

<http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25912755/8he0yhjje>

## De jornadas difíciles... Condiciones laborales del personal de salud durante la crisis inicial de COVID-19 en México

**Margarita Estrada Iguíniz\***

<https://orcid.org/0000-0001-9705-474X>

*CIESAS-CONACYT, México*  
[margaritaestrada2011@gmail.com](mailto:margaritaestrada2011@gmail.com)

**Georgina Rojas García\*\***

<https://orcid.org/0000-0003-2334-5215>

*CIESAS-CONACYT, México*  
[georgina@cieras.edu.mx](mailto:georgina@cieras.edu.mx)

**Lisa Warn Cruz\*\*\***

*Investigadora independiente*  
[lisawarn@hotmail.com](mailto:lisawarn@hotmail.com)

Recibido: 14-06-22

Aceptado: 22-08-22

**Resumen.** En este artículo examinamos las condiciones de trabajo prevalentes entre el personal médico y de enfermería que atendió a pacientes contagiados por el virus SARS-CoV-2 al inicio de la pandemia en México. Mediante una encuesta (autoadministrada y muestra no probabilística) y una serie de entrevistas semidirigidas, durante los meses de abril a junio de 2020

\* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - CDMX

\*\* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - CDMX

\*\*\* Investigadora independiente



tuvimos acceso a dicho personal sanitario. El contexto de su trabajo se caracterizó, en general, por largas jornadas, sobrecarga de trabajo y carencias diversas -equipo de protección personal, equipo médico, medicamentos- y desorganización dentro de los hospitales. Sin embargo, aunque el trabajo se distribuyó de manera desigual, el personal de salud antepuso su ética profesional y desplegó todos sus recursos para poder cumplir con la tarea que les habían encomendado: salvar el mayor número de vidas posible. Nuestra propuesta teórica articula el debate sobre la precariedad de la vida y la precarización de las condiciones de trabajo.

**Palabras clave:** COVID-19 México; personal de salud; precariedad

### **Hard days' work ... Working conditions of health personnel during the initial crisis of COVID-19 in Mexico**

**Abstract.** In this article, we examine the prevailing working conditions among medical and nursing personnel who cared for patients infected with the SARS-CoV-2 virus at the beginning of the pandemic in Mexico. Carrying out a survey (self-administered and non-probabilistic sample) and a series of semi-directed interviews, during the months of April to June 2020 we had access to health personnel. The context of their work was characterized, in general, by long working hours, work overload and various deficiencies -personal protective equipment, medical equipment, medicines- and disorganization inside the hospitals. However, even though the work was distributed unequally, the health personnel put their professional ethics first and deployed all their resources to be able to fulfill the task they had been entrusted with: saving as many lives as possible. Our theoretical approach articulates the debate on the precarity of life and the precariousness of working conditions.

**Keywords:** COVID-19 Mexico; health personnel; precariousness

### **De jornadas difíceis... Condições de trabalho dos profissionais da saúde durante a crise inicial da COVID-19 no México**

**Resumo.** Neste artigo, examinamos as condições de trabalho predominantes entre o pessoal médico e da enfermagem que atendeu pacientes infectados pelo vírus SARS-CoV-2 no início da pandemia no México. Por meio duma pesquisa (autoadministrada e não probabilística) e uma série de entrevistas semidirigidas, durante os meses de abril a junho de 2020 tivemos acesso a profissionais de saúde. Seu trabalho esteve caracterizado, em geral, por um contexto de longas jornadas, sobrecarga de trabalho e deficiências diversas - nas áreas de equipamentos de proteção individual, equipamentos médicos, medicamentos - e uma desorganização dentro dos hospitais. No entanto, embora o trabalho tenha sido distribuído de forma desigual, os profissionais de saúde colocaram a ética profissional em primeiro lugar e empregaram todos os seus recursos para cumprir a tarefa que lhes foi confiada: salvar o maior número possível de vidas.

Nossa proposta teórica articula o debate sobre a precariedade da vida e a precarização das condições de trabalho.

**Palavras-chave:** COVID-19 México, pessoal de saúde, precariedade

*“En mi hospital lo que hay es mala organización.*

*O al menos yo lo veo así: dijeron [las autoridades] “sí, sí se puede”, pero como intensivistas estamos manejando dos áreas, la de terapia intensiva y la de COVID. No dejan de llegar los otros pacientes nada más porque hay COVID. No hay suficiente personal, estamos trabajando el doble y no hay sobresueldo”* (Intensivista1, Guadalajara, Jalisco, 4 de junio, 2020)<sup>1</sup>

Sirva este texto como un pequeño homenaje a las personas que han perdido la vida en esta pandemia, a consecuencia de los riesgos que ha implicado su trabajo.

## INTRODUCCIÓN

Al momento de escribir estas líneas han pasado ya dos años desde que se declaró la pandemia por COVID-19. Hoy se conoce el comportamiento del virus, existen vacunas varias y se sabe de la diversidad de secuelas que la enfermedad ha dejado en las personas sobrevivientes.

En este artículo nuestro objetivo es documentar las condiciones de trabajo del personal de salud encargado de atender a pacientes contagiados por el virus SARS-CoV2 durante los primeros meses de la crisis sanitaria. La relevancia de concentrarnos en este periodo estriba no solamente en la descripción de condiciones que llevaron al surgimiento de brotes epidemiológicos en los hospitales, sino también en que las carencias materiales y las deficiencias han prevalecido.

La irrupción de la pandemia en marzo de 2020 obligó al sector de salud mexicano a hacer cambios en todos los niveles. Y aunque en el discurso del presidente y los funcionarios de la Secretaría de Salud (SS) el país estaba preparado para hacerle frente, las dificultades eran diversas. La infraestructura hospitalaria del país había sido abandonada durante más de dos décadas<sup>2</sup>,

---

<sup>1</sup> Agradecemos profundamente a todas las personas participantes en este estudio su disposición y la apertura para compartir su experiencia en la atención de la pandemia de COVID-19 en México. Agradecemos también a las personas que anónimamente revisaron una versión previa de este artículo porque sus observaciones nos permitieron mejorarlo.

<sup>2</sup> “A fines de los ’70 y principios de los ’80 el Estado mexicano redujo en un 47% sus inversiones en salud” (Menéndez, 2005: 197). En el año 2000 el gasto en salud constituyó sólo el 2.5% del Producto Interno Bruto (PIB) (Menéndez, 2005: 201). Si bien en 2019 se destinaba 5.5%

había insuficiente personal médico y de enfermería<sup>3</sup>, y un importante volumen de la población presentaba padecimientos como sobrepeso, diabetes e hipertensión, que la volvían muy vulnerable al virus. Además, se trataba de un virus desconocido, con un comportamiento errático y, por lo tanto, sin tratamientos seguros. El conocimiento del SARS-Cov2 se limitaba a sus niveles de contagiosidad y letalidad.

Como parte de las medidas diseñadas para enfrentar la pandemia, el 4 de abril de 2020 la SS, el Instituto para el Bienestar, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) lanzaron una convocatoria para una jornada de reclutamiento y contratación de personal de salud.<sup>4</sup> De acuerdo con un periódico nacional, los contratos serían por 6 meses y ofrecían 34.755 pesos (1.440 USD) mensuales al personal médico con especialidad, y 26.600 pesos (1.103 USD) mensuales a los y las médicos generales. El objetivo era cubrir el déficit de 6.600 médicos y médicas, y 12.300 enfermeros y enfermeras.<sup>5</sup>

Al mismo tiempo que se contrataba personal para incorporarlo a los hospitales, se tomaron medidas orientadas a la protección del personal de salud que estaba en riesgo. Así, el personal con más de 60 años, y quienes padecían alguna comorbilidad fueron dados de baja u obtuvieron licencia para ausentarse. También se retiró de las áreas COVID a estudiantes que cursaban el internado. Por un lado, hubo contratación de nuevo personal, y por otro, disminución de la planta laboral.

Otra medida tomada fue la reconversión de algunos hospitales a lo que se llamó hospitales COVID, que iban a atender exclusivamente a los pacientes infectados con el virus. La finalidad era evitar que los nosocomios se convirtieran en centros de contagio. Cabe señalar que esta reconversión inició más de un mes después de que se presentaron los primeros casos y ya se habían suscitado brotes epidemiológicos de COVID entre el personal de salud (Rojas, et al, 2021).

Ése fue el ambiente inicial para hacer frente a la que ya el 27 de febrero de 2020 –cuando se confirmó oficialmente el primer caso de COVID-19 en México– se vislumbraba como una crisis sanitaria de envergadura. La estructura del artículo es la siguiente: primero ubicamos a México en el contexto latinoameri-

---

del PIB, estaba muy por debajo del 8.8%, promedio de los países de la OCDE (OCDE, 2019).

<sup>3</sup> El 2 de abril de 2020, Svarch Pérez, titular de la coordinación nacional médica del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), afirmó que mientras el país debería contar con 3.4 médicos por cada 1,000 habitantes, sólo tenía 1.6 en promedio.  
<https://politica.expansion.mx/mexico/2020/04/02/mexico-tiene-deficit-de-2-000-medicos-y-enfermeras-para-enfrentar-al-COVID-19>

<sup>4</sup> <http://mexicocontraCOVID.salud.gob.mx/doctos/Desplegado-SALUD-.pdf>.

<sup>5</sup> <https://www.economista.com.mx/politica/Sector-salud-empieza-jornada-de-reclutamiento-de-medicos-y-enfermeras-para-atender-pandemia-del-COVID-19-20200405-0001.html>.

cano de atención a la pandemia, posteriormente proponemos la perspectiva de la precariedad de la vida para entender mejor el contexto en el que trabajaba el personal sanitario. Presentamos después la metodología y la caracterización de la muestra. A continuación ilustramos una jornada difícil en las palabras de una médica. Con base también en nuestra información, analizamos en los siguientes apartados las cadenas jerárquicas y la desorganización en los hospitales, la sobrecarga física, emocional y monetaria, así como la ética del personal de salud frente a la pandemia. Y ofrecemos después nuestros comentarios finales.

## MÉXICO EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO DE LA PANDEMIA

En marzo de 2020, cuando la Organización Mundial de Salud (OMS) declaró la pandemia, en América Latina la inversión en salud había caído de manera significativa en la última década.<sup>6</sup> El momento exigía mejorar de manera inmediata las capacidades de atención de los sistemas de salud e informar ampliamente a la población de los riesgos que corría frente al virus (CEPAL-OPS 2021; Esteves, 2020). En abril estaba claro que las carencias económicas, sanitarias y políticas de la región dificultarían la atención a la pandemia. Éstas se manifestaron en la tardanza con la que los gobiernos instrumentaron las medidas de contención. En consecuencia, en agosto de 2021, América Latina tenía el 32,1% del total de defunciones por COVID-19 reportadas a nivel mundial, mientras su población representaba sólo el 8,4% de la población mundial (Cruz y Monteiro da Silva, 2021). A pesar de que la región compartía problemas de escasez de recursos para la atención a la salud y el apoyo social, los gobiernos instrumentaron diferentes políticas para enfrentar la pandemia, como se aprecia en la tabla 1.

---

<sup>6</sup> En ese momento la región contaba con aproximadamente 23 camas de hospital y 18 médicos por cada 10 mil habitantes. Cerca de la mitad del promedio de las que contaba la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Esteves, 2020: 10).

**Tabla 1.** Medidas de cuarentena y control social adoptadas por algunos países de América Latina

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Cuba	Guatemala	México	Perú
Restricción o prohibición a la entrada de viajeros extranjeros	Rigurosa	R	R	R	R	Media	<b>Débil</b>	R
Cierre de fronteras y controles	Rigurosa	Débil	R	R	R	Media	<b>No</b>	R
Controles fronterizos	Rigurosa	No	R	No	R	Media	<b>No</b>	R
Restricción de espacios públicos y eventos masivos	Rigurosa	No	R	R	R	Media	<b>Débil</b>	R
Cuarentena obligatoria para viajeros y casos	Rigurosa	Débil	R	R	R	Media	<b>No</b>	R
Cuarentena general obligatoria	Rigurosa	No	R	R	R	Media	<b>No</b>	R
Toque de queda	No	No	R	No	No	No	<b>No</b>	R

Fuente: Retomado de Esteves, 2020. Source: prepared by the author, based on data from COVID-19 Observatory in Latin America and the Caribbean, <https://www.cepal.org/en/topics/covid-19>; Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://covidtracker.bsg.ox.ac.uk/>

La tabla 1 muestra grandes contrastes en las medidas de contención instrumentadas por los distintos países. En Brasil y México la politización del manejo de la pandemia se tradujo en la toma de medidas débiles para contenerla. Argentina, Chile y Perú instrumentaron medidas rigurosas. Sin embargo, hubo necesi-

dad de volver a la actividad en poco tiempo, lo que debilitó los efectos de estas medidas.

A esto se sumaron las condiciones de vulnerabilidad de un volumen importante de la población de la región: acceso restringido al agua potable y a la recolección de basura y hacinamiento en las viviendas. Además, la necesidad de los trabajadores informales de salir a trabajar todos los días para ganar el sustento dificultaba el seguimiento de las indicaciones para contener los contagios (Esteves, 2020: 13). Para ello se requería aislamiento, atender las medidas de higiene y acceso a información clara. Estos factores tuvieron como consecuencia el aumento de contagios.

Así, aunque las reconversiones hospitalarias aumentaron el número de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), los hospitales pronto estuvieron saturados, los medicamentos resultaron insuficientes, y el personal de salud tuvo que lidiar con la presión del creciente número de personas hospitalizadas por el contagio del virus y el elevado número de muertes (CEPAL-OPS, 2021; Esteves 2020). Además, no contaban con las medidas de protección adecuadas y desconocían las mejores maneras de atender la enfermedad. Para el personal sanitario todo ello se tradujo en un elevado número de contagios y de muertes. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a fines de agosto de 2020 en Latinoamérica se habían registrado por lo menos 2.506 decesos de personal sanitario, de los cuales 1.320 correspondían a México (Fuentes, 2020; OPS/OMS 2020).

## CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO Y PRECARIEDAD DE LA VIDA

El personal de salud realiza lo que se denomina “servicios humanos”, es decir, actividades laborales que implican la interacción persona a persona. Su principal encomienda es procurar la salud de las personas que atienden, a pesar de que su trabajo pueda implicar:

“exposición y riesgos asociados a problemas de salud mental, diferentes a los observados [en otras ocupaciones]. Los riesgos atañen, en particular, a las demandas emocionales, la exposición a amenazas o violencia, alta responsabilidad y la complejidad de la tarea” (Wieclaw, et al., 2006: 314).

El momento histórico al que el personal de salud participante en este estudio debió responder fue el de la pandemia por COVID-19. Siguiendo este listado de riesgos asociados a los servicios humanos, las circunstancias le impusieron al personal de salud demandas emocionales que tenían que ver con la lucha por salvar vidas a pesar del desconocimiento del virus y en condiciones materiales deficientes; se encontraban en constante riesgo de contagiarse –con lo cual podían comprometer su propia vida y la de sus seres cercanos–. La complejidad de la tarea que realizaban estribaba en valorar la probabilidad de so-

brevencia de la persona, elegir el tratamiento adecuado y actuar de manera eficaz.

El contexto de la pandemia reveló que todas las personas somos precarias (Butler, 2010). Desde que nacemos, somos vulnerables, y vivimos en una condición precaria (Lorey, 2016: 27) y por ello, desde el primer momento, dice Butler, requerimos de una “*red social de manos*” que permita o haga viable la vida. La precariedad, de acuerdo con ambas autoras, es una condición ontológica de la vida humana. Puede reducirse a través de las políticas, es decir, mediante la protección del Estado, pero no eliminarse del todo. Esto se debe a que estamos sujetos a riesgos diversos que, hasta un cierto punto pueden prevenirse, mas persiste algún grado de incertidumbre (Castel, 2010). Vivimos dentro de marcos normativos que, se esperaría, eliminen la precariedad de manera igualitaria (Butler, 2010). Sin embargo, dado que no es posible eliminar completamente la precariedad, ésta permite al Estado gobernar, pues propiamente se dedica a administrar el riesgo (Lorey, 2016). En ese sentido, se puede entender a la *precarización como gubernamentalidad* (Lorey, 2016: 28).

“De esta suerte, la precarización como gubernamentalidad no solo significa incertidumbre en el trabajo remunerado, sino precisamente incertidumbre en el modo de vida y por ende en los cuerpos y en los modos de subjetivación” (Lorey, 2016: 28).

Los marcos normativos dentro de los que nos desenvolvemos pueden entenderse en dos niveles. El primero, el macro o político-institucional, cuya función o alcance debiera ser garantizar que las personas sean: “*entendidas como sujetos de derechos, en especial del derecho de protección contra el daño y la destrucción*” (Butler, 2010, 38). El segundo nivel es el operativo: ¿en qué se traducen tales marcos normativos? Ante la crisis sanitaria de la pandemia, se hubiera esperado protección en general hacia la ciudadanía y de manera particular hacia las personas que estaban tratando de salvar vidas, entre otros, aunque de manera muy destacada, el personal de salud. Pero quedó evidenciada la precariedad de la vida, tanto la del personal de salud, expuesto de manera constante al contagio, como la de los ciudadanos contagiados.

Dentro de los marcos normativos señalados por Butler (2010) puede considerarse la organización de los servicios de salud y las responsabilidades asignadas a su personal. Respecto de las responsabilidades, para el personal médico la atención a la salud es guiada en buena medida por el compromiso resumido en el juramento hipocrático y por el “*espíritu de sacrificio*”<sup>7</sup>. Los marcos normativos en el ámbito micro se traducen en la toma de decisiones en torno a la viabilidad de la vida. El trabajo realizado por el personal de salud le impone enfrentar constantemente la precariedad de la vida, pues, como señala

<sup>7</sup> El espíritu de sacrificio se forja en la dureza del proceso formativo que se lleva sobre todo durante el internado. Éste es considerado por Calixto Rojas y Campos Navarro (2020) como un rito de paso en el que el estudiante transmuta a médico practicante (p. 26).



Butler: *“Sólo en unas condiciones en las que pueda tener importancia la pérdida, aparece el valor de la vida”* (Butler, 2010, 31). Las decisiones que se tomen pueden ser cruciales por sus consecuencias sobre la vida de alguien. También dice Butler: *“Sin duda, quien decide ... lo hace en el contexto de unas normas sociales y políticas que enmarcan el proceso de la toma de decisiones”* (2010, 40). El personal de salud, en particular del área médica, está obligado a tomar decisiones con base en su conocimiento, en el contexto material – medicamentos y tecnología disponible– y en cálculos sobre la viabilidad de la vida de la persona que atiende. Esos marcos normativos le permiten actuar de esta manera, pero le implican un fuerte compromiso moral frente a la vida.

Por su parte, los marcos normativos que definen la organización de los servicios de salud se pueden explicar con base en dos rasgos distintivos: la marcada jerarquía y la precarización de las condiciones de trabajo. Los servicios de salud se han caracterizado por la relación vertical entre supervisores y subordinados. Menéndez (1992) plantea que uno de los rasgos del modelo dominante de formación del personal médico es la “estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica” (citado por Calixto Rojas y Campos Navarro, 2020: 102). Estas jerarquías se plasman en cadenas de mando y división de las tareas. Según el escalón que se ocupe, la persona que ejecuta la tarea controla o no la forma de hacerla, pues debe seguir indicaciones. Las iniciativas del trabajador se subordinan a lo estipulado por quien organiza al equipo en el que participa.

Además de las jerarquías que suponen, al menos, el tiempo diferencial dedicado a la formación y la antigüedad en el empleo, la división del personal sanitario deriva también de las condiciones en que se realiza el trabajo. La preocupación por la pérdida o deterioro de condiciones que permitían caracterizar al empleo como estable (de por vida) y protegido por la seguridad social se dio inicialmente en Europa en la década de 1980 (Caire, 1982; Rodgers, 1989). Si bien se ha debatido ampliamente al respecto (ver revisión de Rojas y Salas, 2008), nos importa destacar que la protección social derivada de la participación de la fuerza de trabajo en el mercado ha sido una construcción social por la que se luchó y pudo materializarse en el Estado de bienestar después de la Segunda Guerra Mundial (Castel, 1997 y 2010). Sin embargo:

“El trabajo que es seguro; el trabajo que asegura no solamente el ingreso y el puesto de trabajo, sino la identidad y el estilo de vida... [la precarización] marca la pérdida de esto –la pérdida de algo que solamente ciertos países, en ciertos períodos históricos, y ciertos trabajadores alguna vez tuvieron, para empezar” (Allison, 2013, citada por Han, 2018: 336).

La segmentación de la fuerza de trabajo y la heterogeneidad de la estructura laboral han sido rasgos estructurales de países como México (Rojas y Salas, 2008). Por lo que, de acuerdo con los autores, el trabajo estable y protegido ha estado lejos de ser la norma, inclusive desde el periodo de expansión industrial

y crecimiento económico (décadas 1940-1970). No obstante, desde la década de 1980 se ha registrado un deterioro mayor.

En la literatura sobre precarización del empleo no siempre se reconoce –aunque se utilicen los mismos indicadores (ver revisión de Rojas y Salas, 2008)– la aportación de Rodgers (1989), a quien se le debe una definición operativa de las múltiples dimensiones del trabajo no precario, entonces llamado “estándar”, a saber: “1) el grado de certidumbre respecto de la continuidad del trabajo; 2) control sobre las condiciones de trabajo; 3) la protección; y, 4) un ingreso estable” (citado por Rojas y Salas, 2008: 42). El trabajo precario es residual, dado que es lo opuesto. De estos indicadores, nos interesa destacar los primeros dos, pues son los que más claramente muestran la segmentación de la fuerza de trabajo participante en la atención a la pandemia en México en 2020, como exponemos más adelante.

## METODOLOGÍA<sup>8</sup>

Esta investigación implicó el desarrollo de estrategias de construcción de los datos que nos hicieran viable el acceso a la población que nos propusimos estudiar y al mismo tiempo, nos permitieran respetar el confinamiento obligatorio. Nuestra estrategia buscaba la generación de información cuantitativa y cualitativa; las vías que encontramos fueron, respectivamente, una encuesta y entrevistas semiestructuradas.

Diseñamos la encuesta en la plataforma Google Formularios. Las secciones del cuestionario fueron: 1) información sociodemográfica; 2) institución de adscripción y especialidad; 3) la atención de la pandemia Covid-19; 4) contexto familiar; y, 5) estrés y apoyo psicológico. Hicimos circular el cuestionario durante los meses de mayo y junio de 2020. Para la distribución utilizamos la técnica de “bola de nieve”. En un primer momento recurrimos a nuestros propios contactos. Estas personas, a su vez, nos ayudaron a circularla más ampliamente, lo que se logró, sobre todo por WhatsApp o correo electrónico. Dadas estas circunstancias, se trata de una muestra no probabilística por bola de nieve; el cuestionario fue autoadministrado.

En el cuestionario invitábamos a participar en la realización de una entrevista que complementaría a la información obtenida mediante la encuesta. Las personas que respondieron afirmativamente nos proporcionaron un medio de contacto para concretar una cita. Realizamos un par de entrevistas por videoconferencia y el resto fueron vía telefónica. En todas solicitamos la autorización para grabar el audio, que posteriormente transcribimos.

<sup>8</sup> Reproducimos este apartado de metodología parcialmente del texto: “*No hay nada seguro*. Personal de salud frente al virus desconocido y el inicio de la atención a la pandemia: Covid-19 en México”, publicado en la revista *Desacatos* (2021).

De inicio, contactar a población con características tan específicas –trabajar en el sector salud en servicios donde se atendía a pacientes COVID-19– era difícil; no obstante, logramos una muestra de 99 participantes en la encuesta. Respecto de las entrevistas semiestructuradas, llevamos a cabo 16. De las personas entrevistadas, 12 se desempeñan en el área médica, tres son enfermeras y uno es paramédico. Solamente con dos médicas pudimos tener dos sesiones de entrevista, con todos los demás, fue una. La duración osciló entre 45 a 80 minutos.

A todas las personas participantes les agradecemos –y seguiremos agradeciendo– su generosidad, pues algunas nos concedieron la entrevista unas horas después de haber concluido sus extenuantes jornadas de trabajo; algunas de ellas, inclusive, estaban contagiadas de SARS-Cov2 cuando realizamos la entrevista. Cabe señalar también que, al final de la entrevista, la mayoría nos agradeció el interés por documentar la situación en la que se hallaban trabajando.<sup>9</sup>

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La composición de la muestra fue: 78 mujeres (77,2%) y 21 hombres (20,8%), con una media de edad de 38,2 años. Esta edad, joven en promedio, se corresponde con algunos de los ajustes de personal que se hicieron para hacer frente a la pandemia, esto es, que el personal con cualquier condición considerada factor de riesgo obtuvo licencia para ausentarse del hospital o no atender COVID-19. Otro ajuste fue la contratación temporal de personal médico y de enfermería, jóvenes por lo regular porque eran recién egresados de la especialidad, según lo pudimos constatar a través de las entrevistas.

La forma en que hicimos circular el cuestionario (por WhatsApp y correo electrónico) nos permitió contar con participantes que residían en 13 entidades federativas, si bien la gran mayoría se ubicaba en la Ciudad de México<sup>10</sup> (39,6%), en el Estado de México<sup>11</sup> (19,8%) y en Jalisco (9,9%). Según el nivel de escolaridad, el 5,9% de los participantes contaba con la preparatoria o carrera técnica, 20,8% con licenciatura completa o incompleta, 10% tenía posgrado incompleto y 62,4% el posgrado completo<sup>12</sup>. En relación con su estado civil, 52,5% esta-

<sup>9</sup> En virtud de que una integrante de este equipo de trabajo (Lisa Warn Cruz) es terapeuta con amplia experiencia “atendiendo a los que atienden” en situaciones críticas como ésta, a todas las personas participantes en la encuesta y en la entrevista les ofrecimos ponerse en contacto con ella si sentían la necesidad de apoyo psicológico. Lo agradecieron y algunas personas sí la buscaron.

<sup>10</sup> En adelante CDMX.

<sup>11</sup> En adelante EdoMéx.

<sup>12</sup> Cabe aclarar que la información cualitativa que sirve de base en este artículo derivó de las entrevistas realizadas (16). La gran mayoría de las personas entrevistadas (12) se desempeñaba en el área médica, de modo que tenían estudios de licenciatura o posgrado (solamente entrevistamos a dos médicos generales y el resto eran especialistas). Las personas que respondieron la encuesta y que tenían un nivel de escolaridad más bajo se desempeñaban como auxiliares de enfermería o realizaban actividades administrativas. No pudimos entrevistar a nadie con dicho perfil educativo o laboral.

ban casados(as), 8,9% se habían divorciado y 38,6% eran solteros(as). El 33,7% del personal de salud encuestado tenía hijos.

Respecto de sus áreas de trabajo dentro de los hospitales, a pesar de nuestra intención de llegar a todas, en la muestra la gran mayoría están en el área médica (78%) o de enfermería (15%), solamente el 3% trabaja en el área administrativa y el resto (4%) en otras. De la misma manera, buscamos incluir a personal de salud tanto de servicios públicos como privados, pero, la mayoría de las personas participantes trabajaban en el IMSS y en menor medida en la SS, federal o en los servicios estatales. Consideramos que, aunque no logramos la diversidad que buscábamos en la muestra, la información recabada es muy reveladora.

## UNA JORNADA DIFÍCIL: ESTRÉS, SOBRECARGA DE TRABAJO Y FALTA DE RESPALDO DE AUTORIDADES

A continuación, presentamos el relato de una médica (urgencióloga/intensivista)<sup>13</sup> relativo a una jornada que nos permite destacar aspectos de las condiciones en que llevaron a cabo su trabajo y que desarrollamos en las secciones subsecuentes de este artículo.

Ella labora en el servicio de Urgencias en un hospital COVID del IMSS en el EdoMéx. Su jornada de trabajo es “acumulada”, lo que significa que acude al hospital los fines de semana y días festivos en un horario de 6:45 de la mañana a 11 de la noche. Si bien está adscrita a Urgencias, señala irónicamente que a veces a ella y a sus compañeros de servicio los han “invitado” a formar parte de los equipos COVID en piso, en particular cuando no hay especialistas suficientes para atender a los pacientes. Tal fue la situación del día que ella describe; la falta de especialistas se debió a que varias personas se habían contagiado. El subdirector les indicó que un especialista de Urgencias debía subir a piso. Ella y sus compañeros lo definieron por un sorteo. La mala suerte hizo que ella fuera la designada y subió a piso a atender a 56 pacientes, como única especialista, todo el día. Su relato es el siguiente:

### Una jornada difícil

*“Primero, cuando me tocó, pues ya ni modo, me fui a mi carro a llorar unos cinco minutos, le pedí a Dios que me ayudara, me puse mi equipo de protección. Específicamente, la indicación del subdirector del hospital fue ver pacientes intubados y dar altas, pero pues todo el piso estaba hecho un desastre: No había expedientes, los médicos de entre semana van, pero estaba todo desordenado. No había papelería, había pacientes que tenían 15 [énfatisa] días ahí y solamente tenían dos notas, la de ingreso de urgencias y una o dos notas por ahí, de alguien que entre semana pudo hacer una nota; los pacientes que estaban intubados, prácticamente hubo que reintubarlos, ponerles catéteres, [...] estaban*

<sup>13</sup> Con la intención de preservar la identidad de las personas participantes en este estudio, no incluimos nombres, sino solamente su especialidad y la secuencia de ésta en nuestro listado, más otros datos que permitan caracterizar a quien citamos.

*mal intubados, estaban colgando los tubos...me estuvo presionando de m a s i a d o [enfátiza] el subdirector para que diera altas, pero soy intensivista, entonces para mí un paciente grave es la prioridad, no es que los demás no interesen, pero, no puedo dejar un paciente intubado en malas condiciones, ¿verdad? A eso me subieron. Solamente di una alta y por orden de él [subdirector] porque era un paciente recomendado [\*], me estuvo insistiendo demasiado; estuve muy presionada.*

*Y bueno, luego fallecieron pacientes, él [subdirector] se molestó, prácticamente me dijo: ‘bueno, pues si subiste para eso [para evitar fallecimientos]’ Y le dije: ‘doctor, estoy sola’, obviamente no había internos, no hay residentes, ‘estoy sola tratando de ver todos los pacientes que hay en el piso, poniendo en orden un poco los expedientes de los pacientes, tratando de identificar quién se va a poner grave’, pero, desgraciadamente, estaba yo intubando a uno y al lado cae el otro, entonces, ¿qué podía yo hacer? Sí se molestó [el subdirector] por esa situación. Al final del día, ya eran casi las 10 de la noche, mi turno acaba a las 11 de la noche, y había entrado desde las 9 de la mañana [a ese piso], y todavía me seguía diciendo: ‘doctora, hay que ver a los familiares de los pacientes que fallecieron para que les dé informes y llene el certificado’. Yo me considero una persona responsable, sumisa, pero ahí sí me molesté y le contesté: ‘doctor, discúlpeme, ya no más’. Todavía, le dije, estoy viendo que voy a intubar a otros pacientes. Había pacientes que tenían 15 [enfátiza] días hospitalizados con COVID, más aparte, insuficiencia renal crónica y no los habían hemodializado y le dije: ‘no, ¿sabe qué? Estoy viendo a este paciente que no se ha hemodializado, ya no puedo bajar y dar el informe y hacer el certificado, o sea...ni siquiera he tomado agua’. Desde las 9 de la mañana que entré, no salí sino hasta las 12 de la noche y el doctor molesto por la situación, pero yo sola con 56 pacientes, y les valió...*

*Y abajo, mis compañeros en Urgencias, como yo no estaba, también se colgó el trabajo, por así decirlo, para ellos. Entonces, fue un desastre, fue un desastre”. Después de eso, mis compañeros y yo hablamos y dijimos: ‘vamos a ir al sindicato y no vamos a subir a piso hasta no estar cubiertos en Urgencias bien’. (Urgencióloga/Intensivista1, 43 años, IMSS, EdoMéx, junio 10, 2020).*

[\*]Persona recomendada es alguien por cuyos contactos se pide trato preferencial.

De este ejemplo retomaremos algunos aspectos: las cadenas jerárquicas y la (des)organización de los hospitales; la sobrecarga de trabajo; y la ética del personal de salud. Las líneas que hemos resaltado tienen la intención de llamar la atención sobre tales aspectos.

## CADENAS JERÁRQUICAS Y LA (DES)ORGANIZACIÓN EN LOS HOSPITALES

La formación del personal de las áreas médica y de enfermería y la organización de los servicios de salud se caracterizan por ser verticales, es decir, hay

una línea de mando bien establecida, clara y rígida. En nuestro estudio participó personal de salud operativo; eran, pues, quienes atendían directamente a pacientes contagiados y contagiadas por el virus. Para estas personas, el escalón más alto es la dirección general del hospital, después se ubica la subdirección médica y la subdirección administrativa y más abajo, pero por encima de ellos, se encuentra la jefatura de servicio; debajo de los especialistas se ubican los médicos generales, residentes y personal de enfermería.

Para responder a la contingencia sanitaria, en los hospitales COVID, de acuerdo con algunas de las personas entrevistadas, adicionalmente a esta jerarquía, desde la dirección general de los hospitales del IMSS se diseñaron lineamientos a seguir:

“Hay un plan institucional que se desarrolló por la contingencia, que es el siguiente: la jefatura del equipo recae en alguien con especialidad en medicina crítica o intensivista. Le sigue [...] anestesiología, luego medicina interna, neumología. Después vienen los médicos con otras especialidades: otorrinolaringología, ginecología, urología, la especialidad que tengan. Ellos apoyan, pero no cargan con la responsabilidad de atender a los más graves: toman muestras... apoyan.” (anestesiólogo2, 30 años, SS/IMSS, Tapachula, Chiapas, mayo 29, 2020).

Las y los especialistas en medicina crítica o intensivistas fueron identificados como idóneos para convertirse en “líderes de equipo”; así:

“Son los líderes por piso [...] [el líder] tiene que ser médico de medicina interna porque esos son los que manejan el ventilador, son clínicos [...]. Después ya estamos los participantes de cada grupo, [...] El líder decide cómo entramos. El médico internista es el que se encarga de ver a los pacientes graves, los que ya están intubados y nosotros vemos a los no graves. [...] sé detectar cuando alguien tiene disnea, sé tomar una gasometría o estudios de laboratorio. Les ahorramos ese trabajo a ellos para que se concentren con los más difíciles. Si cuando pasamos vemos a un paciente que está mal, [...] les avisamos y ellos coordinan la intubación, junto con el anestesiólogo. Como el anestesiólogo es el que más se expone porque es el que le va a abrir la boca al paciente y va a aspirar y va a generar aerosoles, el anestesiólogo siempre espera afuera hasta que lo llaman. Ya cuando va a intubar, él sí, de hecho, parece extraterrestre, todo vestido, protegido, intuba rápido” (cirujano1, 36 años, IMSS, EdoMéx, mayo 28, 2020).

La reconversión hospitalaria se hizo con base en un documento emitido por la SS titulado “Lineamiento de Reconversión Hospitalaria”<sup>14</sup>. Estos lineamientos establecían la conformación de un Comité COVID-19, que estaría formado por el director general y el subdirector médico y administrativo, así como los jefes de 12 áreas.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>

<sup>15</sup> Estas jefaturas eran Cuidados Intensivos, Hospitalización y Urgencias; Laboratorio; Farmacia; Enfermería; Trabajo Social; Ingeniería biomédica y Terapia Respiratoria y CEYE; Imagenología; Servicios Generales y Mantenimiento; Epidemiología; Enseñanza; Calidad; Recursos Hu-

Si bien la definición de estos lineamientos era necesaria, su instrumentación resultó ser una respuesta lenta, dado que la amenaza –y la certeza entre los epidemiólogos– de que la pandemia golpearía a México, igual que al resto del orbe, se conocía meses atrás. El plan de reconversión hospitalaria en el país se anunció el 29 de marzo, pero el primer caso reconocido oficialmente se dio el 27 de febrero (Mendoza-Popoca y Suárez-Morales, 2020)<sup>16</sup>. Según lo reportamos en Rojas, et al. (2021), esas semanas resultaron cruciales, pues ante los protocolos cambiantes y las dudas o indiferencia de las autoridades hospitalarias, se propagó el contagio dentro de los hospitales. Otro médico entrevistado nos señaló:

“Igual que en todos lados, aquí nos agarró desprevenidos. Tuvimos casos antes de que hubiera protocolos claros. Recibimos casos que nos parecían sospechosos, pero los jefes no tomaron las medidas necesarias. No hubo medidas preventivas. El hecho de que trabajemos en urgencias nos hace muy vulnerables. La protección la compramos nosotros porque la jefatura decía que no era necesario que usáramos cubrebocas... ¿Cómo le diré? La respuesta fue no adecuada, lo que llevó a este tipo de problemáticas, a la infección de muchos de nuestros compañeros, a que esto condicionara inclusive fallecimientos del personal de salud. Y no solamente del personal de salud, estamos hablando de todo el personal que trabaja en el área hospitalaria, sino todo el personal” (cirujano2, 49 años, IMSS, CDMX, mayo 29, 2020).

A nuestra pregunta sobre la reacción de los directivos de un hospital a la detección del primer caso COVID, y el posterior brote en el interior del hospital que terminó en el contagio de alrededor de 50 personas que laboraban ahí, un médico respondió lo siguiente:

“En general fue de apatía. Los médicos y enfermeras ya estábamos preocupados semanas antes, pero de nada sirve que nosotros nos protejamos si las autoridades no forman los cercos necesarios. Fueron ellos [los jefes] los que no actuaron. Desafortunadamente, como el IMSS es federal, ellos esperan la orden. [...] ¿De qué sirve que el jefe esté ahí, si solamente es un monigote de alguien más?” (cirujano 1, 36 años, IMSS, EdoMex, mayo 28, 2020).

La desvinculación de los directivos del hospital con la atención de los pacientes, y por lo tanto su desconocimiento de lo que estaba sucediendo en las áreas COVID de los hospitales, agudizaban los problemas que estaba enfrentando el personal de salud. La inconformidad ante la falta de empatía por los superiores era la tónica en los testimonios del personal de salud entrevistado. Una médica en la ciudad de Guadalajara lo expresó así:

“La misma organización de las autoridades del hospital nos está exigiendo el tener la atención doble. Si se me hace como algo muy injusto, me enoja, me molesta, más porque en lugar de que mi jefe se ponga la camiseta de nosotros [...] en lugar de pedir una especie de descanso, de apoyo, de [decir]: “a ver déjame

---

manos. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>.

<sup>16</sup> <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2021.pdf>

organizarme como yo quiero”, está nada más diciéndoles [a los directivos del hospital] que sí, y sí, y sí. Y las personas que están tomando las decisiones no tienen idea de cómo se organiza un apoyo de parte de los intensivistas” (intensivista1, 40 años, Secretaría de Salud estatal, Guadalajara, Jal., junio 4, 2020).

Una forma de responder a esta situación que una enfermera de otro hospital caracterizó como “una organización desorganizada” fue la autoorganización de los equipos de trabajo, que desarrollamos posteriormente. Antes, consideramos necesario revisar otras de las repercusiones que para el personal de salud implicó esta pobre participación de las autoridades hospitalarias.

## **SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL, MONETARIA...**

La atención de la pandemia impuso al personal de salud costos que derivan de jornadas extenuantes; de llevar a cabo su trabajo en medio del temor al contagio y la angustia e impotencia frente a una enfermedad desconocida; y de la búsqueda, por su propia cuenta, del equipo de protección personal (EPP). El resultado fue, al cabo de los primeros tres meses, un agotamiento físico, “costos emocionales” (Estrada et al., en prensa), y una merma constante debido a la compra del EPP que no recibían en los hospitales.

En la encuesta obtuvimos información sobre el estado físico y anímico mediante los reactivos del Patient Health Questionnaire de 9 preguntas (PHQ9), diseñado por Laboratorios Pfizer. En Estrada et al. (en prensa) abundamos al respecto, por lo que en este espacio destacamos solamente lo siguiente: entre mayo y junio de 2020, de las personas que participaron en nuestro estudio, el cansancio o falta de energía afectaba a 72,7% entre uno y seis días a la semana y a un 12,1% adicional, diariamente; asimismo, el 64,6% no dormía bien entre uno y seis días a la semana, mientras que 10,1% lo sufría a diario; en el mismo tenor, la falta de concentración entre uno y seis días a la semana fue reportado por 56,5% y a 7,1% le sucedía a diario; otro malestar fueron los trastornos alimenticios que presentó 48,4% entre uno y seis días a la semana, mientras a un 11,1% le afectó diariamente. Otras complicaciones que se presentaron con menos frecuencia fueron sentirse mal consigo mismo, los conflictos interpersonales y el pensamiento de que sería mejor estar muerto.

Las entrevistas nos permitieron conocer con más detalle la situación. La falta de suficiente personal de salud y la llegada de más y más pacientes que requerían atención se tradujo en jornadas en las que se debía actuar de manera rápida y eficaz y tomar decisiones de las que podía depender salvar una vida. Estas circunstancias implicaron agotamiento físico y emocional para el personal médico y de enfermería.

Un ejemplo de las jornadas agotadoras lo presentamos en el apartado anterior, pero tales niveles de cansancio fueron frecuentes. La urgencióloga1 señalaba en su relato que, como el hospital donde trabaja fue reconvertido a COVID, cuando otros lugares se saturaban –como el autódromo de la CDMX que fue habili-



tado para atender pacientes contagiados— *“todo nos avientan”*. De manera gráfica continuó: *“el otro día, por ejemplo, de ahí del autódromo, que se saturó muy rápidamente, nos mandaron ‘una ambulancia como combi’ [transporte colectivo], ¡venían cuatro pacientes COVID en una sola ambulancia!”*. Ese día debió actuar de manera rápida y cuidadosa, como ella dijo: *“trabajas sin parar, todo el tiempo”* (urgencióloga1, 42 años, IMSS, CDMX, junio 1, 2020).

La sobrecarga física también fue reportada por algunos de los médicos y médicas que consiguieron empleo mediante las contrataciones temporales en los hospitales reconvertidos. Hubo situaciones en las que, lejos de que se distribuyera el trabajo de manera equitativa, rayó en el abuso:

“Somos tres [anestesiólogos]: una doctora que es la más antigua, es la que nos coordina. Otro que lleva como seis años ahí, y yo. Entonces, la doctora dice: ‘¿saben qué? Yo no voy a entrar a COVID’, o ‘nos vamos a ir turnando: un fin de semana se dividen ustedes dos, un fin de semana nos dividimos M [la entrevistada] y yo’, y así. Total, que siempre estoy yo en COVID. Bueno para eso me contrataron, pero la idea era que iba a estar así como medio día y la otra persona el otro medio día. Se les hace muy cómodo que haya alguien que esté trabajando arriba. Ellos se coordinan entre ellos mismos, y pues nunca me van a sacar y no me avisan. Ésa fue una situación de la semana pasada. O sea que yo me quedé arriba como ocho horas y media con el equipo [EPP] y todo, metiendo cirugías, intubando pacientes y ellos dos estaban abajo, en quirófano normal, intercambiándose. Entonces sí salí bien enojada ese día” (anestesióloga3, 28 años, SS, CDMX, junio 8, 2020).

La sobrecarga física derivó también de trabajar con el EPP. Otra participante nos explicó:

“Uno se siente limitado en sus movimientos, estás sudando porque es muy caliente. Nosotros usamos una pijama quirúrgica, un uniforme quirúrgico desechable y luego el overol, o una bata. Pero para eso ya tienes tres pares de [gantes], dos botas de piso, dos gorros, goggles, careta y la N95” (anestesióloga4, 41 años, IMSS, Cdmx, junio 2, 2020).

Por ello, el EPP puede ser *“hostigante”*, pues:

“Todo es sintético, estás cubierta toda, se suda mucho en ese traje, se siente mucho calor. Después de un rato ya no ves [por el vapor] y te da miedo, la primera vez pensé: ‘me voy a caer’. Y mientras dura el turno no te lo quitas porque te puedes infectar al quitar y poner” (urgencióloga1, 42 años, IMSS, CDMX, junio 1, 2020).

Ella refiere que al principio pasaba de nueve a diez horas (todo su turno) en ese traje, pero luego, además de que volvieron todos los compañeros que se habían ausentado por el contagio, también recibieron las recomendaciones (internacionales) de reducir el tiempo de exposición del personal de salud.

El uso del EPP durante toda la jornada laboral, que implica respirar constantemente la propia exhalación, tener la piel en contacto con los materiales con los que están hechas las prendas, el calor, la imposibilidad de quitarlo para beber

agua o ir al sanitario, endurecían las ya de por sí difíciles condiciones en que estas personas hacían su trabajo.

La sobrecarga emocional la examinamos con mayor detalle en Estrada et al. (en prensa) con base en las dimensiones del agotamiento, el temor al contagio y la culpa –frente a la incapacidad de salvar vidas y la posibilidad de contagiar a sus seres queridos—. No obstante, hay otros aspectos que quisiéramos destacar. Detectamos una pesadumbre por estar enfrentando la muerte de sus pacientes con tanta frecuencia, pues si en una jornada creían ya haber visto lo peor, se daban cuenta que a la siguiente había un número mayor de muertos: *“a veces, cuando piensas que tu turno estuvo feo es porque se te mueren una o dos personas, pero ver un muerto cada hora y media, no es viable, es muy desgastante.”* (urgencióloga1, 42 años, IMSS, CDMX, junio 1, 2020).

También pesaba sobre el ánimo de médicos especialistas realizar tareas que estaban más allá de sus capacidades, pero las tenían que realizar debido a la falta de personal. Fue el caso de la anestesióloga1:

“Yo puedo identificar que se necesita hacer cosas, pero que yo no sé hacer y que, pues es un problema que no lo sepas hacer, ¿no? O algunos manejos que yo no conozco porque yo no estoy habituada a esos pacientes, pero es muy frustrante y una responsabilidad grande porque le puede costar la vida a una persona” (anestesióloga1, 28 años, SS e IMSS, Tapachula, Chiapas, mayo 28, 2020).

Un procedimiento que realizó por primera vez el día previo a la entrevista es normalmente competencia de un urgenciólogo o internista, pero por las circunstancias: *“estamos haciendo cosas que no corresponden a nuestra especialidad, o sea, nos ayudamos, pero ya es el punto en el que todos tenemos que entrarle a la par”*.

La falta de insumos o la falla de los aparatos en momentos críticos les causaba altos niveles de estrés. Esta misma médica refiere la siguiente situación:

“Teníamos que intubar a un paciente de urgencia. Ya se estaba muriendo, si no lo intubábamos de urgencia, se iba a morir, ahogado, literal. Y las tomas de oxígeno del hospital fallaron, por alguna razón. Entonces no teníamos ni tanques de oxígeno llenos en hospitalización, y teníamos que trasladarlo a otra cama, pero no teníamos tanque de oxígeno, y sin oxígeno, en dos minutos se iba a morir. Para mí eso fue...yo decía: “¿cómo puede ser posible? Sé que lo tengo que intubar, lo tengo que intubar y no tengo oxígeno”. Yo pensé: “se me va a morir aquí por falta de oxígeno y eso no debería pasar **adentro** de un hospital” [enfática] (anestesióloga1, 28 años, SS e IMSS, Tapachula, Chiapas, mayo 28, 2020).

Ella y su equipo se dieron cuenta que tenían dos opciones: podían intentar trasladarlo, sabiendo que corrían el riesgo de que el paciente falleciera en ese intento; o no se arriesgaban, sabiendo que:

“Se nos va a morir aquí ahogado’. ¡Y alcanzó a llegar! Pues lo intubamos, pero de todas maneras falleció. Pero sabemos que lo intubamos y se hizo el intento

de que viviera, pero a las cinco horas falleció” (anestesióloga1, 28 años, SS e IMSS, Tapachula, Chiapas, mayo 28, 2020).

Otro factor que ha traído sobrecarga emocional es la soledad en que algunas personas participantes en el estudio han enfrentado la atención a la crisis sanitaria. Personal de las áreas médica y de enfermería con hijos pequeños o que viven con familiares con comorbilidades, decidieron alejarse para evitar llevar la “alta carga viral” a sus hogares. La anestesióloga4 es cabeza de familia y decidió que sus hijos (en edad escolar) se fueran a casa de los padres de ella para evitar el contagio. No solamente vive con las presiones que su trabajo implica, y con la tristeza de no tener a sus hijos cerca, sino que su padre la conmina a renunciar a su trabajo, pues considera que no es valorado y que: “*les serviría más a mis hijos vendiendo chácharas que muerta*”. Adicionalmente a todo eso, ella se contagió. En el momento de la entrevista estaba enferma:

“Sí, me siento sola. Y me da cosa porque, ¿qué tal si me pongo mal y estoy yo nada más? Pienso: “Solamente que agarre el carro y me vaya manejando”. Pues sí, me da angustia, mucha angustia”. Claro. Y, por ejemplo, ¿cómo hace con su comida? ¿Cómo resuelve esas cosas prácticas? Pues yo agarro una sopa y me la hago, o abro una lata de atún y como lo mínimo, porque no me dan muchas ganas ni de comer, ni siquiera de pararme. Y así lo he estado resolviendo, yo sola (anestesióloga4, 41 años, IMSS, CDMX, junio 2, 2020).

A la sobrecarga física y emocional se sumó la monetaria. El EPP era parte de las condiciones mínimas de seguridad para el personal sanitario que estaba en contacto directo con los y las pacientes COVID. Sin embargo, el equipo no siempre llegó a tiempo, ni completo. Ante esta situación empezaron a comprar por su cuenta el equipo que consideraban necesario para protegerse (ver tabla 2).

De la tabla 2 se desprende que en ningún caso las instituciones proveyeron todo el EPP. Con mayor frecuencia los hospitales proporcionaron el material que se utiliza para las cirugías: cofias, guantes de latex, pijama quirúrgica desechable, botas desechables. Sin embargo, equipo indicado específicamente para la protección del SARS-Cov2 como la careta y los goggles fueron adquiridos por más de la mitad del personal de salud con sus propios recursos. Estas personas al momento de la entrevista habían gastado en promedio 14.700 pesos (609 USD). Poco más de la mitad (49) reportaron haber gastado entre 1.500 (62 USD) y 5.000 pesos (207 USD).

**Tabla 2.** Forma de obtención del EPP durante los primeros 30 días de la pandemia (%)

	Institución	No tuvo	Usted	Total*
Careta	32,60	18,40	49,00	98 (100%)
Cofia	69,40	14,20	16,30	98 (100%)
Máscara N95	34,70	16,30	49,00	98 (100%)
Goggles	25,50	15,30	59,20	98 (100%)
Guantes latex	78,60	5,10	16,30	98 (100%)
Guantes nitrilo	37,00	30,60	32,60	98 (100%)
Overoles	24,50	44,00	31,50	98 (100%)
Pijama y bata desechables	60,20	25,50	14,30	98 (100%)
Botas desechables	74,50	19,40	6,10	98 (100%)

\*El número total es de 98 porque una persona que respondió el cuestionario no atendía de manera directa a pacientes COVID y no usaba equipo.

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionario a personal de salud mayo 2020.

## LA ÉTICA DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA PANDEMIA

*“Cuando leemos noticias sobre vidas perdidas, a menudo se nos dan cifras; pero éstas se repiten cada día, y la repetición parece interminable, irremediable...”* (Butler, 2010: 29). Aunque la autora se refiere a las guerras, la cita resulta adecuada para describir lo que se estaba viviendo durante los primeros meses de la pandemia. Quienes estaban dando la batalla eran, en primera instancia, el personal médico, que al terminar su formación adquiere el compromiso solemne de velar por la salud y bienestar de sus pacientes. La pandemia de COVID-19 puso en juego no solamente las capacidades de infraestructura de los servicios de salud y los conocimientos del personal, sino también dicha promesa.

Señalábamos antes que la carga desigual del trabajo se debió en parte a la falta de personal. En las entrevistas surgió la información de que hubo personas que recurrieron al llamado “tortugismo”, práctica que buscaba retardar el ingreso a la zona álgida; entre el personal médico adscrito a hospitales públicos, hubo casos de amparos interpuestos para no atender pacientes contagiados. De manera similar, en los servicios destinados a la población sin seguridad social, que

proveen consulta a precio módico, muy frecuentemente, en consultorios anexos a farmacias, se llegó al extremo de negar la atención a pacientes con algún malestar respiratorio: *“Ilegaban pacientes y así literalmente nos decían: ‘vengo caminando ya cinco cuadras y ningún médico me quiere atender’”* (general1, consultorio, 44 años, CDMX, agosto 22, 2020).

La contraparte estuvo representada por la autoorganización de los equipos de trabajo en los hospitales ante el titubeo de las autoridades, y la clara intención de brindar un trato humanitario a los pacientes, a pesar de lo crítico de la situación.

Respecto de la autoorganización, desde un inicio había nerviosismo, pero también búsqueda de información de lo que estaba sucediendo en otros países y avidez por informarse mediante artículos que aparecían en publicaciones científicas. Ya frente a sus pacientes fue muy importante el análisis conjunto sobre cómo proceder:

“A veces, cuando mis compañeros y yo tratamos por diferentes medios y de cualquier manera los pacientes no responden, nos juntamos al final de la jornada, vemos qué hicimos, qué pudimos haber hecho. Es con la finalidad de mejorar la atención para otros casos, aunque no sabemos si nos va a funcionar, porque ya hemos visto que algo que a un paciente le funciona, a otro no” (urgencióloga1, 42 años, IMSS, CDMX, junio 1, 2020).

La autoorganización en otros casos trató de compensar la inacción de los jefes:

“Nosotros, ‘las tropas’, y uso deliberadamente el término de las tropas porque los jefes dan órdenes, pero nunca se meten a atender pacientes [...] nada más vienen a dar órdenes, a decirnos desde ‘afuerita’ lo que hay que hacer [...] Vienen a pasar lista afuera, bien seguros ellos y nosotros ahí [adentro] y exigiéndonos. Ésa es la mayor pelea que tenemos con ellos. No saben organizar nada porque no están adentro [...] Los trabajadores que se organizan son los mejores jefes. Nuestra autodeterminación es la que nos ha ayudado a atender a los pacientes” (cirujano1, 36 años, IMSS, CDMX, mayo 28, 2020).

Además de este aprendizaje –de que pueden tomar decisiones respaldadas por su conocimiento de la situación y por el trabajo conjunto–, tener esa experiencia colectiva de enfrentarse a la crisis hizo emerger un compañerismo y apoyo mutuo que antes no eran tan notorios. En las entrevistas compartieron que a veces en los cambios de turno se ayudaban para retirarse el EPP con precaución; preguntaban por la familia y trataban de alentar a quienes estaban separados de sus hijos o de otros familiares cercanos, como los padres; o, inclusive, se daban aliento sobre las decisiones que se habían tomado. Por ejemplo, en casos en que tenían que evaluar si la intubación, el momento de mayor riesgo de contagio, podía todavía salvar al paciente. En una ocasión así, un intensivista le dijo a su compañera anestesióloga: *“tú estás haciendo un trabajo que no todo mundo puede hacer, alguien tiene que tomar decisiones, por algo estás ahí”* (anestesióloga1, 28 años, SS/IMSS, Tapachula, Chiapas, abril 20, 2020).

Por otra parte, el alto riesgo de contagio que un servicio de salud representaba para la población hizo que, a diferencia de otras enfermedades, no se permitieran las visitas a los pacientes ni la presencia de los familiares que regularmente se encuentran en la sala de espera para recibir informes. Además de la dificultad logística de proporcionar información personalizada vía telefónica para unos servicios de salud rebasados, el personal médico y de enfermería observó el aislamiento y la soledad en que se encontraban sus pacientes. Entonces afloró la convicción de que cualquier paciente debe recibir un trato humanitario.

Hubo iniciativas como la de recibir cartas de los familiares que les entregaban a los pacientes si estaban en condiciones de leerlas o se las leían, aunque estuvieran intubados (sedados). Otra iniciativa fue la de solicitar al hospital un teléfono celular y que se mantuviera en el área COVID para facilitar la comunicación de los pacientes con sus familiares, mediante llamadas o videollamadas. Esto permitió en ocasiones que los pacientes a punto de ser intubados, es decir, con la alta probabilidad de ya no despertar, pudieran despedirse de sus familiares.

Una declaración clara y explícita de la responsabilidad frente a los pacientes fue la siguiente:

“Si en mis manos está el manejo de un paciente, y tratar de mejorarlo, lo haré, independientemente de que haya gente [de apoyo] o no [...] Esto solamente me ha servido para reforzar muchas de las ideas, si las podemos llamar así, que tengo. Estoy contratado por un Instituto para ver a sus pacientes, y la intención es que tratemos de mejorarlos. Si no se pueden mejorar, debes tratar de mantenerlos igual, o consolarlos, porque, evidentemente, hay condiciones en que tú dices: “este paciente se va a ir, este paciente va a fallecer”, a veces con, sin o a pesar de nosotros [se van a ir], pero debemos tratar de darles en un momento dado una muerte digna, ésa es la diferencia” (cirujano2, 49 años, IMSS, CDMX, mayo 29, 2020).

En ese sentido, ponerse en el lugar del paciente fue también una muestra de la sensibilidad y de comportamiento ético:

“Ayer un señor me decía: “es que yo no quisiera que me intube porque yo no estaba esperando que me fuera a quedar tanto tiempo, yo quisiera hablar con mi familia antes de que me duerma”. Y lo entiendes, me quedé con él y le dije: “cien por ciento entiendo que está muy triste, entiendo que hay cosas que quedaron pendientes en su vida”. [...] “Lo entiendo. No está solo, estamos aquí con usted, entiendo que no quiere que lo intube, pero tampoco lo puedo dejar morir”. Entonces, te tienes que poner en sus zapatos, y pues ayudarlo, ¿no?” (anestesióloga1, 28 años, SS/IMSS, Tapachula, Chiapas, mayo 28, 2020).

## PARA TERMINAR

El 30 de noviembre de 2020 la Organización Mundial de la Salud llamó la atención a las autoridades mexicanas para que se “tomaran en serio” la crítica

situación por el nivel de contagios y de muertes en su país. A los líderes les correspondía “dar el ejemplo”, respecto del uso de cubrebocas<sup>17</sup>. No fue fortuito, de hecho, que México haya sido el país con la más alta proporción de personal sanitario fallecido, al menos durante los primeros meses de la pandemia (18,9% del total mundial al 3 de septiembre de 2020, según Amnistía Internacional, 2020).

Si bien la pandemia nos confrontó a todas y todos con nuestra condición precaria, también puso a prueba a los gobiernos y a las instituciones de salud. Y de manera muy especial, al personal operativo que tenía que enfrentar la crisis y atender a los pacientes contagiados, en particular, el personal de las áreas médica y de enfermería de todos los países.

El análisis de los desafíos que enfrentó el personal de salud nos exigió conjuntar los planteamientos que sobre la precariedad se han desarrollado desde la filosofía, la economía, la sociología y la antropología. La condición precaria como condición ontológica de los seres humanos fue la premisa de la que partimos en nuestro análisis. Sin embargo, para estudiar las condiciones en las que el personal de salud trabajó durante los primeros meses de la pandemia nos apoyamos también en los estudios que se han desarrollado sobre precarización laboral. La articulación de ambos planteamientos nos permitió analizar la compleja situación que enfrentaban estas personas en la realización de su trabajo, las iniciativas que instrumentaron y algunos de los costos que pagaron.

En este artículo nos centramos en la experiencia mexicana. En este país la pandemia evidenció las consecuencias de décadas de recortes presupuestales en el sector. Falta de camas, de equipo para atender a las personas hospitalizadas y de personal sanitario fueron las primeras manifestaciones.

La pandemia obligó a ajustar los marcos político-institucionales a través de la reorganización de los hospitales. Estos cambios trastocaron las formas usuales de hacer el trabajo, las cadenas de mando, y pusieron en evidencia la dificultad de las autoridades hospitalarias para flexibilizar los marcos institucionales y la falta de apoyo al personal que trabajaba en las áreas COVID como resultado de la desvinculación entre éstos y los directivos.

Desde que se presentó el primer caso, el desafío para el personal sanitario era tratar de salvar vidas y evitar en lo posible el sufrimiento de las que se iban a perder con los limitados recursos que tenía a la mano. Enfrentar esta tarea en condiciones desventajosas respondía a su ética profesional y al espíritu de sacrificio que habían adquirido durante su formación como médicos (Calixto Rojas y Campos Navarro, 2020). Largas y agotadoras jornadas de trabajo, toma de

<sup>17</sup> “La gente requiere comunicación muy clara. Si lo que ven en un cartel, no lo cumplen las autoridades, hay confusión” <https://macroeconomia.com.mx/la-oms-llama-la-atencion-al-gobierno-de-mexico/> También: <https://news.un.org/es/story/2020/11/1484882>

decisiones en un contexto de incertidumbre sobre el comportamiento del virus y por lo tanto sobre los tratamientos más efectivos; recursos insuficientes para la atención de las personas enfermas y para la autoprotección fueron sus problemas cotidianos.

En este contexto había desigualdades entre el personal de salud a pesar de que hacían el mismo trabajo. Las condiciones de trabajo y los marcos normativos no funcionaban de la misma manera para estos trabajadores. El personal contratado *ex profeso* para atender pacientes COVID se incorporó en condiciones laborales que pueden caracterizarse como precarias -contratos temporales, poco margen de negociación en la realización de las tareas que tenían asignadas, insuficiente EPP-. La precariedad se manifestó de otras maneras entre el personal adscrito: se le prometió un sobresueldo que sólo llegó en una ocasión o de plano nunca recibió, sobrecarga de trabajo, e insuficiente EPP cuya adquisición significó una merma en sus ingresos. También se manifestaron las relaciones de desigualdad entre las personas que encabezaban los hospitales y el personal que trabajaba directamente con las personas contagiadas: el bajo riesgo que enfrentaban las primeras en oposición a la exposición de las segundas.

Las experiencias que las personas entrevistadas nos compartieron eran manifestaciones de la vulnerabilidad y la incertidumbre que se derivan de la condición precaria y de la precariedad en que laboraban. Se manifestaban a través de la angustia, el cansancio, el estrés, el miedo, la impotencia que padecieron durante esos primeros meses de la pandemia (Estrada et al., en prensa). Y al mismo tiempo nos mostraron maneras de mitigar la inseguridad a través de su compromiso con su tarea, que se hizo evidente en su esfuerzo por generar nuevas formas de organización que les permitieran hacer su trabajo, por respetar las nuevas cadenas jerárquicas y por redistribuir de manera más equitativa el trabajo. Así atendieron a los pacientes y se protegieron a sí mismos en la medida de lo posible; y pusieron en entredicho el marco normativo institucional, caracterizado por la precariedad y la desigualdad.

## REFERENCIAS

- Allison, A. (2013). *Precarious Japan*, Durham: Duke University Press
- Amnistía Internacional (2020, 3 de septiembre). Global Amnesty Analysis Reveals Over 7,000 Health Workers Have Died From COVID-19, *Amnesty International*, 3 de septiembre. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/amnesty-analysis-7000-health-workers-have-died-from-covid19/>
- Butler, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*, México: Paidós.
- Caire, G. (1982). Précarisation des emplois et régulation du marché du travail, *Sociologie du Travail*, (24) 2: 135 - 158.



- Calixto Rojas, A. y R. Campos Navarro (2020). El sacrificio como requisito profesional: el caso de la formación médica hospitalaria en Oaxaca, México, *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, (4) 9. <http://www.ceil-conicet.gov.ar/ojs/index.php/lat/article/view/693/641>
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- CEPAL-OPS (2021). “La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social”, *Informe COVID-19*, 14 de octubre. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf)
- Cruz Castanheira, H. y J. H. Monteiro da Silva (2021, 22 de noviembre) Mortalidad por COVID-19 y las desigualdades por nivel socioeconómico y por territorio, *Enfoques*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/mortalidad-covid-19-desigualdades-nivel-socioeconomico-territorio>
- Esteves, P. (2020). Latin America’s Uncoordinated Response in Tackling COVID-19, *Policy Insights (97)* <https://www.jstor.org/stable/resrep29594>
- Estrada Iguiníz, M., G. Rojas García y L. Warn, (en prensa) “Entre el agotamiento, el miedo y la culpa. Costos emocionales del personal de salud en el ejercicio de su trabajo: Covid-19 en México”. En Estrada Iguiníz, M., A. Molina y G. Rojas García (coords.). *Covid-19, caleidoscopio mexicano de la pandemia. Políticas y costos*, México, CIESAS.
- Fuentes, F. (2020, 21 de noviembre). “Latinoamérica: elevado número de fallecidos por COVID-19 en el personal sanitario”, *Oceano Medicina*. <https://mx.oceanomedicina.com/magazine/actualidad/latinoamerica-elevado-numero-de-fallecidos-por-covid-19-en-el-personal-sanitario/>
- Han, C. (2018). Precarity, Precariousness, and Vulnerability, *Annual Review of Anthropology*, (47): 331 - 343.
- Lima Ventura, D. F., Costa Bueno, F. T. (2021). De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la Covid-19, *Foro internacional*, LXI, (2), 2, 427-467. <https://www.redalyc.org/journal/599/59967108006/html/>
- Lorey, I., (2016). *Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad*, Madrid, Traficantes de sueños
- Mendoza-Popoca, C. Ú. y M. Suárez-Morales (2020). Reconversión hospitalaria ante la pandemia de Covid-19, *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43 (2), abril-junio, 151-156. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2021.pdf>,
- OPS/OMS (2020). “Cerca de 570 000 trabajadores de la salud se han infectado y 2 500 han muerto por COVID-19 en las Américas, 2 septiembre. <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19>

- Rodgers, G. (1989). "Precarious Work in Western Europe: The State of the Debate". En Rodgers, G. y J. Rodgers (eds), *Precarious Jobs in Labour Market Regulation: The Growth of Atypical Employment in Western Europe*, International Institute of Labour Studies, Bruselas: Free University of Brussels.
- Rojas García, G. y C. Salas Páez (2008). La precarización del empleo en México, 1995-2004, *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo* 13 (19), 39-78. <http://alast.info/relet/index.php/relet/article/view/226>
- Rojas García, G. ; Estrada Iguíniz, M. y Warn Cruz, L. (2021). *No hay nada seguro*. Personal de salud frente al virus desconocido y el inicio de la atención a la pandemia: Covid-19 en México, *Desacatos* (65), 190-201. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2364/1569>
- Wieclaw, J.; Agerbo, E.; Mortensen, P.B.; Bonde, J.P. (2006). Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions, *Occupational and Environmental Medicine*, 63 (5), 314 - 319.

### Páginas electrónicas consultadas

- <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/04/02/mexico-tiene-deficit-de-2-000-medicos-y-enfermeras-para-enfrentar-al-COVID-19> (Consultada febrero 17, 2021).
- <http://mexicocontraCOVID.salud.gob.mx/doctos/Desplegado-SALUD-.pdf>. (Consulta marzo 18, 2021).
- <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Sector-salud-empieza-jornada-de-reclutamiento-de-medicos-y-enfermeras-para-atender-pandemia-del-COVID-19-20200405-0001.html>. (Consultada marzo 18, 2021).
- <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf> (Consultada marzo 26, 2021)
- <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>. (Consultada marzo 26, 2021).
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2021.pdf> (Consultado septiembre 14, 2020).
- <https://macroeconomia.com.mx/la-oms-llama-la-atencion-al-gobierno-de-mexico/> (Consultada diciembre 2, 2020)
- <https://news.un.org/es/story/2020/11/1484882> (Consultada diciembre 2, 2020)