

Miroslava Iliana Carrasco-González^{1a}, Ana Carmen Guerrero-Díaz^{2b}, Norma De Blas-Barrientos^{1c}, Martha Camacho-Pérez^{1d}, María de Lourdes Alcalde-Yáñez^{1e}, Silvia Andrea Palestino-García^{1f}

¹Secretaría de Salud, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Departamento de Enfermería. Ciudad de México, México

²Secretaría de Salud, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Departamento de Epidemiología. Ciudad de México, México

Aprobación de proyecto: HIM/2021/071

Doi: 10.5281/zenodo.15091674

ORCID

0009-0002-4720-3588^a

0000-0003-2849-7218^b

0009-0002-1591-5409^c

0009-0001-7823-3731^d

0009-0005-9627-0332^e

0009-0000-2822-2164^f

Palabras clave:

Ausentismo

COVID-19

Enfermería

Enfermería Pediátrica

Factores Sociodemográficos

Pandemia

Keywords:

Absenteeism

COVID-19

Nursing

Pediatric Nursing

Sociodemographic Factors

Pandemics

Correspondencia:

Norma De Blas Barrientos

Correos electrónicos:

normitadeblas_22@hotmail.com;

uie@himfg.edu.mx

Fecha de recepción:

06/09/2024

Fecha de aceptación:

30/12/2024

Resumen

Introducción: al implementar estrategias para evitar la rápida expansión de la COVID-19, el ausentismo laboral relacionado con los factores de vulnerabilidad en trabajadores de la salud tuvo un alto costo en las instituciones de salud en México.

Objetivo: analizar el impacto socioeconómico del ausentismo del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en un hospital pediátrico.

Metodología: estudio transversal retrospectivo que incluyó un total de 680 registros de asistencia del personal de enfermería que se ausentó durante la pandemia por COVID-19 ya fuera por licencia COVID (LCC) o por contingencia COVID (CC). Los datos fueron obtenidos de los archivos del Departamento de Enfermería y analizados de forma descriptiva.

Resultados: de los 680 registros del personal de enfermería, 565 (83%) se ausentaron con LCC y 115 (17%) con CC. El ausentismo fue de 1 a 7 con LCC y el 34.8% con prueba COVID-19 positiva. Del personal que se ausentó con CC fue por embarazo, edad ≥ 60 años y comorbilidades como obesidad 39.3%, hipertensión 28.9% y diabetes 18.1%. El costo total del ausentismo por salario base pagado fue de \$11,813,229.29 pesos mexicanos.

Conclusión: una fortaleza fue el análisis económico del ausentismo del personal de enfermería como la mayor fuerza laboral del sector salud en México y la inclusión de factores de vulnerabilidad, por los cuales dicho personal se resguardó en casa.

Abstract

Introduction: With the implementation of strategies to avoid the rapid expansion of COVID-19, work absenteeism related to vulnerability factors in health workers had a high cost in health care institutions in Mexico.

Objective: To analyze the socioeconomic impact of nursing staff absenteeism during the COVID-19 pandemic in a pediatric hospital.

Methodology: Retrospective cross-sectional study that included a total of 680 attendance records of nursing staff who were absent during the COVID-19 pandemic, due to COVID leave (CL) and due to COVID contingency (CC). The data were obtained from the nursing department files and analyzed descriptively.

Results: Out of the 680 nursing staff records, 565 (83%) were absent with CL and 115 (17%) with CC. Absenteeism was 1 to 7 with CL, and 34.8% with a positive COVID-19 test. Out of the personnel who were absent with CC, it was due to pregnancy, age ≥ 60 years and comorbidities such as obesity 39.3%, hypertension 28.9% and diabetes 18.1%. The total cost of absenteeism per base salary paid was \$11,813,229.29 Mexican pesos.

Conclusion: One strength was the economic analysis of absenteeism of nursing personnel as the largest workforce in the health care sector in Mexico, and the inclusion of vulnerability factors, due to which said personnel took shelter at home.

Introducción

Desde su origen, la humanidad ha enfrentado la presencia de infecciones y pandemias. Cabe decir que las más catastróficas han sido aquellas que surgen en brotes provocados por microorganismos nuevos. Se han presentado enfermedades como la influenza española, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), la gripe porcina y el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS por sus siglas en inglés), además de los brotes de Ébola y Zika, por lo que ya era esperada desde hacía tiempo a nivel internacional una pandemia de origen viral.¹

En 2019, se presentaron casos de neumonía de origen desconocido en la población de Wuhan en China y se propagaron de forma rápida, inicialmente a Tailandia, Japón y Corea.² El agente causal fue un nuevo coronavirus al que se le denominó SARS-CoV-2 y la enfermedad por este virus se nombró COVID-19 (por sus siglas de *coronavirus disease 2019*).³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo la declaración de emergencia internacional de salud pública como pandemia el 11 de marzo del 2020, debido a la expansión local y mundial de la pandemia de forma alarmante con el crecimiento de casos en Italia, España y Estados Unidos.

A partir de la declaración de pandemia se establecieron estrategias a nivel nacional de prevención y control relacionadas con los casos y la población en general. Las instituciones adoptaron tratamientos con base en protocolos de vigilancia epidemiológica, así como en el aislamiento de casos positivos, la identificación y el seguimiento de contactos, la desinfección ambiental, la realización de pruebas rápidas de diagnóstico y el uso de mascarillas N95 o FFP2 y equipos de protección personal (EEP) para trabajadores de la salud. Al no existir una vacuna para la población en general, la mejor forma de evitar la enfermedad fue no exponerse al virus. Con lo anterior se buscaba reducir las cadenas de contagio entre la población.⁴

Las medidas se implementaron por la rápida propagación del virus de persona a persona, a través de tres vías de transmisión: a) por gotas, b) por contacto, y c) por generación de aerosoles. Se consideraron posibles transmisores a las personas en periodo de incubación.

De manera esquemática la respuesta a la pandemia por COVID-19 se dividió en 4 fases: contención, mitigación, supresión y recuperación, las cuales se describen a continuación:⁵

1. Contención: para el rastreo activo de los pasajeros y sus contactos, para evitar la propagación.
2. Mitigación: para reducir los niveles de transmisión en población vulnerable (se denominó aislamiento vertical).
3. Supresión: se establecería si las medidas anteriores no funcionaran o fueran insuficientes y con ello se evitaría el colapso de los sistemas de salud.
4. Recuperación: para esta se requería de la organización de la sociedad y la intervención del Estado para recuperar la economía del país.

En México, el primer caso se presentó el 27 de febrero del 2020, situación por la que se establecieron en el país las estrategias mencionadas anteriormente para hacer frente a la pandemia. La fase 2 de contingencia sanitaria se decretó el 24 de marzo, con la implementación de intervenciones más estrictas, como el confinamiento, el distanciamiento social y la restricción laboral.¹ Se pensó con un enfoque protector para la población con mayor riesgo (personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades crónicas, obesidad o condiciones que generaran inmunosupresión), entre otros factores de vulnerabilidad que los ponía en mayor riesgo de presentar complicaciones o bien la muerte ante la enfermedad.

Diversos organismos internacionales apoyaron esta visión proteccionista; sin embargo, esto trajo consecuencias negativas para las empresas, como discriminación, ausentismo y altos costos. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) refiere que estas medidas de confinamiento fueron una amenaza al aumentar los niveles de ausentismo y de pobreza. Para las personas afectadas dejar de trabajar o trabajar desde casa pudo significar la pérdida de sus trabajos, de su sustento económico y en nuestro país, incluso perder la seguridad social.⁶

Aunque a algunas personas se les permitió ausentarse de sus centros laborales y hacer su trabajo en casa por medio del teletrabajo u oficinas virtuales, para las empresas la pandemia de COVID-19 cambió el significado del ausentismo, las causas de este y la forma de gestionarlas durante la crisis.⁷ La evidencia científica ha sustentado que el ausentismo laboral ha sido un problema crítico tanto en las organizaciones como en el sector salud. Su prevalencia varía de acuerdo con el país, la organización o la institución y aunque ha sido definido por la OIT como “La no asistencia al trabajo por uno o más días de los que

se pensaba iba a asistir, quedando excluidos los días de vacaciones, huelgas, periodos de licencia por maternidad o por motivos de privación de la libertad”,⁸ estas nuevas formas de trabajo (el teletrabajo y el *home office*) contribuyeron a que el ausentismo fuera más difícil de registrar. Además, el COVID-19 añadió nuevas formas de permiso, entre ellas el autoaislamiento y cambió el significado de la licencia por enfermedad.

En México se elaboró una guía para implementar el teletrabajo en los centros laborales, por lo que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social invitó a las empresas a adoptar medidas preventivas en función de las actividades laborales que se desarrollan en su interior. En esta guía se establecieron los lineamientos que deben cubrir el patrón y el trabajador. Se recomendó que los servicios que ofrecen los trabajadores se pudieran llevar a cabo fuera de los centros laborales y se implementó el teletrabajo en la medida de lo posible. Esta fue una actividad caracterizada por la utilización de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones.⁹ En especial tuvo repercusión en quienes se encargaban de la administración de los recursos humanos, dado que tenían la tarea de informar al personal si tenía riesgo de enfermar y además debía reorganizar a este en caso de ausentismo por tener un factor de vulnerabilidad, por lo que se agregaron nuevas formas de licencia que incluyeron el autoaislamiento y baja por enfermedad, lo que incrementó el ausentismo laboral.

El 30 de marzo del 2020, en México se publicó el acuerdo por el que se declaró emergencia sanitaria por causas de fuerza mayor la pandemia por COVID-19. El Consejo de Salubridad General (CSG) estableció las actividades esenciales y no esenciales para la economía, lo cual impactó directamente en el producto interno bruto (PIB) del país. Posteriormente la OIT clasificó los sectores de actividad económica según el nivel de riesgo en situación de crisis sanitaria como: en riesgo alto, medio alto, medio bajo, medio y bajo. En particular, los sectores de alto riesgo fueron los que tenían que ver con las actividades de alojamiento y de servicio de comidas, las industrias manufactureras, las inmobiliarias, las administrativas y comerciales, entre otros.

La guía para implementar el trabajo a distancia como el teletrabajo se publicó por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET).¹⁰ Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estableció criterios para considerar al COVID-19 como una enfermedad de trabajo para el personal expuesto en primera línea (perso-

nal de salud), lo cual implicó que una vez que se constatará la enfermedad, la persona trabajadora debería recibir el 100% de su salario base de cotización por el tiempo que durara su incapacidad. De igual forma, por medio de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS, se emitió una circular donde se enunciaban los criterios de calificación para casos de COVID-19 como enfermedad de trabajo. Pero no fue así en todos los sectores de atención médica.¹¹ A su vez, la Ley Federal del Trabajo (LFT) reguló las causales para la suspensión de forma individual o colectiva, temporalmente las obligaciones de prestar servicio y pagar el salario sin responsabilidad para el trabajador y el patrón, siempre y cuando no se trate de una declaratoria de emergencia sanitaria por parte de las autoridades (como el COVID-19); en su caso, debe aplicarse el art 427 fracción IV de la misma ley.¹²

Se firmó el decreto presidencial sobre un acuerdo de la Secretaría de Salud (SS) para otorgar permisos de trabajo con goce de sueldo a los adultos mayores del país o personas con vulnerabilidad, lo que obligó a los empleadores a preservar los empleos y pagar salarios completos durante la cuarentena y de no cumplir con ello, se podrían hacer mercedores de multas o sanciones de tipo legal.¹³ Derivado de estos acuerdos, se establecieron criterios para las poblaciones y para los trabajadores de la salud en situación de vulnerabilidad por COVID-19 y una tabla de criterios de revaloración de los criterios de vulnerabilidad para el retorno al trabajo.

El *estado de vulnerabilidad* es “la propensión de tener complicaciones en el estado de salud, como el riesgo epidemiológico que muestra el semáforo en las regiones del país”.¹⁴ En otros términos, el concepto de *vulnerabilidad* se refiere a la cualidad que tiene alguien o algo de ser herido o dañado. Las personas vulnerables son aquellas que por diferentes motivos no tienen desarrollada la capacidad de prevenir, resistir o sobreponerse de un impacto y en consecuencia se encuentran en condición de riesgo. Si bien el riesgo indica la probabilidad de ocurrencia, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y de desigualdad social.¹⁵

Son grupos vulnerables aquellos que están desproporcionadamente expuestos al riesgo de infección por COVID-19, por lo que una persona puede volverse vulnerable en función de cambios en su estado de salud, sean cambios sociales o laborales. Además de las personas adultas mayores y con enfermedades crónicas no transmisibles, se ha considerado vulnerables a las personas con discapacidad, sin hogar, en malas condiciones de vida o con dificultades económicas. De acuerdo con la función,

se consideraron los sectores profesionales de riesgo, los cuales tienen que ver con el tipo de trabajo y las medidas de prevención frente a la infección. Además de los trabajadores de la salud, se consideraron los servicios de protección ciudadana, así como el personal administrativo y de mensajería.¹⁶ El colectivo sanitario, considerado de primera línea, fue el grupo laboral de mayor riesgo de contagio, además de elevados periodos de estrés que requirieron manejo de crisis. Por lo tanto, el presidente Andrés Manuel López Obrador invitó a los empleadores a apoyar y otorgar permisos a estas personas vulnerables, e hizo énfasis en la población adulta.¹⁷

En México, se hizo una revisión sistemática sobre las condiciones y características clínicas que influyen en el riesgo de desarrollar COVID-19 grave, y se establecieron criterios médicos de retorno al trabajo en personal con riesgo de complicaciones por esta enfermedad. Los criterios que destacaron fueron mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, trabajadores con diagnóstico de diabetes, hipertensión y obesidad.⁶

Para explorar sobre las condiciones de riesgo de los trabajadores de la salud en un hospital pediátrico COVID de la Ciudad de México, se estudió a diferentes integrantes del equipo de salud (médicos, enfermeras, nutriólogos, investigadores, entre otros) mediante entrevistas virtuales para identificar comorbilidades, movilidad, área de trabajo y funciones. De los 411 participantes del personal de enfermería, solo el 3.6% (15) fueron casos positivos y el 11.6% (48) conformaron el grupo de mayores de 60 años, diabetes, hipertensión, obesidad, sobrepeso, antecedentes de cáncer y asma. Aunque no se revisó el ausentismo, en el estudio concluyeron que hay factores de riesgo en los trabajadores en caso de contagio por SARS-CoV-2 para el desarrollo de complicaciones.¹⁸

En otro estudio se hizo referencia al 35% de ausentismo laboral del personal de un centro de salud por COVID-19, del que el 38% fue personal de enfermería. Además, del personal que se aisló solo el 37% dio positivo a COVID-19 y el 25% se contagió en la institución. Un total de 256 días de ausencia laboral generó un costo total para la institución de \$54,263.35 dólares.¹⁹

La experiencia de la pandemia por COVID-19 y sus consecuencias en cuanto al ausentismo laboral y sus costos llevaron a formular el objetivo de caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral del personal de enfermería que se ausentó durante la pandemia por COVID-19 en el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2022 en un hospital pediátrico de la Ciudad de México.

Metodología

Estudio transversal retrospectivo que incluyó 680 registros del personal de enfermería de un hospital pediátrico de tercer nivel de la Ciudad de México. Se incluyó al total de personal que se ausentó con autorización de una Licencia COVID (LCC) o Contingencia COVID (CC) durante la pandemia por COVID-19.

No se incluyó a pasantes de servicio social y estudiantes de enfermería, personal de contrato a través del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), personal con permiso por beca académica completa, de comisión sindical y personal que se ausentó por alguna enfermedad no respiratoria de recién diagnóstico durante la pandemia.

Definición operacional de variables

- Licencia COVID o LCC: ausencia que se dio por sospecha o confirmación de la enfermedad que tuviera una duración de 1 a 30 días.
- Contingencia COVID o CC: se denominó a la ausencia del personal que presentaba criterios de vulnerabilidad y cuya duración fuera > un mes.
- Perfil sociodemográfico y laboral: incluyó las variables de edad, sexo, categoría laboral, turno o jornada laboral, servicio en el que laboraba, ausentismo del personal de enfermería y factores de riesgo para complicaciones por COVID-19.

Otros aspectos de consideración fueron: si al reincorporarse después de la contingencia, el personal se ausentó por presentar la enfermedad COVID-19, los resultados de la prueba de SARS-CoV-2 durante su LCC y el salario base pagado a los trabajadores que se ausentaron.

Para identificar el salario en el tabulador, se determinaron las categorías establecidas en la institución para el personal de enfermería y que fueron: EGTA y EGTB (personal técnico), EGTC (personal con grado de licenciatura), EEA (personal técnico o licenciado con un postécnico), EEB (personal técnico o licenciado con dos postécnicos), EEC (personal con licenciatura y estudios de posgrado), EJS (personal que realiza funciones de jefe de servicio), JEE (personal que realiza funciones de supervisión de enfermería).

Para identificar la prevalencia de ausentismo por LCC o CC, esta se obtuvo mediante la revisión de los roles de asistencia del Departamento de Enfermería. Además, se solicitaron por escrito al área de recursos humanos los

salarios según el tabulador por categoría de los salarios base del personal de enfermería de la institución y se hizo la suma total del salario percibido por día y por el periodo total de duración de la licencia o contingencia.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron en el programa SPSS, versión 18. En el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias para las variables cualitativas, y mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas con distribución no normal o media y desviación estándar para aquellas con distribución normal.

Aspectos éticos

El estudio cumplió con los principios de la Declaración del Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y Salud del hospital (HIM-2021-71). Se consideró una investigación sin riesgo al tratarse de un estudio retrospectivo de tipo documental. De acuerdo con el principio de autonomía, no requirió de una carta de consentimiento informado y los nombres de los participantes no serían divulgados.

Resultados

Con base en los registros de asistencia de personal del Departamento de Enfermería en el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2022, se obtuvo un total de 22,830 jornadas laborales que correspondieron a 780 enfermeras que conformaban la plantilla. Se identificó ausentismo en el 87.1% (680) del personal de enfermería; del total de 680 enfermeras, el 83% (565) fue por LCC y el 17% (115) por CC. El 90% fue personal del sexo femenino y la mediana de edad se encontró en 43 años en LCC y 47 en CC. En ambos grupos el personal del turno matutino registró el mayor ausentismo con 48.1% (LCC) y 45.2% (CC), así como el personal del turno nocturno con 30.8% y 35.7% para cada grupo, respectivamente.

En el área hospitalaria fue donde se reportaron más ausencias con 38.9% (LCC) y 34.8% (CC); en la terapia intensiva fue de 29.0% (LCC) y 25.2% (CC). La categoría laboral de enfermería Titulado "C" registró mayor ausencia con el 47.3% (LCC) y 33.0% (CC) (cuadro I).

Del personal de enfermería con ausentismo por LCC, el 59.2% (334) se ausentó en el año 2020, el 28.4% (161) en 2021 y 12.2% (70) en el primer trimestre de 2022. El

mayor ausentismo registrado en el año 2020 fue en mayo y junio con 77 y 69 casos, respectivamente. El número de casos de ausentismo registrados en diciembre de 2020 y enero de 2021 fue similar con 38 y 35 casos, respectivamente (figura 1).

Del total de personal de enfermería que se ausentó una vez por LCC (265), en el 50.9% el resultado de la prueba fue negativo y en 38.1% positivo; el 11% se ausentó sin resultado de la prueba. La proporción de personal de enfermería con prueba positiva fue similar en el número de LCC de 2 a 4 veces. No obstante, hubo personal de enfermería que se ausentó porque presentaba alguna sintomatología que lo hacía sospechoso de tener COVID, o bien porque estuvo en contacto con alguna persona positiva a la enfermedad, medida que se tomó para disminuir la cadena de contagios. Cabe señalar que hubo un caso que se ausentó hasta 7 veces con LCC y sin resultado de la prueba (cuadro II).

El personal de enfermería que se ausentó por CC (115) a partir del mes de marzo fue valorado en el mes de junio de 2020 por un médico en la institución con la finalidad de poder determinar si podía retornar a sus actividades laborales. En este personal se identificó a 22 personas con factores de vulnerabilidad sin comorbilidad, 7 de ellas con embarazo y 15 mayores de 60 años. De las 93 personas, el 79.5% (74) presentó de 1 a 2 comorbilidades; cabe señalar que se identificó a 19 personas que tuvieron de 3 a 4 comorbilidades, entre las que destacan la obesidad con 39.3% (63), hipertensión con 28.9% (46) y diabetes con 18.1% (29) (cuadro III).

Al reincorporarse a sus labores después del periodo de resguardo por vulnerabilidad, del 55.7% del personal de enfermería que se ausentó por LCC, el 53% dio positivo a la prueba COVID (figura 2).

El ausentismo del personal de enfermería por LCC se cuantificó en 5507 días, media de 5.7 días \pm 4.1 en un rango de 1 a 30 días. En el caso del ausentismo por CC fue de 22,643 días, media de 189 días \pm 97.8, desde 31 a 356 días o más.

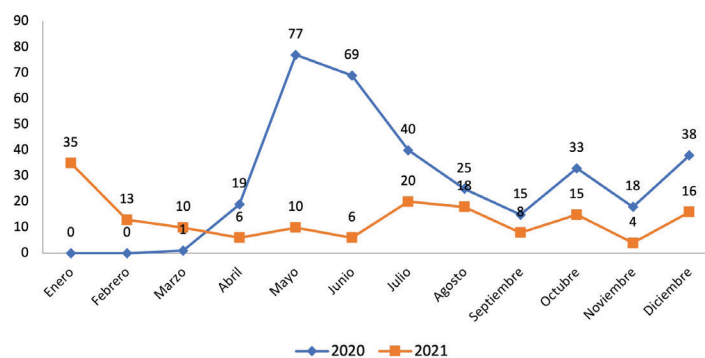
En el periodo del 20 de marzo de 2020 al 20 de marzo de 2022, el total de salario base pagado al personal de enfermería que se ausentó durante la pandemia por COVID-19 ascendió a \$11,813,229.29 pesos mexicanos. El pago por LCC fue de \$2,812,020.30 pesos y el pago por CC fue de \$9,001,208.99 pesos.

Cuadro I Características sociodemográficas del personal de enfermería por tipo de ausentismo (n = 680)

Características sociodemográficas	Tipo de ausentismo			
	Licencia COVID (LCC) n = 565		Contingencia COVID (CC) n = 115	
	n	%	n	%
Género				
Femenino	509	90	111	96.5
Masculino	56	10	4	3.5
Turno / Jornada laboral				
Matutino	272	48.1	52	45.2
Vespertino	119	21.1	22	19.1
Nocturno	174	30.8	41	35.7
Servicio / área de trabajo				
Disponibilidad	30	5.3	7	6.1
Servicios de atención ambulatoria	134	23.7	28	24.3
Terapia intensiva	164	29.0	29	25.2
Hospitalización	220	38.9	40	34.8
Administrativo (supervisión)	17	3.0	11	9.6
Categoría laboral				
Enfermera General Titulada A	42	7.4	7	6.1
Enfermera General Titulada B	59	10.4	11	9.6
Enfermera General Titulada C	267	47.3	38	33.0
Enfermera Especialista A	37	6.5	19	16.5
Enfermera Especialista B	20	3.5	7	6.1
Enfermera Especialista C	102	18.1	18	15.7
Enfermera Jefa de Servicio	23	4.1	4	3.5
Jefa de Enfermeras E (supervisora)	15	2.7	11	9.6
	Mediana	RIC	Mediana	RIC
Edad en años	43	34-48	47	40-54

Fuente: elaboración propia partir de los roles de asistencia y expedientes del Departamento de Enfermería de la institución
 RIC: rango intercuartílico

Figura 1 Número de casos de ausentismo por LCC en 2020-2021 (n = 565)



Fuente: elaboración propia con información de los reportes de días autorizados por el Servicio de Epidemiología de la institución

Cuadro II Resultado de la prueba COVID del personal de enfermería con ausentismo por LCC (n = 565)

Número de LCC	n	Resultado de la prueba COVID					
		Positivo (197)		Negativo (271)		Sin resultado (97)	
		n	%	n	%	n	%
1	265	101	38.1	135	50.9	29	11.0
2	163	51	31.3	84	51.5	28	17.2
3	93	33	35.5	31	33.3	29	31.2
4	34	11	32.3	17	50.0	6	17.7
5	6	-	-	2	33.3	4	66.7
6	3	1	33.3	2	66.7	-	-
7	1	-	-	-	-	1	100

Fuente: elaboración propia con reportes de días autorizados por el Servicio de Epidemiología de la institución
LCC: licencia COVID

Cuadro III Factores de vulnerabilidad y comorbilidades en personal de enfermería con ausentismo por contingencia (n = 115)

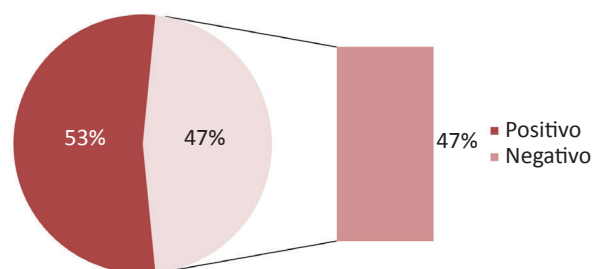
Factores de vulnerabilidad (n = 22)	n	%
Embarazo	7	31.8
Edad ≥ 60 años	15	68.2
Comorbilidades por persona (n = 93)		
1	41	44.1
2	33	35.4
3	18	19.3
4	1	1.2
Principales comorbilidades (n = 160)		
Obesidad	63	39.3
Hipertensión	46	28.9
Diabetes	29	18.1
Neoplasias	2	1.2
Inmunosupresión	10	6.2
Enfermedades cardíacas	3	1.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6	3.7
Otras	1	0.8

Fuente: elaboración propia con reportes de días autorizados por el Servicio de Epidemiología de la institución

Discusión

En situación de pandemia por COVID-19, los periodos de mayor ausentismo del personal de enfermería fueron en los meses de mayo, julio y diciembre de 2020, y en los meses de enero, julio y diciembre de 2021, lo cual coincide con lo reportado por fuentes oficiales como la Secretaría de Salud y el CONAHCyT, en lo que entonces se denominó como “olas del COVID”.²⁰

Figura 2 Personal de enfermería con ausentismo por LCC con resultado de la prueba COVID (n = 115)



LCC: licencia COVID

Dicha situación se relacionó con el permiso del ausentismo autorizado para personal de salud que presentó síntomas de COVID-19 por haber estado en contacto con personas que tenían la enfermedad o por sospecha de síntomas. En otros casos, se pudo evidenciar con la presentación del resultado de la prueba por parte de algún centro establecido en la Ciudad de México o la receta electrónica emitida por alguna dependencia de seguridad social.¹¹ No obstante, en los casos de profesionales que no presentaron dicho resultado y cumplieron con los criterios para la definición de casos, se les indicó que estuvieran en aislamiento preventivo a fin de evitar la cadena de contagio.²¹

Durante la pandemia por COVID-19 la prevalencia de ausentismo del personal de enfermería fue de 87.1%. Este resultado se acerca a lo reportado por Nashwan en Qatar del 96% de ausentismo de personal de enfermería en un centro especializado para atención de pacientes con COVID-19 durante la pandemia.²² Hay otros estudios en instituciones de salud de Irán, Grecia, Brasil y Ecuador,

en los que con todos los trabajadores de la institución el personal de enfermería presentó tasas de ausentismo del 5.1 al 62%.^{23,24,25,26}

En otros estudios en los cuales se incluyó al total de personal, el sexo femenino estuvo conformado solo por el 32%. En el presente estudio predominó el sexo femenino con el 90% en función de que solo se incluyó a personal de enfermería. La mediana de edad de 43 (LCC) y 47 (CC) años para cada grupo coincide con lo descrito por Alves,²⁷ quien refiere una media de 44.4 ± 7 años de edad. No obstante, Morillo²⁶ reporta un rango entre 20 y 30 años de edad.

En referencia al ausentismo por turno laboral, se encontró una diferencia con el estudio de Qatar con mayor registro de ausencias en el turno nocturno.²² También se registraron diferencias en el ausentismo de personal, con más casos en los meses de junio a septiembre.^{21,22} El mayor ausentismo registrado fue en las áreas de hospitalización y en las unidades de terapia intensiva. Solo en un estudio se reportó la ausencia de 29 profesionales en el servicio de urgencias.²¹ En el número de días de ausentismo se identificó una diferencia en la media por LCC de 5.7 días, con base en lo reportado en otros estudios de 4.2 y 7.5 días, en un rango de 1 a 30 días.^{25,27}

Morillo²⁶ reportó un total de 2312 días de ausencia de todos los trabajadores durante la pandemia por COVID-19. De Paiva²³ una suma de 1029 días, Alfonso²¹ 582 días y Laguna¹⁹ 265 días. En el presente estudio se contabilizaron 1056 días para LCC y 21,746 para CC; de acuerdo con el decreto emitido por el Gobierno Federal de no afectar la economía de los trabajadores, los salarios se pagaron de forma íntegra.¹³

El costo total por ausentismo laboral solo del personal de enfermería fue de 11,813,229.29 pesos mexicanos, aproximadamente 594,226.82 dólares americanos (estudio en México, datos analizados en julio 2021; el tipo de cambio fue de 19.88 unidades por dólar). Aunque el costo total fue mayor en el presente estudio, dado que no se consideraron las prestaciones laborales ni las nuevas contrataciones de profesionales de enfermería.

Lo anterior difiere de los estudios referidos anteriormente, dado que estos incluyeron a todo el personal de la institución; por ejemplo, en los 2 estudios de Ecuador se reportaron costos por ausentismo de 10,852.67 y 98,097.14 dólares, respectivamente (estudios en Ecuador, datos analizados en 2020, publicado en 2021, no especificó tipo de cambio).^{19,26} En Colombia y Brasil los costos totales por ausentismo del personal fueron \$44,814.912

y \$8,158,117.20 (no se especifica el tipo de moneda).^{21,23} En Grecia, se documentó un estimado de 1,409,720 euros por ausentismo de sus trabajadores (81.2%).²⁵ Por su parte, Irán publicó costos por ausentismo de 1.3 millones de dólares.²⁴

Conclusiones

Una fortaleza de este estudio fue el análisis económico del ausentismo específico de personal de enfermería, por constituir este la mayor fuerza laboral en instituciones del sector salud en México. Otra fortaleza fue la inclusión de los factores de vulnerabilidad, por los cuales dicho personal se resguardó en casa.^{1,6,18}

Una limitante fue la imposibilidad para el cálculo del costo exacto del ausentismo por LCC y CC, dado que solo se contabilizó el salario base, pero no las prestaciones del personal de enfermería; asimismo, el costo por salario pagado al personal de enfermería que se contrató para suplir las ausencias del personal ausente durante la pandemia y el costo de la enfermedad en el personal que dio positivo a la prueba.

Con la pandemia se evidenció la diversidad de factores de riesgo potenciales para complicaciones por COVID-19, como la obesidad, la hipertensión y la diabetes del personal de enfermería; en consecuencia, fue necesario el resguardo en casa por varios meses durante la pandemia. Por otra parte, las implicaciones del ausentismo afectaron al personal de enfermería de primera línea debido al riesgo por exposición, sobrecarga y estrés durante el periodo de contingencia.

Por lo tanto, es prioritario el desarrollo de estrategias para la prevención y el seguimiento sobre los factores de riesgo que sitúan al personal de salud en general y en particular al personal de enfermería en estados de vulnerabilidad. Lo anterior en consideración de que esta no es ni será la última emergencia sanitaria en la que la población, las instituciones de salud y el gobierno deberán anticiparse para no colapsar.

Para el diseño e implementación de estrategias después de la pandemia, se requiere de la vinculación y colaboración entre instituciones de salud, a fin de intervenir con acciones de monitoreo de presión arterial, peso corporal y nivel de glucosa del personal de salud; sistemas de detección temprana de enfermedades como cáncer o enfermedades inmunes; programas de activación física y mejora en la alimentación de los trabajadores, y también en la posibilidad de otorgar permisos sin afectar las ac-

tividades para que el personal asista a sus citas médicas periódicamente.

Se enmarca la posibilidad de líneas de investigación que analicen las implicaciones económicas y sociales del ausentismo, por ejemplo, los costos generados no solo por la contratación de “personal nuevo” que cubrió las áreas del “personal ausente con experiencia”. Derivado de lo anterior, también se podrían investigar los gastos

por eventos adversos vinculados a la atención de pacientes por personal de salud con poca o nula experiencia.

Agradecimiento

Queremos agradecer al personal de la Jefatura de Enfermería por proporcionar la información de bases de datos del Departamento de Enfermería.

Referencias

- Escudero X, Guarner J, Galindo-Fraga A, et al. La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. *Cardiovasc Metab Sci*. 2020;31(3): s170-7. doi: 10.35366/93943
- Accinelli RA, Zhang-Xu CM, Ju-Wang JD, et al. COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2020;37(2):302-11. doi: 10.17843/rpmesp.2020.372.5411
- Ruíz-Bravo A, Jiménez-Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharm*. 2020;61(2):63-79. doi: 10.30827/ars.v61i2.15177
- Vargas-Lara AK, Schreiber-Vellnagel V, Ochoa-Hein E, et al. SARS-CoV-2: una revisión bibliográfica de los temas más relevantes y evolución del conocimiento médico sobre la enfermedad. *Neumol Cir Torax*. 2020; 79(3):185-96. doi: 10.35366/96655
- Werneck WL, Carvalho MS. La pandemia de Covid-19 en Brasil: crónica de una crisis sanitaria anunciada. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(5):1-4. doi: 10.1590/0102-311X00068820
- Velasco-Reyna R, Hernández-Ávila M, Méndez-Santa Cruz JD, et al. Criterios de retorno y determinación del valor de vulnerabilidad por COVID-19. *Salud Publica Mex*. 2021;63(1):136-46. doi: 10.21149/11984
- Grigore OM. Factors Contributing to Work-Related Absenteeism during the COVID-19 Pandemic. *Management Dynamics in the Knowledge Economy*. 2020;8(4):401-18. Disponible en: <https://www.managementdynamics.ro/index.php/journal/>
- Tatamuez-Tarapues RA, Domínguez AM, Matabanchoy-Tulcán SM. Revisión sistemática: Factores asociados al ausentismo laboral en países de América Latina. *Univ Salud*. 2019;21(1):100-12. doi: 10.22267/rus.192101.143
- Guía para implementar el teletrabajo en los centros de trabajo en el marco de las acciones para enfrentar el COVID-19. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social; 3 de julio de 2020. Disponible en: <https://juntosporeltrabajo.stps.gob.mx/docs/herramientas/GUI%CC%81A%20PARA%20IMPLEMENTAR%20EL%20TELETRABAJO%20EN%20LOS%20CENTROS%20DE%20TRABAJO%20EN%20EL%20MARCO%20DE%20LAS%20ACCIONES.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. México y la crisis de la COVID-19 en el mundo del trabajo: respuestas y desafíos. OIT; octubre de 2020.
- Sánchez-Ortega V, Guerrero-Ochoa CU, Del Toro-Barajas OG, et al. Enfermedad profesional de los trabajadores del sector salud por COVID-19. *LUMEN Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*. 2020;16(2):354-63. doi: 10.33539/lumen.2020.v16n2.2314
- Ley Federal del Trabajo. México: Diario Oficial de la Federación; 24 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Sánchez-Castañeda A, Hernández-Ramírez JP. La respuesta del gobierno de México ante el COVID-19. México: Cielo Laboral. Disponible en: https://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2020/04/mexico_noticias_cielo_coronavirus.pdf
- Criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad que tienen mayor riesgo de desarrollar una complicación o morir por COVID-19 en la reapertura de actividades económicas en los centros de trabajo. México: Secretaría de Salud; 12 de agosto de 2020. Disponible en: https://cga-ssp.guanajuato.gob.mx/SSP/rm_doc/M_20201109130608.pdf
- Araujo GR. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Novedades en Población*. 2015; 210:89-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602020000200004
- Vicente-Herrero MT, Ramírez-Íñiguez de la Torre MV, Rueda-Garrido JC. Criterios de vulnerabilidad frente a infección COVID-19 en trabajadores. *Rev Asoc Esp Med Trab*. 2020;29(2):12-22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602020000200004
- Secretaría de Gobernación. Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). México: Diario Oficial de la Federación; 24 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020
- Márquez-González H, Klünder-Klünder M, De la Rosa-Zamboni D, et al. Risk conditions in healthcare workers of a pediatric COVID center in Mexico City. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2021;78(2):110-115. doi: 10.24875/BMHIM.20000355
- Laguna DV, Galarraga CJ, Chamorro GY, et al. Costos del ausentismo laboral por COVID-19 en trabajadores del Centro de Salud N° 1 Tulcán. *Ocronos*. 2020;3(8):185. doi: 10.46377/dilemas.v8i.2710
- Gutiérrez RR. Subcontabilización de datos y estructura de fallecimientos por la COVID-19 en México. *Revista de Economía Regional y Sectorial*. 2022;14(1):5-34. doi: 10.36677/paradigmaeconomico.v14i1.16726
- Alfonso-Gutiérrez LV, Nieto-Franco A, Rubio-Sánchez JT. Estudio del ausentismo generado por COVID-19 en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal [tesis]. Bogotá, Colombia: Universidad ECCI; 24 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.colciencias.metabiblioteca.com>
- Nashwan AJ, Villar RC, Flores JM, et al. Increased Absenteeism among Nurses in a COVID-19 Designated Facility in Qatar. *Doha, Qatar*; 20 to 23 January 2021. doi: 10.13140/rg.2.2.27507.76327

23. De Paiva LG, Santos WM, Dalmolin GL. The impact of the SARS-CoV-2 pandemic on sickness absenteeism among hospital workers. *Rev Bras Med Trab.* 2022;20(1):65-71. doi: 10.47626/1679-4435-2022-787
 24. Faramarzi A, Javan-Noughabi J, Tabatabaee SS, et al. The lost productivity cost of absenteeism due to COVID-19 in health care workers in Iran: a case study in the hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1169. doi: 10.1186/s12913-021-07200-x
 25. Maltezou HC, Giannouchos TV, Pavli A, Tsonou P, Dedoukou X, Tseroni M, Papadima K, Hatzigeorgiou D, Sipsas NV, Souliotis K. Costs associated with COVID-19 in healthcare personnel in Greece: a cost-of-illness analysis. *J Hosp Infect.* 2021 Aug;114:126-133. doi: 10.1016/j.jhin.2021.04.018.
 26. Morillo-Cano JR, Gómez-Martínez N, Laguna-Delgada DV. Costos por ausentismo laboral por COVID-19 en trabajadores del distrito San Pedro de Huaca-Tulcán Salud, 2020. *Dilemas Contemp Educ Política Valores.* 2021;8(3):1-18. doi: 10.46377/dilemas.v8i.2710
 27. Alves ABSL, Matos FGOA, Carvalho ARS, et al. Absenteeism in nursing in the face of COVID-19: a comparative study in a hospital from southern Brazil. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210254. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0254
-
-
Cómo citar este artículo/To reference this article:
Carrasco-González MI, Guerrero-Díaz AC, De Blas-Barrientos N, et al. Impacto socioeconómico del ausentismo del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(2):e1535. doi: 10.5281/zenodo.15091674