

## Contratación de estudiantes de enfermería en el contexto de la pandemia por COVID-19 en México. Una respuesta rápida a la emergencia de salud

Recruitment of nursing students in the context of the COVID-19 pandemic in Mexico. A rapid response to the health emergency

Patricia Aristizabal (<https://orcid.org/0000-0001-5501-239X>)<sup>1</sup>

Alessandra Martínez-Abascal (<https://orcid.org/0000-0002-3281-096X>)<sup>2</sup>

Julio Cesar Macías-Romero (<https://orcid.org/0009-0007-2141-4252>)<sup>3</sup>

Gustavo Nigenda (<https://orcid.org/0000-0003-0067-0664>)<sup>4</sup>

**Abstract** *The Mexican government implemented a strategy to increase nursing staff in response to COVID-19, including the early graduation of university students, to incorporate them into the care frontline. This exploratory qualitative study aimed to analyze nursing students' experiences recruited by health institutions to care for COVID patients. It included 12 participants who received and accepted job proposals in health institutions for patient care during their internship. Data were collected through semi-structured interviews with prior informed consent. The experiences of the participants were integrated into three themes: the students took advantage of the modified social service regulations to be recruited by an institution and integrate into COVID-19 care; the recruitment and remuneration conditions were plagued with anomalies and important informalities in the process; and the preparation for care was very incipient, so learning occurred in the very care process. The pandemic allowed the participants to enter the nursing labor market in extraordinary and substandard conditions.*

**Key words** Labor market, nursing students, COVID-19, Mexico

**Resumen** *El gobierno mexicano, como parte de la respuesta al COVID-19, puso en juego una estrategia para aumentar la dotación de personal de enfermería que incluyó la graduación prematura de estudiantes universitarios para incorporarlos en el frente de la atención. El objetivo del estudio fue analizar las experiencias de estudiantes de enfermería contratados por instituciones de salud para la atención de pacientes COVID. El estudio es cualitativo exploratorio. Incluyó 12 participantes que durante la pasantía recibieron y aceptaron propuestas de empleo en instituciones de salud para la atención de pacientes. Los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento informado. Las experiencias de los participantes se integraron en tres temas: los estudiantes aprovecharon la modificación de los reglamentos del servicio social para poder contratarse con una institución e integrarse a la atención del COVID-19; las condiciones de contratación y remuneración estuvieron plagadas de anomalías con importantes informalidades en el proceso; y la preparación para la atención fue muy incipiente por lo que el aprendizaje se llevó a cabo en el proceso mismo de la atención. La pandemia representó para los participantes una oportunidad de ingresar en condiciones extraordinarias y precarias al mercado laboral de enfermería.*

**Palabras clave** Mercado laboral, Estudiantes de enfermería, COVID-19, México

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

<sup>2</sup> Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México

<sup>3</sup> Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

<sup>4</sup> Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Camino Viejo a Xochimilco, Viad. Tlalpan s/n, Huipulco, Tlalpan. 14370 Ciudad de México. [gnigenda@outlook.com](mailto:gnigenda@outlook.com)

## Introducción

La pandemia por COVID-19 ha expuesto las fragilidades de los sistemas de salud y los retos que estos enfrentan en particular para lidiar con la atención de enfermedades emergentes. Durante la pandemia de COVID-19, los países desarrollaron diversas estrategias políticas, económicas y de salud<sup>1</sup> para hacerle frente. La velocidad de respuesta permitió que algunos países aplanaran, en corto tiempo, la curva de contagios y muertes, entendiéndose este hecho como una respuesta eficaz<sup>1</sup>. Otros países no lograron tal propósito y el número de contagios aumentó exponencialmente, como el caso de México<sup>2</sup>. Los contagios y muertes superaron las expectativas; de acuerdo con el tablero de la Organización Mundial de la Salud sobre coronavirus, México ocupó el lugar número 18 en casos de infecciones y el quinto en número de muertes<sup>3,4</sup>. Además, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estimó un exceso de mortalidad potencialmente relacionada al COVID-19 para 2022 de 758,826<sup>5</sup> muertes.

Existen diversas razones que explican este comportamiento y entre ellas se puede resaltar que la política del gobierno mexicano para la contención del virus fue errática al no considerar las recomendaciones de la OMS, particularmente relacionadas con la ejecución de pruebas de detección del virus en la población y el uso del cubrebocas. El gobierno apostó a la llegada de vacunas importadas las cuales fueron accesibles en el país de acuerdo con la disponibilidad del mercado global<sup>2</sup>. Al final, para junio de 2022, en el país se habían administrado 12,248,795,623 dosis.

Otro aspecto que generó enorme preocupación desde el inicio de la pandemia, fue la falta de recurso humano de enfermería para la atención de pacientes, su inequitativa distribución y el riesgo que pudieran correr por hacer parte de la primera línea de atención. La escasez de enfermeras en México es expresada por la OCDE, al señalar que en el país se estima una disponibilidad de 2.9 enfermeras por 1,000 habitantes, cifra que incluye todos los niveles de entrenamiento, comparada con el promedio de enfermeras de la OCDE que en su conjunto es de 8.8.<sup>6</sup> Con el fin de preparar las unidades de salud para la atención de pacientes con COVID-19, el gobierno mexicano desplegó diversas estrategias: 1) generación de un acuerdo para ofrecer exenciones de participación a personal de salud con factores de riesgo de complicaciones por contagio de COVID 19<sup>7</sup>, medida que redujo aproximadamente

el 10% del personal disponible para la atención; 2) despliegue de la logística para el equipamiento de unidades públicas de atención y la creación de otras unidades temporales de carácter mixto (con colaboración público-privada); 3) generación de un acuerdo que permitió la contratación de nuevo personal de salud, para responder a la demanda creciente de este recurso<sup>8</sup>.

Las instituciones de salud tienen regímenes de contratación diferenciados para sus trabajadores (no estudiantes) siendo la seguridad social la que históricamente ha ofrecido mayor protección laboral. Las instituciones públicas y privadas en los últimos años han ofertado un gran volumen de trabajos en condiciones precarias<sup>9</sup>. Las condiciones en las que se contrató a los estudiantes, fueron bajo contratos eventuales, más parecidos a los contratos ofrecidos por instituciones privadas. Para cumplir con la contratación de estudiantes fue necesario modificar la normativa existente para el ingreso al mercado laboral<sup>10</sup> lo cual favoreció a instituciones de salud tanto públicas como privadas que pudieron contratar estudiantes de enfermería que se encontraban en el último año de su entrenamiento. Se debe señalar que las unidades de salud que emergieron de un acuerdo entre el gobierno y la iniciativa privada (denominadas unidades mixtas), jugaron un papel importante en la contención de la pandemia<sup>11</sup>.

El último año de entrenamiento para estudiantes universitarios incluidos médicos y enfermeras, es conocido como servicio social y los estudiantes normalmente son asignados a distintas unidades de salud para llevar a cabo prácticas clínicas, supervisados por personal contratado por las instituciones receptoras. En virtud de que las universidades no estuvieron dispuestas a que sus estudiantes fueran asignados a las unidades COVID-19, por el riesgo inherente de infección, enfermedad y muerte, las autoridades de salud favorecieron la liberación anticipada del servicio social lo cual implicó la suspensión del año de práctica educativa lo que llevó a los estudiantes a ingresar directamente al mercado laboral. Posterior a la liberación se llevó a cabo el reclutamiento masivo de recién egresados<sup>12</sup>.

Es importante enfatizar que el año de servicio social es considerado por los estudiantes como un momento importante para desarrollar competencias clínicas que desean consolidar, al encontrarse bajo la supervisión de un profesional titulado. Además de ser un requisito para la obtención del título universitario, el servicio social es visto como una oportunidad para identificar fortalezas y preferencias para enfrentarse con menos incertidum-

bre al mercado de trabajo. En condiciones normales, además de contar con la liberación del servicio social antes de ingresar al mercado laboral, se debe tramitar una licencia de práctica (cédula profesional) ante la Secretaría de Educación Pública. De acuerdo con la normatividad, no es posible trabajar formalmente sin cédula profesional aún cuando se cuente con el título universitario.

Un aspecto importante a destacar es la condición de vulnerabilidad en la que se encontraban los recién egresados que ingresaron al mercado laboral prematuramente. Se destacan las siguientes dicotomías conflictivas: a) poca o nula experiencia laboral vs urgencia por ingresar a un mercado de trabajo<sup>13</sup>, b) riesgo de contagio vs participar en la primera línea de respuesta ante la crisis de salud<sup>14</sup>, c) posibilidad de obtener un ingreso económico vs riesgo de muerte<sup>14,15</sup>. A pesar de estas circunstancias, muchos estudiantes en el año de pasantía decidieron acelerar el proceso de servicio social para emplearse en instituciones de salud bajo condiciones de contratación eventual. El objetivo del estudio fue analizar las experiencias laborales de pasantes de enfermería contratados por instituciones de salud para la atención de pacientes COVID.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio<sup>16</sup>, lo que permitió ahondar en el fenómeno de estudio desde las experiencias de los informantes. Participaron 12 pasantes de escuelas públicas (Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Politécnico Nacional) que se encontraban en el año de servicio social. Los participantes fueron seleccionados de forma intencional a través de un muestreo por *típico ideal*<sup>17</sup> que para efectos de este estudio correspondió a estudiantes de enfermería de ambos sexos que durante el año de pasantía (2019-2020) recibieron ofertas laborales para la atención a pacientes COVID, decidieron acelerar la liberación del servicio social y aceptaron vincularse laboralmente en instituciones de salud públicas, privadas o mixtas. Cuatro de los participantes fueron contratados en instituciones públicas, cuatro en instituciones privadas y cuatro en instituciones mixtas. Las características de las instituciones contratantes fueron:

1. Institución pública con servicios de Alta Especialidad (18 especialidades médicas). Durante la pandemia, la unidad fue transformada en hospital "híbrido". Destinó 68 camas para la

atención de población con diagnóstico de COVID-19, distribuidas en los servicios de: Medicina Interna (32), Terapia Intermedia (8), Terapia Intensiva (14) y el servicio de Infecciones Respiratorias Agudas Graves IRAG (14).

2. Institución privada con servicios de alta especialidad. Durante la pandemia se declaró hospital "híbrido" asignando 46 camas censables en el servicio de Terapia Intensiva y 95 en el servicio de Hospitalización para la atención de pacientes COVID con capacidad de pago.

3. Institución mixta. Unidad temporal creada durante la pandemia, a través de la participación del gobierno y de empresas privadas, con atención exclusiva a pacientes COVID que podían contar con seguridad social o no. El proyecto contó con un total de 607 camas censables en los servicios de Terapia Intensiva (54), Terapia Intermedia 98 y Hospitalización (455). Durante los 413 días en que se mantuvo abierta esta unidad, atendió 9,088 personas.

La información se recolectó durante los meses de julio y agosto de 2020 a través de entrevistas semiestructuradas realizadas vía Zoom, en horarios propuestos por los participantes y desde su lugar de residencia por la seguridad y tranquilidad que ésta representó para los mismos. La plataforma Zoom facilitó el acceso a los participantes en las condiciones de confinamiento en las que se encontraba la población. Para la recolección de la información se utilizó una guía de preguntas flexible construida por los investigadores a partir de la reflexión del fenómeno a estudiar, la guía incluyó información del proceso de contratación, de procesos de liberación del servicio social, condiciones de remuneración, experiencias y aprendizajes derivados de su contratación.

A todos los entrevistados se les informó los detalles de la investigación, se les envió el consentimiento en formato digital y se les solicitó la firma y reenvío del mismo al equipo de investigadores, previo al desarrollo de las entrevistas. La información recolectada fue audiograbada, transcrita textualmente y analizada a partir de la propuesta de Strauss y Corbin<sup>18</sup>; el proceso consistió en: a) lectura detallada de las transcripciones, b) generación de etiquetas a partir de la identificación de similitudes, c) integración de las similitudes en categorías y subcategorías d) descripción del fenómeno de lo reportado por los participantes. Solo los investigadores tuvieron acceso a los archivos los cuales fueron resguardados y etiquetados a fin de identificar la información contenida pero no la identidad de los

participantes. Una vez integrados los resultados, tres de los investigadores revisaron y contrastaron la información para confirmar lo expresado por los participantes y disminuir posibles sesgos. Debido al cese de actividades regulares, el protocolo de investigación no se sometió al comité de ética institucional. Sin embargo, la investigación fue parte del proceso de titulación de uno de los investigadores por lo que fue aprobada por un comité revisor que evaluó el documento en su conjunto (aspectos metodológicos y éticos). En todo momento se respetó la autonomía de los participantes, se protegió la identidad de los mismos y se resguardó la información recolectada.

## Resultados

La información recolectada fue integrada en tres temas: 1) procesos de liberación del servicio social, 2) condiciones de contratación y remuneración, 3) experiencias laborales (Cuadro 1). El Cuadro 2 describe de forma sintética las características de los participantes.

### 1) Procesos de liberación del servicio social

Un aspecto a destacar es que los participantes se encontraban en periodo de formación cuando recibieron la oferta de empleo y decidieron aceptarla. Las instituciones privadas y mixtas gestionaron la liberación anticipada del servicio social a los estudiantes que se contrataran para la atención de pacientes COVID, tal y como se había acordado con las autoridades de salud. Sin embargo, los informantes que laboraban en instituciones públicas, afirmaron que la carta de liberación del servicio social les fue entregada en la misma fecha que al resto de pasantes que continuaron prestando servicio social, que no fueron asignados para la atención de pacientes COVID. Esta carta es el comprobante de que el pasante

cumplió con el requisito de prestación de servicio social.

FV.PU3: *Iba a ser como una liberación anticipada que realmente fue a la par de mis compañeros que no entraron a trabajar y literalmente el único beneficio que íbamos a obtener es que nos iban a pagar y a ellos no [...].*

BN.MX1: *[Se refiere a la entrega de su carta de término de servicio social] La verdad es que fue muy rápido [...], solamente fuimos a la unidad en donde estaba haciendo el servicio social y nos entregaron dos hojas, [...], una dirigida para mi escuela y la otra a la Secretaría de Salud [...].*

AG.PR2: *[...] si entrábamos a trabajar al área COVID automáticamente nos iban a entregar la carta de liberación [...].*

#### 1.1) Ajuste normativo para permitir la contratación de personal sin título

La contratación de estudiantes, se ejecutó como una medida de excepción para solventar la escasez de personal en las unidades de salud, para tal fin, se flexibilizaron los lineamientos de contratación establecidos en la normativa nacional, debido a que estos estudiantes fueron empleados sin disponer de título y cédula profesional. Por otro lado, los contratos fueron ofrecidos en condiciones eventuales por periodos cortos (uno a tres meses), sin copia para el empleado y algunos sin prestaciones de ley. Estas condiciones vulneraron los derechos laborales de los trabajadores y abrieron un nicho de precariedad, que, en este caso, recibió el respaldo del Estado, órgano rector y garante de los derechos laborales.

DO.PU1: *[Refiriéndose a su contrato] Debe haber una cláusula, somos muchos los trabajadores que estamos laborando sin título y sin cédula profesional [...].*

FV.PU3: *La jefe de docencia tuvo un trato directo con recursos humanos y supervisión de enfermería para que a pesar de no tener título y cédula se nos dieran estas plazas [...].*

**Cuadro 1.** Integración de hallazgos en categorías y subcategorías.

Temas	Subtemas
1. Procesos de liberación del servicio social	Ajuste normativo para permitir la contratación de personal sin título
2. Condiciones de contratación y remuneración	Proceso de contratación Contexto laboral
3. Experiencias laborales	Motivación y retos personales Percepción y atención institucional ante el riesgo de contagio.

Fuente: Autores, a partir de la información recolectada.

**Cuadro 2.** Características de los participantes del estudio.

Descripción de los participantes						
Participantes	Características					
	Sexo	Edad	Tipo de institución en donde labora	Universidad de procedencia	Inicio de contrato	Área en la que labora
DO.PU1	Hombre	25 años	Pública	UNAM – FES Iztacala*	Abril 2020	Medicina Interna COVID
BT.PU2	Mujer	23 años	Pública	UNAM – FENO**	Abril 2020	Terapia Intensiva COVID
FV.PU3	Mujer	24 años	Pública	UNAM – FES Zaragoza***	Abril 2020	Terapia Intensiva COVID
MG.PU4	Mujer	24 años	Pública	UNAM – FES Zaragoza	Abril 2020	Terapia Intermedia COVID
SO.PR1	Hombre	23 años	Privada	UNAM – FES Iztacala	Abril 2020	Medicina interna COVID
AG.PR2	Mujer	23 años	Privada	UNAM – FES Iztacala	Abril 2020	Terapia Intensiva COVID
CR.PR3	Hombre	23 años	Privada	UNAM – FES Iztacala	Abril 2020	Medicina Interna COVID
KA.PR4	Mujer	26 años	Privada	UNAM – FES Iztacala	Abril 2020	Terapia Intensiva COVID
BN.MX1	Mujer	26 años	Mixta	UNAM – FES Zaragoza	Abril 2020	Terapia Intensiva COVID
JA.MX2	Hombre	24 años	Mixta	IPN – ESEO****	Abril 2020	Terapia Intensiva COVID
JJ.MX3	Hombre	24 años	Mixta	UNAM – FENO	Abril 2020	Terapia Intensiva COVID
AS.MX4	Mujer	23 años	Mixta	UNAM – FES Iztacala	Junio 2020	Terapia Intensiva COVID

Fuente: Autores, a partir de la información recolectada.

JA.MX2: [...] Y no, no te daban copia del contrato ni siquiera podías tomarle foto, solamente era la firma del contrato. Los primeros contratos se renovaban cada mes, de ahí en adelante nos dieron contratos cada 3 meses y creo que ahorita igual los últimos dos han sido por cada mes [...].

## 2) Condiciones de contratación y remuneración

Las instituciones públicas y privadas informaron directamente a sus pasantes sobre la oportunidad laboral. En el caso de la institución mixta se emitieron convocatorias en distintas páginas de internet<sup>19-21</sup>. Durante el proceso de contratación se solicitó a los pasantes documentos personales y académicos para llevar a cabo su registro y posteriormente se otorgaron contratos temporales de 1-3 meses con posibilidad de renovación.

SO.PR1: *Al estar como pasantes en el hospital, recurrieron a nosotros después de un mes y nos*

*dijeron que se había llegado a un acuerdo donde podíamos entrar a trabajar [...].*

BN.MX1: *Asistí a la convocatoria que ví por internet en un blog que nosotros tenemos en la facultad [...].*

### 2.1) Proceso de contratación

Las condiciones laborales presentaron diferencias dependiendo de la institución receptora. La institución pública otorgó a los pasantes una categoría propia del personal profesional de enfermería y prestaciones como seguridad social, finiquito, días de descanso y seguro de vida. La institución privada generó una nueva categoría para los trabajadores eventuales, denominada “asistente de enfermería”. Se otorgaron prestaciones similares a las de la institución pública, adicionando el apoyo de transporte y alimentos. Los pasantes contratados por la institución mixta no gozaban de ninguna prestación. La alternativa

para estas instituciones fue un salario integrado (caracterizado por incluir además del salario ordinario, un monto extra que compensa el valor correspondiente a prestaciones sociales legales). Para algunos pasantes esta alternativa representó un sueldo competitivo.

Un apoyo extra del cual disponían todos los pasantes contratados en área COVID (independientemente de su lugar de residencia) fue el de hospedaje gratuito para contar con un espacio donde pernoctar y evitar la posibilidad de regresar a sus lugares de residencia habitual y con ello reducir el riesgo de transmitir una posible infección a miembros de su familia.

Las jornadas laborales en la institución pública y mixta eran similares, aproximadamente 40 horas por semana con dos días de descanso, la distribución de personal se realizó en los tres turnos; matutino, vespertino y nocturno. Por otra parte, las jornadas laborales en la institución privada eran de aproximadamente 48 horas por semana con un día de descanso, se distribuyó al personal en los turnos matutino y vespertino. Los salarios oscilaban entre los \$12,000 - \$25,000 MXN mensuales (equivalentes a 300 y 600 USD respectivamente).

DO.PU1: *La cláusula del contrato estipula laborar 5 días a la semana, dos días de descanso obligatorios conforme a las necesidades del servicio y el horario lo marca de 14:00-21:30 hrs. [...] hay pasantes en los tres turnos: matutino, vespertino y las veladas (nocturnos).*

JA.MX2: *Dentro de la contratación no tenemos ninguna prestación, nada más son los pagos por honorarios [...] El salario es equivalente a un salario de ciertas instituciones como especialista, entonces nos están pagando más arriba de lo normal que te pagarían en cualquier otra institución.*

SO.PR2: *Nos ofrecieron vales de despensa (para compra de alimentos) que más o menos rondaban los \$2,000 - \$2,500 mensuales, nos ofrecían comedor, también espacios como terapia con la psicóloga [...] El sueldo más o menos rondaba entre \$8,500 adicional a los vales de despensa, incluída tu comida totalmente gratuita, seguro de vida.*

## 2.2) Contexto laboral

En las instituciones receptoras, los pasantes rotaron por los servicios de terapia intensiva, terapia intermedia, urgencias, choque y hospitalización COVID-19. Los pasantes contratados en la institución pública asumieron la responsabilidad completa del cuidado de los pacientes, la institución mixta delegó la misma responsabilidad asistencial a sus trabajadores, además les asignó

actividades de carácter administrativo como “líderes de área” o “jefes de servicio”. Por otra parte, la institución privada estableció tareas limitadas a su personal por contingencia y éstas eran supervisadas en todo momento por un tutor clínico que contaba con título y cédula profesional.

En cuanto a capacitaciones, la institución pública no capacitó a los estudiantes contratados antes de integrarse a su área de trabajo, la institución privada y la mixta, otorgaron un entrenamiento previo sobre la colocación y retiro del equipo de protección para el trabajador, uso correcto del equipo biomédico, protocolos de la unidad, higiene de manos y pronación de pacientes. Posteriormente se continuó la capacitación del personal a partir de las áreas de oportunidad identificadas.

JA.MX2: *Cuando entramos dieron capacitación sobre equipo de protección, manejo de acuerdos internos en el hospital, residuos peligrosos biológico-infecciosos, manejo de paciente crítico, ventilación mecánica [...].*

MG.PU4: *Cuando entramos [en el hospital público] nos dijeron que nos iban a capacitar una semana, pero nunca recibimos una capacitación.*

CP.PR3: *Sí, cuando entramos, el hospital nos otorgó una categoría que no existe como tal marcada en algún otro hospital [...] La responsabilidad era compartida, teníamos un tutor y nos encargaban con ese tutor durante el turno.*

Los entrevistados refirieron haber llevado una buena interacción con el equipo multidisciplinario dentro de su área de trabajo, destacando la armonía, profesionalismo y empatía del personal de enfermería con mayor experiencia. Por otro lado, aseguraron que los insumos destinados para la atención de pacientes y para la protección personal fueron suficientes en todo momento. Se les otorgó equipo de protección ocular, de barrera y equipo de protección de la vía aérea.

DO.PU1: *Considero que muy buena [la relación entre el equipo de trabajo], [...]ha motivado a cuidarnos entre todos porque cualquier área de oportunidad, entre todos la detectamos. [...] Incluido al personal de servicios básicos, los camilleros, se ha generado un ambiente muy agradable.*

## 3) Experiencias laborales

El personal contratado fue asignado en servicios de alta complejidad, lo que implicaba contar con conocimientos complejos y respuestas de alto nivel clínico para ejecutar adecuadamente las tareas asignadas. Los entrevistados mencionaron que al inicio de su contrato, no se sentían prepa-

rados debido a la exigencia que conlleva la atención de pacientes en estado crítico. Esta situación generó incertidumbre, inseguridad, temor y ansiedad durante los primeros días laborales. Para algunos se convirtió en un reto profesional y personal enfrentarse a esta situación extraordinaria y para otros, en una motivación para superarse así mismos al tener la oportunidad de integrarse al mercado laboral de enfermería y adquirir experiencia asistencial.

JA.MX2: *Preparado pues no, creo que nunca se está preparado para saber qué te espera dentro de un área crítica, más porque en mi experiencia previa había conocido áreas críticas un poco diferentes, entonces creo que nunca estamos suficientemente preparados.*

AS.MX4 [...] *más de un 90% de todo lo que hago ahorita lo aprendí dentro de la terapia [...] puse de mi habilidad y traté de seguir aprendiendo [...] ahora me siento capaz de realizar procedimientos que nunca me hubiera imaginado.*

### 3.1) Motivaciones y retos personales

Los entrevistados refieren que los aprendizajes adquiridos durante la pandemia, favorecieron su desarrollo profesional al afinar destrezas prácticas y agudizar el juicio clínico. Dentro de las motivaciones expresadas para aceptar esta oportunidad laboral se destacan el conocimiento adquirido, el ingreso económico, la familiaridad con los protocolos de la institución receptora, adquisición de experiencia laboral, la liberación anticipada del servicio social y la oportunidad de conservar sus empleos posteriormente.

AS.MX4: *Actualmente yo me siento satisfecha porque sé que estoy preparada para afrontarlo, esto me enseñó demasiado desde el inicio de la pandemia hasta ahora. Yo creo que hice un gran papel a pesar de ser pasante [...] yo creo que estuve al nivel de afrontar toda esta situación [...] es una gran experiencia la que he vivido.*

DO.PU1: *Además de la posibilidad de quedarme ahí a seguir laborando posteriormente [...] Realmente sí, si la veo.*

Por otro lado, la compleja responsabilidad que recayó sobre los pasantes fue un factor importante de reflexión ante el status de la ocupación, el papel del Estado, los retos para futuras emergencias sanitarias y la permanencia de los empleos adquiridos.

FV.PU3: *Primero que nada como enfermera, comencé a amar y respetar aún más mi profesión por toda la labor que hace enfermería [...] a nivel personal, me deja la reflexión de que eres capaz de hacer más cosas de las que crees, que tus miedos*

*no te pueden detener, el superarme en ese aspecto es algo que me ha llenado.*

CP.PR3: *México no está preparado para atender una emergencia sanitaria de esta magnitud [...] pienso que el personal de salud es muy infravalorado en este país.*

### 3.2) Autopercepción y atención institucional ante el riesgo de contagio

En su mayoría, los informantes consideraban el riesgo de contagio latente debido a la cercanía con el agente infeccioso. Algunos refirieron tener factores de riesgo que los hacían vulnerables a contagiarse, no obstante, se hizo especial referencia al temor de contagiar a sus familiares. Algunos testimonios relacionaban el contagio de personal con la omisión de ciertos pasos durante la colocación y retiro del equipo de protección personal.

DO.PU1: *Yo sí considero que tengo un riesgo mayor, por mi índice de masa corporal y porque tengo antecedentes de fumador [...] Creo que el principal temor es [contagiar a] nuestra familia.*

MG.PU4: *Algunos compañeros se contagiaron y no te puedo decir que a lo mejor fue por el mal retiro pero a las conclusiones que llegábamos era que estas personas ya no usaban la careta sino que compraban unos lentes súper enormes [...] y el cubre bocas, y era con lo único que entraban.*

Las instituciones contratantes, contaban con protocolos de atención en caso de resultar con sospecha de contagio, donde al detectar sintomatología tenían que asistir al servicio de epidemiología para revisión médica, realizarse los estudios de laboratorio y diagnóstico correspondientes y de ser necesario se les otorgaba una incapacidad. La institución privada y la mixta, realizaban pruebas de control aleatorias para detectar personal asintomático contagiado con SARS-CoV-2.

AS.MX4: *Si inicias con sintomatología leve puedes ir al servicio médico que está dentro de la unidad, se realiza historia clínica y la prueba [...] te mandaban a casa y hasta que saliera negativo podías regresar a trabajar.*

## Discusión

Durante la pandemia una amplia cantidad de países tuvo que implementar estrategias para incrementar la disponibilidad de personal que apoyara las tareas relacionadas a la atención del COVID-19. Cabe destacar que entre estos países se incluyen tanto países de ingresos altos como países de ingresos medios-bajos. Esto es importante porque aquellos países que mejor lograron con-

tener la pandemia fueron aquellos con sistemas de salud mejor organizados y articulados entre los componentes de su estructura y funciones<sup>22,23</sup>.

Diversos países en la región también habilitaron estudiantes de enfermería para ubicarlos en áreas de atención a pacientes COVID-19, tanto en unidades de primer nivel de atención como hospitalarias. Algunos trabajos derivados de estas experiencias confirman lo que nuestros resultados han mostrado en diferentes dimensiones. La primera de ellas son las condiciones de precariedad laboral con las que el personal de enfermería estuvo trabajando durante ese período. De acuerdo a Estrada-Iguíniz y colaboradores (2022) se confirma que en México las jornadas laborales eran largas, exhaustivas y estresantes<sup>24</sup>. También Saltos-Llerena (2022) reporta la existencia de jornadas de trabajo que rebasaron los tiempos contractuales en países de América Latina<sup>25</sup>. Además, en Perú, Gonzales (2020) reportó falta de pagos y vínculos laborales no contractuales para enfermeras<sup>26</sup>.

Además de las condiciones laborales precarias, la literatura reporta la escasez o inexistencia de equipo de protección y la falta de recursos para la atención del COVID-19. En Brasil, Subirón-Valeira (2022) señala que la conducta de los estudiantes de enfermería que entran a prácticas clínicas generalmente es de confianza y seguridad pero que durante el COVID-19 se observaron mayores niveles de estrés psicológico y miedo<sup>27</sup>. Ramaccioti (2022) reporta para Argentina también la contratación temporal, la falta de equipo de protección y la escasez de recursos<sup>28</sup>. Este conjunto de documentos muestra una realidad en América Latina caracterizada por la escasez estructural de enfermeras y el conjunto de medidas que los gobiernos tomaron para enfrentar la emergencia. A diferencia de América Latina, en Inglaterra<sup>29</sup> un país con un sistema de salud unificado, la búsqueda de nuevo personal incluyó estudiantes de pregrado a quienes se les otorgó autorización provisional para ejecutar tareas para las cuáles fueron incorporados. No obstante, sus funciones no incluyeron estar al frente de la atención sino básicamente servir como personal de apoyo.

Las experiencias señaladas por la muestra de estudiantes permiten entender que la estrategia de incorporación de pasantes de enfermería beneficiaba primariamente al gobierno y las instituciones de salud. En segundo plano quedó el beneficio para la población y el personal de salud. La autorización *fast track* que se realizó para la liberación del servicio social, es decir la cancelación del compromiso de los estudiantes para cumplir con su período de prácticas institucionales como

parte de su proceso educativo universitario, dio paso a la posibilidad de que fueran contratados para participar directamente en la atención a pacientes COVID-19 en los hospitales generales y de alta especialidad del país. Esto se decidió sin la opinión de una organización representativa de las enfermeras, ya que las existentes en México no cumplen con esa función. Esto es importante porque el reclutamiento se llevó a cabo a partir de la oferta de empleos y de la decisión individual de los estudiantes de integrarse o no, sin la existencia de estándares mínimos de competencias para la atención del COVID-19 lo cual es responsabilidad de las organizaciones de enfermería en otros países<sup>30</sup>.

Debe también señalarse que los informantes refirieron diferencias importantes entre las instituciones por las cuáles fueron contratados. En general en todas las instituciones, la contratación fue en condiciones precarias con falta de garantías de derechos laborales amplias. Así, aquellos que fueron contratados por una institución pública lo hicieron como eventuales con períodos específicos de tiempo que variaron entre uno y tres meses. Los salarios fueron competitivos para el contexto mexicano y durante el período de contratación también disfrutaron de beneficios extra. Sin embargo, a pesar de la expectativa de los estudiantes de poder continuar laborando en las instituciones, esto mostró ser poco probable ya que hasta el momento en el que la pandemia redujo su efecto en 2022, ellos no contaban con un título ni una licencia de práctica. Además, la institución mixta recientemente desapareció ya que sólo fue creada para la atención del COVID-19 dejando al personal contratado en un estado de indefinición laboral.

Una de las aristas incluidas en el estudio es el de las condiciones de precariedad laboral con las que los informantes fueron contratados. La precariedad laboral de la enfermería en México es un fenómeno estructural y ha ido aumentando severamente en la última década. Se ha observado un deterioro importante de las condiciones laborales en términos de los vínculos laborales que son cada vez más flexibles, con carencia de beneficios laborales definidos por los acuerdos laborales internacionales y nacionales, la fragmentación de posiciones de empleo y la dificultad de construir un ingreso salarial capaz de satisfacer necesidades básicas<sup>9</sup>. El fenómeno que inicialmente se centraba más en la demanda privada del mercado laboral, hoy día tiene dimensiones equiparables en el público.

El fenómeno expuesto por el estudio muestra que la forma dominante de contratación de las enfermeras fue la condición precaria lo cual



abona a las condiciones seculares señaladas en el párrafo anterior. Es posible entender que en situaciones especiales, los mercados modifiquen sus parámetros regulatorios para la incorporación de individuos que no cumplen con todos los requisitos con el fin de aumentar el volumen de trabajadores disponibles. Estas modificaciones suelen ser temporales pero pueden tener implicaciones de mediano y largo plazo. Durante la epidemia de COVID-19 la mayor parte de los países se vio obligado a poner en juego estrategias para aumentar el número de trabajadores disponibles, dependiendo de las capacidades financieras de cada país y de la disponibilidad de trabajadores<sup>30</sup>. En los países de ingresos bajos y medios la escasez de personal de salud se considera un fenómeno crónico y la OMS insistentemente plantea la necesidad de dar una respuesta definitiva a este problema. La pandemia COVID-19 mostró que estos países no cuentan con niveles adecuados de personal de salud y que las estrategias utilizadas para dar respuesta al incremento temporal de la demanda, pueden tener consecuencias sobre las condiciones laborales en las cuáles los trabajadores de salud serán contratados en el futuro<sup>31</sup>.

Un elemento más de análisis es el hecho de que en el momento de la pandemia en 2020, por un lado, la población aún no se encontraba inmunizada y los casos que ameritaban hospitalización desbordaron las capacidades del sistema y por otro que estos casos se presentaban mayoritariamente en personas de edades mayores con factores de riesgo asociados (ej. diabetes e hipertensión)<sup>32</sup>. La aceptación de los contratos para la participación en la atención de pacientes COVID-19 en hospitales, se basa en el papel que jugaban estos dos elementos en la percepción de riesgo de los estudiantes. Desde su perspectiva, debido a su juventud, la probabilidad de desarrollar síntomas graves por la infección era muy baja. Sin embargo, su preocupación se centraba en infectar a sus familiares en el ámbito del hogar.

La experiencia relatada abre importantes vías de discusión futura sobre la forma en la que un país como México debe enfrentar emergencias como la del COVID 19. La estimación de las organizaciones internacionales sobre la escasez de enfermeras en México muestra que este fenómeno es todavía un reto por superar. También hay que entender que estas cifras reflejan la disponibilidad cruda de enfermeras la cual debe considerarse a la luz de la existencia en México de amplios contingentes de enfermeras graduadas (30%)<sup>33</sup> que no

laboran en el campo de la salud o que se encuentran desempleadas. Esta fuerza laboral excluida podría ser integrada a través del desarrollo de una política de actualización de conocimientos y de apertura de posiciones laborales como estrategia para lidiar con la escasez. El problema es que las posiciones en las instituciones públicas (principal empleador de enfermeras en México) no se han expandido en los últimos años y como se ha señalado, de hecho se han deteriorado. La incorporación de estudiantes no graduados a la primera línea de atención representó una decisión arriesgada que no debería repetirse en una ocasión futura si las alternativas con las que se cuenta son consideradas apropiadamente.

El estudio que se presenta tiene todas las limitaciones de un estudio cualitativo. La muestra es muy reducida y apenas da cuenta de las experiencias de estudiantes que participaron en instituciones de salud en la atención de la pandemia de COVID-19. Tampoco representa una experiencia institucional amplia a pesar de que la muestra estuvo estratificada por tipo de institución. Por otra parte, las entrevistas se realizaron de manera virtual debido a las condiciones de la pandemia en los hospitales del país en el momento de las entrevistas (junio-agosto 2020) lo cual plantea retos para la recolección fidedigna y a profundidad de la información solicitada.

Finalmente, el estudio aporta elementos para entender la experiencia de estudiantes de enfermería que fueron liberados de su servicio social para ser contratados por las instituciones donde llevaban a cabo su pasantía a fin de incorporarse de lleno a la atención de pacientes COVID-19. Las condiciones en las que esto se realizó distan de ser las ideales debido a que el mecanismo de liberación fue totalmente irregular ya que privó a los estudiantes de completar su año de servicio social, así como las condiciones de contratación y empleo que variaron de manera importante entre instituciones. A pesar de que los salarios pagados podían considerarse competitivos para los niveles salariales de las enfermeras mexicanas, la exposición al riesgo cobró una cuota muy alta debido a la impericia y también a la falta de equipo y recursos para la atención de pacientes de tan alto riesgo<sup>34</sup>. Puede considerarse que los estudiantes que formaron parte de este estudio son estudiantes de una generación marcada por una experiencia traumática pero enriquecedora, particularmente para aquellos afortunados que sobrevivieron a la experiencia.

## Colaboraciones

P Aristizabal generó la idea original de investigación. A Martínez-Abascal, JC Macías-Romero y P Aristizabal realizaron la recolección y análisis de los datos. P Aristizabal, G Nigenda, A Martínez-Abascal, JC Macías-Romero redactaron el manuscrito y realizaron aportes críticos a los borradores del documento. Todos los autores aprobaron el manuscrito final.

## Referencias

1. Muhammad-Baniamin H, Rahman M, Tareq-Hasan T. The COVID-19 pandemic: why are some countries coping more successfully than others? *Asia Pacific J Public Admin* 2020; 42(3):153-169.
2. Universidad Nacional Autónoma de México. Plataforma de información geográfica de la UNAM sobre COVID-19 en México [Internet]. 2020. [citado 2022 jun 17]. Disponible en: <https://covid19.ciga.unam.mx/>
3. World Health Organization (WHO). Coronavirus (COVID-19) dashboard: overview [Internet]. 2019. [2022 jun 18]. Disponible en: <https://covid19.who.int>
4. World Health Organization (WHO). Coronavirus (COVID-19) dashboard: table view [Internet]. 2019 [citado 2022 jun 18]. Disponible en: <https://covid19.who.int/table>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de defunciones registradas enero a marzo de 2022 (preliminar) [Internet]. 2022. [citado 2022 jun 18]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2022\\_08.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2022_08.pdf)
6. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a glance 2021: OECD indicators. Highlights for Mexico [Internet]. 2021. [citado 2022 jun 18]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
7. Secretaría de Gobernación (SEGOB). Acuerdo por el que se establecen los lineamientos técnicos específicos para la reapertura de las actividades económicas [Internet]. 2020. [citado 2022 jun 20]. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5594138&fecha=29/05/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5594138&fecha=29/05/2020#gsc.tab=0)
8. Secretaría de Gobernación (SEGOB). Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) [Internet]. 2020. [citado 2022 jun 20]. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020#gsc.tab=0)
9. Aristizabal P, Nigenda G, Serván-Mori E. The precarization of the Mexican nursing labor market: a repeated cross-sectional analysis for the period 2005-2018. *Hum Resour Health* 2019; 17(1):87.
10. Cámara de Diputados. Ley General de Salud [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*; 2022. [citado 2022 jun 21]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
11. Gobierno de México. En el Centro Banamex, dejó de sonar la campana [Internet]. 2021. [2022 jun 21] Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/en-el-centro-banamex-dejo-de-sonar-la-campana>
12. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica [Internet]. *Diario Oficial de la Federación México* 2018. [citado 2022 jun 21]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>
13. Jiménez-Sánchez J. Formación de recursos humanos en enfermería [Internet]. 2012. [citado 2022 jun 22]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01M.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01M.pdf)

14. Universidad Nacional Autónoma de México. En relación con la actividad de los estudiantes de las licenciaturas de Medicina y alumnos de los posgrados de especialidades médicas de la UNAM, durante los meses de la pandemia por COVID-19 [Internet]. 2022. [citado 2022 jun 18]. Disponible en: [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022\\_401.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022_401.html)
15. Linde P, Silió E. El colapso del sistema obliga a Sanidad a contratar a miles de jubilados y estudiantes. *El País* 2020. [citado 2022 jun 22]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-19/espana-suma-169-muertos-y-3431-nuevos-casos-de-coronavirus.html>
16. Trejo-Martínez F. Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. *Medigraphic* 2012; 11(2):98-101.
17. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe; 1996.
18. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
19. Fundación Carlos Slim. Convocatoria especial para personal de enfermería en Unidad Temporal COVID-19 [Internet]. 2020. [citado 2022 ago 15]. Disponible en: <https://fundacioncarlosslim.org/convocatoria-personal-de-enfermeria-unidad-temporal-covid-19/>
20. Gobierno de la CDMX. Convocatoria: enfermeras y enfermeros [Internet]. 2020 [citado 2022 ago 15]. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/convocatoria-enfermeras-y-enfermeros>
21. Gobierno de México. Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud [Internet]. 2020. [citado 2022 ago 15] Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/jornada-nacional-de-reclutamiento-y-contratacion-de-recursos-humanos-para-la-salud>
22. Rathnayake D, Clarke M, Jayasinghe VI. Health system performance and health system preparedness for the post-pandemic impact of COVID-19: a review. *Int J Healthcare Management* 2021; 14(1):250-254.
23. Sagan A, Thomas S, McKee M, Karanikolos M, Azzopardi-Muscat N, de la Mata I, Figueras J. COVID-19 and health systems resilience: lessons going forwards. *Eurohealth*. 2020; 26(2):20-24.
24. Estrada-Iguiniz M, Rojas-García G, Warn-Cruz L. De jornadas difíciles... Condiciones laborales del personal de salud durante la crisis inicial de COVID-19 en México. *LAT* 2022; 6(14):1-26.
25. Saltos Llerena IJ. Condiciones de trabajo del personal de salud que enfrenta la pandemia en Latinoamérica: revisión integrativa. *SANUS* 2022; 7:e311.
26. Gonzales M. Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención. *Peruvian J Health Care Glob Health* 2020; 4(1):37-44.
27. Subirón-Valera A, Lucha-López A, Rodríguez-Roca B, Urcola-Pardo F, Anguas-Gracia A, Satústegui-Dorda P, Fernández-Rodrigo M, Antón-Solanas I. Psychological distress and fear of COVID-19 in student nurses before clinical placement: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP* 2022; 56:e20210548.
28. Ramacciotti K. Trabajar en enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *H Ideas* 2022; 16(16):e060. DOI: <https://doi.org/10.24215/23139048e060>
29. Stanton E, Maxwell M, Casados SH, Sweeney M, Vannice S, Smith J, Rider B. Developing nurse care guidelines for patients with COVID-19. *J Nurses Prof Dev* 2022; 38(1):49-61.
30. Yusefi AR, Sharifi M, Nasabi NS, Davarani ER, Bastani P. Health human resources challenges during COVID-19 pandemic; evidence of a qualitative study in a developing country. *PLoS ONE* 2022; 17(1):e026288.
31. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Employment Outlook 2020: worker security and the COVID-19 crisis*. 2020. [cited 2022 jun 26]. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-employment-outlook-2020\\_1686c758-en](https://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-employment-outlook-2020_1686c758-en)
32. Alvarez-López DI, Espinoza-Molina MP, Cruz-Loustaunau ID, Álvarez-Hernández G. La diabetes e hipertensión arterial como factores asociados con la letalidad por COVID-19 en Sonora, México, 2020. *Salud Publica Mex* 2020; 62(5):456-457.
33. Montañez-Hernández J, Alcalde-Rabanal JE, Nigenda-López GH, Aristizabal-Hoyos GP, Dini L. Gender inequality in the health workforce in the midst of achieving universal health coverage in Mexico. *Hum Resour Health* 2020; 18(1):40
34. Secretaría de Salud. COVID-19 México – personal de salud [Internet]. 2021. [citado 2022 ago 15]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDESALUD\\_25.10.21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDESALUD_25.10.21.pdf)

Artículo presentado en 23/08/2022

Aprobado en 01/06/2023

Versión final presentada en 12/07/2023

Editores jefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

