica que los *homo sacer* o las personas sacrificables han sido judíos en los campos de concentración, prisioneros en Guantánamo, personas sin papeles que buscan asilo político o que esperan la deportación, y, finalmente pacientes conectado a tubos que son lo único que los mantienen con vida. (Han 2015: 18) No obstante, la modernidad efímera,

apresurada y reflexiva puede haber exigido una internalización de ideas que permitan sacrificarnos. Quizá sea posible pensar en un alcance más amplio para el *homo sacer*, no solamente son aquellos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, sino que hemos normalizado de tal manera las situaciones de riesgo que no vemos que las enfermeras están en alto riesgo. O que su riesgo es más cercano que el de los doctores. Quizá tenga que ver con la profesionalización, la especialización y de cierta manera el género.<sup>10</sup> Además también podemos ver *homo sacer* en los hijos y familias del personal de salud. Estos individuos no tienen la profesionalización para atender o ayudar a personas con el padecimiento que ha afectado al mundo desde el año pasado, sin embargo, están en constante riesgo. Una de las soluciones que algunos médicos y enfermeras hallaron fue enviar a sus hijos con sus madres o hermanas. Resulta evidente que no es una opción viable para todos los sujetos biomédicos, las situaciones son diversas, además de la distancia que algunos tienen con sus familias, algunos ya han sufrido la muerte de sus madres y para algunos otros no es viable enviar a sus hijos durante meses lejos. Entonces quizá el término *homo sacer* sea un tanto más amplio de lo que Agamben pensó originalmente, Han lo propone así, hoy en día todos los sujetos dentro de la modernidad tenemos cierto grado de sacrificio y estamos dispuestos a un cierto grado de autoexplotación. Los matices son importantes, así entonces, en el contexto de pandemia por COVID-19 los sujetos biomédicos y sus familias resultan ser un poco más sacrificables que otros, quizá sea un tipo particular de *homo sacer*.

## Conclusiones preliminares

La modernidad es distinta y plural, así como los cuerpos que atiende la biomedicina y las historias particulares de los profesionales de salud. Puede que al narrar a Raúl, Aldara y Pilar más de un sujeto biomédico encuentre similitudes con su propia historia, puede también que los sujetos no biomédicos se permitan problematizar la idea de que los médicos despersonalizan a sus pacientes. O quizá algunos puedan atreverse a cuestionar los discursos que se han extendido en el país, “los médicos nos están matando”. Raúl es muestra de la ignorancia que rodea una pandemia. Aldara muestra vulnerabilidad en

---

<sup>10</sup> Es evidente que no se espera lo mismo de una mujer que de un hombre. Pero, me gustaría abrir un panorama para realizar futuras investigaciones en este campo. La perspectiva de género permitirá comprender de mejor manera las implicaciones que ha tenido la COVID-19. Sin embargo, justo ahora no logro profundizar sobre este tema.

cuerpo y mente. Pilar, responde a las necesidades de otros sobre ella. Ninguno de ellos corresponde a la idea del profesional de salud que ignora las necesidades particulares de los pacientes. Como puntualizó Giddens en su obra, en la modernidad la manera de narrar y narrarse es sustancial. Para él es la narrativa propia la que crea una biografía y, a la vez, un estilo de vida que son autoconstruidas y autoreferenciales. (Giddens 1991: 55, 76, 82, 148) Estos sujetos biomédicos narran sus historias para que nosotros las leamos y depende de cada cuál generar una opinión y un sentir al respecto.

Los profesionales de salud arriesgan sus vidas y se autoexigen, o se autoconstruyen. Pero es diferente la manera en la que los médicos y las enfermeras lo hacen. La modernidad ha influido en las formas en que nos hemos relacionado con la pandemia y quizá este fenómeno no es completamente natural. Puede que los modos de entender y aproximarnos a la COVID-19 sea más bien una hibridación, en el sentido de Latour. Pero también ayuda a evidenciar las fallas y carencias del sistema de salud mexicano o quizá la modernidad misma como narrativa. O mejor dicho, las coyunturas a las que los médicos, enfermeras, terapeutas y el personal de salud en general viven diariamente dentro de sus cuerpos y mentes que autoconstruyen y definen con base en sus decisiones diarias. No obstante, encontramos coincidencias que nos recuerdan un común proceder humano, puede que eso sea uno de los aportes positivos que la gran pandemia del siglo XXI nos deje, un cierto obrar humano. La historia de estos sujetos biomédicos, tal como lo ha propuesto Borges en uno de sus relatos, pueden ser tipificaciones de lo que representa el ser humano. En sus historias encontramos coincidencias, incidencias y resonancias propias. Raúl, Aldara y Pilar, son *todos los hombres* y son a la vez, solo ellos mismos. Son sujetos múltiples.

## Capítulo 5. Pervivencia: los problemas de una pandemia que no ha terminado

*And yet Azande do not see that their oracles tell them nothing! Their blindness is not due to stupidity: they reason excellently in the idiom of their beliefs, but they cannot reason outside, or against, their beliefs because they have no other idiom in which to express their thoughts.<sup>1</sup>*  
—E.E. Evans-Pritchard

En los capítulos anteriores he narrado, discutido y presentado sobre los sucesos que han estado pasando en algunos hospitales de México durante los meses del 2020, cuando ya se había declarado pandemia. En este último capítulo presentaré un evento a modo de cierre, la vacuna contra COVID-19 y su llegada a México. Aunque la pandemia no se ha terminado, este evento me servirá para marcar un corte temporal, porque de cierta forma ha cambiado el día a día de los médicos, enfermeras y personal de salud. El objetivo de esta última sección será presentar las percepciones de los médicos sobre este objeto biomédico moderno (la vacuna) y a la vez, incluir percepciones de la población en general sobre los médicos y la enfermedad durante los meses anteriores. Las preguntas que guían mis letras son: ¿qué significa para el personal de salud tener una vacuna?, ¿de qué manera su labor diaria se ve afectada por este fármaco? y finalmente, ¿cómo los sujetos no biomédicos percibían a los médicos, enfermeras y personal de salud y su labor durante los últimos meses? Como base teórica retomaré a los autores hasta ahora comentados y ahondaré un poco más en la idea de

---

<sup>1</sup> Evans-Pritchard, E.E. (1976) *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press. pág. 159.

Charles Briggs y Clara Martini-Briggs quienes discuten sobre una dicotomía en la modernidad: sujetos salubres vs sujetos no salubres.

## Hiatos modernos

La modernidad ha presentado una historicidad lineal, en la que hay una meta y una manera de llegar a ella. No obstante hemos visto con Latour que es probable que esa meta y camino sean artificiales e inasequibles. Pero la idea de una única forma sigue presente en nuestras mentes y la vacuna funge como meta ante una pandemia. Si bien, en la ciencia biomédica se reconoce que la vacuna no resolverá los contagios, la enfermedad y la muerte, es un punto muy importante porque hará posible que la pandemia se controle. La biomedicina ha tenido algunos logros considerables, entre ellos la erradicación de la viruela: “El 9 de diciembre de 1979, una comisión mundial certificó que la viruela había sido erradicada, y dicha certificación fue oficialmente aceptada por la 33.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en 1980.” (OMS 2020: Conmemoración de la erradicación de la viruela: un legado de esperanza para la COVID-19 y otras enfermedades) Otro gran logro es la casi completa erradicación de la poliomielitis, ya que solo queda presente en contextos endémicos, en solo tres países: Afganistán, Nigeria y Pakistán. (OMS 2017: 10 datos sobre la erradicación de la poliomielitis) Además de que fue el continente americano el primero en erradicar esa enfermedad, el último caso registrado en esta región fue en 1991, un niño peruano que en ese entonces tenía tres años, Luis Fermín Tenorio. (Andaló 2003: 12) No obstante algunas de las enfermedades o aflicciones que no son comunes en otros países modernos siguen estando presentes en México. Por ejemplo, el paludismo o malaria, la tifoidea, la tuberculosis, y la rabia, entre muchas otras. (CDC 2020: Mexico Traveler View Vaccines and Medicines) Nuevamente encontramos la dicotomía antigua, esta vez en cuestiones de salud, mientras que en ciertos países ya no se toma como riesgo una serie de enfermedades transmisibles, en otros son parte de la cotidianidad. Giddens explica que la modernidad permite crear una sensación de cercanía debido a la globalización, es decir, los eventos suceden en otros países pero leemos de ellos en los periódicos y los vemos en los noticieros, por tanto están cerca de nosotros. (Giddens 1991: 16-20) Lo que sucedió con la pandemia de COVID-19 es que comenzamos a leer o escuchar de ella y rápidamente llegó a nosotros, la modernidad permitió la conexión global que implica el riesgo que se había pensado ya resuelto. La conexión es una ventaja y a la vez es una fuente de peligro.

De acuerdo al texto *Las historias en los tiempos del cólera* (2004) hay ciertas enfermedades que atentan contra la idea de modernidad porque presentan realidades fragmentadas, caóticas y des-

iguales. De acuerdo con los autores, Charles Briggs y Clara Martini-Briggs, una de esas enfermedades es el cólera, pues recuerda la derrota de la idea universal y totalizante de salud, limpieza y progreso. (Briggs 2004: 413-414) La COVID-19 tiene la similitud de recordarnos que somos vulnerables y que no estamos tan separados de la naturaleza como los procesos de purificación moderna nos permitieron pensar. Es una enfermedad que atenta contra la idea de modernidad pues deja ver sus transparencias y matices. Nuevamente, Tedros Adhanom Ghebreyesus, enunció palabras que contribuyen a la construcción y mantenimiento de la modernidad: “El mundo se deshizo de la viruela gracias a una increíble demostración de solidaridad mundial y porque contaba con una vacuna segura y eficaz. ¡Solidaridad más ciencia igual a solución!” (OMS 2020: Conmemoración de la erradicación de la viruela: un legado de esperanza para la COVID-19 y otras enfermedades) Para uno de los líderes mundiales, y no el único, la solución a los problemas de salud mundial era la ciencia. Fue a través de la vacuna para la viruela que se pudo erradicar, y sobre la misma línea se piensa sobre la COVID-19. Si bien, esta enfermedad ha modificado las acciones humanas con rapidez, de acuerdo con la modernidad, es solamente una consecuencia natural y puede ser resuelta con ciencia moderna.<sup>2</sup> Pero, ¿qué es lo que significa de modo particular para los médicos, enfermeras y personal de salud que enfrenta día a día los estragos de la enfermedad en cuerpos ajenos (y a veces propios)? ¿Qué es para ellos tener una vacuna?

### **Vacunación, perspectiva biomédica**

La última encuesta que apliqué al personal de salud exploraba cuestiones como la última vez que tuvieron contacto con un paciente con COVID-19, su estado de ánimo a 10 meses de los primeros sucesos COVID en el territorio nacional, cuántos de ellos ya se habían enfermado de la enfermedad en sus propios cuerpos, cuándo sucedió y qué medidas tomaron, percepciones frente a la vacuna, si es que tenían alguna preferencia respecto a la de determinado laboratorio, si habían sido vacunados completa o parcialmente (primera y segunda dosis), qué significaba para ellos tener una vacuna y cuáles serían

---

<sup>2</sup> En el capítulo anterior discutí sobre la COVID-19 como un híbrido moderno siguiendo la línea de pensamiento de Bruno Latour, quien pone en evidencia que algunas de las pretensiones de la modernidad pueden no haberse alcanzado y quizá ser en sí inasequibles.

las soluciones que ellos frente a la pandemia y la situación del país en términos de salud con relación al SARS CoV-2.<sup>3</sup>

Así entonces, mientras que el día a día de los médicos, enfermeras y personal de salud en México era un vaivén entre áreas COVID-19, descansos cortos y regreso a enfrentar la enfermedad desde perspectivas muy cercanas. Otros científicos trabajaban para conseguir una vacuna que pudiera fungir como hiato moderno. El 11 de diciembre del 2020 Estados Unidos aprobó el uso de la vacuna Pfizer contra la COVID-19, fue el primer país de América en aprobar una vacuna contra esta enfermedad que hacía apenas nueve meses había transformado el mundo. (FDA 2021: Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine) En cuestión de días el gobierno mexicano aceptó también su uso, y las primeras vacunas que llegaron a territorio nacional fueron de esta farmacéutica. Los médicos, enfermeras y personal de salud en México recibieron esta vacuna. Los primeros médicos vacunados recibieron la primera dosis alrededor del 26 de diciembre del 2020 al 21 de enero del 2021.<sup>4</sup>

Los participantes de la encuesta reportaron en su mayoría sentirse más tranquilos al tener una vacuna, sin embargo enfatizaron que no era una solución y que lo más importante era no bajar la guardia. Ante la pregunta ¿cómo te ha hecho sentir que ahora haya una vacuna?, las respuestas más comunes han sido las siguientes: “con esperanza”, “mejor”, “optimista”, “más segura”, “con más ánimos”, “con confianza” y “motivado”, entre otras. No obstante la pluralidad de las respuestas nuevamente dejó ver que hay muchas más versiones y aproximaciones al mismo fenómeno, no por ser sujetos biomédicos que deberían encarnar la modernidad lo hacían de modo homogéneo. Por ejemplo una fisioterapeuta menciona: “Con mucha incertidumbre sobre la eficacia de la vacuna” (María Fernanda, respuesta 3, finales de enero del 2021) Esta especialista no es la única que no se

---

<sup>3</sup> En el momento cuándo realicé esta encuesta solamente se contaba con la vacuna Pfizer en el territorio mexicano, había planes de traer otros laboratorios, pero aún no se concretaban.

<sup>4</sup> Si bien hay más vacunas producidas por otros laboratorios, este estudio se enfocó principalmente en la Pfizer porque fue la que recibieron los médicos, enfermeras y personal de salud durante diciembre y enero. Los datos aquí presentados son parte de la tercera encuesta al personal de salud, lanzada en 21 de enero del 2021 y cerrada el 25 de enero del 2021 por tener una alta tasa de participación por parte del personal de salud. Esta fue la encuesta que más respuestas tuvo, 247 en total, todas ellas con consentimiento aprobatorio informado para el uso de los datos para esta investigación. Cabe mencionar que los médicos que recibieron la vacuna Pfizer en diciembre no cuentan con certificado de vacunación porque el gobierno no estaba suficientemente organizado a su llegada.

posiciona completamente alegre ante el avance de la ciencia, otras respuestas de esta índole son: “un poco desconfiado”, “más aliviado pero preocupado a la vez porque el sector privado no nos quieren vacunar”, “incrédulo”, entre otras. El personal de salud no tenía una recepción homogénea, además que se puede ver que es muy diferente ser personal de salud que trabaja para una institución de gobierno a ser un trabajador particular.

La modernidad, con sus encuentros y desencuentros, encuentra aquí otro punto de inflexión. Algunos cuerpos vuelven a ser más sacrificables que otros, aunque sean ellos los que cuidan de la población. Parece que hay una serie de casillas a rellenar en un formulario para ser merecedor, y el personal de salud que trabaja de manera particular no cumple con todos los requisitos. Asimismo, la respuesta de un otorrinolaringólogo de Hidalgo llama la atención, él menciona “Aún muy inseguro, está hecha al vapor”. (Luis, respuesta 23, finales de enero del 2021) Y no fue el único que expresó no sentirse confiado ante una vacuna que fue realizada tan rápido. Cabe mencionar que la vacuna para la influenza H1N1 estuvo disponible en casi el mismo tiempo que la de COVID-19, sin embargo participaron menos laboratorios en su síntesis. La vacuna para la influenza H1N1 estuvo disponible en enero del 2010, cuando la pandemia de esta enfermedad había iniciado en marzo del 2009.<sup>5</sup> Girard escribe: “In spite of the rapid response of the WHO and National Authorities, it took several months to have a H1N1 vaccine available, thus no vaccination was possible during the 2009 winter season in the Southern Hemisphere where the new H1N1 virus was prevalent.” (Girard 2010: 4899) Algunas personas reportaron ya no estar interesadas en la vacuna porque la segunda ola había pasado y muchos de los infantes que se enfermaron ya comenzaban a presentar anticuerpos, algunos otros ya habían fallecido. (Radcliffe 2010, Fineberg 2014: 1340) En el 2009-2010 la fe en la biomedicina sufrió un desencuentro entre la población en general, lo peor había pasado y no se tenía solución por parte de las instituciones biomédicas. Sin embargo, los sujetos biomédicos fueron parte de los grupos prioritarios para vacunación y no pareció haber rupturas dentro de ese gremio, las vacunas se distribuyeron y sujetos biomédicos de los distintos países del globo comenzaron a recibir sus dosis, solo después de las mujeres embarazadas que fue el primer grupo a vacunar. (Scalera 2015: 46-47) Como mencionó Giddens, la confianza es elemental en la modernidad pero esta no es tan sólida como en tiempos pre modernos. (Giddens 1991: 3, 25) En las maneras de entender la vacuna desde el gremio biomédico

---

<sup>5</sup> Los primeros casos reportados fueron infantes en Veracruz y después otros más en California. Estos últimos requirieron hospitalización porque su vida estuvo en riesgo. (Girard 2010: 4896, Scalera 2015: 44)

vemos esta confianza etérea y a veces muy frágil, Giddens aporta a su argumento explicando que la confianza permite crear una certeza ontológica, que en la modernidad es necesaria pero muchas veces inasequible.

Otro de los aprendizajes que parecen haberse tenido de pandemias anteriores es no relajar las intervenciones no farmacéuticas, como el cierre de escuelas y lugares de congregación social, hasta que la producción de vacunas sea suficiente para vacunar a la mayor parte de la población. Hatchett hizo especial énfasis en esta cuestión y los sujetos biomédicos de México refirieron cuestiones bastante similares. Por ejemplo, una dermatóloga de la Ciudad comentó: “Siento que tenemos algo muy importante por el que combatir la enfermedad y evitar tanta mortalidad.” (Andrea, respuesta 47, finales de enero del 2021) Ella estuvo viendo pacientes con COVID-19 durante meses, pero para el momento que respondió esta encuesta tenía más de un mes de haber visto a uno. Por tanto, reportó que su estado de ánimo había mejorado, pero no se sentía completamente motivada aún para realizar su trabajo y actividades cotidianas. Aunque ella no veía a los pacientes terminales, sabía que el hospital donde trabajaba estaba lleno de casos tristes y que era tarea de otro médico comunicarse con los familiares para informarles del deceso. Andrea sentía empatía y compasión. Ella recibió su primera dosis de la vacuna el 13 de enero del 2021.

Para el 21 de enero del 2021, solamente el 50% del personal de salud que colaboró para esta investigación había recibido por lo menos su primera dosis de la vacuna. Las primeras vacunas aplicadas a los sujetos biomédicos en México fueron aplicadas el 24 de diciembre del 2020 y se continuó con la aplicación ininterrumpida hasta el 31 de diciembre. Después hubo una pausa de tres días, el 3 de enero del 2021 llegaron más vacunas y se continuó vacunando al personal de salud.

El otro 50% de los participantes de la encuesta continuaba en contacto estrecho con pacientes con COVID-19, sin haber recibido la vacuna. Como expliqué anteriormente en parte era porque la institución donde trabajaban era privada y el gobierno mexicano se rehusó a brindar la vacuna para el personal de salud de la rama privada. Pero también era por la limitada cantidad de vacunas que había en el país. De los 123 miembros del personal de salud que habían recibido su primera dosis, solo 66 habían recibido una segunda dosis, con la que la vacuna tenía mayor probabilidad de eficiencia. Poco más de la mayoría se encontraba a la espera de que llegaran más dosis al país. Aquellos miembros del personal de salud que ya recibieron su segunda dosis lo hicieron a partir del 13 de enero de 2021, por tanto, pasó poco más de las dos semanas recomendadas desde la aplicación de la primera dosis. Una de las preocupaciones que me reportaron fue que la vacuna haya sido trasladada a la temperatura correcta y la posibilidad de que se haya alterado la eficacia debido a fallos humanos en el transporte. Giddens explica que no importa

que tan controlado sea un proceso, siempre está sujeto a fallos humanos, como en el caso de Chernobyl. (Giddens 1991: 122)

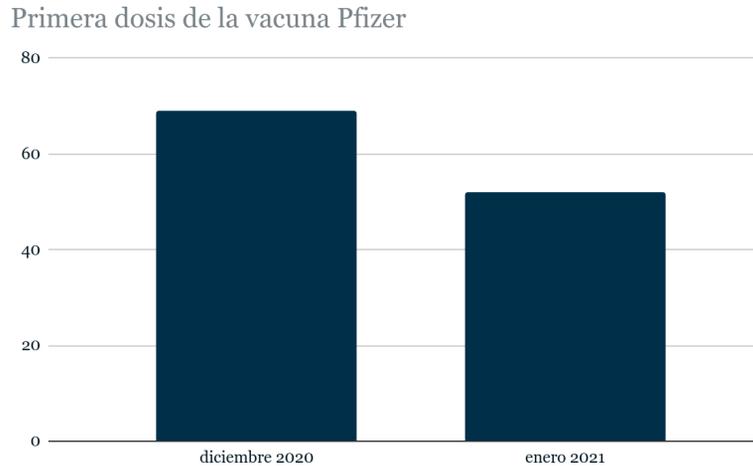


Imagen. Cantidad de sujetos biométricos que han recibido la primera dosis de la vacuna. (Gotóo 2021)

Tal como mencionaron Sjaak Van der Geest y Kaja Finkler en “Hospital Ethnography: Introduction” (2014), cito: “[...] hospitals are not identical clones of a global biomedical model. [...] hospitals have been regarded as places where established universal principles of biomedicine were practised uniformly across cultures with little added ‘couleur locale’”. (Van der Geest 2004: 1995-1996) Por tanto, la biomedicina ha sido pensada como una sola cosa, pero en realidad son distintas formas de aproximarse a la curación, los cuerpos y las enfermedades. Esta aproximación es determinante para entender el trabajo que he estado presentando. México no es un color local que pinta a las acciones biomédicas, como lo proponen las autoras, pero tampoco es una biomedicina ajena a la modernidad y los modelos que propone. Es en sí, una medicina múltiple, siguiendo la idea de Mol sobre el cuerpo múltiple. Y la vacuna no significa lo mismo para el personal de salud que para la población. Dentro del personal de salud encontramos rupturas y desencuentros, además de narrativas distintas. El siguiente apartado explora las percepciones de la población en general o no especializada en biomedicina.

## Perspectiva no biomédica

Aunque la biomedicina funge como uno de los pilares de la modernidad, es un pilar debilitado y que enfrenta retos cotidianos que no ha logrado sortear. En el 2019 Patrick Binck et al realizaron una encuesta sobre la confianza que la población tenía respecto al ébola, como enfermedad y como asunto político. En “Institutional trust and misinformation in the response to the 2018–19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: a population-based survey” se encontró que en estado debilitados por violencia cotidiana la confianza hacia los gobiernos estaba altamente debilitada. En la pandemia actual de ébola, principalmente localizada en África, gran parte de la población duda de vacunarse y no confía en que lo que sea que tiene la vacuna sea beneficioso para su salud. Hay incluso personas que consideran que el ébola no es una enfermedad real, sino solamente un invento de los gobiernos, tanto nacionales como internacionales. (Vinck 2019: 533) Encontré similitud entre parte de la población mexicana en este sentido, puesto que algunos no consideran que la COVID-19 sea real y muchos tantos consideran riesgoso ponerse la vacuna. El estado endeble de la biomedicina está relacionado con la confianza que la población tiene en los gobiernos, situación que recuerda la violencia normalizada en México.<sup>6</sup> En la encuesta que realicé a la población en general, con el sesgo que comenté en la introducción, encontré que la mayoría de las personas seguían la cuarentena (76.3%), creían en la eficiencia del uso de mascarilla (95.7%) y utilizaban medidas sanitarias, por lo menos el uso de cubrebocas, desinfectarse las manos constantemente con gel antibacterial y estar en casa (93.8%%). De 93 participantes en esta encuesta, la mayoría eran residentes de la Ciudad de México y área metropolitana, reportaron ser capaces de quedarse en sus hogares y desde allí continuar sus estudios o su trabajo. La mayoría contaba con estudios mínimos de licenciatura (64.5%) y hubo quien contaba con maestría (11.8%) y doctorado (1.1%).

---

<sup>6</sup> Desde hace algunos sexenios la confianza no ha sido un área fuerte para el gobierno. Uno de los factores que afectó en esta confianza institucional fue la guerra contra el narcotráfico, declarada por el expresidente Felipe Calderón en el 2006, sin embargo, las decisiones del actual gobierno también han impactado en este tema. Por ejemplo, la reciente construcción de un muro de la paz a raíz del día internacional de la mujer en el 2021, o la carencia de vacunas para neonatos que deja ver instituciones de salud sin recursos para brindar atención, es decir, cumplir su función social.

Respuestas porcentuales a la pregunta "¿En qué estado de la república mexicana te encuentras?"

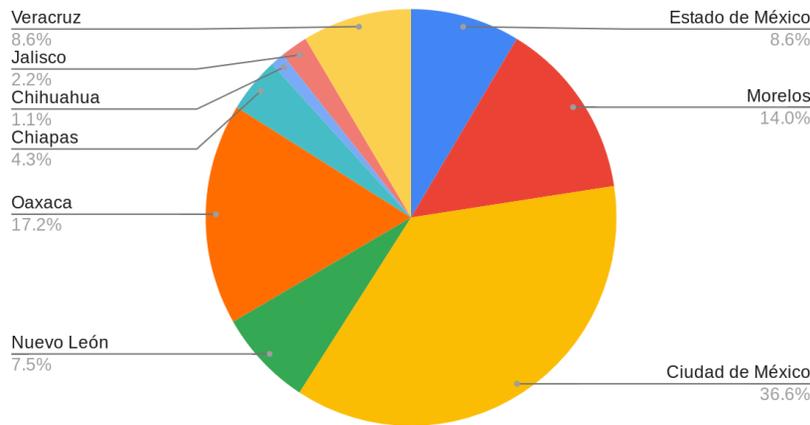


Imagen. Porcentuales de lugar de residencia de los participantes no biométricos. (Gotóo 2021)

Tal como expliqué en la introducción, la metodología que seguí para realizar este estudio tiene el problema de exponer resultados limitados, al ser una encuesta realizada en Google Forms necesité personas que contarán con conexión a internet y que fueran alfabetas digitales. No sorprende entonces que las respuestas hayan indicado que la población se quedaba en casa, seguía las medidas, tenía cierto nivel de estudios, etc.

Sin embargo, una de las preguntas de mi encuesta era "¿Has convivido con personas que no sean parte de quienes viven contigo?" y 65.9% de los participantes respondieron afirmativamente, lo que me permite pensar que el concepto de cuarentena o de quedarse en casa no es algo homogéneo, otro 11% reportó quizá haberlo hecho, lo que deja solamente un 23.1% de personas que no han salido de su casa para visitas sociales.

Ahora, sobre el uso de cubrebocas, sería cuestión de realizar otro estudio a profundidad para saber si lo utilizaban correctamente, considero que quizá algunos saben como usarlo, pero no lo usan, y que otros carecen de la información completa para usarlo adecuadamente. Por ejemplo, Omar, un psicólogo que reside en Nuevo León reportó no seguir la cuarentena por seguir trabajando, explicó que utilizaba cubrebocas, careta plástica y se desinfectaba las manos constantemente con gel antibacterial. Sin embargo, no pude saber exactamente cómo usaba el cubrebocas, quizá un poco más abajo de la nariz, quizá lo tocaba durante su día

o quizá lo removía para consumir alimento estando con otras personas. Como sabemos, utilizar un cubrebocas es eficiente solo bajo ciertos parámetros, depende del material, la colocación, la frecuencia con la que se cambia, si las otras personas también lo utilizan, qué tan cerca se está de otras personas, entre muchos otros factores. Omar reporta sentirse muy angustiado y de mal humor desde que comenzó la emergencia sanitaria, sigue las noticias sobre la pandemia a través de las conferencias de Hugo López-Gatell y piensa que el personal de salud son muy poco valorados por todo lo que están haciendo. Nuevamente, puede que los resultados que lanza esta encuesta tengan problemas de representación de las opiniones de gran parte de la población. Considero que la opinión que tienen estos participantes sobre el personal de salud está influenciado por su situación socioeconómica, grado de estudios y cercanía con el gremio.

Porcentual a la pregunta "¿Conoces a alguien que trabaje en ese sector?"

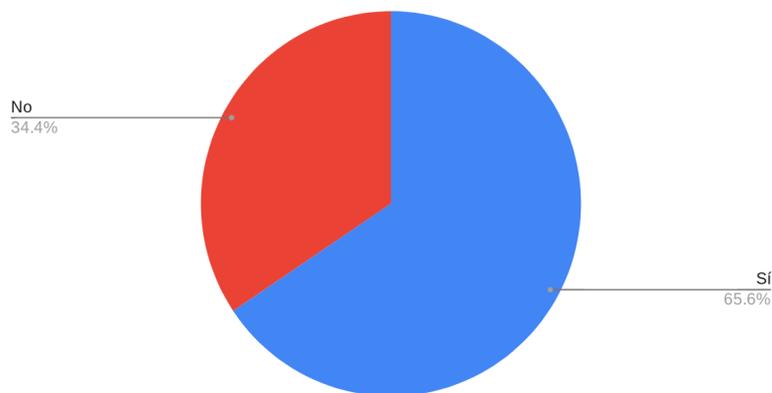


Imagen. Porcentuales de contacto con personal de salud. (Gotóo 2021)

Mientras que cierta parte de la población mexicana repudiaba al personal de salud, otra parte admiraba su trabajo.<sup>7</sup> Los resultados de mi encuesta muestran este segundo grupo. Entre las respuestas

<sup>7</sup> En México, a partir de abril comenzaron a reportarse ataques a miembros del personal de salud. En algunos casos eran ataques verbales, insultos y amenazas. En otros, fueron golpeados y rociados con cloro. Estos casos se han reportado en

que rodearon la pregunta “¿Qué piensas respecto a los médicos, enfermeras y personal de salud?” se encuentran: “su trabajo es extraordinario”, “son héroes que se arriesgan para salvar a las personas enfermas”, “su labor es muy importante y noble”, “ellos tratan de hacer su trabajo lo mejor posible, aún cuando tienen miedo de contagiarse o a sus seres queridos”, “son héroes y heroínas”, entre tanto otros comentarios que demuestran apoyo, admiración y respeto. Asimismo, sobre esta línea de pensamiento los participantes expresaron su preocupación porque el gobierno no apoyaba a los médicos con insumos adecuados y suficientes. Javier, un licenciado de la Ciudad de México explica: “Creo que es su trabajo y su responsabilidad hacer lo que hacen, porque para eso se prepararon y me siento orgulloso de muchos de ellos. Pero me genera demasiada indignación, el saber que no cuentan con los recursos materiales que requieren”. (Javier, respuesta 35, finales de julio del 2020) Así entonces, la confianza en el gobierno está debilitada, pero la confianza en el personal de salud es algo aún estable. Francisco, un ingeniero de Morelos añadió: “La labor del personal de salud es admirable y son en quienes más se puede confiar”. (Francisco, respuesta 48, finales de junio del 2020) Si bien México puede ser similar en cuestiones de confianza hacia instituciones a ciertos países africanos, también muestra realidades diversas. Parte de la población no cree en el gobierno y en los médicos, otros no creen en el gobierno pero sí en los médicos y habrá quienes confíen en el gobierno profundamente.

Cuando pregunté a la población qué pasaría si creyeran estar enfermos con COVID-19 la mayoría respondió sobre la línea de confianza al personal de salud que habían establecido anteriormente. La mayoría dijo que acudiría con un médico y seguiría sus indicaciones. Otros añadieron que se aislaron de manera voluntaria para no contagiar a nadie más, aún cuando fueran asintomáticos. Esta preocupación de no contagiar a otros estuvo reflejada con más frecuencia en personas que vivían en casas con 3 o más habitantes, por ejemplo, Vicky una contadora de Chiapas dijo que “tomaría mi distancia aislarme para tomar mis cuidados como debe de ser ya que vivo con mis papás [...] los cuales no quisiera que les pasara nada”. (Vicky, respuesta 68, finales de julio del 2020) Hubo quien planteó que ante la posible situación de tener COVID primero acudiría a Dios y luego buscaría ayuda médica. (René, respuesta 51, finales de julio) Hubo algunos participantes que ya habían tenido la enfermedad y reportaron sentirse muy desanimados. Vicente, un estudiante de preparatoria de Chiapas, mencionó: “es algo difícil de explicar, estar acostado todo el día, *solo*, y con calentura por días es insoportable” (Vicente, respuesta 59,

---

varios estados de la república mexicana, entre los que se encuentran Guadalajara, Nayarit y el Estado de México. (Rivers 2020: s/p, González Díaz 2020: s/p)

finales de julio del 2020).<sup>8</sup> Sooz, que regresó de un crucero, reportó estar todo el tiempo nerviosa en su habitación. Decidió asilarse durante 15 días antes de abrazar a sus padres y hermana. Jaime, un hombre con maestría y que labora en la gestión de eventos sociales, de Veracruz explicó que su enfermedad fue “al principio confusa y sentí temor debido a la mala información que hay”. (Jaime, respuesta 90, finales de julio del 2020)

La COVID-19 es una enfermedad particular porque evidenció las contradicciones de la modernidad en un contexto local como México. En cierto sentido atenta contra la idea de modernidad como idea totalizadora y contra la idea de seguridad física a través de la biomedicina,. Además de que recalca la individualidad de los cuerpos y mentes, o su lejanía hacia otros. Vicente, Sooz y Jaime sentían angustia y preocupación, pero además se encontraban físicamente solos. Sus casos fueron afortunados, Vicente se recuperó, asistió al médico, quien le indicó la necesidad de una prueba PCR, que confirmó las sospechas de SARS CoV-2, y recibió tratamiento. Sooz no sabe si tuvo o no COVID-19, en dado caso que lo haya tenido no tuvo ningún síntoma, pero de igual manera prefirió no arriesgar a los suyos, le pasaban la comida a través de la puerta entreabierta y la volvían a cerrar. Jaime cree que pudo recuperarse gracias a Dios, que permitió que los médicos hicieran su trabajo con sabiduría. México y sus formas de atender la enfermedad son múltiples. Se cree en la biomedicina, pero se acompaña de oraciones.<sup>9</sup>

## **Resolución o continuidad**

Considero sustancialmente valioso expresar las ideas que los sujetos biomédicos tenían sobre este objeto, o quizá, de nuevo desde la perspectiva de Latour, otro híbrido. En enero, pregunté a los sujetos biomédicos qué era para ellos tener una vacuna, la mayoría contestó que los hacía sentir de cierta forma más tranquilos y capaces de enfrentar los retos diarios de su labor. No obstante hubo un consenso en que

---

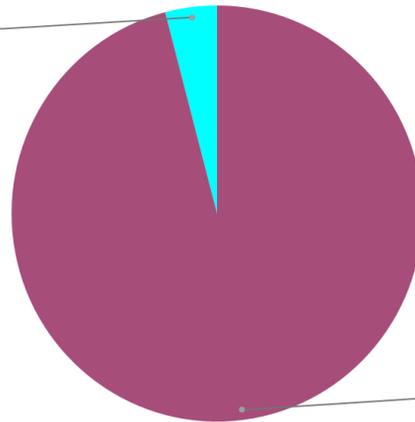
<sup>8</sup> Vicente escribió en el apartado de comentarios y dudas que se sentía muy solo y temía morir así. Como hemos estado apreciando durante esta tesis, la angustia que provoca la enfermedad está rodeada de esta aura de aislamiento y lejanía de los otros. Tanto para el personal de salud que se aísla de sus familiares y seres queridos, y de los pacientes, con el EPP, tanto para la población en general que se queda en casa para protegerse y proteger a sus seres queridos.

<sup>9</sup> Esto también puede apreciarse en el testimonio de sujetos biomédicos, con el caso de Pilar, en el “Capítulo 4. Historias particulares: focalización cero”.

la vacuna no era el final de la pandemia. A la pregunta “¿Crees que con la vacuna se haya solucionado el problema por COVID-19?”, 95.9% de los participantes respondió no, solo el 4.1% respondió que sí. Estos participantes que expresaron que la vacuna era la solución añadieron que “tendría que vacunarse el mundo entero o por lo menos casi todos”, “solo si además de que las personas se vacunen también se sigan llevando las medidas sanitarias que actualmente existen”, y “a parte de vacunar a más del 50% de la población, continuar con las medidas de autocuidado y seguridad para lograr retener los contagios, modificar los estilos de vida que limitan la pronta recuperación o causan la muerte”. Es interesante pensar que era un sí parcial, la vacuna como elemento de la ciencia biomédica es parte de la solución pero no es en sí misma la solución. La modernidad está fragmentada.

¿Crees que con la vacuna se haya solucionado el problema por COVID-19?

Sí  
4.1%



No  
95.9%

Imagen. Cantidad de sujetos biométricos que considera que la vacuna soluciona el problema de salud. (Gotóo 2021)

Cuando pregunté qué tendría que pasar para que el problema de la COVID-19 se solucionaran gran parte de los participantes expresaron que sin conciencia social, la enfermedad de COVID-19

seguiría siendo un problema mayor. Hubo invitaciones a quedarse en casa y seguir las medidas sanitarias, aunque no comentaron sobre aquellos sujetos que tenían condiciones de trabajo precario o informal, en el que quedarse en casa resultaba imposible. Otro de los comentarios recurrentes fue que con más educación para todos, que las personas supieran por qué quedarse en casa y cómo mantenerse seguras.

Briggs y Martini escribieron sobre la epidemia de cólera en 1992-1993, en la región delta del río Orinoco, Venezuela, y evidenciaron que los medios de comunicación nacionales responsabilizaban a los sujetos con cólera por haber adquirido la enfermedad. (Briggs 2004: 68-69) Ellos mencionan que en los diarios nacionales se repetía una dicotomía entre sujetos modernos y sujetos no modernos, o entre sujetos salubres y sujetos no salubres. Si bien, el cólera en sí atentaba contra los valores de la modernidad, como la pulcritud y la separación de la naturaleza, además se concibió a ciertos sujetos como los causantes del brote epidémico.

Los *warao* fueron responsabilizados de la enfermedad, la narrativa incluyó como culpable a sus costumbres nativas y su falta de higiene. Se convirtió en un problema indígena, en donde una de las soluciones era hacer que los pobladores nativos del delta dejaran sus costumbres y se adaptaran a la modernidad. (Briggs 2004: 40-41) Así entonces, la solución fue crear campañas de conciencia social y prácticas básicas de higiene. Los autores mencionan que para ciertos médicos el problema eran los indígenas, pero que para otros realmente el problema era la enfermedad. Sin embargo, se enfocan en presentar a las instituciones de salud y al personal biomédico como sujetos que ejercen ideas modernas y deslegitiman las ideas nativas. Por ejemplo, el primer caso de *Vibrio cholerae* en el delta fue tratado por un curandero (*wisidatu*), Santiago Rivera, quien no pudo ayudar, danzó, realizó los rituales y ofreció las bebidas que dictaba su cultura sin embargo el paciente no mejoró. Se le llevó con otro curandero, de una aldea vecina y este tampoco pudo hacer nada. Finalmente el enfermo, un pescador mestizo, fue a atenderse en una clínica. (Briggs 2004: 116-118) Mientras los *warao* morían en sus tierras, algunas enfermeras se reían de ellos y pensaban que morir era lo mejor que podía pasarles:

[...] todos sabemos las condiciones de esos indios desnutridos, tuberculosos, con sarna, con paludismo. ¿Ustedes saben cómo comen? En el suelo, con los perros sarnosos al lado, comiéndole del mismo plato [...] Yo creo que lo mejor que les podría pasar es que se terminaran de morir todos. (Briggs 2004: 144-145)

Los sujetos salubres de Venezuela, enfermeras que laboraban en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), desdeñan la vida de los sujetos no salubres, racializados como indígenas. Otros discursos alrededor de la enfermedad que aquejaba a los *warao* enfatizaban que por creer en brujería y curaciones espirituales estos sujetos premodernos no fueron a atenderse con profesionales de salud. Por supuesto, hay otros discursos, habitantes del delta quienes no se consideraban a sí mismo indígenas sugirieron que la enfermedad se extendió tan rápido y causó tanto estragos porque las autoridades gubernamentales se negaron a ayudar mejorando la calidad de vida. (Briggs 2004: 334) Si es que vivían en malas condiciones salubres es porque no tenían otro modo. No había agua potable y llevaban pidiendo durante años la construcción de una clínica y una escuela. Así entonces, en la epidemia de cólera de 1992-1993 en Venezuela se estigmatizó oficialmente a ciertos sujetos, considerados no salubres y premodernos. Sin embargo, no se tomó en cuenta que las condiciones de vida eran resultado de procesos históricos modernos. Las situaciones que experimentaron en el delta fueron mucho más complicadas y no podrían ser explicadas desde solo una perspectiva.

Ahora bien, de acuerdo a los datos que arrojó mi investigación no puedo sostener que los sujetos biomédicos mexicanos, en hospitales de tercer nivel, consideren que los pacientes con COVID-19 sean los culpables de haber contraído la enfermedad. Todo lo contrario, he encontrado testimonios que dejan ver la empatía que los médicos, enfermeras, terapeutas y demás personal de salud tienen para con los pacientes. Puede que estos resultados sean determinados por mi estudio, es probable que de haber estudiado reacciones y aproximaciones a la COVID-19 en zonas rurales los resultados hubieran sido otros. No obstante, de acuerdo al trabajo de campo realizado puedo afirmar que para los sujetos biomédicos mexicanos no existe una división entre sujetos salubres y sujetos no salubres. Además de que en México se desdibujó la línea entre áreas COVID y áreas libres de COVID, así como la línea entre médicos especialistas y médicos generales y, en algunos casos, la línea entre el cuerpo del médico y el cuerpo del paciente.

Para enero del 2021 el 17.9% de los sujetos biomédicos con los que he mantenido comunicación se habían enfermado de COVID-19. El 10.6% no estaba seguro de haberse enfermado o no, reportó síntomas leves, pero no haber acudido a un centro de salud para confirmar su sospecha con una prueba de laboratorio, ya fuera de antígenos o PCR. Al vivir la enfermedad en sus propios cuerpos, sus mentes hicieron desdoblamientos para actuar en varios roles sociales al mismo tiempo. Eran sujetos biomédicos con conocimientos sobre la enfermedad, pero eran también solo enfermos esperando recuperarse. Los síntomas que experimentaron estuvieron presentes entre una semana y un mes.

### ¿Cuánto tiempo tuviste malestar físico?

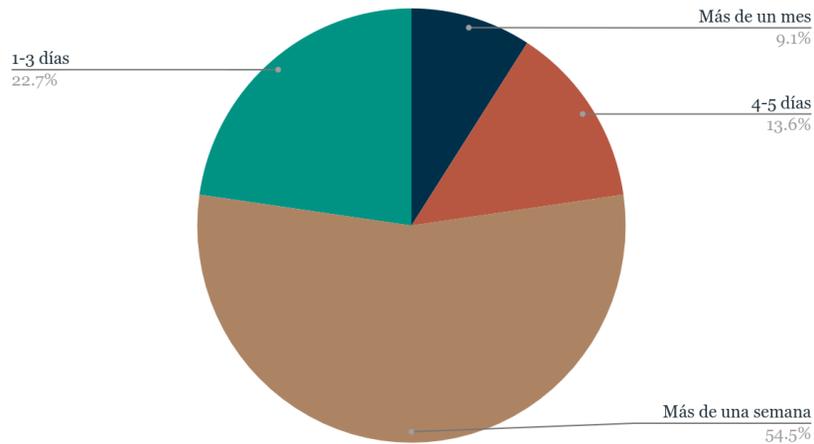


Imagen. Duración de los síntomas de COVID-19 en sujetos biométricos. (Gotóo 2021)

La mayoría acudió a atenderse con otros sujetos biomédicos, quienes les dieron prescripciones y reposo en casa, algunos cuantos requirieron asistencia respiratoria y estuvieron en estado crítico. Entre estos últimos un enfermero, Albert, quien labora diariamente en el área de urgencias de uno de los hospitales más grandes y saturados de la Ciudad de México.<sup>10</sup> Nuevamente, encontramos resonancias con el testimonio de Pilar, los individuos del área de enfermería son quienes más en contacto tienen y quizá quienes más vulnerable se encuentran. En los primeros capítulos propuse que la profesión era un factor de riesgo, mis sospechas se confirman con los testimonios. Otra de las doctoras que estuvo bastante gra-

<sup>10</sup> Albert se enfermó el 6 de abril del 2020, su sintomatología fue grave, se sintió muy desanimado, preocupado y enojado durante su enfermedad. Sintió perder la esperanza en varios momentos por el estado de su cuerpo, lo sentía inútil. Después de recibir la vacuna, el 31 de diciembre del 2020, Albert comentó: “me siento mucho más motivado de ir al trabajo y seguir ayudando, la lucha continua pero por lo menos ahora puedo hacerle frente de mejor manera”. (Albert, comunicación personal)

ve es una intensivista, responsable de un área COVID. La carga viral es determinante para la gravedad de la enfermedad, por tanto es más riesgosa la labor de los sujetos biomédicos que tienen exposición cercana y prolongada a sujetos con COVID-19 que aquella de los que solo entran algunos días, sin necesidad de contacto directo. Así entonces enfermería, medicina crítica, medicina de urgencias y neumología están más vulnerables ante la COVID-19. La siguiente gráfica contabiliza los contagios entre sujetos biomédicos de acuerdo al mes en el que sucedieron.

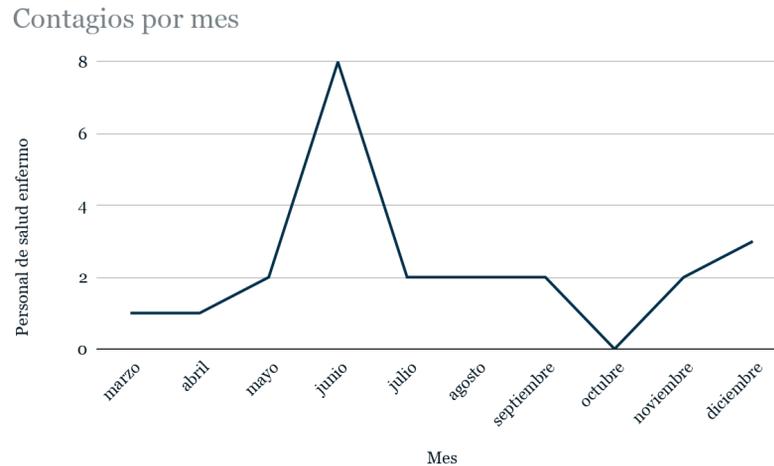


Imagen. Contagios de COVID-19 en sujetos biométricos, desglose por mes. (Gotóo 2021)

Además, la profesión en el área de salud implica un pronto regreso al trabajo, como lo exploramos con Aldara, así que aquellos que se habían enfermado ya estaban nuevamente en sus lugares de trabajo. Puede que la recuperación no haya sido completa, como cuando Aldara nos narró que fue rebasada por una niña en triciclo.<sup>11</sup> La capacidad pulmonar fue afectada y puede que aún no esté al 100%, no sabe-

<sup>11</sup> Véase el análisis puntual de casos etnográficos, el testimonio de Aldara, en el “Capítulo 4. Historias particulares: focalización cero”.

mos si podrá recuperarla. Un área fructífera para futuras investigaciones será preguntar a cada médico y enfermera que se enfermó, cuánto tiempo, cómo se contagió, qué sintió, qué implicaba tener conocimientos biomédicos, entre otras cuestiones. Sin embargo, el alcance de esta investigación no contempló esos temas, me quedan como embriones de nuevos textos. Investigar es tomar decisiones metodológicas y discriminar qué incluir y qué no, lamento no poder haber realizado esa exploración, sin embargo, consideré que debía cimentar primero algunas bases.

## **Conclusiones preliminares**

En la narrativa moderna la vacuna era un momento clave puesto que marcaba la derrota de la enfermedad y la victoria de la ciencia. Giddens explica: “A person’s identity is not to be found in behaviour, nor – important though this is – in the reactions of others, but in the capacity to keep a particular narrative going.” (Giddens 1991: 54) De cierta forma la identidad de la modernidad reposa también en su capacidad de mantener cierta narrativa. Quizá sea por eso que encontrar que la modernidad es múltiple sea tan alarmante y a la vez fructífero.

Hay mucho que cuestionar sobre estas ideas. La vacuna por sí misma no soluciona la pandemia. Para que esta medida de prevención contra la COVID-19 funcione se necesita que por lo menos dos tercios de la población la tenga. Así que tener una vacuna a finales del 2020 no significa que la pandemia haya terminado.

La vacuna solo podría ser la solución si (A) la mayoría de la población la recibe y (B) las medidas sanitarias preventivas no son eliminadas por completo hasta que A este completa. Sus testimonios dejan ver la necesidad de sentirse acompañados en el reto mayúsculo, así como el interés de que la población en general también se solidarizara y cómo perciben una desagregación social. Con los médicos con los que he mantenido comunicación cercana me han dicho que es triste ver a tantos pacientes llegar casi todo el tiempo. Que a veces se sienten frustrados porque algunos de ellos no se cuidaron. Por ejemplo, “los que tienen que trabajar, entiendo, pero hay quién solo fue a una fiesta”. (Aldara, comunicación personal) Pilar también añadió que trata de no pensar dónde estaban antes esos pacientes, citó: “es muy triste ver morir a los adultos mayores, muchos de ellos ni siquiera saben qué pasó, tuvimos una ola de contagios poco después del 10 de mayo”. (Pilar, comunicación personal) Algunos pacientes, algunos difuntos, eran de la tercera edad, que no salían de casa, pero que sus familiares sí. Para lograr resolver un suceso de esta magnitud se requiere de la participación activa de la mayor parte de la población, tanto

nacional como mundial, se requiere una globalización en cierto sentido. Si bien la modernidad no ha logrado separar a la sociedad de la naturaleza de forma tajante, podríamos pensar que ha tenido ciertos logros.

Quizá atender medidas sanitarias resultaría afortunado en estos momentos, por supuesto manteniendo en mente la empatía, y compasión porque no todos pueden hacerlo. La situación que vive México, tanto sus sujetos biomédicos como sus sujetos no biomédicos, recuerda que todos somos vulnerables ante una cuestión de salud. Y a la vez, recuerda la existencia de carencias y desigualdades sociales, mientras que algunos se atienden en hospitales, otros mueren en casa sin filtración de la experiencia para sus familiares o cuidadores. Quizá la modernidad haya fallado en verse a sí misma y sus ideas estén tan limitadas por el lenguaje como los azande lo estaban respecto a sus ideas sobre la brujería, quizá como sujetos occidentales no podamos ver más allá de la ciencia y sus promesas. La pandemia no fue el origen de estas brechas pero sí es un catalizador para visualizarlas y discutirlos. Puede que nos haya servido para ver las limitantes de la misma y pensar en otras maneras de explicar los fenómenos o de aproximarnos a ellos.



## Conclusiones

*I have been and still am a seeker,  
but I have ceased to question stars and books;  
I have begun to listen to the teaching  
my blood whispers to me.*  
–Herman Hesse<sup>1</sup>

*Por mucho que yo cambie,  
mi destino no cambia.  
Cualquier figura puede inscribirse  
en el interior de un círculo.*  
–Marguerite Yourcenar<sup>2</sup>

Escribir una tesis puede ser un trabajo solitario. No obstante, la existencia humana con frecuencia es en sí una existencia solitaria. Elaborar teoría, método, y análisis conduce siempre y cuando se elija un camino. Pero como ese que he decidido seguir, hay muchos otros y sobretodo cada uno es más que solo un camino, sino que es múltiple. El compromiso que tengo que escribir y en ese momento entregar lo mejor que haya logrado, consciente de que no hay un todo acabado o que quizá la mejor forma de encontrar

---

<sup>1</sup> Hesse, Herman. (1999) *Demian: The Story of Emil Sinclair's Youth*. Versión digital: Harper Perennial Modern Classics. Página 11.

<sup>2</sup> Yourcenar, Marguerite. (2012) “Patroclo o el destino”. *Fuegos*. Traducido por Emma Calatayud. México: Punto de lectura. Página 50.

los senderos es observar sus pequeñas fracturas internas y enunciarlas. Hay un enorme espacio para reflexionar, porque puede que los caminos no siempre existan, algunos se hacen en el andar. La reflexión debe ser parte fundamental de la producción antropológica. Así entonces, comenzaré mis conclusiones desde este sendero.

## **De mis afectos**

Me enamoré de las letras y las ficciones cuando era apenas una niña. No recuerdo cuál fue el primer libro que leí. Creo recordar que mi hermano me leía cuando aún no sabía leer y que un día me dijo que ya sabía leer y que tenía que hacerlo yo. Supongo que le dije que leía muy lento y que por favor me leyera más, me dijo que no, que ahora que podía hacerlo yo encontraría nuevas habilidades. No muy contenta comencé a leer, poco a poco, libros de cuentos y novelas. Recuerdo con cariño la prosa de Horacio Quiroga y las letras complejas de Leo Tolstoi. Así pasaron largos años en lo que leí y leí para comprender el mundo, para conocer otros mundos.

Conocí la antropología como por accidente, como se conoce a un nuevo amante o como uno se contagia de una gripa. Un día me encontré con alguien que la traía consigo y me deje llevar en sus fiebres. Al principio confundí mi interés por la antropología con mi interés por ese hombre. Pero a los pocos meses de hablar con él, me harté de su presencia y me percaté de que lo que me gustaba de sus labios eran sus palabras. Así, habiendo identificado mi nuevo interés, corté relaciones con quien me la presentó, Tiresias, profeta ciego a un amor no dirigido hacia él.

No sabía realmente dónde empezar, así que utilicé libros de textos de antropología, publicados por Pearson y Cengage. Me sirvieron para tener un panorama en extremo general pero para convencerme de que necesitaba saber más. Comencé así a explorar una ciencia versátil, compleja, que retaba la domesticidad que me había adormecido y presentaba descripciones y análisis de personas que no vivían de maneras que yo conocía. Me llamó la atención sobremanera ser observadora de personajes y sociedades enteras, era algo así como vivir una trama o un narrativa. Además, la pequeña escala me llamaba la atención, probablemente por ser la más conocida, pero también porque parte de mi suponía, de alguna forma empírica, que había un gran campo de estudio sobre lo que hemos llamado cotidiano.

Me encontraba en un momento de mi vida en el que estaba decidiendo qué posgrado estudiar, un año antes había masticado la idea de dedicarme a la educación, y había un programa en Australia que parecía interesante. Pero honestamente, la pedagogía no hacía vibrar mi alma. No obstante, cuando descubrí

que existía una ciencia tal como la antropología mi alma respondió al instante, había estado adormilada y se volvía tan claro con este nuevo estímulo. Con estas ideas en mente sobre la ciencia, las exploraciones y las verdades, me encontré con el posgrado en Antropología Social de la Universidad Iberoamericana. Como mencioné, estaba buscando qué quería estudiar, así que llegué a la Ibero por su posgrado en Letras Modernas, afín a mi licenciatura. Pero, en ese momento crucial la antropología llamaba mi sangre. En el 2018 comencé esta travesía que estoy segura será uno de los senderos al que he de volver recurrentemente. Así, con sangre y alma enfocadas en el mismo camino, me decidí a explorar el círculo.

### **Del método: aciertos y desaciertos**

Este trabajo nació a raíz de un suceso que cambió el día a día de toda persona en el mundo. La pandemia por COVID-19 se expandió con rapidez por cada uno de los territorios del planeta por la globalización y gran movilidad de personas y productos actuales. Este evento, en cierto sentido, traslocó a las personas, tanto en sus cuerpos como en sus mentes. De acuerdo con Manuel Antonio Garretón, nos encontramos ante un cambio de época que afectará el modo mismo en el que las sociedades están organizadas. (Garretón 2021: 197) Puede que uno de los aportes de esta tesis sea ofrecer algunas maneras de realizar investigación en reclusión. Considero que la existencia online es diferente a la existencia presencial, pero no es inferior en ningún sentido, solo distinta. A través de las redes sociales y las herramientas tecnológicas es posible aproximarnos a información que podrá ser convertida en dato y después base de un análisis.

He buscado presentar médicos, enfermeras y personal de salud de manera encarnada. Espero haberlo logrado, pero no pretendo tener el método para hacerlo, simplemente es una de las formas de llegar al objetivo. Nuevamente, tal como mencioné en la introducción, se requiere empatía, honestidad y reflexividad. Ahora bien, durante esta tesis adquirí un sinnúmero de aprendizajes. En definitiva, no soy la misma que era cuando comencé a estudiar este posgrado y a realizar el trabajo de campo. Para hacer antropología nos exponemos de una manera singular.

Considero que uno de mis aportes metodológicos es la forma en la que me acerqué a los participantes de mi investigación y logré crear lazos de confianza desde la existencia online. Es verdad que a algunos de mis participantes los conocía desde antes de forma física, pero era una relación mucho menos estrecha. Durante la contingencia sanitaria, no solo fueron personas con las que hablaba de forma regular sino que mi inmersión me permitió servir de contención emocional para ellos.

Por supuesto, con cada uno de ellos formé una relación particular, por ejemplo, Rosa me mantenía cerca durante unas semanas y luego se alejaba. Era como si fuera un vaivén entre descargar lo que sentía y pensaba y volver a guardarlo todo hasta explotar. Con Raúl la relación fue constante, diariamente nos mandábamos mensajes escritos y mensajes de voz. Escucharlo me daba información de su estado emocional, la primera vez que entró al área COVID, como está desarrollado en el capítulo 4, pude escuchar la angustia y los nudos en la voz. Marco me contaba de sus logros y aciertos, pero pocas veces me contaba cuando las cosas no salían tan bien, o de todas las personas que perdían la vida. Siempre lo escuche con ánimos y creo que no se permitió mostrarse vulnerable, a la fecha es un doctor que no expresa sus frustraciones y desatinos. Julia y Elia me contaban con frecuencia que había demasiados pacientes y que era desalentador verlos. Julia enfatizó constantemente que menos del 30% de los pacientes que llegaban podrían ser salvados. Ellas me permitieron crear una conexión emocional más cercana, sin embargo Marco me dejó ver el mundo dentro de las áreas COVID, gran parte del material fotográfico que tengo proviene de sus recorridos y vistas a los pacientes con COVID-19. Esas imágenes demostraron su valentía y fuerza.

Decidir qué incluir en la tesis y qué no incluir fue un trabajo que exigió mucho de mí. Tuve el acompañamiento y apoyo de la Dra. Areli, de otra manera quizá la tarea me hubiera desbordado. Una de las mejores herramientas que utilicé durante mi trabajo de campo y la escritura de la tesis fue mi diario de campo. Regresé constantemente a lo que había escrito para pensar y repensar algunas ideas. A modo de Michel Tournier en su obra *Viernes o los limbos del pacífico* (1992), me aventure a lo desconocido y me permití nombrar y enunciar acerca de lo que veía, de lo que sentía y quizá de lo que comprendía. En ciertos momentos me sentí Crusoe escribiendo sobre una isla que denominó Speranza, y en ese sentido, mi obra es una de las múltiples reescrituras que la pandemia por COVID-19 tendrá.

Sobre mis preguntas de investigación, como mencioné en la introducción de este trabajo, fueron desarrolladas a la par de la investigación. Me encuentro consciente de la rareza del caso, sin embargo, debido a la emergencia sanitaria lo hice de este y no de otro modo. Considero que he logrado responderlas, no obstante me concierne su puntualidad. Pienso que he mostrado algunos de los encuentros y desencuentros de la modernidad en los cuerpos y mentes de los sujetos biomédicos, sobre todo en los capítulos tres y cuatro, donde se presentan los resultados del trabajo de campo. Algunos de estos son la confianza en la vacuna pero la duda de que esto pueda resolver la crisis que se vive. Otro ejemplo será la autoexigencia constante a la que se someten los sujetos biomédicos en contraposición con su desgaste físico, como en el caso de Aldara, y mental, como el caso de Pilar.

La modernidad como algo totalizador se mostró insuficiente para explicar el fenómeno de la COVID-19, en el territorio mexicano el pilar moderno de la biomedicina fue uno de las maneras de apro-

ximarse a la enfermedad, también estuvieron presentes los modelos alternativos hacia la salud, por ejemplo, las oraciones y rezos con los que algunos sujetos biomédicos se preparaban para entrar al área COVID, o las curas milagrosas, que encuentran su resonancia en otras pandemias de la historia. Por tanto, notamos una modernidad múltiple que atendía cuerpos, enfermedades y personas multiplicadas. Algunas de las ideas de la modernidad lograron tener un mayor impacto y pervivencia en los sujetos biomédicos, mientras que otras se encontraban desatendidas. Por ejemplo, Raúl, entre muchos otros, comentó que a pesar de tener entrenamiento y estudios en medicina no se sentía del todo preparado para atender esta enfermedad nueva que ataca principalmente el sistema respiratorio, pero que también causa fallo orgánico múltiple. Las respuestas puntuales se pueden encontrar a lo largo de los capítulos, e invitó a los lectores a revisarlas detalladamente.

Durante mi escritura busqué presentar el rigor metodológico al que sometí mis ideas, ya que utilicé estrategias de integración entre el método cualitativo y el método cuantitativo. Este texto es producto de una metodología mixta, con respecto a los datos y su recopilación, así como al tratamiento y sistematización de los mismos. La misma forma de investigar fue fluida, flexible y creativa. Considero que uno de los aciertos es haber logrado adaptar la investigación a la realidad online y crear lazos de confianza con los participantes. Como mencioné en la introducción, esto fue realizado a través de las entrevistas estructuradas y no estructuradas, así como de la etnografía y la observación participante. Esta última considero que se logró poco a poco y a través del tiempo y espacio.

Algunos de los hiatos más significativos fueron los momentos donde me acerqué al personal de salud para obsequiar panqueques de banana. Este acto de servicio simbolizó el ofrecer de mi persona, estar para escuchar y atender, lo que estrechó los lazos humanos que busqué crear. Sopeso que esto ha sido un proceso de desarrollo de una sensibilidad ante, los que a falta de mejor término, nombraré, los otros. Me atrevo a hacer una pequeña digresión, una frase de Jean-Paul Sartre viene a mi mente: “el infierno son los otros”. Sartre escribió este argumento en “A puerta cerrada” (1944), obra teatral en la que explora la profundidad del infierno y de qué manera los humanos terminarían por ser quienes torturan y quienes son torturados por nadie más sino ellos mismos. Opino que este fenómeno sanitario nos permitió ver que no se equivocaba, no obstante, también nos dejó ver que los otros son diversos, distintos y múltiples. Quien tortura puede ofrecer consuelo o quizá no hubo una tortura sino una jerarquización del bien mayor. Algunas veces los errores médicos no son eso, sino la opción que significa el menor impacto negativo en los pacientes. Quizá el infierno somos nosotros mismos, a puerta cerrada, en nuestros departamentos metropolitanos con lecturas académicas, rigor metodológico e ideas de *es muss sein*.

Regresando a la línea de discusión, la objetividad con la que pretendo mostrar mis descubrimientos corresponde a un determinado tiempo y lugar. Por supuesto que tiene limitantes y quizá no haya podido lograr sortear el reto de enunciador y enunciado. ¿De qué manera puede lograrse escribir sobre otros sin escribir un poco de nosotros mismos? No tengo la respuesta, pero sigo en su búsqueda que acaso no tenga final. Pienso que mi sendero es a través de esta ciencia y quizá deba en algún momento cuestionarla aún más. ¿Y si la antropología misma es un cuasi objeto a modo de Latour? ¿Y si es parte del zeitgeist de este instante moderno? ¿Podrá interpelar?

La triangulación metodológica me ha sido sumamente útil, considero que aporta a la verificación y confirmación de hipótesis. El método inductivo me permitió reconstruir una imagen de lo que estaba sucediendo en las salas de hospitales del país; fueron los testimonios y las palabras de algunos médicos pero en ellas encontré raíces profundas que se entrelazaban con lo que había leído sobre pandemias en otros momentos históricos y con otras fuentes primarias de información.

Considero que realicé observación participante de una manera inusual y acaso incompleta. Sin embargo, creo que la participación estuvo presente durante mi etnografía, puesto que fue parte de los dolores que mis colaboradores experimentaron y también disfruté sus logros. Lloré con las muertes y traté de ofrecer contención emocional a través del ofrecimiento de mis sensaciones. Mi empatía me permitió involucrarme profundamente con las emociones de quienes confiaron en mí. No obstante, considero que me hace falta realizar un campo canónico y una observación participante canónica. Logré de cierto modo sortear el reto de la pandemia, mi creatividad me hizo aprender a hornear panqueques de banana y dar algo a la comunidad sanitaria que estaba en la primera línea de respuesta ante la emergencia sanitaria.

Considero que la producción de conocimiento será valiosa en cuanto tenga resonancias, reencuentros y puntos de inflexión. Por tanto, mis fuentes son históricas, médicas, etnográficas, antropológicas, filosóficas y literarias. Disfruté cada momento de la maestría y creo que la sensación positiva es algo que puede leerse en mis textos. En suma, creo fervientemente que hemos de disfrutar nuestro caminar por el tiempo y el lugar que habitamos. Y que la manera en la que nos aproximamos a este binomio nos permitirá ver o tal vez nos ocultará ciertas perspectivas epistémicas.

Decidí dividir la tesis de forma que permitiera la fácil lectura para la audiencia, pensé que me leerán personas de la academia, pero también deseo que me lean personas con otros estudios y conocimientos. Mantengo un registro formal y académico, pero no innecesariamente arreglado para pretender grandilocuencia. En la sencillez y lo conciso hallaremos muchos logros. En el siguiente apartado hago una revisión puntual de las conclusiones de cada uno de los capítulos de esta tesis (las respuestas puntuales a las preguntas de investigación) y ofreceré algunas preguntas y cuestiones para futuros trabajos.

## De los capítulos y los descubrimientos

La historia de la humanidad está construida a través de sucesiones, retornos, y simultaneidades de eventos y situaciones. Las enfermedades, las epidemias y las pandemias han sido parte de la historia humana, su recurrencia no implica novedad, progreso o incluso estancamiento. Además, la manera en la que los seres humanos respondemos a estas está determinada por el tiempo y lugar en el que han acontecido. Mientras que algunas reacciones humanas ante la COVID-19 parecen tener similitudes a las reacciones ante otras pandemias como H1N1 o el cólera, por mencionar algunas, otras actitudes están enmarcadas en el contexto mexicano, quizá con particularidades precisas que no permiten trazar similitudes o tal vez con muchos más hiatos en común con otras culturas y grupos humanos. Puede que las similitudes entre culturas y grupos humanos sean más fáciles de observar en situaciones no cotidianas o momentos fatídicos, tal como una pandemia en el siglo XXI representa.

Escribir sobre COVID-19 implica realizar un trabajo de delimitación agudo, porque esta enfermedad ha impregnado cada aspecto de las culturas.<sup>3</sup> En tan poco tiempo cambió muchas de las cosas que habíamos dado por sentadas. Esta tesis ha servido para desarrollar y discutir sobre uno de los lugares en los que la enfermedad modificó la vida cotidiana en la realidad diaria de los sujetos biomédicos. Así entonces, puedo afirmar que este trabajo no ha sido, ni pretendió ser, exhaustivo y totalizante. Es solamente una aproximación de las múltiples aproximaciones a un suceso que me sirvió como catalizador de ideas.

A lo largo de la escritura del primer capítulo pude enfrentarme a la importancia de los contextos, la antropología se ha escrito desde cierto estatuto social y es provechoso mirar algunas de las problemáticas que se han planteado desde su interior. No podemos comenzar a comprender lo actual sin voltear a ver lo que se ha escrito antes, sin embargo, tampoco podemos leer todo lo que se ha escrito antes, lo que nos presenta con una de las paradojas del conocimiento a la que me enfrenté, así como los sujetos biomédicos participantes. Para asir el conocimiento se debe explorar el conocimiento anterior, pero, ¿cuándo es suficiente?, ¿hasta dónde podemos pretender crear una inmersión en las fuentes?, ¿de qué manera cercenamos ciertos argumentos para hacerlos parte de otros?

---

<sup>3</sup> Por mencionar un ejemplo, actualmente hay un subgénero de literatura erótica con COVID-19 como tema central. Algunos de los títulos de este género son: *Covid-69: An Erotic Coronavirus Quarantine Story*, *Quaranteen: Step-Sibling Love In The Time Of The Coronavirus*, *Kissing the Coronavirus* (Vol. 1 y Vol.2), *Scissoring the Coronavirus: A Sickeningly Erotic Lesbian Sex Story*, *The Virus of Desire*, entre muchos otros. Estos títulos fueron publicados en el 2020.

Asimismo, en ese primer capítulo desarrollé sobre el proceso metodológico y los retos que implicó para mí realizar trabajo de campo con sujetos biomédicos durante una crisis sanitaria mundial. Aunque elegí la perspectiva biomédica la inserté el trabajo en el campo de la antropología médica, sin duda hay otras perspectivas altamente interesantes que convendría explorar, por ejemplo, los trabajadores en recolección de basura, por su trabajo ininterrumpido desde marzo del año pasado y el estatus que les confiere o las figuras de gobernanza, local, estatal y global, por el impacto que han tenido sus decisiones en la cotidianidad de una cantidad inmensa de individuos. Sin embargo, nuevamente retorno a la necesidad de delimitación para el análisis más afortunado.

Durante el capítulo uno también expresé que la modernidad pretendía cuerpos desligados de todo lo demás. Sería posible analizar a los cuerpos por sí mismos sin tomar en cuenta su relación con la mente, las ideas o las emociones de los sujetos. Foucault y Le Breton escribieron sobre los orígenes de la biomedicina y ambos presentaron resultados en los que la ciencia médica excluía de su estudio y aproximación a la persona como un conjunto de variables y la reducía a funciones corporales. Mientras que el énfasis se colocó en los cuerpos enfermos, vistos como anormales, los cuerpos sanos no eran material de estudio para la biomedicina.

El interés era corregir las desviaciones, pero sin mirar los aciertos de los pacientes sanos. Así entonces, la biomedicina surgió como una ciencia reactiva, no interesada en la prevención de enfermedades sino en la resolución de problemas tangibles y medibles. La biomedicina actuaba desde los síntomas, porque era a través de los cuerpos que podían verse las enfermedades. Solo a través de la mirada médica entrenada la enfermedad podía colocarse en una parte determinada del cuerpo. Y los médicos transmitían el conocimiento, por supuesto, añadiendo nuevo, solo enfocados en lo que era replicable y tangible: los cuerpos.

En el segundo capítulo me he centrado en la presentación de tres pandemias, relativamente recientes, para entender que algunas de las reacciones que hemos tenido ante la COVID-19 son comunes a otros sucesos de esta índole. Con esto quiero decir, puede resultar obvio que las medidas de intervención no farmacéuticas (NPI, por sus siglas en inglés) han sido algo común en momentos de epidemias o pandemias, pero quizá resulta menos obvio pensar que las personas en las maneras en las que fueron implementadas o las reacciones que la población tuvo ante ellas. Por ejemplo, en Filadelfia, Estados Unidos el primer caso de influenza se registró el 17 de septiembre de 1918, sin embargo se permitieron aún algunos eventos de congregación masiva, específicamente un desfile que recorrió toda la ciudad. (Hatchett 2007: 7582) La lenta implementación de NPI en Filadelfia puede contrastarse con la rapidez con la que se implementaron en San Luis, donde solo pasaron dos días desde el primer caso hasta la

implementación de NPI y la tasa de mortandad fue mucho menor, además de que algunas NPI pudieron ser removidas un mes después por haber contenido la transmisión del virus.

Otro ejemplo, en México la pandemia de 1918 tuvo repercusiones particulares porque en 1915 había habido un aumento de precios de los productos agrícolas, como el frijol, el maíz y el arroz, y parte de la población se encontraba en situación vulnerable pasando hambre. (Márquez 2010: 122) Y las calles eran regadas con creolina para desinfectarlas, aunque no está muy clara la eficiencia de esta medida, como sabemos, los virus se transmiten de humano a humano o de animal a humano y pocas veces permanecen en objetos hasta infectar a otro sujeto. De la misma manera, el gobierno federal indicó ciertas medidas preventivas como el cierre de escuelas, negocios y lugares de culto, pero era decisión de los presidentes municipales su implementación. Una vez más encontramos un desencuentro entre global y local, y las implicaciones que esto pueda tener.

Además, es importante mencionar que una de las grandes críticas que han recibido los médicos en el 2020 y 2021 es aproximar el diagnóstico de COVID-19, sin embargo, a través de la revisión bibliográfica he encontrado que esta es una situación común en pandemias. Así como el rebasamiento de los servicios funerarios, los servicios sanitarios son también insuficientes durante una situación de pandemia, no se trata de voluntad humana o agencia, sino de recursos. En 1918 la influenza se sospechaba y se trataba médicamente sobre esa sospecha. Casi 100 años después se sigue trabajando bajo esa premisa, sospechar la enfermedad y tomar acción como si el paciente la tuviera. Es importante pensar que una pandemia pone a prueba el sistema de salud de cada región, y aunque habrá quién sortee mejor el reto, en términos generales no hay sociedad preparada para un evento así.

Otra de las similitudes entre la pandemia de COVID-19 y otras pandemias es el uso del lenguaje metafórico de guerra. En 1918 la influenza fue retratada como otro enemigo a vencer, una amenaza que provenía del exterior y contaminaba a los ciudadanos de cada país, en específico en Estados Unidos. Recuerda un poco a la dicotomía presentada por Mary Douglas entre pureza y suciedad, en *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo* (2001). Así entonces, lo puro era eso que pertenecía mientras que lo externo era visto como una amenaza y tratado como tal. Esta idea es sugestiva porque en 1918 los primeros casos registrados de influenza H1N1 se suscitaron en Estados Unidos. En el caso de la COVID-19 con frecuencia ha sido unida al epíteto chino, aunque la enfermedad surgió en tierras asiáticas es importante recordar que un evento de salud no debe ser usado como excusa para dividir, fragmentar o discriminar.

En el capítulo dos también presenté mi propuesta de utilizar la profesión como factor de riesgo y categoría de análisis. La raza y el género han sido analizadas y presentadas como factores de vulnerabi-

lidad, y por supuesto que impactan la manera en la que los individuos enfrentan los retos y situaciones cotidianas y no cotidianas. No obstante, considero que otra categoría provechosa para aproximarnos al esclarecimiento de ciertas cuestiones será la profesión. Ser parte de los trabajadores de salud implica estar en un lugar particular en momentos particulares o fatídicos. Es decir, mientras que todos los humanos del planeta sufrimos ciertos cambios y traslocaciones ante una pandemia, los médicos, enfermeras y resto del personal de salud los enfrentan un tanto más cerca y con mayor crudeza. La filtración de la experiencia a la que los sujetos modernos son sometidos no parece afectar al personal de salud, incluso en situación normales, son ellos los que están en contacto con la enfermedad, la muerte y el nacimiento.

Durante el capítulo tres presenté qué era la COVID-19 para el personal de salud en México, mi interés era crear una primera aproximación a lo que vivían en hospitales de gran escala. Me gustaría hacer énfasis en que sin saberlo estaban enfrentándose a una nueva situación que se establecería como normalidad durante un periodo de tiempo no definido. Tal como lo planteó Camus en su obra *The Plague* (1991), los médicos tendrían un nuevo proceder, ya no curarían enfermedades sino que solamente diagnosticarían y esperarían la prognosis. La cotidianidad a la que los médicos, enfermeras y resto del personal de salud se enfrentaban era una realidad de muerte, tristeza y desgaste.

En este capítulo presenté resultados de campo, es decir, de qué manera los médicos y enfermeras entendían el SARS CoV-2 y la COVID-19. Uno de los hallazgos importantes es que la mayor parte de los sujetos biomédicos que se enfrentarían de manera cercana a la pandemia no tuvieron información oficial como primer contacto ante lo que sucedería, sino que fue a través de los noticieros que se enteraron de lo que venía. El personal de salud no tuvo acompañamiento por parte de las instituciones médicas en las que laboraban o por parte del gobierno federal, sino que se fueron enterando conforme se acercaba el momento de entrar a zona COVID. Esto deja ver la fragmentación de la confianza de la que verso Giddens, quien explicó que en la modernidad no hay autoridad universal sino que hay muchas y con frecuencia son insuficientes o no cuentan con la confianza de todas los sujetos.

En este capítulo también incluí la distinción ficcional entre áreas libre de COVID y áreas COVID, como para algunos médicos marzo ya era un mes para enfrentarse al reto de tratar de salvar pacientes con COVID-19, mientras que para otros era un mes de angustia ante lo que pasaría. Durante los primeros encuentros con estos nuevos pacientes algunos médicos, gran parte de ellos, no tenía ni el conocimiento suficiente, ni el equipo de protección. Una de las doctoras con las que tuve comunicación de manera cotidiana me informó que en el hospital donde estaba recibieron la indicación de comenzar a atender pacientes, pero no les proporcionaron EPP. De los nueve médicos que enviaron a estas áreas, nueve se enfermaron y dos fallecieron. (René, comunicación personal)

Adicionalmente, mostré algunos vistazos de lo que se discutiría más adelante, en el capítulo 3 hice algunas exploraciones sobre las emociones de los médicos, enfermeras y personal de salud frente a la enfermedad. Gran parte de los entrevistados respondieron sentir que su labor era muy importante pero también respondieron que no se sentían del todo capacitados para hacerle frente. Algunos expresaron su temor por contagiar a sus seres queridos, otros no me permitieron sentir o hacer conciencia la manera en la que la pandemia afectaba sus emociones y sensibilidades, siendo así un ejemplo de lo que la modernidad ha presentado como sujetos de ciencia canónicos.

En el mismo sentido, el personal de salud tuvo que someter sus cuerpos a ajustes para prepararlo para sobrevivir a las áreas COVID. El uso de EPP implicaba usar el cuerpo propio de una manera distinta. Algunos de los sujetos que entraban cotidianamente a áreas COVID optaron por no comer por largos periodos de tiempo, no tomar agua porque no podían ir al sanitario o prepararse meditando unos minutos antes. Gran parte de mis colaboradores reportaron sudar mucho en estas áreas y sentirse muy cansados al salir, parte de este cansancio por el desgaste físico, la deshidratación afectaba sus cerebros, les hacía tener jaquecas constantes y prolongadas, otra parte de este cansancio era mental. Además de que usar su cuerpo de manera distinta implicaba relacionarse con otros cuerpos de manera diferente, tanto pacientes como colegas.

En el capítulo cuatro mostré con mayor detalle lo que sucedía en el plano emocional y mental con los sujetos biomédicos. Para esto utilicé los ejemplos puntuales de tres sujetos salubres, Raúl y Aldara, ambos médicos especialistas, y Pilar, enfermera del área de urgencias. Basándome en las conversaciones que habíamos mantenido de forma regular escribí tres relatos con focalización cero y narrador autodiegético, uno para cada uno de ellos.<sup>4</sup> Después se los envíé para revisión y aprobación, en la tesis se incluye la versión aprobada por cada uno.

Raúl quedó encantado con la narrativa y me comentó que pudo revivir las sensaciones al leerlo. Estuvo de acuerdo con la forma y el fondo. Aldara estuvo de acuerdo con lo que había escrito, no obstante

---

<sup>4</sup> Como expliqué anteriormente, la focalización cero corresponde a un narrador que relata con el mayor conocimiento posible una historia. (Genette 1980: 188-189) Este concepto, propuesto por Gérard Genette ha sido útil para construir sobre la idea de la antropología como invención, de Wagner, y a la antropóloga como creadora. (Wager 1981: 19) El narrador autodiegético, concepto propuesto también por Gérard Genette, se refiere a un tipo de narrador que está dentro del texto y narra su propia historia. Por tanto, cuando se presentaron estos relatos no son citas directas o testimonios de los entrevistados, sino un producto que utiliza técnicas y estilos literarios para crear un placer estético particular.

añadió gran parte de la narración de cómo había vivido su enfermedad. Encontré difícil retratar su experiencia, pero ella se encargó de que estuviera en el texto, al ser un tema bastante sensible preferí que ella marcara el ritmo y la profundidad que debía tener la narrativa. Por último, Pilar hizo pocos comentarios, me parece que sus días estaban tan llenos de actividades que prefirió no dedicar tiempo a ese relato.

En este capítulo permito a los lectores adentrarse en las emociones y sensaciones vividas a partir de la entrada en áreas COVID. Una vez que se ha entrado, los sujetos biomédicos se relacionan con sus cuerpos y mentes de forma distinta a cómo lo hacían antes. Más conscientes y preocupados de sus acciones cotidianas, ponían atención especial en las medidas de seguridad simples porque un desliz podría significar enfermarse, contagiar a otros o morir. Aldara se contagió y tuvo meses para pensar sobre cómo había sido, pero prefirió no contarlo. Raúl no se ha enfermado pero ya conoce médicos que lo hicieron y otros que no sobrevivieron. Pilar tuvo a su madre enferma y esto hizo que su mente se enfocará mucho más en sus seres queridos que en ella misma. En ciertos momentos, Pilar parece una figura de sacrificio y entrega.

Las ideas de modernidad, cuerpo y mente están presentadas en los capítulos tres y cuatro, allí se ve el origen de la clínica, la especialización como base de la ignorancia, la auto entrega y la explotación propia, etc. Me gustaría enfatizar que los sujetos biomédicos, en desacuerdo a lo que han dicho autores como Foucault y Le Breton, no despersonalizan a sus pacientes. Aldara me ha contado llorar por pacientes, con los cuáles no pudo hablar o tratar de consolarlos porque en cuanto entraron fueron entubados y fallecieron prontamente. Marco revisaba la historia clínica de los pacientes y sabe que es altamente probable que fallezcan con comorbilidades como diabetes o hipertensión, pero intenta salvarlos. Pilar sabe que 8 de cada 10 pacientes que son entubados fallece, pero todos los días está en estrecho contacto con pacientes semi conscientes intentando ayudarlos.

Finalmente, en el capítulo cinco exploré el hiato moderno que debía existir a raíz de la vacuna. El significado de la vacuna desde la perspectiva médica me permitió presentar coyunturas particulares. Parece que cuando una enfermedad estalla en esta gran escala que representa una pandemia se hace más evidente la distinción entre el tiempo moderno y un tiempo no moderno. Un poco como lo comentaba Johannes hay una distinción clara entre lo que debe ser y lo que es. Así entonces, los sujetos biomédicos representan una de las instituciones que soportan la modernidad pero dentro de ellos, como se ha demostrado hasta el momento, hay un sinfín de circunstancias que se articulan y entrelazan creando similitudes, desacuerdos y coincidencias entre ellos como individuos y ellos como parte de la ciencia médica.

Los sujetos biomédicos opinan que la pandemia terminará alrededor de mediados del siguiente año, es decir, el 2022. Esto es importante de considerar porque muchos participantes han expresado su ali-

vio con la vacuna, y aunque es en sí un avance no significa que la situación de peligro a la salud haya terminado. La vacuna no es una interrupción tajante de la pandemia, sino solamente uno de los sucesos enmarcados en ella. Además solo tenemos una vacuna, aún no tenemos un tratamiento, se han usado fármacos que se piensa que pueden ayudar, pero no ha pasado suficiente tiempo para realizar estudios de seguimiento y determinar los daños colaterales de dichos medicamentos o la eficiencia específica de los mismos en pacientes con COVID-19.

Raúl comentaba que se está recetando un medicamento del que no se tiene seguridad que beneficie al paciente, pero como estudios realizados en otros lugares del mundo indican que eso debe usarse, los médicos mexicanos lo recetan. Me comentó que a la larga implica mayor riesgo de sordera para los pacientes, lo que beneficia en la medicina privada a algunos médicos. Sin embargo, quiero recalcar que esto no se hace con el objetivo de dañar a los pacientes sino que solamente es yatrogenia. En una situación como esta se debe sopesar prioridades y es más importante mantener la vida de los pacientes afectados por el SARS CoV-2 aunque después haya otro tipo de complicaciones a su salud. Nuevamente podemos pensar que en momentos fatídicos el sujeto toma decisiones que afectarán su destino profundamente y que lo hace lo mejor que puede, aunque implique problemas a futuro en el corto plazo es determinante para mantener la vida.

Para concluir, si la enfermedad es múltiple, también lo son las formas de aproximarse a ella y las causas de la misma. La modernidad ha presentado grandes logros y también grandes inconvenientes. Puede que sea solo una de las múltiples formas en las que puede explicarse la realidad y la vida. Puede que esta pandemia sirva de ejemplo para futuros sucesos similares, que me atrevo a decir son altamente probables. Quizá el hecho de que haya permitido ver ciertas fallas de forma más evidente sea conveniente para su solución. Pero, ¿de qué manera podría hacerse? Lamento no tener una respuesta, sin embargo, creo que plantear esta pregunta puede ayudarnos como humanos a encontrar respuestas, soluciones y aproximaciones diversas y de riqueza singular.

Esta tesis ha discutido sobre modernidad y la forma en la que la COVID-19 puede resultar como una afrenta a la idea, como la versó Giddens, Echeverría, Escobar y Luhmann, entre otros. También ha retomado la modernidad como un conjunto de dimensiones (entre las que se encuentran la histórica, social, cultural, filosófica y, por supuesto, antropológica) en las que las rupturas entre los discursos hegemónicos y las realidades cotidianas locales son fructíferas para analizar los datos y construir conocimiento. Para eso utilicé perspectivas de modernidades múltiples, quizá a manera de la multiplicidad de los cuerpos que Mol presenta como respuesta a los textos de Le Breton y Foucault, aunque ellos también narraron que había más de solo un objeto llamado cuerpo, en sus obras se centraron en la manera en la

que el cuerpo se volvió solo uno, un solo objeto para ser analizado por la biomedicina. Estas modernidades múltiples o fragmentadas pueden ser revisadas en los textos de diversos autores, por mencionar algunos Beriaín y Bauman.

Finalmente, quiero también retomar un concepto profundamente discutido a lo largo de la historia y la producción de conocimiento, por mencionar tan solo un ejemplo, se encuentra en la obra de Latour, este concepto es el tiempo como espiral. Una parte de la filosofía explica que el tiempo no es lineal, como lo hemos pensado hegemónicamente, sino una espiral a la que sin duda volveremos. Friedrich Nietzsche presentó su idea en *Así habló Zaratustra* (1997) el autor presenta sus ideas respecto a un eterno retorno en el que las acciones, pensamientos, ideas y procederes humanos se repetirán una y otra vez de manera incansable e infinita. Puede que vivir en un momento como el actual resulte angustiante, sobre este conjunto de ideas, emociones y pasiones humanas que entienden el tiempo como un acontecer progresivo, cambiante y único.

Quizá desde otra lectura la COVID-19 resulte un poco menos agotadora puesto que es un momento de una serie de momentos que vuelven sobre sí mismos. Así entonces, propongo algunas preguntas para futuras investigaciones: ¿cuáles serían las implicaciones de lo que vivimos hoy en día si esto ya lo hemos vivido en otro tiempo y lugar?, ¿de qué manera aproximarnos al concepto del tiempo desde otra perspectiva ahondará en el conocimiento sobre los fenómenos? o ¿qué otros horizontes quedan por explorar cuando nos atrevemos a cuestionar la idea misma del tiempo lineal que ha sido en sí un constructo moderno?

## Bibliografía

### Introducción

- Amezcuca, Manuel. (2000) “El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud: una aproximación a la observación participante”. *Artículos especiales. Metodología cualitativa*. Index de enfermería. Otoño 2000. Año 9. No. 30. pp. 30-35.
- “Etnografía en tiempos de COVID-19”. Coord. Dra. Laura Beatriz Montes de Oca. Asistente de investigación Mtra. Ana Carolina Gómez Rojas. *Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM*. Disponible en: <<https://www.iis.unam.mx/blog/etnografia-covid-19/>>
- Giddens, Antony. (1991) *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Lupton, D. (2020) “Doing fieldwork in a pandemic”. Available at: <https://docs.google.com/document/d/1clGjGABB2h2qbduTgfqribHmog9B6P0NvMgVuiHZCl8/edit?ts=5e88ae0a#>
- Markham, Annette. (2020) “Ethics and Methods for Digital Social Research - key issues during pandemic times”. *YouTube*. October 15th, 2020. Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ys4S-qMH8OLQ>> Consultado el 10 de marzo del 2021.
- McGranahan, Carole. (2018) “Ethnography Beyond Method: The Importance of an Ethnographic Sensibility”. *New Series*. Vol. 15. No. 1. pp. 1-10.

- Miller, Daniel. (2020) “How to conduct an ethnography during social isolation”. *YouTube*. May 3rd, 2020. Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=NSiTrYB-Oso>> Consultado el 6 de marzo del 2021.
- Secretaría de Salud. (2020) “Sana distancia COVID-19”. *Gobierno de México*. 24 de marzo del 2020. Disponible en: <<https://www.gob.mx/salud/documentos/sana-distancia>> Consultado el 30 de diciembre del 2020.
- Van der Geest, Sjaak. Kaja Finkler. (2004) “Hospital Ethnography: Introduction”. *Social Science and Medicine*. El Sevier. Vol. 59. pp. 1995-2001.
- Wagner, Roy. (1981) *The Invention of Culture*. Chicago: The University of Chicago Press.

## Capítulo 1

- Aguirre Beltrán, Gonzalo. (1957) El proceso de aculturación. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México.
- Bauch, Chris T. (2020) “Estimating the COVID-19 R number: a bargain with the devil?”. *The Lancet*. October 22nd, 2020. Vol. 21. pp. 151-153.
- Behar Ruth. (1993) *Translated Woman: Crossing the Border with Esperanza’s Story*. Boston: Beacon Press.
- Brander Rasmussen, Birgit. Eric Klinenberg. Irene J. Nexica and Matt Wray. Eds. (2001) *The Making and Unmaking of Whiteness*. California: Duke University Press.
- Briggs, Charles. Clara Martini-Briggs. (2004) *Las historias en los tiempos de cólera*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Cherry, James D. Paul Krogstad (2004) “SARS: The First Pandemic of the 21st Century”. *Pediatric Research*. June 1st, 2004. Vol. 56. pp. 1-5.
- Dussel, Enrique. (1994) *El encubrimiento del otro: hacia el origen del mito de la modernidad*. La Paz: Plural Editores. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UMSA.
- Evans-Pritchard, E.E. (1976) *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.
- Foucault, Michel. (2003) *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. Translated by A. M. Sheridan. Taylor & Francis e-Library
- Geertz, Clifford. (1973) *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Giddens, Antony. (1991) *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.

- Gluckman, Max. (1955) *Custom and Conflict in Africa*. London: Barnes & Noble.
- Hurston, Zora Neale. (2008) *Mules and Men*. Harpercollins e-Books.
- Jarvie, Ian C. (1969) "The Problem of Ethical Integrity in Participant Observation". *Current Anthropology*. Vol. 10, No. 5 pp. 505-508.
- Johannes, Fabian. (1983) *Time and the Other: How Anthropology Makes its Object*. New York: Columbia University Press.
- Le Breton, André. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Traducido por Paula Mahler. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Le Duc, James W. M. Anita Barry. (2004) "SARS, the First Pandemic of the 21st Century". *Emerging Infectious Diseases*. Centers for Disease Control and Prevention. Vol. 10. No. 11. pp. e26
- Lévi-Strauss, Claude. (1992) *Tristes Tropiques*. Translated by Jonathan Cape Limited. United States of America: Penguin Books.
- Li, Hui. Liang Liu. Dingyu Zhang et al. (2020) "SARS-CoV-2 and viral sepsis: observations and hypotheses". *The Lancet*. April 15th 2020. Vol. 395. pp. 1517-1520.
- Lutz, Bruno. (2006). "El cuerpo: sus usos y representaciones en la modernidad". *Convergencia. Reseñas*. Vol. 13. No. 41. pp. 215-222. Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352006000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352006000200008&lng=es&tlng=es)> Online. Consultado el 10 de febrero del 2021.
- Malinowski, Bronislaw. (2005) *Argonauts of the Western Pacific: An Account of Native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*. Taylor & Francis e-library.
- Malinowski, Bronislaw. (2018) *Baloma; The Spirits of the Dead in the Trobriand Islands*. Global Grey.
- Mol, Annemarie. (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*. United States of America: Duke University Press.
- PAHO. (2020) "Epidemiological Alert COVID-19 among healthcare workers". PAHO. WHO. August 31st, 2020. pp. 1-8.
- Pozas, Ricardo. (2003) *Juan Pérez Jolote*. Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica.
- Robichaux, David. *Roger Magazine*. (2007) "Las limitaciones de las categorías de 'indígena' y 'mestizo' en los estudios rurales de México". *El cambio de la sociedad rural mexicana, ¿se valoran los recursos estratégicos?* Coord. Paola Sesia y Sergio Sarmiento. México: Asociación mexicana de estudios rurales et al.
- Stocking, George W. (2002) "Delimitando la antropología: reflexiones históricas acerca de las fronteras de una disciplina sin fronteras". *Revista de Antropología Social*. 11: 11-38.

- Villoro, Luis. (1998) *Los grandes momentos del indigenismo en México*. Distrito Federal: El Colegio de México. El Colegio Nacional y Fondo de Cultura Económica.
- Wagner, Roy. (1981) *The Invention of Culture*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wang, Fu-Shen. Chao Zhang. (2020) “What to do next to control the 2019-nCoV epidemic?”. *The Lancet*. February 4th, 2020. Vol. 395. pp. 391-393.
- WHO. (2020) “Archived: WHO Timeline - COVID-19”. WHO. Statement. April 27th, 2020. Disponible en: <<https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>> Online. Consultado el 1 de enero del 2021.
- WHO. (2020) “Listings of WHO’s response to COVID-19”. WHO. Statement. June 29th, 2020. Disponible en: <<https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>> Online. Consultado el 1 de enero del 2021.
- WHO. (2020) “WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020”. WHO. Statement. June 11th, 2020. Disponible en: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>> Online. Consultado el 1 de enero del 2021.
- Young, Allan. (1982) “The Anthropologies of Illness and Sickness”. *Annual Review of Anthropology*. Vol. 11. pp. 257-285.

## Capítulo 2

- Abeysinghe, Sudeepa. (2013) “When the spread of disease becomes a global event: The classification of pandemics”. *Social Studies of Science*. Sage Publications, Ltd. December 2013. Vol. 43. No. 6. pp. 905-926.
- Barry, John M. (2010) *The Next Pandemic*. World Policy Journal. Duke University Press. Vol. 27. No. 2. pp. 10-12.
- Bristow (2010) “It’s as Bad as Anything Can Be”: Patients, Identity, and the Influenza Pandemic”. *Public Health Reports*. University of Puget Sound, Tacoma. Vol 125. pp. 134-144.
- Butcher, Thomas. (1855) *Mordichim: Recollections of Cholera in Barbados During the Middle of the Year of 1854*. London: Patridge, Oakey & Co., Paternoster Row.
- Chan, Margaret. (2009) “World now at the start of 2009 influenza pandemic”. *Statement to the press by WHO Director-General*. WHO Media Centre. June 11th, 2009. Consultado el 26 de enero del 2021.

- Cohen, Jon. (2010) "What's Old Is New: 1918 Virus Matches 2009 H1N1 Strain". *Science*. American Association for the Advancement of Science. March 26th, 2010. Vol. 327. pp. 1563-1564.
- Doshi, Peter. (2010) "Pandemic Influenza: Severity Must Be Taken into Account". *The Journal of Infectious Diseases*. Oxford University Press. May 1st, 2010. Vol. 201. No. 9. pp. 1444-1445.
- Douglas, Mary. (2001) *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo..* Taylor & Francis e-Library.
- Evans-Pritchard, E.E. (1976) *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.
- Fineberg, Harvey V. (2014) "Pandemic Preparedness and Response - Lessons from the H1N1 Influenza of 2009". *The New England Journal of Medicine*. December 22nd, 2014. pp. 1335-1342.
- Giddens, Antony. (1991) *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Girard, Marc P. John S. Tamb. Olga M. Assossouc. et alt. (2010) "The 2009 A (H1N1) influenza virus pandemic: A review". *Vaccine*. May 27th, 2010. No. 28. pp. 4895-4902.
- Hatchett, Richard J. Carter E. Mecher and Marc Lipsitch. (2007) "Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic". *Medical Sciences*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. May 1st, 2007. Vol. 104. pp. 7582-7587.
- Hu, Dalong. Bin Liu. Lu Feng. et al. (2016) "Origins of the current seventh cholera pandemic". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. *National Academy of Sciences*. November 14th, 2016. No. 113. pp. E7730-E7739.
- INAH TV. (2020) "Conversatorio sobre Historia de pandemias, endemias y epidemias. Siglos XVI al XXI". Lourdes Márquez Morfín y América Molina del Villar. *YouTube*. 26 de marzo de 2020. Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=RuHvXHWoczQ>> Consultado el 16 de abril del 2021.
- Kelly, Heath. (2011) "The classical definition of a pandemic is not elusive". *Bulletin of the World Health Organization*. World Health Organization. Vol. 89. No. 7. pp. 540-541.
- Kilbourne, Edwin D. (2006) "Influenza Pandemics of the 20th Century". *Emerging Infectious Diseases*. Centers for Disease Control and Prevention. January 1st, 2006. Vol. 12. No. 1. pp. 9-14.
- Kiple, Kenneth F. (1985) "Cholera and Race in the Caribbean". *Journal of Latin American Studies*. May 1985. Vol. 17. No. 1. pp. 157-177.
- Márquez Morfín, Lourdes. América Molina del Villar. (2010) "El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México". *Desacatos*. enero-abril 2010. Vol. 32. pp. 121-144.
- Petersen, Eskild. Marion Koopmans. Unyeong Go, et al. (2020) "Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics". *The Lancet*. August 2020. Vol. 20. pp. e238-e244.

- Pollitzer, Robert. (1959) Cholera. Geneva: World Health Organization. Palais des Nations.
- Rivera, H. L., & Barrueto, F. (2014) "Camphor". *Encyclopedia of Toxicology*. Elsevier. pp. 627-628.
- Scalera, Nikole M., Mossad Sherif B. (2019) "The First Pandemic of the 21st Century: Review of the 2009 Pandemic Variant Influenza A (H1N1) Virus". *Postgraduate Medicine*. September 2019. Vol. 21. pp. 43-47.
- Taubenberger, Jeffery K. Ann H. Reid. Amy E. Krafft. et al. (1997) "Initial Genetic Characterization of the 1918 "Spanish" Influenza Virus". *Influenza Virus*. Science. January 21st, 1997. Vol. 275. pp. 1793-1796.
- Taubenberger, Jeffery K. David M. Morens. (2006) "1918 Influenza: the Mother of All Pandemics". *Emerging Infectious Diseases*. Centers for Disease Control and Prevention. January 1st, 2006. Vol. 12. No. 1. pp. 15-22.
- Tomasi, Mary. (1940) "A Spanish Stonecutter's Widow". *Manuscript*. U.S. Work Projects Administration. Federal Writers' Project. Library of Congress. pp. 1-5.
- WHO. (2007) "Pandemic Phase Description and Main Actions By Phase". WHO. Disponible en: <[https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_pandemic\\_phase6\\_20090611/en/](https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/)>. Online. Consultado el 30 de diciembre del 2020.
- WHO. (2021) "What We Do". WHO. Disponible en: <<https://www.who.int/about/what-we-do>>. Online. Consulted on December 30th, 2020.

### Capítulo 3

*Aviso Epidemiológico*, publicado en abril, obra clasificada.

- Briggs, Charles. Clara Martini-Briggs. (2004) *Las historias en los tiempos de cólera*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Camus, Albert. (2012) *The Plague*. New York: Vintage International.
- Crespi, Franco. (2004) "Modernidad: la ética de una edad sin certezas". *El debate modernidad-posmodernidad*. Ed. Nicolás Casullo. Buenos Aires: Retórica Ediciones.
- Dussel, Enrique. (1994) *El encubrimiento del otro: hacia el origen del mito de la modernidad*. La Paz, Plural Editores.
- Dussel, Enrique. (2012) "Transmodernity and Interculturality: An Interpretation from the Perspective of Philosophy of Liberation". George Cicarriello Maher and Kristie Dorr. Trans.

- El lugar de intervención durante la contingencia COVID-19*, publicado por el gobierno de la Ciudad de México, en marzo, obra clasificada.
- Entrevistas y encuestas con diversos médicos y otros individuos del personal de salud. Obtenidas desde abril a la fecha.
- Foniatría y Fonoaudiología en el paciente con COVID-19 en México*. Fonorehabilita México. Webinar dado el 5 de mayo de 2020.
- Giddens, Antony. (1991) *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Gotóo, Alejandra. (2020) “El personal de salud con relación al COVID-19”. *Encuesta con individuos del personal de salud*. Google Forms.
- INEGI. (2020) “Las estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad”. *INEGI*. Comunicado de prensa. Núm. 528/20. 11 de noviembre de 2020.
- Johannes, Fabian. (1983) *Time and the Other: How Anthropology Makes its Object*. New York: Columbia University Press.
- Le Breton, André. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Manejo y traslado de cadáveres durante la contingencia COVID-19*, publicado por el gobierno de la Ciudad de México, en marzo, obra clasificada.
- Mol, Annemarie. (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*. United States of America: Duke University Press.
- Plan de contingencia para la enfermedad por coronavirus COVID-19*, publicado en febrero, obra clasificada
- Quijano, Aníbal. (2014) “Colonialidad del poder y clasificación social”. *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Buenos Aires: CLACSO. pp. 777-832
- Roberts, Elizabeth F. S. (2013). “Assisted existence: an ethnography of being in Ecuador”. *Journal of the Royal Anthropological Institute*. (N.S.) Vol. 19, pp. 562-80.
- Roberts, Elizabeth F. S. (2015) “Bio-Ethnography: A Collaborative, Methodological Experiment in Mexico City”. *Somastosphere: Science, Medicine and Anthropology*. Online. Consultado el 2 de noviembre del 2020.
- Roberts, Elizabeth F. S. (2017) “What Gets Inside: Violent Entanglements and Toxic Boundaries in Mexico City”. *Cultural Anthropology*. Vol. 32, Issue 4, pp. 592–619.
- Yates-Doerr Emily. (2020) “The Cruelty of War: Repairing COVID-19 Through Healing and Care”. *Medical Anthropology Quarterly*. International Journal for the Analysis of Health. Society of Medical

Anthropology. Disponible en: < <http://medanthroquarterly.org/2020/04/08/the-cruelty-of-war-repairing-covid-19-through-healing-and-care/>>  
Young, Allan. (1982) “The Anthropologies of Illness and Sickness”. *Annual Review of Anthropology*. Vol. 11. pp. 257-285.

## Capítulo 4

Borges, Jorge Luis. (2011) *Ficciones*. Versión digital: Penguin Random House.  
Foucault, Michel. (2003) *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. Translated by A. M. Sheridan. Taylor & Francis e-Library  
Johannes, Fabian. (1983) *Time and the Other: How Anthropology Makes its Object*. New York: Columbia University Press.  
Genette, Gérard. (1980) *Narrative Discourse: An Essay in Method*. New York: Cornell University Press.  
Giddens, Antony. (1991) *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.  
Han, Byung-Chul. (2015) *The Burnout Society*. Trans. Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. United States of America: Stanford University Press.  
Huyler, Frank. (1964) *The Blood of Strangers: Stories from Emergency Medicine*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.  
Latour, Bruno. (1993) *We Have Never Been Modern*. Translated by Catherine Porter. Massachusetts. Great Britain: Harvard University Press.  
Le Breton, André. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.  
Mendoza Escamilla, Viridiana. (2020) “Mujeres Poderosas 2020: En la primera línea contra la pandemia de Covid-19” *México Forbes*. 15 de junio de 2020. Disponible en: <<https://www.forbes.com.mx/mujeres-poderosas-2020-en-la-primera-linea-contra-la-pandemia-de-covid-19/>> Online. Consultado el 8 de marzo del 2021.  
Menéndez, Eduardo. (1992) “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales”. *La antropología médica en México*. UAM. pp. 97-113.  
Menéndez, Eduardo. (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciencia & Saude Coletiva*. Vol. 8. Núm. 1. pp. 185-207.

- Miyamoto, Inez. (2020) "COVID-19 Healthcare Workers: 70% Are Women". *Security Nexus*. Daniel K. Inouye Asia-Pacific Center for Security Studies. pp. 1-3.
- Mol, Annemarie. (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*. United States of America: Duke University Press.
- Ortega y Gasset, José. (1998) "La barbarie del especialismo". *Los grandes ensayos de la ciencia*. Coordinado por Martín Gardner. México. pp. 91-96.
- Sklar, David P. (2010) *La Clínica: A Doctor's Journey Across Borders*. University of New Mexico Press.
- Young, Allan. (1982) "The Anthropologies of Illness and Sickness". *Annual Review of Anthropology*. Vol. 11. pp. 257-285.
- Young, Allan. (1981) "When Rational Men Fell Sick: An Inquiry Into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists". *Culture, Medicine and Psychiatry*. D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, Holland and Boston, U.S.A. Vol. 5. pp. 317-335

## Capítulo 5

- Agren, David. (2020) "Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths". *The Lancet*. September 19th, 2020. Vol. 396. pp. 807.
- Briggs, Charles. Clara Martini-Briggs. (2004) *Las historias en los tiempos de cólera*. Caracas: Nueva Sociedad.
- CDC. (2021) "Mexico Traveler View Vaccines and Medicines". Centers of Diseases Control and Prevention. December 18th, 2020. Disponible en: <<https://wwwnc.cdc.gov/travel/destinations/traveler/none/mexico>> Online. Consultado el 16 de marzo del 2021.
- EClinicalMedicine*. (2020) "Caring for people who care: supporting health workers during the COVID 19 pandemic". Vol. 28.
- Evans-Pritchard, E.E. (1976) *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.
- FDA. (2021) "Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine". U.S. Food and Drug Administration. March 2nd, 2021. Disponible en: <<https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/pfizer-biontech-covid-19-vaccine>> Online. Consultado el 16 de marzo del 2021.
- Fineberg, Harvey V. (2014) "Pandemic Preparedness and Response - Lessons from the H1N1 Influenza of 2009". *The New England Journal of Medicine*. December 22nd, 2014. pp. 1335-1342.

- Giddens, Antony. (1991) *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- González Díaz, Marcos. (2020) “Coronavirus: Health workers face violent attacks in Mexico” *BBC*. 18 de mayo de 2020. Disponible en: <<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-52676939>> Online. Consultado el 15 de marzo del 2021.
- Latour, Bruno. (1993) *We Have Never Been Modern*. Translated by Catherine Porter. Massachusetts. Great Britain: Harvard University Press.
- Lindmeier, Christian. (2020) “Conmemoración de la erradicación de la viruela: un legado de esperanza para la COVID-19 y otras enfermedades”. *OMS*, Comunicado de prensa. 8 de mayo del 2020. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news/item/08-05-2020-commemorating-smallpox-eradication-a-legacy-of-hope-for-covid-19-and-other-diseases>> Online. Consultado el 16 de marzo del 2021.
- OMS. (2020) “10 datos sobre la erradicación de la poliomielitis”. *OMS*. Historias en fotografías. 1 de abril del 2017. Disponible en: <<https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-polio-eradication>> Online. Consultado el 16 de marzo del 2021.
- Radcliffe, Shawn. (2010) “Here’s What Happened the Last Time We Had a Vaccine During a Pandemic”. *Healthline*. Disponible en: <<https://www.healthline.com/health-news/what-happened-the-last-time-we-had-a-vaccine-during-a-pandemic>> Online. Consultado el 1 de enero del 2021.
- Rivers, Matt. Natalie Gallón. (2020) “Docenas de trabajadores médicos han sido atacados en México en medio de temores de coronavirus” *CNN*. 24 de abril de 2020. Disponible en: <<https://cnnespanol.cnn.com/2020/04/24/docenas-de-trabajadores-medicos-han-sido-atacados-en-mexico-en-medio-de-temores-de-coronavirus/>> Online. Consultado el 15 de marzo del 2021.
- Rothstein, Bo. (2020) “Trust Is The Key to Fighting the Pandemic”. *Scientific American*. March 24th, 2020. Disponible en: <<https://blogs.scientificamerican.com/observations/trust-is-the-key-to-fighting-the-pandemic/>> Online. Consultado el 30 de diciembre del 2020.
- Scalera, Nikole M., Mossad Sherif B. (2019) “The First Pandemic of the 21st Century: Review of the 2009 Pandemic Variant Influenza A (H1N1) Virus”. *Postgraduate Medicine*. September 2019. Vol. 21. pp. 43-47.
- The Lancet Editorial*. (2020) “COVID-19: protecting health-care workers”. *The Lancet*. March 21st, 2020. Vol. 395. pp. 922.
- Van der Geest, Sjaak. Kaja Finkler. (2004) “Hospital Ethnography: Introduction”. *Social Science and Medicine*. El Sevier. Vol. 59. pp. 1995-2001.

Vinck, Patrick. Phuong N. Pham. Kenedy K. Bindu. et al. (2019) “Institutional trust and misinformation in the response to the 2018–19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: a population-based survey”. *The Lancet*. May, 2020. Vol. 19 pp. 529-536.

## Conclusiones

Brown, Nicole. (2019) “Listen to Your Gut”: A Reflexive Approach to Data Analysis to Data Analysis. *Qualitative Report*. Vol. 24. No. 13. pp. 31-43.

Douglas, Mary. (2001) *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Taylor & Francis e-Library.

Giddens, Antony. (1991) *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.

Hatchett, Richard J. Carter E. Mecher and Marc Lipsitch. (2007) “Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic”. *Medical Sciences*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. May 1st, 2007. Vol. 104. pp. 7582–7587.

Johannes, Fabian. (1983) *Time and the Other: How Anthropology Makes its Object*. New York: Columbia University Press.

Nietzsche, Friedrich. (1997) *Así habló Zaratustra*. Trad. Andrés Sánchez Pascual. Madrid: Alianza Editorial.

Márquez Morfín, Lourdes. América Molina del Villar. (2010) “El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México”. *Desacatos*. enero-abril 2010. Vol. 32. pp. 121-144.

Sartre, Jean-Paul. (1944) “A puerta cerrada”. Trad. Aurora Bernández. Losada.

Tournier, Michel. (1992) *Viernes o los limbos del pacífico*. Ciudad de México: Alfaguara.



## Anexos

### Anexo 1: Glosario

**Entubación**, proceso de colocar una sonda desde la boca hasta los pulmones para que las personas puedan respirar. Algunas veces también se hace una entubación para procurar que las personas puedan alimentarse.

**EPP**, equipo de protección personal que usualmente consiste en bata impermeable, botas quirúrgicas, guantes de látex, mascarilla N95 o kn95, careta o goggles.

**Focalización cero**, tipo de narración en la que el narrador conoce todos los detalles sobre la historia contada.

**Narrador autodiegético**, tipo de narrador que está dentro del texto y cuenta su propia historia.

**Modernidad**, se caracteriza por ser un orden social pos tradicional, tiene como elementos la ruptura entre tiempo y espacio, la reflexividad y los riesgos constantes.

**PCR**, prueba de laboratorio para confirmar las sospechas de COVID-19. Se requiere por lo menos 24 horas para obtener los resultados.

**Pronación**, técnica médica que consiste en colocar boca abajo a los pacientes y almohadas o toallas en su abdomen para que sus cabezas estén ligeramente a una altura inferior del abdomen. Esto ayuda a la respiración.

**Prueba de antígenos**, prueba de laboratorio para confirmar las sospechas de COVID-19. Se requiere por lo menos 30 minutos para obtener los resultados. Es menos confiable que la PCR.

**Respiración mecánica**, proceso de asistencia a través de máquinas para que la persona pueda introducir y sacar el aire de sus pulmones.

**Semáforo epidemiológico**, manera en la que la población de México sabía si podía salir de su hogares o no. Se comenzó con rojo, en el que solo las actividades esenciales estaban permitidas, después naranja, en la que algunas actividades recreativas estaban permitidas y el color menos *peligroso* era el amarillo, en el que se abrían también sitios de culto y escuelas.

**Triage respiratorio**, área de los hospitales dedicada a la valoración de la gravedad de los pacientes con afecciones respiratorias.

## Anexo 2: Participantes cercanos

<b>Mujeres</b>	Elia	doctora subespecialista en rehabilitación pediátrica que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México, además de su práctica privada. Cuenta con más de 15 años de experiencia.
	Julia	doctora subespecialista en rehabilitación que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México, además de su práctica privada. Cuenta con más de 15 años de experiencia.
	Isadora	doctora subespecialista en foniatría que labora de manera particular en uno de los hospitales particulares más importantes de Ciudad de México. Cuenta con más de 15 años de experiencia.
	Rosa	doctora subespecialista en neurología y trastornos del movimiento que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México, además de su práctica privada. Cuenta con más de 15 años de experiencia.
	Aldara	doctora subespecialista en rehabilitación física que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México. Cuenta con más de 10 años de experiencia.
	Lor	doctora subespecialista en neumología que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México. Cuenta con más de 15 años de experiencia.
	Pilar	jefa de enfermeras que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México. Cuenta con más de 15 años de experiencia.

<b>Hombres</b>	Raúl	doctor subespecialista en audiología física que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos del norte del país, además de su práctica privada. Cuenta con más de 10 años de experiencia.
	Marco	doctor subespecialista en enfermedades gastrointestinales que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México, además de su práctica privada como cirujano de trasplante. Cuenta con más de 15 años de experiencia.
	David	doctor interno que se especializará en cirugía plástica y reconstructiva. Labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México.
	Edgar	doctor subespecialista en endocrinología que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de la ciudad de Ciudad de México, además de su práctica privada. Cuenta con más de 10 años de experiencia.
	Víctor	doctor subespecialista en neumología que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de la ciudad de Oaxaca, además de su práctica privada. Cuenta con más de 10 años de experiencia.
	Manuel	doctor subespecialista en medicina interna que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México, además de su práctica privada. Cuenta con más de 15 años de experiencia.
	Albert	enfermero que labora en uno de los hospitales más grandes y concurridos de Ciudad de México. Cuenta con más de 15 años de experiencia.

### **Anexo 3: Encuestas realizadas**

#### **Encuesta 1:**

[https://drive.google.com/file/d/1dn2GSmc20YSpUdn0\\_H1vI8V\\_3NQU\\_8Cj/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1dn2GSmc20YSpUdn0_H1vI8V_3NQU_8Cj/view?usp=sharing)

#### **Encuesta 2:**

[https://drive.google.com/file/d/16pIW1HXCND2aIAfnI1eGCn\\_sp5niVwVR/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/16pIW1HXCND2aIAfnI1eGCn_sp5niVwVR/view?usp=sharing)

#### **Encuesta 3:**

<https://drive.google.com/file/d/1jOa7PpCzpljyhtaQ43kytWWIJFb7twL9/view?usp=sharing>

#### **Encuesta 4:**

<https://drive.google.com/file/d/1iuXIPKz1NzPG-qXiE-xSJb7p0HnAWs9c/view?usp=sharing>



## **Anexo 4: Google Sheets**

[https://docs.google.com/spreadsheets/d/1AIA6MVIPP35D60IBv07NGYfg7W\\_fVGwFzq-mm\\_eNzbs/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1AIA6MVIPP35D60IBv07NGYfg7W_fVGwFzq-mm_eNzbs/edit?usp=sharing)



*Cuerpos y espacios: una aproximación antropológica a la COVID-19 en México*  
(marzo 2020- enero 2021) fue escrita por Alejandra Sumano Gotóo  
para obtener el grado de Maestra en Antropología Social  
por parte de la Universidad Iberoamericana (IBERO),  
campus Ciudad de México.

Esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente  
y en cualquier formato para propósitos educativos o sin fines de lucro  
siempre y cuando se cite la fuente y se haga referencia bibliográfica  
a la tesis y su autora.

*Diseño por Carlos Aarón Torres Herrera.*

Este libro fue impreso en la Ciudad de México en 2021.

Otras obras de la autora:

*Ruptura, Te Querré*, cuentos en *Portal Diario* y online.

Para consultar buscar **Alejandra Gotóo** en *Google*.