

El personal de salud y la pandemia de COVID-19 en México

Health personnel and the COVID-19 pandemic in Mexico

Hilda Santos Padrón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4612-2965>

¹Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

*Autor para la correspondencia: hildasanp@gmail.com

RESUMEN

La aparición de la pandemia mundial de COVID-19 resultó ser un detonante para mostrar las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud en todo el mundo, incluido el de México. Ha sido una oportunidad para reconocer la eficacia de las estrategias diseñadas para desarrollar la cobertura universal de salud. El objetivo de esta comunicación es exponer algunos comentarios sobre el personal de salud y su desempeño durante la pandemia de COVID-19 en México. El contenido se expone en una secuencia que abarca el sistema de salud, la población a atender, el inicio de la pandemia y el desempeño del personal de salud.

Palabras clave: sistemas de salud; pandemia; COVID-19; personal de salud; México.

ABSTRACT

The emergence of the global COVID-19 pandemic proved to be a trigger to show the strengths and weaknesses of health systems around the world, including that of Mexico. It has been an opportunity to recognize the effectiveness of strategies designed to develop universal health coverage. The objective of this communication is to present some comments on health personnel and their performance during the COVID-19 pandemic in Mexico. The content is presented in a sequence that covers the health system, the population to be served, the beginning of the pandemic and the performance of health personnel.

Keywords: health systems; pandemic; COVID-19; health personnel; Mexico.

Recibido:19/11/2021

Aceptado:11/01/2022

Introducción

Durante los últimos siete años la implementación de las estrategias para lograr la cobertura universal de salud (CUS) han sido el cimiento de los sistemas de salud en todo el mundo y una solución aceptable para enfrentar los retos que amenazan a la población. Sin embargo, la aparición de la pandemia mundial de COVID-19 resultó ser un detonante para mostrar las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud. La situación epidemiológica mundial que originó ese evento de salud fue un estímulo para exponer algunos comentarios sobre el personal de salud y su desempeño durante la pandemia de COVID-19 en México. Con la intención de facilitar la exposición, se distribuye el contenido en una secuencia que abarca el sistema de salud, la población a atender, el inicio de la pandemia y el personal de salud.

Sistemas de salud

Los países de América Latina han tomado caminos diferentes para implementar la cobertura universal, ya sea a través de sistemas de salud unificados como Brasil, Cuba y Costa Rica, o mediante la creación de subsistemas de servicios y seguros paralelos para grupos poblacionales específicos, según la situación laboral, como Argentina, Chile, Colombia, México, Perú, Uruguay y Venezuela.⁽¹⁾ Cumplir los requisitos de la CUS se vincula con la sostenibilidad del sistema de salud, que depende de diversos factores entre los que predomina la cantidad y calidad del personal de salud, que como se sabe, es diferente en cada país.

En México, donde predomina un sistema de salud segmentado, en un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) publicado en 2016 se concluyó que, “en muchos aspectos, el Sistema de Salud en México no se está desempeñando como debería; se puede mejorar sustancialmente el acceso, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad”.⁽²⁾

En el actual sexenio, entre los objetivos del modelo de atención en México se estableció que: “A mediano plazo se pretende lograr la universalización de los servicios de salud, tanto para hacer efectivo el derecho a la salud, como para eliminar desigualdades y homogeneizar la calidad”.⁽³⁾ La pandemia ha propiciado una oportunidad para desarrollar estos objetivos del modelo, especialmente en lo concerniente a la presencia de desigualdades sobre todo de acceso a los servicios en momentos tan complicados. Sin duda, una buena contribución para cumplir con esos objetivos se relaciona, tanto en México como en otros países, con la cantidad, calidad y desempeño del personal de salud que, ante un nuevo y complejo escenario, como el originado por el desconocimiento sobre el agente biológico causal, necesitaba de preparación y de disponibilidad de todos los recursos para mostrar sus competencias y contribuir al control de la pandemia.

Población a atender

En cualquier escenario el personal de salud debe conocer muy bien a la población que atiende y aún más, cuando esta población es diversa en cuanto a sus niveles de vulnerabilidad. Son potenciales usuarios de los servicios de salud los grupos vulnerables que existen en casi todos los países de la región, por lo cual necesitan ser atendidos de manera prioritaria.⁽⁴⁾ En México, donde existe diversidad de etnias autóctonas y grupos de población con altos niveles de pobreza, la atención a los grupos vulnerables se considera una prioridad para el sistema de salud desde hace décadas y aún se divulgan poco los resultados de las acciones que se realizan para reconocer su impacto en la situación de salud de estos grupos vulnerables.

En dependencia de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales de la población en general y de los grupos vulnerables en particular, se desarrolla la respuesta tanto individual como colectiva ante cualquier evento de salud masivo. En este caso, el desconocimiento inicial sobre el SARS-CoV-2, tanto de la población como del personal a cargo, dificultó en sus inicios la posibilidad de una eficaz y eficiente atención para la recuperación de las personas, para evaluar el desempeño de los servicios ante la pandemia.

Inicio de la pandemia

Como bien se afirma, “el reto que impone esta pandemia a los sistemas de salud es hacer frente a una demanda de atención inusitada. No hay sistema sanitario en el mundo que pueda

atender al total de su población al mismo tiempo”.⁽⁴⁾ Al parecer, ni con las estrategias que se han diseñado para desarrollar la CUS, se ha logrado un control efectivo.

La epidemia ha provocado efectos negativos sobre los servicios de salud. En el caso de Latinoamérica, por ejemplo en Chile, en el período de enero a marzo de 2020 la afectación de las consultas alcanzó el 38 % y el 39 %, en específico, para las consultas de urgencia,⁽⁵⁾ también en Argentina, se reportó esta compleja situación.⁽⁶⁾ En Europa, continente muy afectado por la pandemia, para el sistema sanitario en España este evento de salud supuso una prueba de esfuerzo que no se ha podido superar satisfactoriamente.⁽⁷⁾ Con lo sucedido en estos países y probablemente en muchos más, sería oportuno indagar lo ocurrido con el acceso a otros servicios de salud en México.

Desempeño del personal de salud durante la pandemia

Si se alude al personal de salud y su desempeño durante la pandemia, es obligado mencionar lo expuesto en la Agenda de Salud Sostenible (ASS2030) que constituye la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, junto con los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como los desafíos regionales de salud pública emergentes. Se elaboraron 11 objetivos y el tercero está totalmente dedicado a los recursos humanos en salud y lo integran cinco componentes clave en los que se incluyen sistemas robustos para la toma de decisiones que tengan en cuenta “posibles escenarios cambiantes”.⁽⁸⁾

En ese sentido, es un buen ejemplo el escenario que ha creado la pandemia por COVID-19. La presencia de este evento de salud implica un conjunto de tomas de decisiones ante las experiencias obtenidas, que deben sugerir enfoques novedosos en las competencias del personal de salud que se desempeñan en todos los niveles organizativos de los sistemas nacionales de salud.

Desde etapas previas al compromiso de la ASS2030, existía el llamado a garantizar la salud del personal, de los cuales la mayoría siempre está expuesta a los riesgos inherentes a la profesión. Lo anterior se acentúa en tiempo de pandemia, como con la COVID-19, la cual ha sido doblemente riesgosa al desconocerse en sus inicios cuales serían las medidas de prevención eficaces y, sobre todo, el tratamiento específico que evitaría la mortalidad. En

consecuencia, el personal que se incorpora a las actividades antiepidémicas debe mantener actualizado sus conocimientos sobre la COVID-19 con el propósito de enfrentarla.

Para esto y ante el llamado de emergencia mundial, desde los primeros momentos se ofrecieron cursos en línea promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Secretaría de Salud de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estos cursos facilitarían la preparación del personal para realizar medidas de control efectivas, atender correctamente a las personas afectadas por el nuevo coronavirus y, al mismo tiempo, informar a la población que atienden en sus respectivos espacios laborales, sobre la necesidad de su importante contribución para lograr el control de la pandemia.

La decisión de no autorizar a continuar en su trabajo al personal que se consideró vulnerable por la edad o padecer una enfermedad crónica fue beneficiosa y al resto se les asignaron las tareas de inmediato con el afán de controlar la epidemia. Sin embargo, como señalan algunos investigadores, “los factores de riesgo psicosocial a los que estos recursos se enfrentan no han sido suficientemente visualizados ni atendidos”.⁽⁵⁾ Es innegable el riesgo que representa la epidemia de COVID-19 para quienes deben atender a las personas afectadas, ya sean enfermos, sospechosos o contactos, que también se consideran poblaciones vulnerables para la pandemia y si todo ser humano, sea cual fuese su profesión, sintió temor de ser contagiado con esta nueva enfermedad, con más razón el personal de salud.

Existen criterios discrepantes relacionados con las afectaciones que ha provocado la pandemia en el personal de salud. Por ejemplo, en un documento se expresó que no queda claro que los trabajadores de la salud y trabajadores sociales posean un elevado riesgo de infección y es esencial que todas las muertes en ese personal sean adecuadamente investigadas.⁽⁹⁾ No obstante, las cifras elevadas de enfermos y fallecidos en ese personal originó angustia y temor al contagio, aunque existieron acciones para impedir la presencia en las unidades médicas del personal vulnerable y así, impedir su exposición al SARS-CoV-2 en los espacios laborales.

En datos publicados desde la Secretaría de Salud,⁽¹⁰⁾ en agosto de 2021, se notificaba que hasta esa fecha, en México se habían reportado un total de 251 237 trabajadores de salud contagiados, sin precisar el lugar de contagio o si laboraban en una unidad de atención médica. El 62 % eran hombres y el promedio de edad 37 años, con mayor incidencia en la

capital del país y el estado de México. De ese total, el 32 % eran enfermeras y el 25,7 % médicos. Se notificaron 4127 defunciones (68 % hombres de los cuales el 46 % eran médicos).

Los datos que se muestran permiten aproximarse a *grosso modo*, y al menos hasta el momento de esta comunicación, lo que significó para el personal de salud la atención a las personas. Sin obviar, en cuanto al lugar de residencia, la enorme diferencia de población entre la Ciudad de México y el resto de los estados del país y en consecuencia la cuantía del personal de salud en funciones. Es importante como se expuso antes, indagar la distribución de esos casos notificados entre los que trabajaban en la atención directa a los enfermos y los que realizaban trabajo comunitario o de terreno, pues el riesgo no es el mismo, mucho más en esta pandemia en que las personas clasificadas como asintomáticas y no ingresadas, también transmiten la enfermedad.

La edad promedio (37 años) refleja la incorporación disminuida a los centros laborales del personal mayor de 60 años, el que se considera vulnerable y por tanto estaba alejado de las actividades profesionales. Era de esperar el porcentaje elevado del personal de enfermería, que se contagió, pues habitualmente permanece más tiempo en contacto con el enfermo. En cuanto al sexo, se conoce del predominio del sexo femenino entre el personal de enfermería. Estas cifras confirman el riesgo que amenaza a este personal, mucho más elevado que al resto de la población, debido al tiempo que permanece en contacto directo con personas graves y críticamente enfermas, como por las violaciones de las medidas de protección que causan las actividades en el trabajo cotidiano, agravado por el insuficiente suministro de equipos y medios de protección, algo frecuente, aunque se piense lo contrario, y no solo en nuestro medio.

La falta de personal médico, de enfermería y en general de apoyo a los servicios médicos, se ha presentado de forma indistinta en cada uno de los países de la región.⁽⁵⁾ A esto se le añade el riesgo de enfermar y morir, que sin duda origina el temor inicial que acompañaba a los médicos, enfermeros y personal auxiliar para atender a las personas enfermas o sospechosas. Las consecuencias que trae para la salud el trabajo desarrollado por el personal de salud durante la pandemia, reclama futuras investigaciones que ofrezcan evidencias sólidas para eventos de este tipo en el futuro.

En términos generales, un sistema de salud sólido y eficiente sustentado en la CUS debía haber ofrecido respuestas positivas a la pandemia, sin embargo, nos ha dejado también cierto grado de incertidumbre sobre su eficacia y eficiencia, incluso los sistemas mejor establecidos. Es cierto que la forma en que surgió la pandemia, las debilidades de los sistemas de vigilancia que existían previamente, la alta letalidad de la enfermedad que desde el inicio provocó el contagio y la muerte de miles de personas en corto tiempo, comprometió las estructuras físicas y los recursos materiales de los hospitales y lugares de aislamiento y prácticamente, colapsó los sistemas de salud sin posibilidades inmediatas de solución. Es entonces que el personal profesional y técnico asumió el reto y sus competencias, demostradas en otros momentos de crisis sanitaria durante el pasado y presente siglo, se reforzaron mediante rápidos adiestramientos.

Se puede concluir que es cierto que al inicio de la pandemia el personal de salud estuvo temeroso en el momento de prestar atención a las personas enfermas, algo inherente a los seres humanos con independencia de su nivel profesional. No obstante, después de ese temor inicial, surgieron actitudes y comportamientos en médicos, enfermeras y personal auxiliar, reproducidos en todos los lugares de atención, que estimula la confianza en ese sostén de los sistemas de salud, que son sus profesionales, tanto en México como en los demás países y que hace que sintamos por todos ellos un enorme agradecimiento.

Referencias bibliográficas

1. Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González R, Torres M. El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? MEDICC Review. 2015 [acceso 09/01/2019];17(Supl.):S-16-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw2015/mrws151h.pdf>
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016. París: OECD Publishing. DOI: [10.1787/9789264265523-es](https://doi.org/10.1787/9789264265523-es)
3. Secretaría de Salud de México. Proyecto de Salud en la Cuarta Transformación. México: Secretaría de Salud; 2019 [acceso 21/07/2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-el-proyecto-de-salud-en-la-cuarta-transformacion?idiom=es>

4. Guzmán G, Terán JD, García J, Quintanar F, Ordellin JL. Los sistemas de salud en las Américas ante la pandemia de Covid-19: Una perspectiva desde el acceso y la cobertura universal. Primera edición. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 2021 [acceso 15/09/2021]. Disponible en: https://issuu.com/ciess_org/docs/cass_los_sistemas_de_salud_en_las_ame_ricas_v1.4
5. Toro L, Parra A, Alvo M. Epidemia de COVID 19 en Chile. Impacto en atenciones de servicios de urgencia y patologías específicas. Rev. Méd. Chile. 2020;148(4):557-64. DOI: [10.4067/s0034-98872020000400558](https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000400558)
6. Coscia L. ¿Qué dicen los médicos?. Encuesta Regional. Argentina: Código Salud on line. 2020 [acceso 3/03/2021]. Disponible en: <https://codigosaludonline.wordpress.com/2020/05/02/covid-19-que-dicen-los-medicos-encuesta-regional/>
7. Güel O, Alfageme A. Nuestra sanidad pública no era tan buena. El País. 2020 [acceso 10/07/2021]. Disponible en: <https://elpais.com/ideas/2020-09-26/nuestra-sanidad-publica-no-era-tan-buena.html>
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para Las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas. Washington, DC.: OPS/OMS; 2017.
9. King DA, Costello A, Friston K, Khunti K, McKee, Michie S, *et al.* The Independent SAGE Report COVID-19: what are the options for the UK? Recommendations for government based on an open and transparent examination of the scientific evidence. United Kingdom: The Independent Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE), UK Government; 2020 [acceso 12/10/2021]. Disponible en: [www.independent SAGE.org](http://www.independentSAGE.org)
10. Secretaría de Salud de México. COVID-19. Informes sobre el personal de salud. México: Gobierno de México; 2021 [acceso 10/08/2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid-19-en-mexico>

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.