



ORIGINAL

Riesgo y vulnerabilidad de los profesionales de la salud ante la pandemia de COVID-19



Diana L. Reartes-Peñañiel^a, Clara Juárez-Ramírez^{b,*},
Hortensia Reyes-Morales^b, Gaudencio Gutiérrez-Alba^c
y José A. Muños-Hernández^c

^a Instituto, Pensamiento y Cultura en América Latina (IPECAL), Tlalpan, CDMX, México

^b Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, Morelos, México

^c Departamento de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México

Recibido el 12 de agosto de 2024; aceptado el 25 de noviembre de 2024

Disponible en Internet el 11 de enero de 2025

PALABRAS CLAVE

Riesgo;
Vulnerabilidad social;
Fuerza laboral en
salud;
COVID-19

Resumen

Objetivo: Analizar las categorías de riesgo y vulnerabilidad a partir de la experiencia de los profesionales de la salud que atendieron a pacientes frente al SARS-CoV-2.

Diseño: Investigación de tipo exploratorio con varios objetivos y etapas que utilizó métodos mixtos concurrentes desarrollada durante 2020-2021. En este artículo se reportan resultados del apartado cualitativo derivado del análisis de una submuestra de participantes.

Lugar: Unidades médicas de primer nivel de atención en zonas rurales de 5 estados de México.

Participantes: Se incluyó a 32 profesionales de salud: personal médico, de enfermería y promotores de salud.

Métodos: Se analizaron de manera inferencial 3 categorías emergentes en base a algunos supuestos de teoría fundamentada constructivista: a) estrategias de reducción del daño utilizadas, b) percepción sobre la propia vulnerabilidad frente al SARS-CoV-2 y c) implicaciones para la vida personal.

Resultados: La percepción de riesgo y de vulnerabilidad son 2 ámbitos interdependientes contruidos a partir de la experiencia vivida de los profesionales de la salud, las significaciones se fueron desarrollando a la par que se asignaron socialmente atributos negativos: un virus peligroso que causó decesos de compañeros, se desconocían las causas de contagio. Se edificó una nueva cultura de riesgo para COVID-19.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: clara.juarez@insp.mx (C. Juárez-Ramírez).

Conclusiones: Las valoraciones subjetivas sobre las categorías de percepción del riesgo y vulnerabilidad se corresponden con las valoraciones objetivas y las posibilidades de realizar estrategias de afrontamiento y minimización del riesgo, incluyendo el ámbito familiar. Para apoyar a los profesionales de la salud ante futuras emergencias sanitarias es necesario garantizarles seguridad laboral.

© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Risk;
Social vulnerability;
Health workforce;
COVID-19

The risk and vulnerability of health care workers to the COVID-19 pandemic

Abstract

Objective: To analyze the categories of risk and vulnerability based on the experience of health professionals who attended SARS-CoV-2.

Design: Exploratory research. It was developed in different phases during 2020-2021, using concurrent mixed methods and pursuing multiple objectives. This article reports findings from a qualitative section, derived from the analysis of a subsample of participants.

Setting: First-level medical units in rural areas of five states in Mexico.

Participants: Thirty-two health care professionals were included: doctors, nurses and health promoters.

Methods: Three emergent categories were inferentially analyzed based on some constructivist grounded theory assumptions: a) harm reduction strategies used, b) perception of own vulnerability to SARS-CoV-2 and c) impact on personal life.

Results: Perceptions of risk and vulnerability are two interdependent domains constructed from lived experience of health care professionals, meanings were developed as negative attributes were socially assigned: the cause of the infection was unknown, but it was a dangerous virus that caused the deaths of colleagues. A new risk culture for COVID-19 was constructed.

Conclusions: Subjective perceptions of risk perception and vulnerability correspond with objective perceptions and opportunities to implement coping strategies and risk reduction, including at the family level. To support health professionals in the face of future health emergencies, it is necessary to guarantee them job security.

© 2024 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), conforme la pandemia de COVID-19 se fue propagando y se llegó al confinamiento poblacional como medida extrema para mitigar el riesgo de contagio, hubo 8 grupos de trabajadores considerados esenciales que debieron continuar laborando pese a este riesgo, uno de ellos fue el de los trabajadores de la salud¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OIT clasificaron el tipo de tarea realizada por los trabajadores esenciales en un semáforo: de «bajo riesgo» hasta «muy alto riesgo». La desempeñada por profesionales de la salud fue catalogada de «muy alto riesgo», por lo que se generaron normatividades sobre seguridad ocupacional para su protección². A pesar de esto y debido a la exposición ocupacional³, los trabajadores esenciales presentaron las mayores tasas de mortalidad a nivel mundial. Entre enero de 2020 y mayo de 2021 según datos de la OMS, fallecieron en el mundo 115.000 trabajadores de la salud atendiendo COVID-19⁴; en México, en 2021 se reportaron 4.517 decesos, de los cuales el 45% fueron mujeres entre 60 y 64 años⁵.

El trabajo ha sido abordado desde diferentes enfoques y disciplinas⁶, y se ha identificado como un

importante determinante social de la salud⁷. Existen actividades laborales que en sí mismas representan un riesgo, como las desempeñadas por los profesionales de la salud, ya que dependiendo del ámbito donde se desarrollan, producen enfermedades diferenciadas según el tipo de exposición y grado de vulnerabilidad de la persona⁸.

Se ha publicado una gran cantidad de evidencia científica sobre cómo los profesionales de la salud hicieron frente a la pandemia pese al riesgo que implicó su trabajo. De los hallazgos reportados con relación a la percepción del riesgo de contagio, destacan resultados sobre las medidas utilizadas para evitarlo o reducirlo, describiendo cómo el tipo de actividad realizada se vinculó con el riesgo percibido. También se ha documentado el impacto para su salud física y mental como consecuencia del estrés permanente y del desgaste emocional que el personal de salud tuvo al realizar su labor⁹⁻¹². Otros estudios han reportado aspectos comportamentales, por ejemplo, bajo nivel de adherencia a las recomendaciones preventivas, influencia de la infodemia en sus actividades, así como tener dudas sobre aceptar vacunarse¹³; adicionalmente se han descrito afectaciones diferenciadas por condición étnica¹⁴. Esos hallazgos muestran diferentes complejidades en relación a cómo los

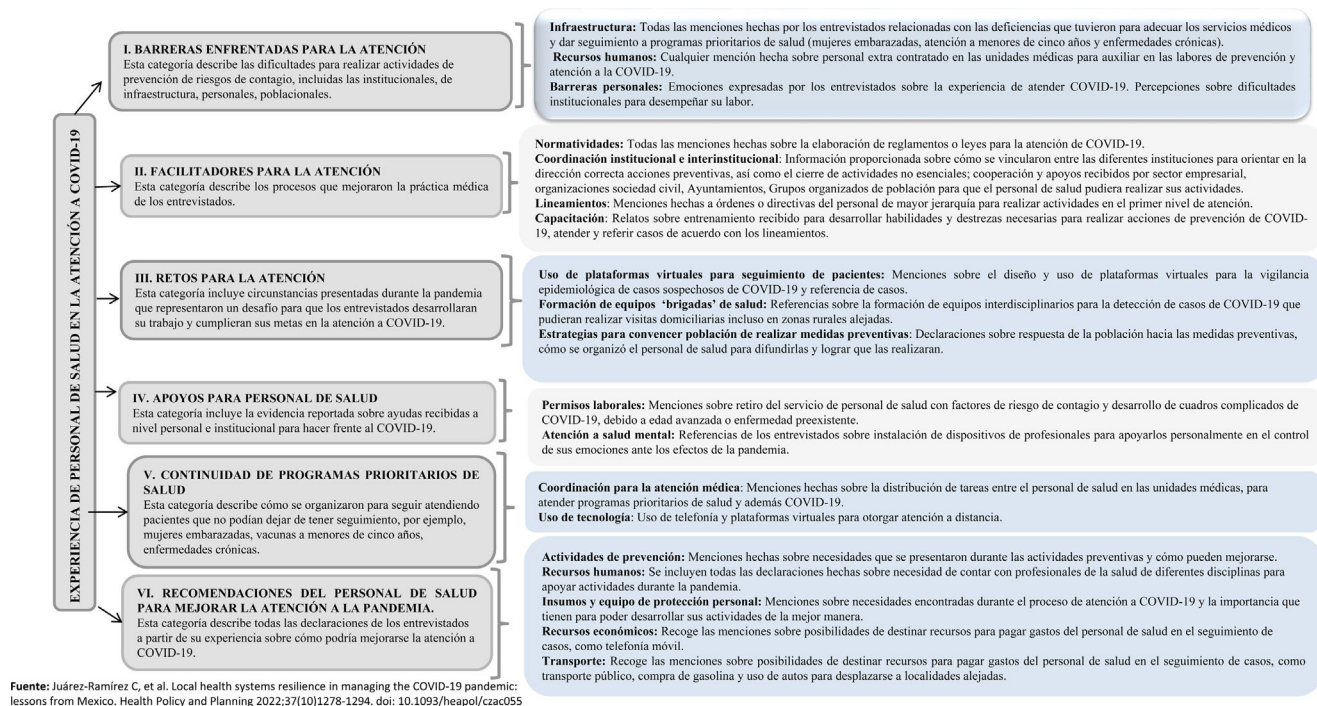


Figura 1 Árbol de códigos utilizado en el análisis original con todos los participantes.

Fuente: Juárez-Ramírez, et al.¹⁷.

profesionales de la salud percibieron el riesgo de contagio y sus afectaciones.

Para los propósitos de este artículo, se ha seguido la definición de Douglas¹⁵ sobre riesgo, entendida como una elaboración cognitiva construida socioculturalmente en un contexto determinado, que ayuda a clasificar alternativas en función de posibles beneficios. Por su parte, para Nichter, la vulnerabilidad es considerada como «la percepción real de estar expuesto a algún padecimiento o desgracia es un estado de debilidad, miedo y preocupación»¹⁶. Frente a la percepción de riesgo y vulnerabilidad los sujetos sociales en riesgo de ser afectados elaboran de forma dinámica conocimientos, prácticas y estrategias tendientes a reducir los posibles daños.

Bajo estas consideraciones, el objetivo de este artículo fue realizar una aproximación al proceso mediante el cual profesionales de la salud fueron percibiendo y significando sus ámbitos laborales como espacios de riesgo ante el peligro de contagio de SARS-Cov-2; las estrategias de reducción del riesgo que utilizaron, cómo experimentaron su propia vulnerabilidad frente al virus y las implicaciones que tuvo en su vida familiar y sus actividades laborales.

Material y métodos

Diseño del estudio

Investigación de tipo exploratorio con varios objetivos y etapas que utilizó métodos mixtos concurrentes, desarrollada durante 2020-2021. El estudio se realizó con los profesionales de la salud que atendían centros de salud de primer nivel de atención en zonas rurales de México. El presente artículo tiene como antecedente los resultados del análisis

cualitativo principal previamente publicado por nuestro equipo de trabajo¹⁷. Aquí se reporta otra parte del eje cualitativo a partir del análisis de categorías emergentes con una submuestra de participantes. El árbol de códigos del análisis cualitativo completo se construyó con 6 categorías y 19 subcategorías (fig. 1). A partir de ello se continuó con análisis enfocado y se generaron 2 categorías emergentes con 3 subcategorías cada una (fig. 2).

Para la muestra se eligieron 5 estados. Posteriormente, de manera intencionada, unidades de primer nivel de atención. Se seleccionó personal de salud que realizó actividades preventivas o de atención a casos de COVID-19. Para este artículo, de acuerdo con el proceso descrito a continuación, se utilizó una submuestra de 32 entrevistados que laboraban en zonas rurales, incluyó personal médico (17 participantes), de enfermería (10 participantes) y promotores de salud (5 participantes) (tabla 1).

Recogida de información

Se utilizó como técnica principal la entrevista cualitativa semiestructurada. Se realizó entre diciembre de 2020 y agosto de 2021. Se elaboraron guías de entrevista de acuerdo con el perfil profesional de cada participante. Todas las entrevistas se realizaron mediante videollamadas debido a las medidas de seguridad sanitaria; fueron audio grabadas previo consentimiento informado, con una duración entre 30 a 90 min; posteriormente fueron transcritas literalmente.

Análisis de la información

Se desarrolló un proceso de análisis en 3 etapas, utilizando algunos supuestos de la teoría fundamentada

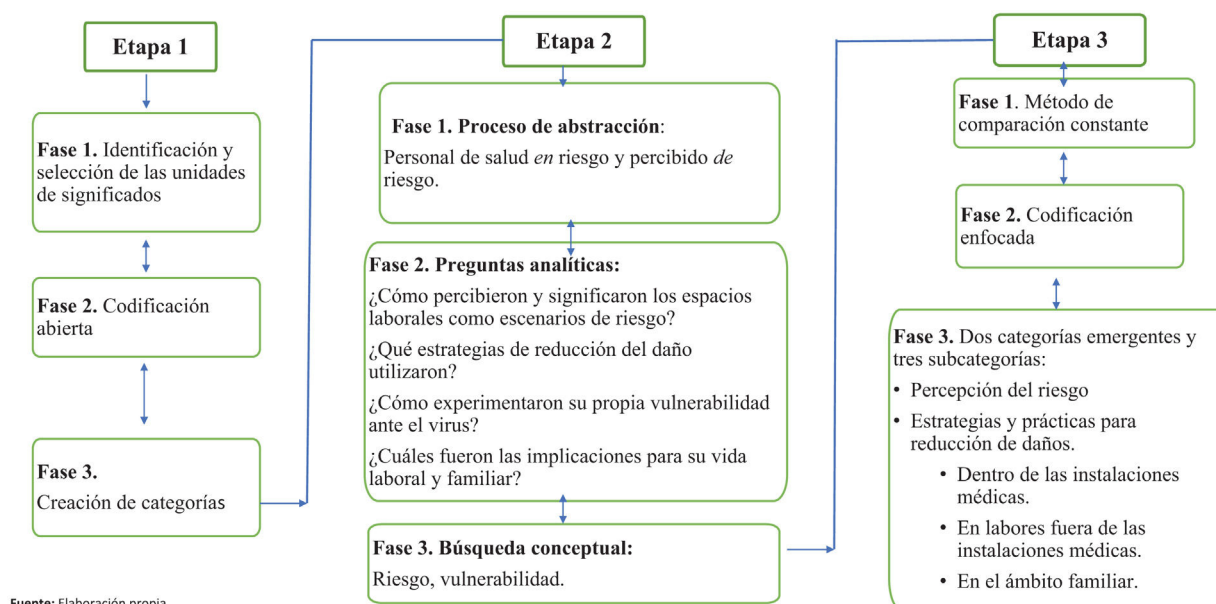


Figura 2 Proceso de análisis de datos con submuestra de participantes. Aproximación inductiva: vulnerabilidad y riesgo.
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1 Número y tipo de entrevistados, profesionales de la salud en zonas rurales

Perfil del personal de salud	Estado 1	Estado 2	Estado 3	Estado 4	Estado 5	Total
Médicos/as	2	1	4	6	4	17
Enfermeros/as	—	1	5	2	2	10
Promotores/as	—	—	1	2	2	5
Total	2	2	10	10	8	32

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros durante el trabajo de campo.

constructivista¹⁸. En primer lugar, se ordenó la información elaborando 2 tipos de concentrados, por perfil del entrevistado y tema. En segundo lugar, se elaboró un análisis grueso a partir de las entrevistas transcritas generando 6 categorías y 18 subcategorías (códigos iniciales) (fig. 1); en este momento del análisis emergieron los primeros códigos relacionados con el riesgo y la vulnerabilidad. En tercer lugar, como lo señala el método de comparación constante, se hicieron preguntas analíticas (fig. 2). Vinculadas con esos códigos y para responderlas se realizó una búsqueda conceptual sobre sociología y antropología del riesgo; a continuación, se regresó a los datos y se ejecutó codificación enfocada. De esta manera, para reportar resultados, se elaboraron 2 categorías emergentes (percepción del riesgo, estrategias y prácticas para reducción de daños); con 3 subcategorías cada una (percepción del riesgo dentro de las instalaciones médicas, en labores fuera de las instalaciones médicas, en el ámbito familiar).

Aspectos éticos

Se consideraron los principios de ética de la investigación contemplados en la Declaración de Helsinki¹⁹. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México, con el número CI:

1715. El consentimiento informado de las personas entrevistadas se obtuvo de manera verbal.

Resultados

El contexto y los escenarios laborales: percepción del riesgo

Con la llegada del virus SARS-CoV-2, se establecieron adecuaciones a las normatividades institucionales para proteger a los profesionales de la salud, las cuales se aplicaron a nivel nacional. Sin embargo, las prácticas de atención se fueron modificando gradualmente conforme la información sobre las formas de contagio y los datos sobre los efectos del virus fueron conociéndose. Mientras eso ocurrió y se conocieron las noticias sobre el aumento de casos, aumentó la incertidumbre y el temor sobre las posibilidades de contagiarse. De acuerdo con las narraciones de los entrevistados, se encontraron 3 escenarios donde esto se pudo apreciar: en instalaciones médicas; actividades extramuros y en el ámbito familiar.

Dentro de las instalaciones médicas

Debido a que las actividades del personal médico y de enfermería requerían de la cercanía y el contacto físico con los

Tabla 2 Ejemplos de testimonios de experiencias vividas

Categoría analizada	Personal médico	Personal de enfermería	Personal promotor de salud
1. Percepción de riesgo			
Dentro de las instalaciones médicas	Desde que nos llegó el virus sabíamos de la necesidad de cuidarnos... [se creía] que nos contagiábamos por una moneda, por compartir una pluma, por abrazar a alguien...	Hubo una persona que quiso ingresar al área donde estábamos y no portaba cubrebocas, le ofrecimos uno y no aceptó, empezó a escupirnos, tomaba saliva y la escupía en la mano y nos escupía a nosotros...	Tuvimos algunos altercados con la ciudadanía, en el mercado ya se habían chocado de que les diéramos la información [éramos el riesgo, decían], que solamente espantábamos a la gente que les iba a comprar... Cuando yo supe que estaba encargada de llevar las muestras no me dio miedo, yo decía: «mientras yo me cuide, no tenga trato así directo con algún paciente pues no me voy a contagiar», pero cuando me las dieron para transportarlas ahí sí ya me dio miedo...
En labores fuera de las instalaciones médicas	[La población] siguió con sus actividades sin el uso correcto del cubrebocas, en los negocios de comida nos costaba trabajo que la gente respetara las normas de sana distancia, se enojaban o se asustaban por el hecho de que el personal de salud se acercara a esos lugares, pensaban que los íbamos a contagiar...	Nuestro mismo personal de enfermería tuvo mucha ansiedad... Nos vimos muy, muy afectados... [fue] de los principales problemas que tuvimos...	Fui el primero de la unidad que me contagié, ¿por qué para mí fue algo difícil? Porque sentí el rechazo de la sociedad, hasta en la misma familia... los mismos compañeros murmuraban: 'tiene covid'... tengo 2 hijas y a una la contagié... en lo personal eso fue lo más difícil para mí...
En el ámbito individual y familiar	Lamentablemente todos somos personal de riesgo... tenemos diabetes, presión alta, lamentablemente ya pasamos los 50 años...	Yo vivo con mi mamá, mi mamá tiene diabetes, entonces trato de tener mucho cuidado...	
2. Estrategias y prácticas para la reducción del riesgo			
Dentro de las instalaciones médicas	Cuando ya tuvimos el primer caso, como en todos los lugares pues sí había mucho temor. Pero también hemos visto que cuidándonos, era la única manera de prevenir...	Mucha gente ya no quería que les tomara muestra, ya no querrán asistir a las unidades de salud a atenderse porque decían que nosotros teníamos el virus o que con la muestra nosotros le íbamos a introducirles el virus...	Yo empecé con miedo porque la gente no usaba cubrebocas, se le daba la recomendación... pero decían que no... por eso también el personal del centro de salud ha tenido un poquito de miedo, por lo mismo...
En labores fuera de las instalaciones médicas	Cuando uno va a una casa de alguien en la comunidad no usan cubrebocas por más que te tengan enfrente... siempre le decía a la promotora que usara su careta porque: «ahí donde vamos a ir no se van a poner cubrebocas porque están en su casa». Con el equipo de protección personal a veces te quedan viendo como medio rara, como: «ya exageran demasiado», pero creo que era lo más ideal en ese momento para tratar de atenderlos, por precaución...	Ningún personal quería salir, todos teníamos miedo de la enfermedad. Sabíamos cómo la enfermedad iba avanzando principalmente en aquellas personas que tenían comorbilidades, entonces pues todo el personal estaba así...	Dijeron que teníamos que salir a hacer búsqueda intencionada, utilizamos información que se manejó por todos los medios, desde una red social hasta información oficial sobre el COVID-19

Tabla 2 (continuación)

Categoría analizada	Personal médico	Personal de enfermería	Personal promotor de salud
En el ámbito familiar	Era desesperante porque decíamos y si nosotros nos contagiamos qué va a pasar, sobre todo yo en mi experiencia tengo 2 niños con asma, y sí era preocupante llegar a casa, dejar todo y decirle pues espérense a que yo me sanitice, me bañe, me limpie, porque no los quiero contagiar. . .	He tomado muchos té, todos lo que me recomiendan. . .	Nosotros [hicimos] todo lo que está en nuestras manos para no enfermarnos, desgraciadamente yo ya me enfermé. . .tratamos de cuidarnos lo más que se pueda [para no contagiar]. . .

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros durante el trabajo de campo.

pacientes, debieron desarrollar cierto grado de tolerancia para resistir el miedo al contacto físico. Para promover el aislamiento, se reacondicionaron consultorios para dedicarlo a la atención de personas con síntomas sospechosos de COVID-19. En los centros de salud con áreas insuficientes se habilitaron patios u otros espacios para recibirlos. La atención a estos casos fue una tarea que correspondió al personal médico. Los establecimientos de salud fueron percibidos como el escenario de mayor riesgo de contagio (tabla 2).

En algunas poblaciones los profesionales de la salud identificados como trabajadores «de riesgo» recibieron agresiones. Conforme la pandemia avanzó, se incrementó el número de decesos de compañeros de sus equipos de trabajo y circuló la información de brotes en centros de salud y hospitales, ante esto aumentó la percepción de vulnerabilidad ante el virus (tabla 3).

Las indicaciones para el funcionamiento de los servicios de salud fueron cambiando. El personal mayor de 65 años que padecía comorbilidades tuvo permiso para laborar desde su hogar o fueron reasignados para desarrollar actividades en espacios de menor riesgo. No en todos los centros de salud hubo posibilidad de suplir las bajas de personal y algunos cerraron. En paralelo, las universidades retiraron a sus estudiantes en servicio social, lo cual disminuyó la capacidad de la fuerza laboral para atender los diferentes servicios.

Percepción de riesgo en labores fuera de las instalaciones médicas

El personal responsable de promover la salud comunitaria trabajó durante los primeros meses de la pandemia en lugares donde se concentraba la población, como mercados y centros comerciales. Conforme avanzó se implementaron medidas de confinamiento poblacional, su trabajo extramuros se orientó hacia la búsqueda de casos sospechosos, asistencia domiciliaria a enfermos y entrega de medicamentos. Las actividades en sitios de mayor concentración de personas fueron consideradas de gran riesgo por los entrevistados, pero fue en las visitas domiciliarias donde se sintieron más vulnerables.

Autoridades municipales les solicitaron participar en filtros sanitarios instalados a la entrada de los poblados. En el norte del país, los promotores de salud también

debieron realizar actividades en albergues de migrantes en tránsito hacia EE. UU., así como en campos de cultivo donde laboraban jornaleros agrícolas itinerantes. Los factores medioambientales afectaron su percepción de vulnerabilidad: altas temperaturas, presencia de huracanes e inundaciones. Estas circunstancias, promovieron situaciones de mayor estrés, malestar emocional y ansiedad, que se sumó en algunos casos a jornadas laborales que excedían el número de horas de una jornada habitual. Vivían con «nerviosismo» enfrentando esa experiencia como una paradoja de su trabajo al realizar actividades de sumo peligro para su salud y la de sus familias, pero al mismo tiempo ser identificados por la población como el riesgo.

Percepción de riesgos en el ámbito familiar. Se identificaron coincidencias vinculadas con la percepción de vulnerabilidad: tercera edad, estar enfermos, tener hijos/as pequeños, familiares enfermos o padres de edad avanzada. La preocupación central del personal de salud fue el temor de contagiar a sus familiares.

Estrategias y prácticas para reducción del riesgo

Dentro de las instalaciones médicas

Las acciones desarrolladas para reducir el riesgo de contagio fueron establecidas por normatividades: reacondicionar los espacios, utilizar equipo de protección personal, establecer protocolos para el ingreso a los establecimientos médicos, mantener distancia de 1,5 m; se colocaron lavamanos para los pacientes. Estrategias para evitar el contacto fueron: brindar atención vía telefónica; suspender actividades grupales, alternar días laborables (tabla 4).

Labores fuera de las instalaciones médicas

Para desarrollar labores preventivas en lugares concurridos, así como realizar visitas domiciliarias a pacientes contagiados o con enfermedades crónicas se utilizó equipo de protección personal. Se suspendieron las actividades preventivas en lugares concurridos, la estrategia de atención extramuros cambió a detección de casos de manera intencionada haciendo recorridos casa por casa buscando casos positivos y extendiendo la búsqueda a familiares de personas contagiadas. Además de la incertidumbre de atender casos asintomáticos, los promotores de salud enfrentaron el

Tabla 3 Percepción del riesgo de los profesionales de la salud hacia la infección por COVID-19 en escenarios rurales en 3 diferentes ámbitos

Tipo de personal de salud	Percepción de riesgo		
	Dentro de instalaciones médicas	Fuera de instalaciones médicas	Ámbito familiar
Personal médico	Miedo de contagio durante la atención médica.	Temor de ser agredidos por la población; se pensaba que eran foco de contagio por estar en contacto con pacientes positivos.	En la primera etapa de la pandemia el temor al virus fue menor y se fue agravando.
	Mayor temor al contagio cuando hubo atraso en la recepción de equipo de protección personal, lo cual ocurrió al inicio de la pandemia.	Miedo al contagio en visitas domiciliarias a pacientes positivos: había mayor exposición al virus, algunas familias no podían aislar a los pacientes. En zonas donde hubo desastres naturales los albergues fueron focos de mayor riesgo de contagio.	Percibieron momentos de mucha angustia que sabían traería consecuencias para su salud mental. La edad fue percibida como mayor factor de riesgo. Padecer alguna enfermedad se vivió como desventaja ante el virus. La necesidad del trabajo fue priorizada pese a tener factores de riesgo personales que los colocaban en desventaja ante el virus.
	La falta de equipo de protección personal promovió percepción de mayor vulnerabilidad al contagio.	La entrega de resultados a domicilio y las visitas domiciliarias para el seguimiento a los pacientes con enfermedades crónicas fueron actividades percibidas de mayor exposición al contagio.	Se consideraron en sí mismos factor de riesgo para sus familias, existía preocupación y temor por contagiarlos.
Promotores de salud	Percibieron mayor exposición al contagio cuando debían apoyar actividades dentro de las instalaciones médicas.	Miedo al contagio durante su trabajo preventivo en actividades masivas.	Temor a contagiar familiares que compartían el mismo domicilio. Mayor preocupación cuando tenían hijos/as pequeños.

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros durante el trabajo de campo.

temor de la inseguridad social, incrementado al utilizar sus propios medios de transporte.

Percepción de riesgos en el ámbito familiar

Los entrevistados se vivieron como sujetos en riesgo, pero también de riesgo. A partir de que inició la urgencia sanitaria, dependiendo de la situación individual de salud y de sus circunstancias familiares, adoptaron múltiples prácticas higiénicas al regresar a sus hogares como: no permitir que sus familiares los tocaran hasta haberse bañado y cambiado de ropa; dejar la ropa usada en las instalaciones médicas; no ingresar a casas de familiares. Algunos necesitaron atención psicológica debido al estrés causado por la situación laboral más la atención a sus familias.

Discusión

El riesgo percibido como proceso social

Los hallazgos aquí presentados muestran un proceso paulatino de significación del riesgo de contagio en los espacios laborales y fuera de ellos a partir del avance de la pandemia. Fue la proximidad con pacientes sospechosos y positivos tanto asintomáticos como sintomáticos, lo que construyó la noción de estar «en riesgo» de contagio, y las circunstancias individuales y familiares el percibir «ser de riesgo» para las personas con las que se convivía en el ámbito familiar. La teoría sobre la sociedad y sociología del riesgo²⁰⁻²² propone que el riesgo es social y culturalmente construido

Tabla 4 Estrategias del personal de salud para reducir el riesgo de infección de COVID-19 en escenarios rurales en 3 diferentes ámbitos

Tipo de personal de salud	Estrategias y prácticas para reducción de daños por la exposición al riesgo		
	Dentro de instalaciones médicas	Fuera de instalaciones médicas	Ámbito familiar
Personal médico	Disminuyeron citas médicas.	Se organizaron salas de espera fuera de las instalaciones médicas.	Atención psicológica para el manejo de estrés.
	Espaciaron sillas de sala de espera.	Se capacitaron.	Se desinfectaron antes de entrar a sus casas y tener contacto con familiares.
	Usaron caretas, cubrebocas, gel alcoholado, batas. Colocaron lavamanos, tapetes sanitizantes, en la entrada del centro de salud para los pacientes.	Usaron caretas, cubrebocas, gel alcoholado. Capacitaron líderes de salud, agentes comunitarios de promoción a la salud, taxistas, maestros, alumnos.	Sanitarizaron espacios utilizados. Algunos siguieron realizando labores en sus hogares por padecer enfermedades de riesgo o ser adulto mayor.
	Recibieron guías para detectar casos sospechosos. Designaron espacios especiales para aislar pacientes. Dieron seguimiento vía telefónica a pacientes contagiados.		
Personal enfermería	Designaron área especial para atender casos positivos.	Usaron caretas, gorros, cubrebocas, gel alcoholado, batas.	Se desinfectaron antes de entrar a sus casas y tener contacto con familiares. Sanitarizaron espacios utilizados.
Promotores de salud	Usaron caretas, cubrebocas, gorros, cubrebocas, gel alcoholado, batas.	Se apoyaron en el uso de teléfonos móviles para llevar control de los casos que debían atender en sus áreas de trabajo y así disminuir el contacto cara a cara.	Se desinfectaron antes de entrar a sus casas y tener contacto con familiares.
	Adquirieron por su cuenta equipo de protección personal que les brindaba mayor protección.		Sanitarizaron espacios utilizados.

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros durante el trabajo de campo.

mediante procesos subjetivos/objetivos²³. La evaluación del riesgo es un proceso cognitivo individual que ocurre a partir de los aprendizajes en la realidad social²⁴, es decir, la valoración subjetiva/objetiva, ocurre al mismo tiempo y son procesos que no pueden separarse a partir de lo que cada persona identifica inicialmente como 'riesgo'. Ante esta valoración, las personas implementan estrategias personales para reducir el posible daño. Siguiendo a Nichter¹⁶, dichas estrategias se refieren al «conjunto de conductas que van desde controlar los factores que predisponen al padecimiento hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema más grave», las cuales 'luchan internamente' contra la incertidumbre de una posible afectación personal. Lupton²⁵ denominó a estos procesos internos subjetividad

del riesgo, para referirse a cómo se edifican en el día a día los conocimientos sobre el riesgo. En complemento, Nichter¹⁶ sugirió que las estrategias de reducción del daño poseen 2 dimensiones: una objetiva y otra subjetiva, y que es bajo la valoración permanente de ambos recursos que las personas generan nociones de mayor o menor grado de vulnerabilidad personal ante los desafíos cotidianos.

El trabajo de los profesionales de la salud en la era COVID-19

Las experiencias narradas ayudaron a comprender el trabajo como un aspecto técnico y un proceso social⁶. La pandemia como un hecho global inédito, generó nuevas prácticas

para minimizar el riesgo y prevenir el contagio. Un aspecto que influyó en la dimensión objetiva para la significación del riesgo se observó a partir del acatamiento a regulaciones y reglamentaciones laborales que debieron seguir²⁶, además de conocer información divulgada a nivel internacional sobre formas de contagio y cómo prevenirlo. En la dimensión subjetiva los hallazgos muestran representaciones sociales²⁷ sobre el riesgo, así como prácticas que los profesionales de la salud debieron generar ante el nuevo escenario de crisis sanitaria, las cuales gestaron nuevas interacciones sociales^{28,29}, por ejemplo, la adopción de reglas de proximidad social con el uso de mascarillas.

Afectaciones en el ámbito familiar de los profesionales de la salud

Fueron destacables los hallazgos con relación a la auto-limitación de actividades y restricciones personales para controlar el riesgo de contagiar a sus familiares. Pese a la percepción del riesgo y la incertidumbre continuaron desempeñando sus labores profesionales. Otros autores han sumado a la perspectiva cultural del riesgo, el rol de los aspectos emocionales^{30,31}, los valores éticos y morales^{32,33}, los cuales también actúan para la aceptabilidad del riesgo.

Lo aquí expuesto se limita a la realidad investigada y no pretende constituir una generalización, lo que podría ser una limitación del estudio.

Conclusión

La percepción individual del riesgo fue interdependiente de la percepción de vulnerabilidad que se construyó socialmente sobre el peligro de contagio del virus. La pandemia mostró cómo el trabajo es un proceso social: surgieron acciones inéditas a realizarse durante la consulta médica que actualmente se han transformado en prácticas cotidianas, así como nuevas reglas sociales para la convivencia.

Lo conocido sobre el tema

- El trabajo es un importante determinante social de la salud.
- La pandemia de COVID-19 representó uno de los mayores desafíos globales, y los profesionales debieron hacerle frente pese a representar un alto riesgo para su salud.

Qué aporta este estudio

- Evidencia sobre la interdependencia entre la percepción del riesgo y la vulnerabilidad para comprender cómo los profesionales de la salud gestionaron sus riesgos: individuales, sociales y laborales, durante la pandemia de COVID-19.

Financiación

La investigación se desarrolló con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, México (No. SCON2020-00250).

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no tienen intereses económicos ni relaciones personales que pudieran haber influido en el trabajo presentado en este artículo.

Bibliografía

1. International Labour Organization. World Employment and Social Outlook 2023: The value of essential work. ILO. 2023, <http://dx.doi.org/10.54394/OQVF7543>.
2. World Health Organization-International Labour Organization. Caring for those who care: Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers. WHO-ILO. 2022 [consultado 13 Nov 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/351436>
3. Koh D. Occupational risks for COVID-19 infection. *Occup Med (Lond)*. 2020;70:3–5.
4. World Health Organization. The impact of COVID-19 on health and care workers: A closer look at deaths. En: OMS, editor. Health Workforce Department – Working Paper 1. Ginebra: OMS; 2021 [consultado 13 Nov 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/345300>
5. Gobierno de México-Secretaría de Salud. Informes sobre el personal de Salud COVID-19 en México, 2021 [consultado 13 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid-19-en-mexico>
6. Laurell AC. Proceso de trabajo y salud. Cuadernos Políticos. 1978;17:59–79 [consultado 13 Nov 2024] Disponible en: <https://www.cuadernospoliticos.unam.mx>
7. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen: WHO; 2003 [consultado 13 Nov 2024] Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/326568>
8. Menéndez EL. Las idas y vueltas del conocimiento: el caso de los determinantes sociales de la salud. *Glob Health Promotion*. 2011;18:49–58, <http://dx.doi.org/10.1177/1757975911422984>.
9. Casper E. Occupational health risk among healthcare workers during COVID-19 pandemic: Actions to limit the risk. *The J Egypt Public Health Assoc*. 2021;96:13, <http://dx.doi.org/10.1186/s42506-021-00076-z>.
10. Deressa W, Worku A, Abebe W, Gizaw M, Amogne W. Risk perceptions and preventive practices of COVID-19 among healthcare professionals in public hospitals in Addis Ababa, Etiopía. *PLoS One*. 2021;16, e024471. doi:10.371/journal.pone.024471.
11. Riguzzi M, Gashi S, Bischofberger I. Healthcare workers' knowledge, risk perception, safety-relevant practices, and work situation during the COVID-19 pandemic: A quantitative survey from Switzerland. *J Nurs Educ Pract*. 2021;11:19–31, <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v11n7p19>.
12. Torres Muñoz V, Fariás-Cortés JD, Reyes-Vallejo LA, Díaz Barriga CG. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Rev Mex de Urología*. 2021;80:1–10, <http://dx.doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v80i3.653>.

13. Arslanica T, Fidan C, Daggez M, Dursun P. Knowledge, preventive behaviors and risk perception of the COVID-19 pandemic: A crosssectional study in Turkish health care workers. *PLoS ONE*. 2021;16:4, doi:10.137/journal.pone.0250017.
14. Khunti K, Griffiths A, Majeed A, Nagpaul C, Rao M. Assessing risk for healthcare workers during the covid-19 pandemic. *BMJ*. 2021;372, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n602>.
15. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós Studio; 1996. p. 173.
16. Nichter M. Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*. 2006;20:109-32:110 [consultado 13 Nov 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1607-050X2006000100005&lng=es&tl=es>
17. Juárez-Ramírez C, Reyes-Morales H, Gutiérrez-Alba G, Reartes-Peñafiel DL, Flores-Hernández S, Muños-Hernández JA, et al. Local health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from Mexico. *Health Policy and Planning*. 2022;37:1278–94, <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czac055>.
18. Charmaz K. Constructing Grounded Theory. En: *A Practical Guide through Qualitative Analysis*. UK: SAGE Publications; 2006. p. 416.
19. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310:2191–4, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
20. Beck U. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós; 1998. p. 300.
21. Le Breton D. *Sociología del riesgo*. Buenos Aires: Prometeo; 2021. p. 114.
22. Juárez-Ramírez C, Théodore FL, Gómez-Dantés H. Vulnerability and risk: Reflections on the COVID-19 pandemic. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55, <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2020045203777>, e03777.
23. Boholm A. *Anthropology and risk*. NewYork: Routledge; 2015. p. 190, <http://dx.doi.org/10.4324/9781315797793>.
24. Berger P, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 1994. p. 233.
25. Lupton D. Risk and emotion: Towards an alternative theoretical perspective. *Health, Risk & Society*. 2013;15:634–47, <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.848847>.
26. International Labour Organization. COVID-19: Occupational health and safety for health. Interim guidance. ILO. 2021, <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.V22n3.87238>.
27. Moscovici S, Hewstone M. De la ciencia al sentido común. En: Moscovici S, editor. *Psicología social II, Pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós; 1988. p. 679–710.
28. Blumer H. *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona: Hora; 1982. p. 176.
29. Rojas García G, Estrada Iguíniz M, Warn Cruz L. No hay nada Seguro. Personal de salud frente al virus desconocido y la atención a la pandemia en México. *Desacatos*. 2021;65:190–201.
30. Le Breton D. Por una antropología de las emociones. *RELACES*. 2013;10.
31. Sjöberg L. Emotions and risk perception. *Risk Manag*. 2007;9:223–37, <http://dx.doi.org/10.1057/palgrave.rm.850038>.
32. Hidalgo Azofeifa S, Vargas Mena R, Carvajal Carpio L. El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Rev méd sinerg (San José, En línea)*. 2021;6:e706, <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v6i8.com>.
33. Luna F. Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers Not Labels. *IJFAB*. 2009;2:121–39, <http://dx.doi.org/10.3138/ijfab.2.1.121>.