

La gestión de la pandemia de covid-19 en Jalisco: de la diferenciación a la discrecionalidad

*Carlos Moreno Jaimes**

Recepción: 24 de marzo de 2022 / Aceptación: 20 de junio de 2022

Resumen Este trabajo analiza la respuesta del sector salud en Jalisco a la pandemia de covid-19 durante 2020 desde dos perspectivas: la del gobierno estatal y la del personal médico. La primera enfatiza cómo el gobierno de Jalisco buscó marcar una diferencia respecto al gobierno federal en su gestión de la crisis, específicamente en su mecanismo de vigilancia epidemiológica. La segunda, basada en entrevistas a profundidad con personal médico, da cuenta de las restricciones que enfrentaron, destacando la escasez de recursos, las medidas de protección al personal, las características del entorno laboral y los efectos en la vida personal de dichos actores. Arguye que, en un contexto de institucionalización débil, poca claridad en las políticas diseñadas por autoridades superiores y gran escasez de recursos para la operación, la discrecionalidad es el único recurso del personal médico para enfrentar una situación de crisis tan compleja como lo fue la pandemia de covid-19.

Palabras clave: instrumentación de políticas, burocracias a nivel de calle, protección de la salud, Jalisco, covid-19.

.....

* Profesor investigador de Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Jalisco, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4928-218X> Correo: cmoreno@iteso.mx

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. 

doi.org/10.32870/cer.voi130.7852

Managing the covid-19 pandemic in Jalisco: from policy differentiation to bureaucratic discretion

Abstract This paper analyzes the health sector's response to the covid-19 pandemic in Jalisco during 2020 from two perspectives: that of the state government and that of medical personnel. The first emphasizes how the Jalisco government aimed to deviate from the federal government in its crisis management, specifically in its epidemiological surveillance mechanism. The second, based on in-depth interviews with medical personnel, gives an account of the restrictions these actors faced, highlighting the scarcity of resources, protection measures for personnel, the characteristics of the work environment, and the effects on workers' personal lives. It is argued that, in a context of weak institutionalization, unclear policy design, and a great scarcity of operational resources, bureaucratic discretion was the only way healthcare workers were able to face a crisis as complex as the covid-19 pandemic.

Keywords: policy implementation, street-level bureaucracies, health protection, Jalisco, covid-19.

Introducción

La crisis causada por la pandemia de covid-19, que en México inició en marzo de 2020, puso de manifiesto la debilidad estructural de un sistema de salud que durante varias décadas ha ofrecido servicios de calidad sumamente desigual y no ha logrado proteger a la población que no tiene seguridad social, es decir, al 52 % de los habitantes del país (Coneval, 2020). Por su alta fragmentación organizacional y los bajos niveles de financiamiento, en particular de recursos públicos, los servicios de salud eran vulnerables ante la posibilidad de que los picos de demanda desbordaran su capacidad de respuesta, por lo que evitar los contagios se convirtió en un objetivo gubernamental prioritario.¹ La responsabilidad de lograrlo recayó no solo en el gobierno federal sino también en los gobiernos estatales y municipales, que en principio podían supervisar mejor que personas y empresas acataran medidas de distanciamiento social y protección sanitaria como cerrar escuelas y negocios y el uso de cubrebocas en espacios públicos, entre otras. Las autoridades estatales también

¹ En 2019, el gasto total en salud en México representó solo 5 % del producto interno bruto (PIB), mientras que es de 10 % en Argentina y Brasil y de 9 % en Chile. El 51 % de este gasto es privado, en su mayor parte gasto de bolsillo (OMS, 2022). El problema de la fragmentación institucional del sistema de salud mexicano se discute en Flamand y Moreno Jaimes (2014).

tenían la responsabilidad directa de reorganizar los servicios de salud para hacer frente a una demanda elevada de servicios, especialmente en las unidades bajo su responsabilidad.²

La actuación de los estados para enfrentar la pandemia no estuvo exenta de motivaciones políticas, especialmente en los gobernados por partidos diferentes al que gobierna el país, ya que sus gobiernos tenían un particular interés en demostrarles a los electores que contaban con una mejor capacidad de gestionar la crisis que las autoridades federales.

Este trabajo analiza la respuesta del sector salud de Jalisco a la pandemia de covid-19 durante 2020, es decir, a partir de marzo de ese año, cuando las autoridades sanitarias tomaron las primeras medidas de distanciamiento social para evitar la propagación del virus. Por una parte, enfatiza cómo el gobierno del estado buscó marcar una diferencia con respecto al gobierno federal en su gestión de la crisis, específicamente con un mecanismo de vigilancia epidemiológica basado en la aplicación de pruebas extensivas de diagnóstico.

Por otra parte, se describe la gestión de la pandemia en Jalisco desde la perspectiva del personal médico responsable de atender directamente a personas contagiadas del virus en hospitales que fueron «reconvertidos», es decir, de los que se adaptó su infraestructura y sus servicios para enfrentar el fenómeno. La sección correspondiente se basa en entrevistas a profundidad con personal médico adscrito a distintas unidades de salud reconvertidas para dar atención a casos de covid-19. El argumento es que, aunque el gobierno federal y el de Jalisco establecieron algunos lineamientos para guiar la gestión del proceso de reconversión hospitalaria y los protocolos de atención, muchas decisiones cruciales quedaron en manos del personal operativo; es decir, médicos y enfermeras tuvieron que aplicar criterios discrecionales para hacer frente a la escasez de recursos básicos para atender a pacientes y familiares, saber cómo protegerse a sí mismos de la enfermedad y lidiar con un entorno laboral muchas veces hostil y poco empático con sus necesidades.

Este artículo arguye que, en un contexto de institucionalización débil, con poca claridad en las políticas diseñadas por autoridades superiores y gran escasez de recursos para la operación, la discrecionalidad es el único recurso del personal médico para enfrentar

.....

² En México, la operación de los servicios de salud para población sin seguridad social ha estado a cargo de los estados desde la descentralización de las décadas de 1980 y 1990 (Jaramillo, 2007). El gobierno de Andrés Manuel López Obrador está planteando la recentralización de ellos tras la eliminación del Seguro Popular en noviembre de 2019.

una situación de crisis tan compleja como la causada por la pandemia de covid-19. En tal sentido, este trabajo busca hacer también una contribución teórica al debate sobre la instrumentación de políticas públicas enfatizando que la discrecionalidad burocrática difícilmente se puede controlar en contextos en que las organizaciones públicas operan con baja capacidad institucional.

Instrumentación de políticas públicas desde abajo:

el papel de las burocracias a nivel de calle

Diversos estudios teóricos y empíricos coinciden en señalar que la etapa de instrumentación es una de las más importantes y complejas del proceso de elaboración de políticas públicas, sobre todo porque la multiplicidad de actores que intervienen en ella complica el cumplimiento de los objetivos establecidos en la fase de diseño (Pressman y Wildavsky, 1984). Para traducir los grandes objetivos públicos en acciones específicas, la instrumentación involucra a diversas instancias públicas, privadas y no gubernamentales que deben articular sus recursos, información y autoridad. Sin embargo, la articulación es entorpecida por diversos factores, incluyendo el hecho de que los actores no tienen la misma información ni los mismos recursos y persiguen objetivos diferentes, muchas veces contradictorios, por lo que sus acciones acaban respondiendo a intereses que no necesariamente coinciden con los objetivos estatutarios de las políticas (Winter, 2012).

Uno de los actores que han recibido mayor atención en el estudio de la instrumentación son las denominadas «burocracias a nivel de calle» (*street-level bureaucracies*), es decir, los agentes del Estado que tienen interacción directa con las poblaciones objetivo de las políticas públicas en la provisión de servicios; por ejemplo, el personal educativo, el de salud y el de tránsito, entre muchos otros (Lipsky, 2010). Uno de los atributos más importantes de las burocracias a nivel de calle es que gozan de un grado considerable de discrecionalidad en las decisiones que deben tomar en su interacción con diversas poblaciones (Maynard-Moody y Portillo, 2010). Puesto que estos actores suelen ser profesionales que lidian con las problemáticas de poblaciones muy diversas —adultos mayores, niñas y niños, beneficiarios de programas sociales—, difícilmente puede esperarse que su actuación se regule mediante estándares precisos establecidos de manera anticipada. Tampoco es sencillo controlar su comportamiento con mecanismos estrictos de supervisión, pues se trata de burocracias que operan en espacios cercanos a la población objetivo (clínicas, escuelas, la vía pública), muchas veces alejados de las oficinas donde se encuentra el personal directivo de sus organizaciones.

Todo lo anterior representa un problema para quienes conciben que las políticas públicas son mandatos instaurados en las esferas de la representación democrática que deben luego traducirse en planes operativos y presupuestos gestionados por la administración pública, de manera vertical, hasta llegar a la base de la pirámide organizacional. Si las burocracias responsables de hacer llegar los servicios del Estado no son plenamente controlables y gozan de discrecionalidad, lo más probable, según esa misma visión, es que su actuación acabe respondiendo a los intereses personales de esas burocracias y al interés público (Linder y Peters, 1987). En otros términos, a las burocracias a nivel de calle se les concibe como causantes directos de que las políticas fracasen.

Sin embargo, han surgido visiones diferentes como reacción al modelo vertical de instrumentación de políticas públicas, las cuales niegan que la discrecionalidad de las burocracias de ventanilla son necesariamente un aspecto negativo. Por el contrario, sostienen que el fracaso de las políticas en la consecución de sus objetivos lo explica más bien un diseño vertical incapaz de tomar en consideración las características del contexto donde las políticas van a operar finalmente, por lo que proponen que su diseño se haga a la inversa, es decir, de abajo hacia arriba, partiendo de identificar los comportamientos problemáticos que surgen en diversos niveles de la jerarquía administrativa y las alternativas de solución correspondientes a cada uno (Elmore, 1979). Evidentemente, las burocracias a nivel de calle tienen mayor información sobre la problemática de la población objetivo a la que atienden, por lo que deben desempeñar un papel fundamental en el diseño de las políticas y se les tiene que dejar de ver únicamente como ejecutoras de órdenes superiores.

La pandemia de covid-19 ha servido como escenario para analizar el comportamiento de diversos tipos de burocracias a nivel calle en diferentes países y bajo arreglos institucionales distintos. Aunque las altas autoridades político-administrativas han aparecido como las principales protagonistas de la toma de decisiones para enfrentar la crisis, el peso de la gestión ha recaído principalmente en quienes prestan servicios al público, especialmente personal médico, enfermeras, trabajadoras sociales, policías o maestras. Tratándose de una situación de crisis, estos actores tuvieron que modificar significativamente sus rutinas ordinarias para cumplir con las expectativas, muchas veces exageradas, de sus superiores jerárquicos y de quienes diseñaron las políticas para enfrentar la pandemia. Varias de esas experiencias se documentan en el primer número del volumen 23 del *Journal of Comparative Policy Analysis. Research and Practice*.

En Israel, por ejemplo, las decisiones de las autoridades centrales para lidiar con la

pandemia no solo aumentaron la exposición del personal médico, de seguridad pública y educativo a nuevos riesgos, sino que además se caracterizaron por su alto grado de ambigüedad, es decir, porque no dieron suficiente claridad al personal operativo sobre cómo instrumentarlas. Todo ello tuvo como consecuencia ampliar la discrecionalidad de las burocracias en el desempeño de sus funciones (Davidovitz, Cohen y Gofen, 2021).

Algo similar ocurrió en Brasil, donde la pandemia se enfrentó mediante un sistema de atención a la salud que, aunque es de carácter universal, opera con un arreglo institucional multinivel, es decir, con la participación del gobierno federal y las autoridades estatales y municipales. Puesto que las regulaciones federales para enfrentar la pandemia se publicaron con retraso y resultaron sumamente ambiguas y contradictorias, las autoridades municipales tuvieron que aplicar medidas discrecionales y sumamente heterogéneas, en particular para organizar las funciones del personal operativo de salud en el primer nivel de atención (Lotta, Coelho y Brage, 2021).

En el caso de México, Meza y colegas encuentran que durante la crisis de covid-19 el personal de salud terminó desempeñando diversos papeles que claramente rebasaban lo establecido en los lineamientos federales de reconversión hospitalaria. En otras palabras, además de «procesar clientes» (determinar la elegibilidad de las personas para recibir servicios, verificar el cumplimiento de diversos requisitos, etc.) y de «racionar recursos» (determinar qué personas deberían recibir prioritariamente los recursos disponibles), el personal de salud fungió como enlace con las familias de los pacientes, gestores de riesgos, participantes en órganos de deliberación para tomar decisiones, evaluadores de pacientes y hasta como apoyo de sus colegas (Meza, Pérez, Campos y Varela, 2021).

Metodología

Este trabajo se deriva de un proyecto de investigación más amplio cuyo objetivo fue conocer la situación de diversos derechos económicos, sociales y culturales en Jalisco durante los primeros diez meses de la pandemia de covid-19 (Anaya, Foust y Moreno, 2021). Se sustentó en dos fuentes primarias de datos, una de carácter cuantitativo y otra cualitativa. La primera fue una encuesta estadísticamente representativa de los hogares del área metropolitana de Guadalajara y el conjunto de los municipios del estado de Jalisco, levantada en campo de forma domiciliaria, cara a cara, durante la segunda quincena de noviembre de 2020, teniendo como persona informante a la jefa o el jefe del hogar o alguna persona de 18 años o más y cuyo tamaño muestral fue de 1 200 casos efectivos. Este artículo recupera algunos datos de la encuesta relativos a la incidencia y la aplicación

Cuadro 1. Relación de entrevistas a profundidad con personal médico en Jalisco

Institución	Puesto	Ciudad	Fecha y hora de entrevista
Hospital de Zona 14 (IMSS)	Médico general del área de triage respiratorio	Guadalajara	3/3/21, 18:00
Hospital Civil, Juan I. Menchaca	Auxiliar de enfermería	Guadalajara	4/3/21, 12:00
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde	Residencia de medicina paliativa del dolor	Guadalajara	5/3/21, 17:00
Hospital Regional de Autlán de Navarro y Centro Médico	Epidemióloga	Autlán y Guadalajara	8/3/21, 9:30
Hospital de Autlán de Navarro	Enfermera especialista que apoya en el área covid	Autlán de Navarro	9/3/21, 14:00
Clínica 46 (IMSS)	Epidemióloga	Guadalajara	9/3/21, 17:00

Fuente: Elaboración propia.

de pruebas diagnósticas para contrastarlos con la información oficial de vigilancia epidemiológica.

Para recuperar la perspectiva del personal operativo del sector salud sobre la gestión de la pandemia en Jalisco, la segunda fuente de información fueron seis entrevistas a profundidad con personal médico adscrito a otros tantos hospitales de la red estatal que se reconvirtieron para atender casos de covid-19 (una persona entrevistada por cada hospital), como se describe en el cuadro 1 (se omiten los nombres de las personas entrevistadas para proteger su identidad).

Originalmente, además de incluir entrevistas con el personal médico que tuvo la responsabilidad directa de atender a personas contagiadas de covid-19, la investigación había considerado entrevistar a autoridades sanitarias y personal directivo de los hospitales para contar con su perspectiva sobre los aspectos generales del diseño de la estrategia estatal para la gestión de la pandemia, tales como el proceso de reconversión hospitalaria, la generación de información para la toma de decisiones y la asignación de recursos. Sin embargo, aunque el equipo de investigación hizo varios intentos de hacer contacto con personal directivo de la Secretaría de Salud Jalisco, el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco y diversos hospitales de la red estatal, no hubo respuesta por parte de estas instituciones. Por lo tanto, las entrevistas se realizaron únicamente con personal médico y en ellas se abordaron las siguientes temáticas generales:

1. Su conocimiento y opinión sobre la reconversión hospitalaria y otros protocolos de actuación.
2. Los obstáculos que el personal médico enfrentó en el desempeño de sus funciones durante los primeros meses de la pandemia.
3. Las decisiones de priorización para la atención de pacientes contagiados de covid-19 y otros padecimientos.
4. La capacitación recibida para enfrentar la pandemia.
5. Las medidas de protección sanitaria para el personal operativo.
6. Las características del entorno laboral durante la pandemia.
7. Los impactos de la pandemia en la vida familiar del personal, incluyendo casos de trato discriminatorio.

Estrategia del gobierno estatal: el intento de ser diferentes

El 14 de marzo de 2020, el gobierno de Jalisco dio a conocer los primeros casos confirmados de la pandemia del nuevo virus SARS-COV-2 en su territorio. Seis días después, el gobernador del estado solicitó a la población jalisciense, por primera vez desde el inicio de la pandemia, iniciar un confinamiento domiciliario estricto durante cinco días, el cual, según dijo, reduciría drásticamente la propagación del virus (Alfaro, 2020). El anuncio del gobernador se anticipó a la declaración de emergencia sanitaria por parte del Consejo Nacional de Salubridad y a la suspensión de todas las actividades no esenciales en el territorio nacional a partir del 30 de marzo del mismo año. Desde entonces, la gestión de la pandemia de covid-19 en Jalisco se propuso marcar diferencias en relación con las medidas tomadas por el gobierno federal en diversos aspectos, aunque de manera destacada en la medición de la incidencia de la enfermedad (IGHS, 2021).

Medición de la incidencia

Jalisco adoptó un sistema de vigilancia epidemiológica que el gobierno denominó «activo», en el cual se lleva a cabo una búsqueda intencional de casos de covid-19. El sistema, establecido en la plataforma Radar Jalisco, incluye el conteo de los casos positivos reportados tanto por laboratorios particulares certificados para la realización de pruebas como los detectados por la Universidad de Guadalajara.³ En cambio, la vigilancia epi-

.....

³ Las características de Radar Jalisco pueden consultarse en la liga <https://coronavirus.jalisco.gob.mx>

demológica del nuevo virus por parte de la Secretaría de Salud del gobierno federal se basó en el modelo conocido como «centinela», el cual establece un muestreo de laboratorio al 10 % de los casos de infección respiratoria aguda ambulatoria y a la totalidad de casos de infección respiratoria aguda grave, así como al total de las defunciones (Ulloa, Arroyo, Gasca, Lozano, Olivas y Orozco, 2020). Los datos abiertos del gobierno federal sobre la incidencia de covid-19, publicados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, registran a todas las personas que buscan atención en alguna unidad de salud monitora de enfermedad respiratoria viral (USMER) por presentar alguna enfermedad respiratoria, es decir, son casos sospechosos de covid-19. La USMER, mediante una prueba diagnóstica, confirma si hay contagio, en cuyo caso el personal sanitario puede decidir su internación o brindar atención médica ambulatoria.⁴ El punto que se debe enfatizar es que personas contagiadas de covid-19 que no acuden a una USMER buscando atención (quizá porque son asintomáticas) no quedan registradas en la base de datos.

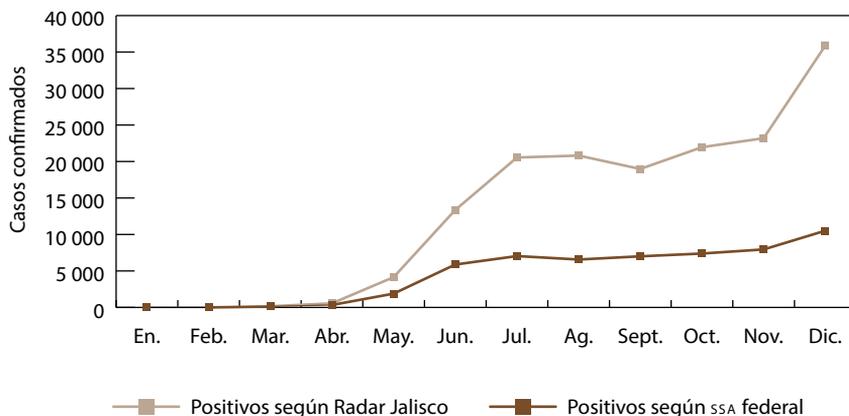
Los datos de incidencia de covid-19 en Jalisco durante 2020 difieren drásticamente según la fuente de información de que se trate, como se observa en la gráfica 1. De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud federal, los casos confirmados en el estado en abril de dicho año eran poco más de 300, pero en mayo ascendían ya a casi 2 000. La misma fuente señala que la incidencia de la enfermedad en Jalisco alcanzó su punto máximo en diciembre de 2020, con 10 516 casos confirmados. Sin embargo, los datos de Radar Jalisco muestran que desde mayo de 2020 la incidencia ya era el doble de la reportada por el gobierno federal en el mismo mes. La brecha entre ambas fuentes era cada vez más amplia: en diciembre de ese año los casos confirmados, según Radar Jalisco, eran 35 885, tres veces más de lo reportado por la Secretaría de Salud federal. Las diferencias entre ambas fuentes se confirman con los resultados de una encuesta estadísticamente representativa de los hogares de Jalisco llevada a cabo en la segunda mitad de noviembre de 2020 (Anaya *et al.*, 2021), donde se reportaba una cifra acumulada de contagios de 103 604 casos de covid-19 en el estado (el dato acumulado de incidencia entre marzo y noviembre de 2020, según Radar Jalisco, fue de 123 724 casos).

Las diferencias en los sistemas de medición de la incidencia de covid-19 también ofrecen dos historias diferentes en cuanto a la calidad del control de la enfermedad. Un

.....

⁴ Las características de los datos abiertos de covid-19 del gobierno federal pueden consultarse en <https://coronavirus.gob.mx>

GRÁFICA 1. Evolución de la incidencia de covid-19 de acuerdo con cada fuente



Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, Bases de datos covid-19 en México, y Gobierno de Jalisco, Radar Jalisco.

indicador convencional de ella es la razón de la mortalidad entre la incidencia, es decir, el número de muertes por covid-19 dividida entre el total de casos confirmados de esa enfermedad. Si se analiza con los datos del gobierno federal, la tasa promedio de mortalidad por incidencia en Jalisco fue de 0.13 entre marzo y diciembre de 2020, por encima del promedio nacional (0.10). En cambio, si se observa a partir de los datos de Radar Jalisco, el indicador alcanza un promedio de 0.05 para el periodo analizado (cuadro 2). Sin embargo, si en lugar de tal indicador se utiliza simplemente el número de muertes confirmadas por covid-19 por cada 100 000 habitantes, como se muestra en el mismo cuadro, se observa que Jalisco estuvo muy por debajo del promedio nacional, con 87.7 muertes por cada 100 000 habitantes, frente a las 120.4 que ocurrieron a nivel nacional en el mismo periodo. Aunque esto podría sugerir que las medidas de control de la pandemia adoptadas por Jalisco fueron más efectivas que las de otros estados, habría que descartar la posibilidad de que otros factores sanitarios y socioeconómicos hayan influido en estas diferencias.

Como ya se comentó, el sistema de vigilancia epidemiológica Radar Jalisco está basado en la realización de diversas pruebas de detección de covid-19 aplicadas por laboratorios privados certificados y otros operados por la Universidad de Guadalajara. Las pruebas de diagnóstico que reconoce Radar Jalisco incluyen las de reacción en cadena de

Cuadro 2. Razón de mortalidad por incidencia de covid-19 en Jalisco, marzo-diciembre de 2020

Mes	Nacional				Jalisco				
	Casos de covid-19 (datos federales)	Personas fallecidas por covid-19	Muertes por cada 100 000 habitantes	Mortalidad /incidencia	Casos de covid-19 (datos federales)	Casos de covid-19 (datos Jalisco)	Personas fallecidas por covid-19	Muertes por cada 100 000 habitantes	Mortalidad /incidencia (datos Jalisco)
Mar.	3 090	399	0.31	0.13	123	160	10	0.12	0.08
Ab.	29 378	7 089	5.5	0.24	337	559	44	0.53	0.13
May.	92 040	17 846	13.84	0.19	1 892	4 152	260	3.11	0.14
Jun.	158 285	21 618	16.77	0.14	5 881	13 363	847	10.15	0.14
Ju.	212 044	23 724	18.4	0.11	7 039	20 549	959	11.49	0.14
Ag.	170 607	16 836	13.06	0.1	6 567	20 810	973	11.66	0.15
Sept.	147 054	11 580	8.98	0.08	7 005	18 979	816	9.77	0.12
Oct.	171 711	13 277	10.3	0.08	7 387	21 962	860	10.3	0.12
Nov.	205 297	16 884	13.1	0.08	7 949	23 190	905	10.84	0.11
Dic.	327 581	25 918	20.11	0.08	10 516	35 885	1 649	19.75	0.16
Total 2020	1 517 141	155 173	120.38	0.1	54 696	159 609	7 323	87.72	0.13

Nota: A la razón de mortalidad por incidencia se le denomina también «razón de letalidad de los casos» (CER, por sus siglas en inglés) (OMS, 2020).

Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, Bases de datos covid-19 en México, y Gobierno de Jalisco, Radar Jalisco.

la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés), las de antígeno y las serológicas.⁵ De marzo a diciembre de 2020, Radar Jalisco reporta haber aplicado un total de 454 815 pruebas, de las cuales 82.1 % fueron PCR, seguidas en un lejano segundo lugar por pruebas serológicas (14.3 %) y en tercero por pruebas de antígeno (3.6 %), como se muestra en el cuadro 3. Esto contrasta claramente con las 131 345 pruebas que la base de datos del gobierno federal reporta que se aplicaron en Jalisco bajo el modelo centinela.

La cantidad de pruebas de detección reportadas por el gobierno de Jalisco coincide en gran medida con los resultados de la encuesta del estudio de Anaya *et al.* (2021), que preguntó explícitamente si algún integrante del hogar se había hecho alguna prueba de covid-19 entre marzo y noviembre de 2020. Como se muestra en el cuadro 4, aproximadamente 385 000 hogares de Jalisco (16.4 % de la muestra) reportaron que algunos de sus integrantes se efectuaron una prueba de detección durante ese periodo. Sin embargo, hay que observar que hubo personas en casi 6 % de los hogares que tenían razones para aplicarse la prueba pero no lo hicieron por diversos motivos, algunos de los cuales fueron la falta de recursos económicos, largos tiempos de espera o la negativa de los laboratorios a efectuarla.

Cuadro 3. Pruebas de detección de covid-19 aplicadas en Jalisco en 2020

	Número de pruebas	Porcentaje
Antígeno	16 281	3.60
Serológicas	65 116	14.30
PCR	373 418	82.10
Total	454 815	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en Gobierno de Jalisco, Radar Jalisco.

.....
⁵ De estas tres pruebas, la PCR se considera la más confiable, pues detecta el ARN del virus SARS-COV-2 en el cuerpo humano. La prueba de antígeno, por su parte, detecta proteínas del virus y es totalmente confiable cuando su resultado es positivo. Sin embargo, no es plenamente confiable cuando su resultado es negativo, lo cual ocurre cuando la persona presenta poca carga viral, especialmente al inicio de la infección. Finalmente, las pruebas serológicas detectan los anticuerpos producidos por el cuerpo humano como respuesta al SARS-COV-2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no las recomienda para diagnosticar a una persona que necesita atención inmediata, pues existe una alta probabilidad de que dichas pruebas no detecten anticuerpos durante la primera semana de la infección (OMS, 2020).

Cuadro 4. ¿Algún integrante del hogar se ha hecho la prueba de Covid?

	Hogares	Porcentaje
Sí y resultó positivo	103 605	4.30
Sí y resultó negativo	281 528	12.10
No, aunque sí era necesario hacerla	137 303	5.80
No era necesario hacerla	1 804 238	77.80
Total	2 326 674	100.00

Notas: 1) Quienes reportaron no haberse hecho la prueba, aunque ésta sí era necesaria, incluye a quienes no acudieron por temor al contagio, por desconocer a dónde ir, por no tener dinero para pagarla, por falta de confianza, porque no se las quisieron hacer o por el tiempo de espera en conocer los resultados; 2) el número absoluto de hogares se estimó a partir de los factores de ponderación del Censo de Población y Vivienda 2020.”

Fuente: Elaboración propia a partir de Anaya *et al.*, 2021.

Reconversión hospitalaria en Jalisco

La reconversión hospitalaria es el proceso mediante el cual las instituciones de atención hospitalaria de México buscan adaptar su infraestructura y sus servicios para atender a pacientes infectados con el virus SARS-COV-2, ante la expectativa de una demanda de servicios que rebasa su capacidad instalada. La base normativa de dicho proceso, a nivel nacional, son los *Lineamientos de reconversión hospitalaria*, publicados por la Secretaría de Salud en abril de 2020. En tal documento se establecen, entre otros objetivos: 1) asegurar la continuidad en la atención primaria a la salud; 2) asegurar la coordinación, toma de decisiones y comunicación efectiva entre las instituciones para la reconversión de hospitales; 3) evaluar la capacidad instalada, la planeación y el uso racional de los recursos; 4) la generación de información, y 5) la prestación de atención médica para reducir la transmisión intrahospitalaria del virus. Según los lineamientos, la figura responsable de la reconversión en cada hospital es el comité covid-19, integrado por personal directivo, de áreas críticas y de soporte para la atención de pacientes con la enfermedad.

El comité es responsable de determinar la capacidad instalada, planear la continuidad de los servicios, capacitar al personal en diversas materias relacionadas con el manejo de la pandemia en el hospital y designar personal que evalúe el estado de salud física, mental y emocional del personal sanitario. Los lineamientos establecen tres fases para la atención de pacientes críticos, cada una de las cuales va aumentando progresivamente las exigencias de reconversión en función de la demanda de atención hospitalaria. También abordan asuntos diversos de manera dispersa (por ejemplo, las condiciones de acceso a

los establecimientos, la atención en consultorios y en hospitalización, servicios que podrían suspenderse o posponerse, así como aquellos que no, entre otros), pero en ninguna parte dan instrucciones específicas que seguir ante distintas contingencias.

En el caso de Jalisco existe un Plan de Reversión Hospitalaria, que se publicó en el portal de internet dedicado por el gobierno del estado a la gestión de la pandemia. Sus objetivos son similares a los enunciados a nivel nacional, como aprovechar al máximo la infraestructura hospitalaria, reforzar la capacidad de respuesta gubernamental ante la pandemia y brindar la atención necesaria a pacientes graves.⁶ En Jalisco se establecieron 15 hospitales de referencia de la red estatal para atender a pacientes con covid-19 y se habilitó un hospital privado para tal fin.⁷ El plan contempla cuatro fases o escenarios de atención, cada uno de los cuales va ampliando el número de camas para la atención de personas con la enfermedad. Al igual que en el caso de los lineamientos nacionales, el Plan de Reversión Hospitalaria en Jalisco no ofrece mayores pormenores de la estrategia que se fuera a seguir.

Atención a la salud durante la pandemia en Jalisco

desde la perspectiva del personal operativo

Dificultades para enfrentar la pandemia

A un año de iniciada la pandemia de covid-19 en México, el personal operativo del sector salud de Jalisco demostró haber adquirido suficiente información sobre las características de cada una de las fases de alerta epidemiológica establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde las actividades de planificación y desarrollo de capacidades para enfrentar los primeros casos de la enfermedad hasta la adopción de medidas de aislamiento para la contención en la etapa más avanzada. Sin embargo, al mismo tiempo reconoce que la reacción social a la pandemia y las decisiones gubernamentales para hacerle frente no siguieron una lógica secuencial en sentido estricto. En primer lugar, reconoce que las personas reaccionaron inicialmente con una gran dosis de miedo e incertidumbre, aunque también de incredulidad y enojo. El miedo y la incertidumbre dieron lugar a

.....

⁶ El plan se describe en la liga <https://coronavirus.jalisco.gob.mx/reconversion-hospitalaria/>

⁷ Los de la red estatal fueron el Hospital General de Occidente (Zoquepan) y su adjunto el Hospital Geriátrico, el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca y el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, así como diez hospitales regionales y el Hospital Comunitario de Colotlán. Del sector privado se habilitó el Hospital Ángel Leño.

que la gente tuviera conciencia del autocuidado y el cambio de hábitos, mientras que el enojo y la incredulidad propiciaron actitudes de resistencia y desacato ante las medidas gubernamentales adoptadas.

Las etapas que se fueron registrando conforme fue avanzando la pandemia desde que inició, el temor y el rechazo de la gente por no creer algo real que estaba impactando directamente en la salud de todas las personas y conforme fue evolucionando, el ver que la población solo cree hasta que ve (mujer, 31 años, enfermera especialista, Hospital Regional de Autlán).

En opinión de las personas entrevistadas, el principal obstáculo que enfrentaron las autoridades sanitarias y el personal médico fue la insuficiencia de recursos en los hospitales habilitados para atender a pacientes de covid-19. Específicamente la infraestructura inadecuada para su atención eficaz, carencia de suministros, falta de capacidad hospitalaria y escasez de personal, como da cuenta el testimonio siguiente:

Uno de los principales obstáculos es que el sector salud en el estado está en su capacidad máxima, los hospitales siempre están llenos; se atendían los pacientes nuevos que no se esperaban, más los que se suele atender; eso quiere decir que no teníamos la capacidad suficiente para atender eso [...]. La otra es la disponibilidad de suministros; al principio no había apoyo económico; entonces, había gente que necesitábamos cierto equipo de protección, pero todavía no nos llegaba el insumo, había gente que tenía que comprar su equipo de protección para poder entrar a atender pacientes covid (mujer, 33 años, jefa de epidemiología, Clínica 46).

Las personas entrevistadas opinaron que el sector salud de Jalisco padecía insuficiencia de varios recursos. En los primeros meses de la pandemia fue notorio que el personal médico no era suficiente para atender la demanda de servicios. Aunque se contrataba a más personal conforme pasaba el tiempo, la cantidad de recursos humanos siempre era inferior a la demanda de atención, especialmente cuando aumentó la cantidad de pacientes graves, que requerían una atención similar a la de terapia intensiva. Según estimaciones de las personas entrevistadas, la razón de pacientes por enfermero o enfermera debe ser, idealmente, entre dos y tres. Sin embargo, durante el periodo de mayor demanda dicho indicador se ubicaba entre seis y siete. Además, otros recursos, como el equipo biomédico, las camas, los insumos materiales y el equipo de protección, también eran insuficientes o no tenían la calidad necesaria.

... nos dan las mascarillas N95; nos las estuvieron dando inicialmente, pero ahora nos dan unas en forma de concha que, para mi gusto, no son las adecuadas; a veces los overoles son de muy mala calidad, inicialmente estaban un poquito mejor, y sí hay veces que hay escasez de equipo de protección en general para todos los compañeros que trabajamos en el hospital: la asistente, el intendente, el que labora en la cocina, médicos, enfermeras, todos, porque a final de cuenta todos estamos en el hospital y hay veces que no alcanza para todos; se da únicamente a los médicos, a los que ingresan a área covid, pero también los otros están en contacto (mujer, 41 años, médica general, Hospital de Zona 14).

Había días que ni siquiera había una jeringa, tenías que reciclar jeringas porque no podías darle una jeringa a cada uno de los pacientes. El equipo médico y biomédico es la mayor deficiencia de esta pandemia [...]. Nosotros tenemos un jefe, y ellos lo notifican a los supervisores de la deficiencia que estamos teniendo por turno. Desafortunadamente, como turno nocturno carecemos más de eso porque el turno matutino es cuando se surte todo. Entre el turno matutino y el vespertino están bien de su material, pero llegamos nosotros y llegamos con deficiencia, no tenemos jeringas, no tenemos nada (hombre, 29 años, auxiliar de enfermería, Hospital Civil Juan I. Menchaca).

Cada hospital enfrentó obstáculos diferentes. En el caso del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca se recalcó la falta de equipo biomédico e insumos suficientes para atender pacientes. En el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, por tratarse de un hospital de tercer nivel con todas las especialidades, se enfrenta una alta demanda todo el tiempo y se mantiene a su máxima capacidad, trabajando 24 horas al día, incluso en sus quirófanos. Cuando llegó la pandemia, solo pudo dedicarse una pequeña área a la atención de este tipo de pacientes. Además, durante el pico de contagios, en enero de 2021, otros hospitales, como el Hospital Civil Juan I. Menchaca, les derivaron pacientes con padecimientos distintos del covid-19, pues al habilitar los pisos específicos para atención del coronavirus, ya no los podían atender.

Tuvimos que hacer un consultorio específico para atender los pacientes. Tener que hacer un consultorio nuevo con la luz y con la ventilación y con el equipo, todo lo que se necesitara para atender pacientes, yo creo que eso fue lo más difícil (mujer, 36 años, jefa de epidemiología, Hospital Regional de Autlán).

No existía un área con las condiciones en cuanto espacio, ventilación, control de temperatura adecuada para este tipo de pacientes; específicamente porque requieren condiciones extras, y la verdad es que prácticamente casi ningún hospital las tiene (hombre, 31 años, residente en medicina paliativa del dolor, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde).

Falta de gestión, porque no se veía que se gestionaran o se pidieran más ventiladores. Se gestionó, pero muy poco, y se donaron creo que como 20 ventiladores a lo mucho, pero no eran suficientes (hombre, 29 años, auxiliar de enfermería, Hospital Civil Juan I. Menchaca).

La insuficiencia de recursos médico-hospitalarios, especialmente de camas para atender a pacientes con covid, influyó mucho en las decisiones de suspensión o postergación de servicios, así como de priorización de pacientes infectados de dicha enfermedad. En general, los hospitales habilitados para atender covid-19 suspendieron temporalmente o redujeron los servicios de consulta externa y de especialidades como oftalmología, psiquiatría, ginecología y cirugía, entre otras. Cuando algún paciente requería el servicio con urgencia, en ocasiones se le brindaba, pero en muchas otras se le enviaba a otro hospital, pues el objetivo principal era reducir el tránsito de personas para evitar contagios y, al mismo tiempo, aumentar la capacidad de atención de la pandemia.

La priorización de pacientes se realizó con un mismo criterio en todos los hospitales (Consejo de Salubridad General, 2020): al llegar una persona sospechosa de tener covid-19, se le hace pasar al área de triage respiratorio, donde se determinan la gravedad del caso y el tipo de atención que debe recibir. En los casos más graves, los pacientes se hospitalizan inmediatamente, mientras que los menos graves se envían a recuperación domiciliaria, con la indicación de seguir el tratamiento recomendado. Hay, sin embargo, criterios adicionales al del triage respiratorio para decidir cómo proceder con la atención de casos particulares. Por ejemplo, cuando no hay camas suficientes se suele priorizar a pacientes cuya atención inició antes de la llegada de personas con síntomas incluso más graves. Otro criterio que las personas entrevistadas manifestaron conocer, pero que reportaron no haber tenido la necesidad de aplicar, es que cuando dos pacientes con síntomas de igual gravedad llegan en el mismo momento para recibir atención y no hay capacidad para atenderlos de manera simultánea ni en el hospital al que llegan ni en ningún otro público o privado, la decisión se toma en función de cuál de los dos tiene mayores probabilidades de sobrevivir. En opinión del personal entrevistado, el hecho de no haber tenido la necesidad de aplicar este criterio, situación que se califica como «extrema»,

demuestra que el proceso de reestructuración hospitalaria para la atención de pacientes con covid-19 fue exitoso, pues la adecuación de las instalaciones y estrategias de atención fueron medidas suficientes.

Medidas de protección al personal de salud

Si bien hubo oferta de capacitaciones sobre diversos temas relativos al manejo de covid-19, estas fueron poco estructuradas e irregulares. Hubo quienes manifestaron haber recibido capacitación de manera continua, mientras que otros apuntan que solo la recibieron al inicio de la pandemia, sin posteriores actualizaciones ni tener supervisión de que se cumplieran los protocolos. Hay también diferencias entre hospitales, pues algunos parecen haber capacitado a todo su personal, mientras que otros capacitaron únicamente al personal de primera línea.

La única capacitación que recuerdo que a mí me hayan dado fue el uso del equipo de protección, pero al final el equipo de protección lo usabas de acuerdo a como tú te sentías (hombre, 29 años, auxiliar de enfermería, Hospital Civil Juan I. Menchaca).

De hecho cada vez que hay una modificación ante la pandemia, se tiene que capacitar a todo el personal, al principio hubo una capacitación en masa para la atención de la pandemia [...]. Se capacita desde prevención de infecciones, higiene de manos, uso de equipo, uso de medicamentos, manejo de cadáveres, identificación de casos, estudios radiológicos como tomografías, radiografías para identificar adecuadamente el covid, el uso de pruebas (mujer, 33 años, jefa de epidemiología, Clínica 46).

Aunque el proceso de entrega del equipo de protección al personal sanitario fue un poco más homogéneo que el de capacitación, hubo prácticas que ocasionaron contagios. Una de ellas fue la instrucción de reutilizar el cubrebocas durante un tiempo máximo acumulado de 24 horas, la cual parece haber respondido al objetivo de ahorrar recursos.

Si usabas durante cuatro horas la mascarilla, después de desvestirte tenías que guardarla con una nota que dijera cuándo la usaste y cuántas horas tenía de uso ese día porque esa mascarilla te tenía que durar 24 horas; las veces que las usaras, pero 24 horas. Entonces, se notó mucho la deficiencia al principio, de que no podías hacer uso de otra mascarilla al siguiente día que fueras a trabajar; tenías que usar la misma, pero siempre y cuando le fueras rebajando las horas de uso, y es antihi-

giénico porque al final la mascarilla tenía contaminación de los pacientes [...]. Después de que se vio que varios compañeros se comenzaron a infectar se decidió quitar eso y se empezó a dar una mascarilla por cada vez que entraras (hombre, 29 años, auxiliar de enfermería, Hospital Civil Juan I. Menchaca).

Hay testimonios que sugieren que los materiales de protección entregados al personal eran de baja calidad, ante lo cual este debía extremar precauciones y, en la mayoría de los casos, invertir recursos económicos propios para adquirir material de mejor calidad y durabilidad y procurarse una mayor protección. Por otra parte, hubo quienes refirieron que la distribución del material de protección daba preferencia al personal médico y de enfermería de primera línea, y excluía al resto del personal, que también estaba en riesgo de contagio.

Cuando empezó lo del covid sí existía equipo de protección, pero nada más está normada la bata, las botas, los *googles*, el gorro y el cubrebocas. Y en todos los países usaban lo que le llaman el mono o el *taiber*, que parece de astronauta. Mucha gente no quería meterse al área sin él, entonces mucha gente se lo compraba; después el sistema de salud, aunque no está normado como protección, lo comenzaron a adquirir a través de recursos propios (mujer, 33 años, jefa de epidemiología, Clínica 46).

Entonces, ¿cuánto me he gastado en promedio? No sé, ponle dos mil pesos. A lo mejor dices, bueno, no es mucho, pero son cosas que se supone te debieron de haber dado porque estás haciendo tu trabajo. En un principio nosotros compramos nuestro equipo, después se nos otorgó ahí en la clínica, pero solamente a los médicos que estábamos en atención directa (mujer, 41 años, médica general, Hospital de Zona 14).

La adecuación de espacios de atención también representó un problema para el personal de salud. Por ejemplo, la ventilación compartida por todo el edificio representó un reto cuando comenzaron los ingresos por covid-19, pues el contagio por vía aérea fue una posibilidad que tuvieron que afrontar con rapidez y, debido a ello, la medida de aislar los cuartos de atención dejándolos sin ventilación provocó problemas secundarios como el aumento de calor en la habitación, que se acentuaba con el uso del equipo de protección.

... el equipo de protección personal de por sí es un equipo muy incómodo de traer y las áreas covid por lo general están hechas para que no entre aire, no entre polvo, no entren insectos. Entonces, se tenía que planear también que tuviera una ventilación aparte del resto del hospital, y en lo que se hicieron las modificaciones eran áreas que estaban muy calientes (mujer, 36 años, jefa de epidemiología, Hospital Regional de Autlán).

Entorno laboral durante la pandemia

Los horarios laborales en los hospitales analizados son de ocho horas, tanto en el turno matutino como en el vespertino. En cambio, el turno nocturno es de 12 horas. En las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) existe una jornada laboral llamada «jornada acumulada», que consiste en trabajar los sábados de 7:30 de la mañana a 10:00 de la noche, y los domingos se laboran 24 horas, se inicia el turno a las 8:00 de la mañana y se termina a la misma hora del lunes. Todas las personas entrevistadas tuvieron que trabajar horas extra en algún momento, o modificar sus horarios con base en las necesidades de atención hospitalaria o debido a la falta de personal por contagios masivos.

Una de las grandes dificultades que enfrenta el personal que labora en el área covid son las restricciones para atender sus necesidades básicas propias. Por ejemplo, portar equipo de protección personal requiere grandes cuidados, tanto para colocarse como para retirarse y no contaminar ni ser contaminado. Además, es un equipo disponible para su uso solo por un día, una vez que entran al área covid deben hacer lo posible por no retirarlo hasta salir.

Tienes todo el equipo de protección: la careta, la mascarilla N95, los guantes. Generalmente un pase de visita puede tardarse cuatro, cinco horas, dependiendo de todo lo que se tenga que hacer ahí adentro con los pacientes. Una vez que checamos a los pacientes, hacemos el pase, hacemos exámenes y todo el rollo; al salir pues ya si tienes sed... vas al baño. Pero sí, no es un lugar que tú digas «¡ah! entro y salgo». Estás ahí hasta que termines tus pendientes, y eso puede ser cuatro, cinco, seis horas. Pero claro que nos turnamos, nos salimos porque también como en un inicio que la gente se estaba ahí 12 horas dentro... ¡No estaba bien eso! (mujer, 41 años, médica general, Hospital de Zona 14).

Como consecuencia de lo anterior, el personal adoptó algunas estrategias para cumplir con las horas necesarias sin despojarse del equipo de protección personal. En los hospitales con mayor cantidad de personas, especialmente los del área metropolitana de

Guadalajara, el personal operativo acordó compartir horarios para reducir su tiempo de estancia en el área covid, dividiéndose en dos turnos: mientras algunos atendían dicha área, otros se dedicaban a tareas que no requerían usar el equipo de protección, y además les permitían satisfacer sus necesidades básicas. Por el contrario, en el Hospital Regional de Autlán, donde se cuenta con menos personal, las horas que pasaban en el área covid eran del doble en comparación con el caso antes mencionado. Ello les ha orillado a tomar medidas drásticas que les ayuden a soportar esa larga jornada; por ejemplo, hay quienes han optado por el uso de tanto para poder orinar, lo mismo que las mujeres que estaban atravesando por su periodo de menstruación, pues el uso de una toalla sanitaria no sería suficiente para la cantidad de horas que pasaban adentro.

Una vez que entras te privas de toda necesidad básica [...]. Hubo compañeras que se ponían pañal, se ponían pañal de adulto porque decían que les daban ganas de hacer pipí y que ellas no se podían aguantar, entonces ellas sí usaron pañal; las que estaban en sus días pues decían que también se ponían un pañal (mujer, 31 años, enfermera especialista, Hospital Regional de Autlán).

Efectos sobre el personal de salud e impactos en su vida familiar

Las personas entrevistadas estimaron que el porcentaje aproximado de personal infectado a lo largo de la pandemia fue de 70 % a 80 %, lo que impactó directamente en la cantidad de trabajo y de horas laboradas por el personal restante.

Te puedo decir que de los médicos con los que tengo contacto directo los fines de semana, la mayoría se infectaron, la mayoría [...]. Vamos a poner una cifra: si somos veinte médicos en urgencias, te puedo decir que dieciséis de ellos ya se infectaron (mujer, 41 años, médica general, Hospital de Zona 14).

Sí te puedo decir que de un 100 % del personal, hablando de camilleros, laboratoristas, todo, yo creo que el 70 % sí se contagió (hombre, 29 años, auxiliar de enfermería, Hospital Civil Juan I. Menchaca).

Un porcentaje aproximado, el 80 % de mi hospital, todo se infectó; en diferentes momentos después, pero la mayoría sí se infectó, casi todos adquirimos covid, fue raro el que no (mujer, 31 años, enfermera especialista, Hospital Regional de Autlán).

El procedimiento que los hospitales seguían ante la sospecha de infección de alguno de sus trabajadores operó de manera muy estandarizada. Quien presentaba síntomas debía informar inmediatamente a su jefe inmediato, quien se encargaba de autorizar que se retirara al área de revisión de pacientes sospechosos y hacía las modificaciones necesarias para cubrir la ausencia en su lugar de trabajo. Posteriormente, en el área de revisión se determinaba si el trabajador cumplía con los criterios diagnósticos o la sintomatología, y de ser así, se le hacía una prueba de detección y se le enviaba inmediatamente a su hogar con una incapacidad de tres días, tiempo que tardaría en obtenerse su resultado. Cuando este era negativo, el trabajador debía reincorporarse a su lugar de trabajo; en caso contrario, la incapacidad debía extenderse por 14 días. Es importante hacer notar que el trámite de la incapacidad tenía que realizarse de manera presencial, por el propio trabajador infectado o a través de una tercera persona autorizada. En cualquier caso, dicho requisito contravenía las medidas de protección dictadas por las autoridades sanitarias.

A un año de haberse declarado la pandemia, el personal de salud percibía que su arduo trabajo desencadenó el síndrome de *burnout*: fatiga física y emocional, incremento en los niveles de estrés, la desesperación de no ver cuándo podría terminar el ritmo acelerado y complejo de trabajo y la despersonalización surgida de portar un equipo que no les permitía reconocerse entre compañeros ni ser reconocidos por los pacientes mismos. El tipo de trabajo creaba afecciones particulares relacionadas con su papel en la atención de la pandemia; por ejemplo, el personal de enfermería dio testimonios de sobresaturación y dificultad para atender a los pacientes por el número de ellos que a cada uno le correspondía; las declaraciones de quien tenía la responsabilidad de comunicarse con la familia para darle información sobre el estado del paciente refieren frustración y tristeza, sobre todo cuando comunicaban una noticia de fallecimiento.

Fatiga física y emocional porque fíjate y es triste, es feo, ver a los pacientes que ingresan con la insuficiencia respiratoria; y no solo al paciente, ver a sus familiares, ver a su familia directa, su esposa, su esposo, sus hijos, sus hijas, y ver cómo depositan toda su confianza en nosotros como personal médico, como hospital (mujer, 41 años, médica general, Hospital de Zona 14).

Mis compañeros, que son médicos tratantes de primera línea, están físicamente cansados, emocionalmente también; pero pues siguen adelante, saben que su papel dentro de esta pandemia es importante, pero sí ha impactado (hombre, 31 años, residente en medicina paliativa del dolor, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde).

Creo que la parte más difícil es la parte emocional; porque claro que creas empatía con el paciente, creas empatía con el familiar, todos los días ves a lo mejor un mismo paciente que ahí la lleva, ahí la lleva y de repente no la hizo. Y todas las muertes, ¡claro que son terribles! (mujer, 36 años, jefa de epidemiología, Hospital Regional de Autlán).

Desde la percepción del personal médico y de enfermería, hubo una notable falta de empatía por parte del personal directivo y administrativo, pues a pesar de la fatiga física y mental, las condiciones penosas en las que laboran, las largas horas que pasan trabajando con un incómodo equipo de protección personal y la afectación en su salud emocional, la administración se extralimitó pidiendo que cumplieran con sus tareas desde el principio de la pandemia, cuando no contaban con los equipos de protección personal.

Lo que sí creo es que por parte de directivos y personal administrativo no había esa empatía ni se involucraban junto con el personal operativo, ya que uno que lo vive, que estás ahí, que estás dentro, que le topas día a día a la pandemia, no es lo mismo a alguien que lo ve a distancia, lo ve desde arriba; entonces, ahí sí creo que hace falta reforzar un poquito más (mujer, 31 años, enfermera especialista, Hospital Regional de Autlán).

Para atender la salud de sus trabajadores en el entorno de la pandemia, el IMSS incorporó la figura de «psicóloga covid», encargada de impartir talleres para propiciar la relajación en el personal, el manejo y la disminución en la información de noticias que se leen, la importancia del buen dormir y de las actividades de recreación, así como de mantener activas relaciones sociales aunque sea por medios virtuales.

En el hospital sí funciona la psicóloga, pero en algunos hospitales no iba; entonces, lo que empezaron a hacer era talleres de relajación un día a la semana (mujer, 36 años, jefa de epidemiología, Hospital Regional de Autlán).

La entrevista dejó entrever el problema de discriminación social de que el personal médico fue objeto, especialmente en los primeros meses de la pandemia (BBC News, 2020). Dos enfermeros y una médica mencionaron haber sido víctimas de discriminación, y aunque los demás lo negaron en un primer momento, posteriormente, conforme avanzaba la entrevista, reflexionaron y compartieron que, aunque no sufrieran discriminación en la calle o agresiones físicas (presumiblemente debido a que todos los entre-

vistados suelen trasladarse en su propio vehículo), sí llegaron a percibir comentarios o actitudes de rechazo.

Al principio sí me pasó algo en el camión: iba mi compañero y ya que nos subimos al camión y nos sentamos a un costado de una persona, y la persona empezó a rociar Lysol, y aparte de nosotros fue algo así de «quítense, no se me arrimen» (hombre, 29 años, auxiliar de enfermería, Hospital Civil Juan I. Menchaca).

Se tuvo que autorizar que entraran con sus mochilones y el cambio de ropa posterior a estar en las áreas covid; que no estuvieran con el uniforme institucional o alguna cosa alusiva a eso, porque luego sí sufrían de discriminación. Pues prácticamente eso, muchas quejas en cuanto abuso de los taxis, por ejemplo, para transportarlos (mujer, 36 años, jefa de epidemiología, Hospital Regional de Autlán).

El ámbito familiar también sufrió modificaciones significativas. En algunos casos los trabajadores del sector salud, por decisión propia, optaron por distanciarse de sus seres queridos para protegerlos, mientras que en otros sus familiares decidieron tomar distancia de ellos al saberlos inmersos en un ambiente de alto riesgo de contagio.

Mis compañeros que tienen niños dejaban a sus hijos con otros familiares porque no podían estar con ellos. Fue muy triste ver que te contaban que extrañaban a su familia y que no podían estar con ellos para bien de ellos (mujer, 31 años, enfermera especialista, Hospital Regional de Autlán).

Conclusiones

Este trabajo ha mostrado cómo la crisis de covid-19 en México creó incentivos para que el gobierno de Jalisco intentara diferenciarse del gobierno federal en su respuesta a la pandemia, comenzando por reaccionar de manera anticipada al tomar medidas de confinamiento y por establecer un mecanismo de vigilancia epidemiológica basado en la aplicación de un mayor número de pruebas de diagnóstico en comparación con el modelo centinela, adoptado por el gobierno federal. Los datos de incidencia reportados por cada sistema de medición son ampliamente divergentes, aunque es un hecho que la tasa de mortalidad por covid-19 por cada 100 000 habitantes fue muy inferior en Jalisco en comparación con el promedio nacional para el periodo analizado. Determinar si la diferencia

fue realmente resultado de las medidas de control aplicadas por el gobierno de Jalisco durante los primeros meses de la pandemia será motivo de una investigación futura.

Independientemente de los esfuerzos por diferenciarse de las altas autoridades del poder ejecutivo estatal, la gestión de la pandemia quedó en gran medida bajo la responsabilidad del personal operativo adscrito a las unidades de salud encargadas de atender directamente a las personas contagiadas por el virus. Los testimonios recabados en entrevistas dan cuenta de que, en un contexto de crisis, el personal médico se vio obligado a echar mano de su poder de decisión discrecional para enfrentar la pandemia en un entorno institucional caracterizado por recursos insuficientes, directrices poco claras por parte de las autoridades sanitarias federal y estatal y exigencias excesivas del personal directivo, que mostró poca sensibilidad a las necesidades de quienes atendieron a los pacientes infectados por el virus. Este artículo describe cómo el personal médico tuvo que desempeñar diversos papeles, desde prestar los servicios básicos de atención e interactuar con familiares de los enfermos de covid-19 hasta diseñar mecanismos junto con sus compañeros de trabajo para hacer más llevaderas las jornadas laborales. Hay que destacar que para desempeñar dichas funciones el personal operativo tuvo que utilizar insumos de mala calidad y muchas veces aportó recursos propios para adquirir el equipo de protección necesario, corrió un alto riesgo de contagio y padeció estrés laboral.

La evidencia confirma una proposición central de la literatura sobre instrumentación de políticas: que las burocracias a nivel de calle gozan de amplio margen de discrecionalidad, especialmente cuando el marco regulatorio de las políticas públicas es ambiguo, como ocurrió en México y otros países ante el arribo de un virus nuevo. Los testimonios recabados en este trabajo ilustran cómo el comportamiento discrecional del personal médico en la gestión de la pandemia fue su único recurso para enfrentar un contexto de debilidad institucional, recursos limitados y poca claridad en las políticas federal y estatal de reconversión hospitalaria y de prevención de la propagación del virus ◇

Referencias

- Alfaro, E. (2020). Covid-19 | Llamado a Jalisco. Gobierno de Jalisco. https://www.youtube.com/watch?v=pE_XWHxbnAM
- Anaya-Muñoz, A., Foust-Rodríguez, D. y Moreno-Jaimes, C. (2021). *Vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales durante la pandemia de covid-19 en Jalisco*. Informe de investigación. Guadalajara: ITESO. <https://transformaciones.iteso.mx/informe-encuesta-covid-desc/>
- BBC News (2020). Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra per-

- sonal médico que combate el covid-19. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>
- Consejo de Salubridad General (2020). Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaaje_30_Abril_2020_7pm.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2020). Resultados de pobreza en México 2020 a nivel nacional y por entidades federativas. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2020.aspx
- Davidovitz, M., Cohen, N. y Gofen, A. (2021). Governmental response to crises and its implications for street-level implementation: policy ambiguity, risk, and discretion during the covid-19 pandemic. *Journal of Comparative Policy Analysis. Research and Practice*, 23(1), 120-130. DOI: 10.1080/13876988.2020.1841561
- Elmore, R. (1979). Backward mapping: implementation research and policy decisions. *Political Science Quarterly*, 94(4), 601-616. DOI:10.2307/2149628
- Flamand, L. y Moreno-Jaimes, C. (2014). *Seguro Popular y federalismo en México: un análisis de política pública*. Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- Gobierno de Jalisco (2021). Plan de Reconversión Hospitalaria en Jalisco. Jalisco ante la pandemia. <https://coronavirus.jalisco.gob.mx/reconversion-hospitalaria/>
- Gobierno de Jalisco (2021). Radar Jalisco. <https://coronavirus.jalisco.gob.mx/>
- Gobierno de Jalisco (2021). Un año de pandemia por covid-19: Jalisco, un ejemplo nacional. <https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/9713>
- Institute for Global Health Sciences (IGHS) (2021). *La respuesta de México al covid-19: estudio de caso*. University of California, San Francisco. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (s.f.). Tablero sobre exceso de mortalidad en México covid-19. <https://www.insp.mx/recomendaciones/tablero-sobre-exceso-de-mortalidad-en-mexico-covid-19>
- Jaramillo, M. (2007). La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 85-111.
- Linder, S. y Peters, G. (1987). A design perspective on policy implementation: the fallacies of misplaced prescription. *Review of Policy Research*, 6(3), 459-475. DOI:10.1111/J.1541-1338.1987.tb00761.x
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation.

- Lotta, G., Coelho, V. y Brage, E. (2021). How covid-19 has affected frontline workers in Brazil: a comparative analysis of nurses and community health workers. *Journal of Comparative Policy Analysis. Research and Practice*, 23(1), 63-73. DOI:10.1080/13876988.2020.1834857
- Maynard-Moody, S. y Portillo, S. (2010). Street-level bureaucracy theory. *The Oxford Handbook of American Bureaucracy*. Oxford University Press. DOI:10.1093/oxfordhb/9780199238958.003.0011
- Meza, O., Pérez-Chiqués, E., Campos, S. A. y Varela-Castro, S. (2021). Against the covid-19 pandemic: analyzing role changes of healthcare street-level bureaucrats in Mexico. *Journal of Comparative Policy Analysis. Research and Practice*, 23(1), 109-119. DOI:10.1080/13876988.2020.1846993
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Pruebas diagnósticas para el SARS-COV-2. Orientaciones provisionales, 11 de septiembre de 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335830/WHO-2019-NCOV-laboratory-2020.6-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). Global health expenditure database. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). Definiciones de casos para la vigilancia covid-19. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/definiciones-casos-para-vigilancia>
- Pressman, J. y Wildavsky, A. (1984). *Implementation*. University of California Press.
- Secretaría de Salud (2020). Bases de datos covid-19 en México. Dirección General de Epidemiología. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/informacion-referente-a-casos-covid-19-en-mexico/resource/ac43bee1-1661-4d5c-8295-72d0e17ae1fe>
- Secretaría de Salud (2020). Lineamientos de reconversión hospitalaria 5 de abril. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
- Ulloa, E., Arroyo, J., Gasca, N., Lozano-Esparza, S., Olivas, A. y Orozco del Pino, P. (2020). Descifrar el modelo centinela. *Nexos*. <https://datos.nexos.com.mx/descifrando-el-modelo-centinela>
- Winter, C. (2012). Implementation perspectives: status and reconsideration. *The SAGE handbook of public administration* (pp. 265-278). DOI:10.4135/9781848608214.n17