

MÁS ALLÁ DEL HEROÍSMO. NARRATIVAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA PANDEMIA TEMPRANA

BEYOND HEROISM. NARRATIVES ON HOW HEALTH CARE WORKERS RESPONDED TO THE EARLY PANDEMIC

Carolina Espinosa Luna¹ y Yoali Zaret Mancilla Anaya²

Resumen: La literatura sobre el heroísmo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19 plantea, por un lado, el problema en términos de una contradicción entre la narrativa del heroísmo; y, por el otro, las profundas afectaciones de la pandemia al bienestar físico, mental, profesional y laboral del personal sanitario. Al elaborar la discusión en términos binarios, dichos estudios suelen omitir la diversidad de respuestas que tuvo el personal de salud a la pandemia. En este artículo problematizamos el supuesto heroísmo mediante el análisis cualitativo de entrevistas a profundidad a médicos, médicas, enfermeros y enfermeras que enfrentaron la pandemia en 2020. Como resultado de dicho análisis, proponemos una tipología de narrativas sobre el comportamiento social emergente a la pandemia, a saber: profesionalismo, heroísmo, legalismo y egoísmo, que se explica en función de cómo las personas dan cuenta del ejercicio de su individualidad en su relación con los hospitales, entendidos como organizaciones formales, en el contexto disruptor de la pandemia. *Palabras clave: pandemia temprana, personal de salud, heroísmo, organizaciones formales, narrativas*

1 Investigadora Titular “A” de tiempo completo, adscrita al programa de estudios en Gobierno y Políticas Públicas del CRIM-UNAM.

2 Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Abstract: The literature on health care worker heroism in the COVID-19 pandemic poses the problem in terms of a contradiction between the heroism narrative on the one hand, and the profound impact of the pandemic on the physical, mental, professional, and occupational well-being of health care workers on the other. By framing the discussion in binary terms, such studies often omit the diversity of health care personnel responses to the pandemic. In this article, we problematize the supposed heroism through the qualitative analysis of in-depth interviews with physicians, doctors, and nurses who faced the pandemic in 2020. As a result of this analysis, we propose a typology of narratives on emerging social behavior in the pandemic, namely: professionalism, heroism, legalism and selfishness, which are explained in terms of how people account for the exercise of their individuality in their relationship with hospitals, understood as formal organizations, in the disruptive context of the pandemic. Keywords: early pandemic, health personnel, heroism, formal organizations, narratives

Introducción

Buena parte de la literatura sobre el heroísmo del personal sanitario en la pandemia suele plantear el problema en términos de una crítica a la narrativa sobre el heroísmo (impulsada por actores políticos, medios de comunicación y redes sociales) porque sirvió para minimizar u ocultar las condiciones laborales precarias del personal sanitario y las afectaciones de la pandemia a su bienestar físico y mental (*v. g.* Bessa et al., 2020; Brown y Pearson, 2020; Einboden, 2020; Hales y Tyler, 2022; Hennekam, Ladge y Shymko, 2020; Höller y Forkmann 2022; Jonathon, 2021; Lohmeyer y Taylor, 2021; Martínez-López, Gijón-Gonzalez, Sánchez-Castillo y del Mar Verdú-Guardiola; 2021; Mascayano et al., 2022; Salerno, 2020; Tran et al., 2023; Yuan, Cockburn, Astrove y Buis, 2021). En general, los estudios citados han planteado una contradicción entre el supuesto heroísmo y las enormes afectaciones que padecieron los profesionales de la salud en el primer año de la pandemia por COVID-19.

Nuestra crítica a estos estudios consiste en que al centrarse en un cuestionamiento hacia el heroísmo omiten la pluralidad de respuestas del personal de primera línea a la pandemia y minimizan el hecho de que, en

efecto, hubo hombres y mujeres, pertenecientes al campo de la salud, que tuvieron comportamientos cercanos al heroísmo. Partiendo de esa crítica, el propósito de este trabajo es conocer cómo respondió el personal de salud a la pandemia temprana por COVID-19.

La tesis central de este artículo es la siguiente. A diferencia de lo que suponen las investigaciones referidas, el personal de salud no respondió de manera uniforme a la pandemia temprana. En particular, a través de un análisis narrativo identificamos cuatro tipos de comportamientos en los primeros meses de la pandemia: profesional, heroico, legalista y egoísta. Esta diversidad de comportamientos se explica por la manera en que las y los profesionales de la salud le dan sentido a su individualidad en su relación con los hospitales y en el contexto disruptor de la pandemia.

Para desarrollar ese argumento procederemos del siguiente modo. En primer lugar, teorizamos sobre la pandemia temprana como objeto de estudio de la sociología para explicar las respuestas del personal de salud en el marco de su relación con los hospitales, entendidos como organizaciones formales. En segundo lugar, describimos la metodología de la investigación, que consistió en el estudio cualitativo de casi cuarenta entrevistas a profundidad, realizadas en 2020, a personal de salud que enfrentó la pandemia. En tercer lugar, exponemos los resultados del análisis de las entrevistas de acuerdo con una tipología de narrativas sobre el comportamiento del personal de salud en la pandemia temprana. Enseguida, planteamos una breve discusión con la literatura vigente a la luz de los resultados, y concluimos con las eventuales aportaciones de este trabajo al conocimiento de las narrativas del comportamiento del personal de salud en los primeros meses de la pandemia por COVID-19.

Pandemia y personal de salud. Premisas teóricas

La pandemia, como fenómeno social, no tuvo las mismas características en sus inicios que tres o cuatro años después. La pandemia temprana, que situamos en 2020, puede ser definida como un desastre social en términos de “una interrupción dramática de la realidad que rebasa el umbral de gestión de riesgos de la sociedad” (Luhmann), amenaza sus formas de integración social y sistémica

(Habermas) y genera realidades emergentes que preceden a nuevas formas de adaptación (Perry)” (en Espinosa Luna, 2022).

Conceptuar la pandemia temprana en dichos términos nos permite comprender por qué el comportamiento social resulta problemático; esto es, los desastres sociales son una amenaza tal a la sobrevivencia, que las normas que regulaban los comportamientos se vuelven cuestionables, y los objetivos que existían antes del desastre son desplazados por los propósitos de sobrevivir a la tragedia (Espinosa Luna, 2022). Aquí sostenemos que las respuestas del personal de salud a la pandemia son comportamientos emergentes frente al desastre.

Sin embargo, como mencionaremos más adelante, las respuestas de las y los profesionales de la salud no fueron homogéneas. Si partimos de que la mayoría del personal de salud —consultado para este trabajo— pertenece a organizaciones formales, como son los hospitales, entonces resulta conveniente considerar algunas premisas teóricas sobre la relación individuo/organización para explicar dichas respuestas.

Niklas Luhmann (2010), en su texto *Organización y decisión* ofrece tres claves para comprender el comportamiento de los individuos en su pertenencia a una organización formal, a saber:

- i) Los individuos no se rigen por los propósitos formales de la organización, sino por sus carreras profesionales, lo que les permite sobrevivir a los vaivenes organizacionales, como los producidos por un desastre.³
- ii) No hay criterios de motivación individual que cumplan dos requisitos de manera simultánea: que sean idénticos para todos los individuos y que sean favorables para la organización.⁴

3 Parafraseando a Luhmann, en momentos críticos y de contingencia, los individuos, así como las organizaciones, pueden adaptarse y aprovechar las circunstancias imprevistas. Se hace referencia a personas que pueden modular sus conductas para enfrentar y sobrevivir a los cambios que puedan surgir, por ejemplo, en un contexto de organizaciones como los hospitales (Luhmann, 2010, p. 130).

4 Citamos a Luhmann: “hacer resaltar la heterogeneidad de las operaciones de los sistemas orgánicos, psíquicos y sociales. Y no seguir priorizando, en la relación entre individuo y organización, la búsqueda de condiciones (¡para todos los individuos las mismas!) de motivación favorable a la organización, sino partir más bien de acoplamientos estructurales entre los sistemas” (Luhmann, 2010, p. 112s).

- iii) Las personas son sujetos activos en los procesos de comunicación y en la toma de decisiones en las organizaciones.⁵

En suma, en su condición de membresía a una organización formal, las personas son heterogéneas, adaptables en función de su carrera y capaces de hacerse escuchar. Ya la organización tendrá sus propios criterios para lidiar con eso en el marco de sus programas. Estas premisas teóricas nos permitirán comprender el comportamiento del personal de salud en su relación con los hospitales y en el contexto disruptor de la pandemia.

Metodología

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más general sobre la pandemia y el personal de salud (Espinosa Luna, 2021, 2022; Espinosa Luna y Ramírez Ruiz, 2021). El objetivo general de dicho proyecto ha sido conocer los efectos sociales de la pandemia temprana en el personal sanitario y las respuestas ante la misma. Se trata de una investigación de corte cualitativo porque tiene el propósito de conocer cómo el personal de salud le da sentido a sus experiencias frente a la pandemia a través del análisis narrativo de treinta y nueve entrevistas abiertas realizadas a finales de 2020.

En cuanto a la naturaleza de la técnica de entrevista y el enfoque narrativo, es necesario mencionar que la entrevista es un diálogo verbal en donde las personas entrevistadas hablan de sí mismas, de los demás y de su contexto social de acuerdo con sus propios razonamientos, valores y emociones; hablan de su pasado según lo recuerdan, explican su presente y esbozan su futuro; expresan certidumbre e incertidumbre, coherencia y contradicción, se culpan y exoneran, mienten y se sinceran. Se citan a sí mismas y citan a otros (“entonces dijo que...”). Deciden cuándo hablar, qué decir y cuándo callar. Una entrevista transcrita es un texto complejo en su estructura narrativa y sus contenidos semánticos.

5 “En las organizaciones tampoco se puede hablar, disponer ni decidir sobre las personas, sin considerar que también pueden participar como destinatarios y como autores, que pueden experimentar todo esto y tomar la palabra” (Luhmann, 2010, p. 119).

A diferencia de otras técnicas de investigación cualitativa, como la observación de corte etnográfico, mediante la entrevista no se pueden observar los comportamientos sociales, pero sí pueden comprenderse de acuerdo con las historias que las personas entrevistadas nos narran. La validez de dichas historias no radica en su correspondencia “punto por punto” con la realidad estudiada, sino en que a través de ellas las personas dan cuenta de cómo construyen su realidad social.

Lo relevante en términos sociológicos es que dichas historias no son privativas de su ser individual, sino que son historias que se reiteran en la voz de otros médicos, médicas, enfermeros y enfermeras en distintos hospitales y ciudades hasta formar distintos patrones narrativos en torno a los mismos hechos. Lo que permite articular sus historias individuales en una tipología como la que aquí proponemos, es que todas las personas entrevistadas estuvieron enfrentando la pandemia en 2020 en el ejercicio de la medicina, o para decirlo en términos fenomenológicos, el mundo que habitamos es un mundo común y compartido.

En cuanto a la obtención y procesamiento de los datos, cabe señalar que las personas entrevistadas fueron contactadas por medio de conocidos y amistades. En total, conversamos con doce doctores, doce doctoras, diez enfermeras, dos enfermeros, un supervisor de enfermería, un paramédico y un químico del área de investigación. Las personas entrevistadas trabajaban en nueve entidades federativas de México (catorce en la Ciudad de México, ocho en Veracruz, cinco en Morelos, tres en el Estado de México, tres en Zacatecas, dos en Quintana Roo, una en Coahuila, una en Hidalgo y una en Sonora. Una persona entrevistada no mencionó en qué entidad radicaba). Veintidós de ellas fueron mujeres y diecisiete fueron hombres. Las y los trabajadores de la salud refirieron que laboraban en uno o más hospitales, clínicas y consultorios públicos y privados. Los lugares de trabajo más mencionados fueron los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los hospitales de las Secretarías de Salud de las entidades federativas. También hubo menciones al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), hospitales privados y consultorios particulares. Las entrevistas fueron realizadas a través de la plataforma electrónica Zoom y por teléfono. Sólo dos entrevistas fueron presenciales (véase Espinosa Luna y Ramírez Ruiz, 2021).

El desarrollo de las entrevistas se centró en los efectos que la pandemia tuvo en su quehacer profesional; les preguntamos a las y los profesionales de la salud cómo era su trabajo antes y después del surgimiento de la pandemia, qué hicieron ante esos cambios, qué obstáculos observaron en sus hospitales y centros de trabajo para enfrentar la pandemia, qué decisiones tomaron para sortear esos escollos, cuáles fueron las experiencias más difíciles que vivieron en la pandemia y cuál era su opinión de la narrativa sobre el heroísmo que se había construido en torno al personal de salud.

Las entrevistas fueron analizadas de manera artesanal bajo un enfoque narrativo; es decir, con el propósito de comprender las respuestas del personal de salud a la pandemia temprana según las historias que nos contaron. En ese sentido, en principio, observamos que el personal de salud había respondido de distintas maneras a la pandemia; en algunos casos se daba testimonio de comportamientos notables, como ponerse en riesgo para atender a personas graves por COVID; sin embargo, al mismo tiempo, se exponían casos de médicos y médicas que habían eludido sus obligaciones, o usurpado derechos, para obtener beneficios privados que los pusieran a salvo de infectarse por el virus del SARS-COV-2. Asimismo, por un lado, observamos situaciones en donde el personal hacía lecturas muy rigurosas de las normas para no ponerse en situaciones riesgo y, por otro lado, notamos momentos en donde el personal realizaba su trabajo invocando a su deber profesional y el pago que recibían. Al advertir esta diversidad, comenzamos a separar la información para identificar distintos patrones de acuerdo con regularidades, similitudes y diferencias en el marco de nuestras propias preocupaciones teóricas sobre la pandemia, los hospitales y el comportamiento individual de las y los profesionales de la salud. A partir de ahí identificamos distintas narrativas sobre el comportamiento del personal de salud en la pandemia temprana.

Narrativas sobre el comportamiento del personal de salud en la pandemia temprana

Durante el análisis de las entrevistas realizadas para esta investigación identificamos dos grandes ejes de análisis que servirían para teorizar la información obtenida. El primer eje va de mayor a menor heroísmo, y el segundo de

mayor a menor desviación, con relación a las reglas de los hospitales desde la perspectiva del personal de salud —es decir, cuando hablamos de “reglas” no nos referimos a preceptos objetivos, sino a cómo las personas entrevistadas perciben los límites formales de su propio trabajo—. De acuerdo con estos criterios, logramos identificar cuatro tipos de narrativas sobre el comportamiento del personal de salud en la pandemia temprana, a saber: profesionalismo, heroísmo, egoísmo y legalismo, que corresponden a cuatro posiciones en cuanto a sus obligaciones profesionales: lo debido, lo exento, lo permitido y lo prohibido (Figura 1).

Antes de exponer el contenido de cada celda o cuadrante debemos insistir en que se trata de narrativas, no de personas. Una misma persona puede comportarse a veces de manera heroica y a veces de forma egoísta, y en ocasiones en puntos francamente intermedios. Esta tipología la hicimos con fines heurísticos, con el propósito de orientar la organización, análisis y mejor comprensión de la información. La manera en la que el personal de salud enfrentó la pandemia está llena de matices y no podemos dar cuenta en este trabajo de todos ellos. Nuestros fines en realidad son más modestos en tanto que esperamos ofrecer coordenadas teóricas que permitan comprender mejor de qué manera el personal de salud se abrió paso frente a la pandemia.

Figura 1

Narrativas sobre el comportamiento del personal de salud en la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

Profesionalismo

Entre la diversidad de respuestas a la pandemia destacamos, en primer lugar, el profesionalismo. Este corresponde al personal que entiende su papel en la pandemia como el ejercicio de su carrera profesional, mismo que interpretan en el marco de las normas que regulan su relación laboral con los hospitales y sus obligaciones con los pacientes.

Para comprender teóricamente el concepto de “profesionalismo” vale la pena retomar a Max Weber, quien en *El político y el científico* (1979), opone la ética de la convicción a la ética de la responsabilidad. Quien actúa conforme a la primera se orienta en función de sus creencias acerca de lo que considera bueno o justo sin evaluar las consecuencias de sus actos, toda vez que estos se guían por una suerte de fin último o bien superior. En cambio, quien actúa conforme a la ética de la responsabilidad “tiene en cuenta las consecuencias previsibles de su propia acción” (Weber, 1979, p. 164) y se hace cargo de sus propias decisiones. Asimismo, en el ensayo citado, Weber se refiere al funcionariado moderno como “trabajadores intelectuales altamente especializados mediante una larga preparación y con un honor estamental altamente desarrollado, cuyo valor supremo es la integridad” (Weber, 1979, p. 101s). La responsabilidad, la preparación especializada, la integridad y la autorregulación en la toma de decisiones individuales son elementos distintivos del servicio público que acompañan la definición del profesionalismo en el campo de la salud (Luengo Martínez, Paravic Klijn, y Burgos Moreno, 2017; Rodríguez Sendín, 2010).

De acuerdo con lo anterior, el profesionalismo consiste en atender responsablemente los deberes propios de la profesión, pero no de manera altruista, salvadora o heroica, sino como un trabajo que se ejerce en el marco de reglas formales. Estos aspectos se ven ilustrados en los siguientes testimonios:

Esto es parte de nuestro trabajo. Desde que tú decides estudiar medicina sabes que te vas a enfrentar a esto. Es una factura a la que tienes que entrarle porque es parte de tu profesión. Estás preparado para esto. (Entrevista a Miguel Ángel,⁶ médico, Secretaría de Salud, Sonora)

6 Hacemos uso de seudónimos para proteger la identidad de las personas entrevistadas.

Siempre hemos estado expuestos a un riesgo; por ejemplo, tenemos pacientes con VIH y con otros padecimientos infecciosos, pero sabemos cómo contenerlo. En la escuela te entrenan para eso, te enseñan cómo vestirse, cómo lavarte, cómo minimizar los riesgos. (Entrevista a Karina, médica, Secretaría de Salud, Zacatecas, 3 de diciembre de 2020)

Los médicos nos preparamos para esto, no lo veo como algo heroico. (Entrevista a Emilio, médico particular, Ciudad de México, 1 de diciembre de 2020)

No somos héroes, es nuestro trabajo. Estamos haciendo lo mismo de siempre, pero a una escala mucho mayor. Esto es parte de la medicina. (Entrevista a Sara, médica, Secretaría de Salud, Zacatecas, 23 de noviembre de 2020)

En estas citas se puede observar que las personas entrevistadas asumen su papel en la pandemia como parte del ejercicio de una profesión que eligieron voluntariamente, señalando un límite claro con toda suerte de misiones gloriosas. En el mismo sentido se puede leer el siguiente testimonio:

Cuando yo estudié enfermería nos dijeron que había medidas universales del paciente aislado; por ejemplo, ante una tuberculosis nos dijeron que hay que entrar con equipo de protección personal, también nos dijeron que el lavado de manos era primordial en varios momentos de las actividades, como antes de tocar a un paciente, después de tocarlo, después de cambiar camas, después de hacer cualquier procedimiento hay que hacer el lavado de manos. También nos enseñaron que tenías que protegerte las vías respiratorias cuando estabas enfermo. [...]. No estoy de acuerdo con que digan que somos héroes. No me considero héroe, simplemente estoy realizando para lo que estudié, nada más que bajo otra circunstancia. Yo hago lo que aprendí, estudié para esto. (Entrevista a Ernesto, enfermero, IMSS, Zacatecas, 2 de diciembre de 2020)

En estas narraciones observamos cómo las personas entrevistadas establecen con claridad los límites de su trabajo de acuerdo con su formación como profesionales de la salud (*v. g.* “Cuando estudié nos dijeron...”, “nos enseñaron...”). Insisten en que su papel no es el de ser héroes o heroínas, sino hacer aquello para lo que se formaron y por lo cual reciben un ingreso:

No venimos a hacer labor comunitaria; aquí venimos porque nos están pagando. (Entrevista a Leticia, enfermera, IMSS, Ciudad de México, 25 de noviembre de 2020)

Elegí la carrera de enfermería pudiendo escoger otra cosa, trabajo por vocación. No somos mártires que damos la vida por los demás. Trabajamos y recibimos un salario. (Entrevista a Gema, enfermera, IMSS, Morelos, 22 de noviembre de 2020)

La “vocación” se relaciona con la realización personal, por eso se vincula con el salario. En cambio, el martirio se vincula con el sufrimiento y el sacrificio.

En síntesis, el profesionalismo, como respuesta a la pandemia, se explica en un marco formal de relaciones entre el personal de salud y los pacientes. Desde la perspectiva de las personas entrevistadas, atender a personas enfermas en el contexto de una disrupción pandémica se comprende porque se formaron profesionalmente para realizar ese trabajo y reciben un ingreso a cambio, a diferencia del heroísmo, que no es motivado por un marco de reglas, sino por un bien superior que lo trasciende.

Heroísmo

El heroísmo es una acción supererogatoria, fuera de los límites formales, que busca ayudar a otros o servir a los demás; representa un riesgo personal para quien lo lleva a cabo y no implica mayores beneficios personales (Cox, 2020; Hopkins, 2021; Martínez-López et al., 2021; Yuan et al., 2021).⁷ De acuerdo con Niklas Luhmann, el heroísmo es paradójico porque se trata de una desviación de las normas, pero a diferencia de la mayoría de los comportamientos desviados, el heroísmo es admirado y busca ser emulado (Luhmann, 1995).

La naturaleza de la medicina, relativa a aliviar el sufrimiento del cuerpo, ha merecido que sea vinculada con actos heroicos, sobre todo en contextos de desastres como las guerras y las epidemias (Brown, 2010; Rojas, Mico-

⁷ Agradecemos a Pedro Villegas por colaborar en la síntesis y organización de la literatura sobre heroísmo.

lich, Dittborn, y Salas, 2020). En ese sentido, Patrick D. Hopkins (2021) cuestiona la “retórica del heroísmo” en el contexto de la pandemia porque señala —en una postura profesionalista según nuestra clasificación— que la exposición al riesgo es parte del ejercicio de la medicina y que el personal de salud en la pandemia sólo está haciendo su trabajo. Sin embargo, esa postura es ciega a la complejidad de las respuestas humanas frente a los desastres. Si analizamos con cuidado las narraciones del personal de salud, podemos observar que sus respuestas a la pandemia por COVID-19 son más diversas de lo que supone un mero llamado al deber profesional.

Las personas entrevistadas para este trabajo describen actos acaso extremos en el ejercicio de sus funciones que no están obligadas a cumplir y que le dan un tono o un matiz distinto al profesionalismo. Al preguntarle a una doctora por las decisiones más difíciles que había tomado en la pandemia, narró lo siguiente:

Al inicio de la pandemia hubo un contagio masivo por COVID en el hospital. De hecho, durante quince días cerraron el hospital y no pude regresar a casa por el riesgo de infectar a mi mamá. En ese periodo, un bebé de tres meses ingresó al hospital como sospechoso de COVID. Mis compañeros médicos no querían entrar a verlo, lo veían desde la ventana y le daban instrucciones a la enfermera como “descúbralo”, “mídale la frecuencia cardiaca, la respiratoria”. No se querían arriesgar, su mensaje era “entre usted y hágalo”. Pero, ¡vamos!, no se puede dar un trato deshumanizado. El niño estaba llorando, la mamá estaba llorando, ambos tenían miedo. Los dos estaban muy angustiados. Y pues sí. Me vestí con todo el traje de astronauta [Tyvek] lo más rápido que pude y entré a abrazar a la mamá y cargar al bebé para que se consolara, pero se suponía que no debía tener contacto. (Entrevista a Karina, médica, Secretaría de Salud, Zacatecas, 3 de diciembre de 2020)

Si discutimos la tesis de Hopkins (2021) cabría preguntarse, ¿abrazar y consolar al bebé y a su madre —cuando nadie más quería hacerlo por el contagio masivo— era un deber positivo de la doctora? ¿Era parte de su ejercicio profesional? ¿No se trata acaso de un acto que va más de una obligación?, ¿de una acción quizá supererogatoria? De acuerdo con su testimonio, la médica no estaba obligada a abrazar y consolar al bebé y a la mamá (algo que sus colegas sabían), pero lo hace acaso motivada por la

compasión, la empatía y la necesidad de hacer algo que considera correcto, aunque quizás se ponga en riesgo dado el contexto.

En el mismo sentido tenemos el siguiente testimonio, si bien es un poco largo, vale la pena resaltar este fragmento de la transcripción:

Entré a mi primera habitación y me presenté con mis pacientes. Entonces vi una escena que nunca antes había visto: un paciente completamente desatendido, orinado y evacuado. Lo vi con mucha desesperación, temor, ansiedad, frustración, incertidumbre. Se veía que pasaban muchas cosas por su cabeza. Me dijo: “Ven, ayúdame, por favor. No me han cambiado, no me puedo mover, estoy desesperado”. Nunca había visto tanta desesperación humana. Lo bañé, lo cambié, lo dejé todo limpiecito, traté de darle motivación, le expliqué todos los dispositivos que estaban en su cuerpo, al parecer nadie le había explicado nada.

Cuando acabé mi procedimiento me salí de la habitación y enseguida alguien gritó que un paciente estaba cayendo en paro. Pensé que no podía ser mi paciente porque acababa de platicar con él, pero volteé y era el mío. Los médicos se tardaron mucho en llegar, cuando llegaron sólo observaron desde la puerta. Yo gritaba desesperada: “¡Ayuda! ¡Ayuda! ¡Tráiganme otro tanque! ¡Traigan el carro de paro!” pero me dijeron que sólo se iban a dar maniobras básicas, que no se podían exponer y que no había nada que hacer, pero yo no podía dejar al paciente así.

Me dijeron que le cerrara el oxígeno y me saliera porque el oxígeno se nos iba a acabar y era más importante dárselo a otros pacientes porque teníamos una ocupación en el hospital de más del cien por ciento. El paciente gritaba, me pedía que no me fuera, tomó mi mano y pues no, no me pude salir. Lo esperé ahí... tomó mi mano hasta que ya no tuvo fuerza y ya... Fue lo más duro que enfrenté, ver morir a un paciente y la desesperación y la agonía que se siente por la falta de respiración. (Entrevista a Sandra, enfermera, Secretaría de Salud, Ixtapaluca, Estado de México, 21 de noviembre de 2020)

En esta cita podemos observar que los límites entre profesionalismo y heroísmo son difusos. La enfermera actúa profesionalmente, pero en algún momento va más allá de sus obligaciones. Ella implora por oxígeno y, a pesar de que recibe instrucciones de retirarse, permanece al lado del paciente hasta

su muerte. Tanto la médica como la enfermera, en las últimas dos citas, describen actos supererogatorios, ambas llevan a cabo acciones de las que están exentas según sus atribuciones formales. Eso es lo que hace del heroísmo algo extraordinario:

La realidad es que la gente que va a entrar a trabajar al área COVID lleva esa mentalidad de te la vas a jugar. Sabes perfectamente que ahí no vas a entrar a un trabajo fácil. Cuando a ti te dan un contrato para un área COVID sabes que vas a convertirte en una persona extraordinaria. Extraordinario quiere decir que vamos a dar un extra a lo que normalmente hacíamos. (Entrevista a Sara, médica, Secretaría de Salud, Zacatecas, 23 de noviembre de 2020)

El carácter excepcional y arriesgado del heroísmo (“sabes que le vas a jugar”) se observa también también en la siguiente narración:

Estábamos dos enfermeros generales y un auxiliar cuando la paciente entró en paro cardiorespiratorio. Ahí teníamos el carro rojo a la mano, pero no había quién entrara con nosotros en el momento, no había médicos. Mas bien, sí había, pero mientras se cambiaban y se ponían el equipo de protección personal, la paciente se iba a morir. Entonces... yo no tengo conocimientos al cien por ciento en cuanto a eso, la verdad, pero cuando empezó la pandemia los médicos urgenciólogos nos dieron un curso y pues ahora sí como el burro que tocó la flauta [insinúa que intubó a la paciente]. (Entrevista a Ernesto, enfermero, IMSS, Zacatecas, 2 de diciembre de 2020)

En el testimonio citado, el enfermero pudo haber decidido no atender a la paciente en paro alegando que no tenía la preparación adecuada para ello y eso no hubiera implicado una omisión o una falta en el ejercicio de sus funciones (“no se necesita excusa para no actuar heroicamente”). Sin embargo, decidió arriesgarse ante la urgencia de salvar a la paciente, lo que a la postre se logró.

Otra característica del heroísmo es el sacrificio. La idea de privación en beneficio de alguien más se observa en el siguiente testimonio:

Estamos sometidos a un nivel de estrés que nunca habíamos experimentado, y no como personal de salud, sino como seres humanos. En estos ocho me-

ses que llevamos atendiendo la pandemia en primera línea hemos tenido que adaptar nuestros cuerpos, tuvimos que dejar de alimentarnos porque sabemos que estamos trabajando y que no podemos salir a comer, porque estamos usando un equipo de protección completo y tenemos que aguantarnos sin beber agua, sin ir al baño. Entonces sales del hospital con dolor en cada músculo de tu cuerpo, con dolor de cabeza, todo agotado y entonces ves a la gente, a niños caminando sin cubrebocas y aglomerados, como si nada estuviera pasando y te pones a pensar, ¿es verdad? Realmente a cambio de qué estamos luchando. (Entrevista a Sara, médica, Secretaría de Salud, Zacatecas, 23 de noviembre de 2020)

A diferencia del comportamiento profesional, según lo expusimos previamente, la narrativa sobre el comportamiento heroico no se justifica en función de una retribución económica; antes bien, puede apoyarse en una creencia de orden superior:

Nosotros somos un instrumento para poder hacer mejor las cosas y pues Dios es el que nos guía para tratar de ayudar a los pacientes. [...] Uno entrega su vida, su tiempo, todo para que el paciente salga adelante de esta situación. (Entrevista a Andrea, médica, IMSS, Ciudad de México, 3 de diciembre de 2020)

En el mismo sentido tenemos el siguiente testimonio de una doctora que trabaja en una de las regiones más pobres de Veracruz:

Ahora estoy con mucho miedo, pero pues no hay quién vaya a verlos [se refiere a los pacientes enfermos por COVID]. Entonces yo lo hago, la verdad, más por humanidad que por costo [se refiere al pago de sus servicios]. Los ingresos de la gente no son muchos. [...] Atendí a pacientes que no querían ir a los hospitales por temor a ser intubados. Ellos venían conmigo. La gente tiene muchas dificultades y te agradece cuando logras salvarlos [...]. Eso de vernos como héroes o heroínas no es de ahora, es de siempre. (Entrevista a Adela, médica rural en Ixhuatlán, Veracruz, 26 de noviembre de 2020)

El profesionalismo es lo que se espera de quien ejerce la medicina, el heroísmo no:

Nosotros estamos haciendo lo que nos corresponde y, a veces, hasta más de lo que nos corresponde (Entrevista a Andrea, médica, IMSS, Ciudad de México, 3 de diciembre de 2020).

Los casos que acabamos de citar se refieren a narrativas sobre comportamientos extraordinarios y excepcionales, cuyo mérito radica en que van más allá de los deberes formales para procurar el bienestar de otros.

Legalismo

El concepto de legalismo tiene numerosas acepciones de carácter religioso (Yinger, 2008), antropológico (Dresch y Skoda, 2012), político (Trubek, 2017), entre otras. Todas ellas se refieren *grosso modo* a asirse estrictamente a las leyes por encima de otras consideraciones. De forma particular, Judith N. Shklar define el legalismo como una actitud ética según la cual la conducta moral es una cuestión de cumplimiento de reglas, y las relaciones morales consisten en deberes y derechos determinados, a su vez, por reglas (Shklar, 1986, p. 1). Con el propósito de interpretar y comprender mejor los resultados del trabajo de campo, en el presente artículo entendemos por legalismo el hecho de apelar a preceptos normativos (reglas, normas, leyes, derechos, etcétera) para eludir la tarea de atender a pacientes enfermos de COVID (revisarlos, tocarlos, intubarlos) en el contexto de la disrupción pandémica con el propósito de reducir el riesgo de infección. Así entendido, las formas que adquiere el legalismo, de acuerdo con nuestro análisis de los datos, son adherirse estrictamente a las funciones del cargo, exigir que la autoridad cumpla con su obligación de proteger al personal de salud contra el COVID y apelar a derechos gremiales.

En cuanto al acto de adherirse estrictamente a las funciones del cargo, uno de los argumentos más mencionados en las entrevistas fue que “entrar al área COVID” no era parte de sus obligaciones, competencias, atribuciones o funciones. La frase “no me toca” resume esta postura:

A la hora de tener que dar un tratamiento más específico, más avanzado, hay compañeros que argumentan que “no les toca” entrar al área COVID. (Entrevista a Rosa, médica de urgencias, IMSS, Hidalgo, 7 de diciembre de 2020)

Han cambiado mucho las relaciones entre nosotros, en todos los servicios y turnos. Por ejemplo, está el que dice “a mí no me toca”, “yo ya entré ayer [al área COVID], ¿por qué voy a entrar hoy”, “no me siento bien”, “hoy no quiero entrar”, “¿por qué voy a entrar siempre yo y ella no?”. Entonces nos vamos conflictuando. (Entrevista a Cristina, enfermera, IMSS, Morelos, 19 de noviembre de 2020)

De esta manera, esta posición acerca de lo que les corresponde o no les corresponde hacer generó conflictos entre el personal. En ese sentido:

Hubo diferencias entre el personal operativo, enfermeras, radiólogos y personal de limpieza. Tenían roces entre ellos porque no querían entrar a las áreas restringidas a ver pacientes infectados por COVID para darles seguimiento, cambio de ropa o manejo de secreciones (Entrevista a Raúl, médico, Secretaría de Salud e IMSS, Veracruz, 30 de noviembre de 2020).

Asumir una postura legalista frente a las tareas que les corresponde hacer es, bajo una postura más realista, una medida de protección individual frente al hecho de que los hospitales no estaban preparados para enfrentar la pandemia:

La pandemia nos encuentra con hospitales totalmente descuidados, con falta de medicamentos, falta de preparación, de protocolos médicos para atender casos. Al inicio de la pandemia no había pruebas, no había presupuesto para ellas o eran carísimas. Eso generó que mucha gente infectada no se aislara y los contagios crecieron de manera impresionante. El manejo inicial de la pandemia estuvo terriblemente mal, fue una irresponsabilidad terrible del gobierno. [...]. Tenemos un índice de mortalidad altísimo del sector médico. El personal está cansado, está fatigado. (Entrevista a Miguel Ángel, médico, Secretaría de Salud, Sonora, 1 de diciembre de 2020)

Otra forma que adquiere la narrativa sobre legalismo es negarse a brindar atención médica hasta que la autoridad cumpla con su obligación de proteger al personal de salud contra el COVID:

Los pediatras teníamos menos pacientes COVID. Entonces nos pedían que bajáramos al área de urgencias para apoyar, pero muchos compañeros se negaron porque no teníamos el equipo de protección. Eso se respeta porque está en nuestro contrato colectivo de trabajo. (Entrevista a Andrea, médica, IMSS, Ciudad de México, 3 de diciembre de 2020)

Nos tienen que dar con qué pelear, así de sencillo. Si no nos dan las herramientas pues dices “yo no voy, lo siento”. No te pueden obligar. Nosotros no nos vamos a prestar a entrar de manera insegura en un área que es de alto riesgo. (Entrevista a Sara, médica, Secretaría de Salud, Zacatecas, 23 de noviembre de 2020)

Se manifestaba inconformidad para entrar en áreas COVID, los colegas presentaban muchas quejas e incidencias por falta de protección. Todos querían un traje Tyvek y pues no había. Hubo enfermeras que dijeron: “Yo no voy a entrar a esa área [COVID]” y simplemente se retiraron. (Entrevista a Mariana, médica, Hospital Infantil, Morelos, 29 de noviembre de 2020)

Otra forma de la narrativa sobre legalismo es apelar a derechos gremiales o sindicales para no exponerse al área COVID, lo cual, a su vez, orilló a que el personal no sindicalizado se expusiera a situaciones más vulnerables:

Hubo colegas que decían: “Yo tengo mi base, tengo mis derechos sindicales y me niego a entrar a área COVID”. Entonces el sindicato metió las manos y la dirección del hospital decidió meter al área COVID a todos los suplentes, que no tienen ninguna prestación, que no tienen sindicato, que no tienen seguridad social y que ganan una miseria. Ellos no tienen ninguna manera de defenderse. (Entrevista a Karina, médica, Secretaría de Salud, Zacatecas, 3 de diciembre de 2020)

Mucha de la responsabilidad en la pandemia recayó en los más jóvenes y suplentes. (Entrevista a Mariana, médica, Hospital Infantil, Morelos, 29 de noviembre de 2020)

La narrativa sobre el legalismo es una estrategia para protegerse frente al COVID-19 sin faltar a las obligaciones mínimas establecidas formalmente. En cambio, el egoísmo, como veremos enseguida, es una forma de ponerse a salvo, pero mediante actos cuya legalidad o formalidad resulta cuestionable.

Egoísmo

Al hablar de egoísmo nos referimos al comportamiento racional por excelencia.⁸ Se trata de personal que no se comportó de acuerdo con una ética profesional; tampoco realizó acciones de las que estuviera extento, en beneficio de otros; ni apeló al estricto cumplimiento de ninguna suerte de norma. Se trata de personal que simplemente actuó persiguiendo su propio beneficio sin consideración de las circunstancias. En ese sentido, uno de los comportamientos más denunciados en las entrevistas se refiere a personal de salud que abandonó sus puestos de trabajo mediante engaños, quebranto de normas o maquinaciones fraudulentas. Así los siguientes testimonios:

Un día llegó un compañero de trabajo y simplemente nos dijo: “¿Saben qué? Soy diabético, en el ISSSTE me dieron mi dictamen, ya lo presenté en recursos humanos y les aviso que hoy es el último día que estoy aquí. Me dio mucho gusto trabajar con ustedes y nos vemos cuando termine la pandemia”. Fue una situación casi cómica porque todos teníamos ocho, nueve años de conocer al compañero y jamás nos enteramos de que él fuera diabético. La impresión que tuvimos que fue él había inventado el diagnóstico y que a través de algún amigo médico consiguió su dictamen. Este tipo de situaciones fueron comunes al inicio de la pandemia y contribuyó a mermar mucho las plantillas de trabajo.

[Hubo médicos que] fueron con amigos o conocidos [que trabajan en alguna institución autorizada de salud] y les dijeron: “Dame una hoja donde diga que soy diabético, hipertenso, etcétera, para poderme ir de licencia”. Esta fue una situación bastante generalizada en los hospitales. (Entrevista a Agustín, médico, Secretaría de Salud, Ciudad de México, 18 de noviembre de 2020)

8 Para mayores referencias sobre la teoría de la elección racional puede consultarse Abitbol y Botero (2005), y Vidal de la Rosa (2008).

Unos compañeros médicos sí tenían justificación para irse de licencia cuando empezó la pandemia, pero otros se fueron de manera injustificada, pidieron receso en sus instituciones pero siguen trabajando en su consultorio privado. Es muy injusto porque están en casa y siguen cobrando su sueldo, están viviendo a costas de la Secretaría de Salud. (Entrevista a Karina, médica, Secretaría de Salud, Zacatecas, 3 de diciembre de 2020)

Otra variante de narrativa sobre el comportamiento egoísta es cuando el personal de salud simplemente se niega a atender a los pacientes por temor a contagiarse generando un trato inhumano desde la perspectiva de las propias personas entrevistadas:

Hemos tenido pacientes que se están deteriorando, que no tienen el apoyo ventilatorio. Entonces le avisamos a los médicos por radio (que, por cierto, compramos nosotros). “Oiga, el paciente se está deteriorando, ¿no lo va intubar?”. Y nos contestan: “No, no, dale chance”. Así, de plano, “dale chance”. Tienen miedo de intubarlos. Hay una gran deshumanización [...]. Hay pacientes que llegan muy graves, se siguen deteriorando y deteriorando sin que reciban atención. No hay sedación adecuada, anestesia adecuada, no hay cuidados paliativos. (Entrevista a Gema, enfermera, IMSS, Morelos, 22 de noviembre de 2020)

Yo sé que todos tenemos miedo, pero hay compañeros médicos que ponen su miedo por delante. Hay pacientes que requieren alguna cirugía y se pospone, o pacientes a los que no se les hacen estudios por temor a contagiarse. He tenido pacientes a los que les piden una radiografía y no la tienen porque el radiólogo tiene miedo de contagiarse. La situación se salió de control. (Entrevista a Ernesto, enfermero, IMSS, Zacatecas, 2 de diciembre de 2020)

Acabo de ver a una paciente que empezó a tratarse con una amiga de ella, que es doctora, pero lo único que hizo fue verla por videollamada, no la revisó. No espero que me creas pero para mí es importante que el paciente sea revisado. Yo no puedo revisarlos vía telefónica, para mí no es algo sustituible ir, verlo y revisar sus pulmones. Entonces, tomo mis medidas de precaución, traigo mi desinfectante como si trajera mi pistolita. Hay doctores que no quieren revisar físicamente a las personas. Ver al paciente nunca se va a sustituir con

una llamada. (Entrevista a Karla, médica particular, Estado de México, 7 de diciembre de 2020)

Hay médicos que ni tocan ni agarran a los pacientes. Los pacientes vienen y me dicen. “No me quiere tocar, nada más me da las recetas así de lejos”. No sé, yo trato de checarlos de todo, que el paciente no se sienta... discriminado. (Entrevista a Fátima, médica particular, Soledad de Doblado, Veracruz, 25 de noviembre de 2020)

Hay muchas maneras de ponerse a salvo de una amenaza; ver por uno mismo es una de ellas. El egoísmo es un acto individual mediante el cual el profesional de la salud buscó protegerse de una infección por COVID en un momento en el que la enfermedad causaba muertes y daños sin precedentes. De manera notable, los estudios revisados para este trabajo no observaron en las y los profesionales de la salud actos de atención desmedida hacia su propio interés, en detrimento de la atención al interés ajeno. Algunas de estas omisiones las discutimos en la siguiente sección.

Discusión

Los estudios sobre el heroísmo del personal de salud tienen en común que critican normativamente dicha narrativa porque se convirtió en un obstáculo para hacer notar las adversidades laborales y profesionales que enfrentó el personal de salud en los peores momentos de la pandemia. Sin embargo, esa preocupación se convirtió en un escollo para observar cómo respondió el personal de salud a la pandemia en los primeros meses de su emergencia. De hecho, al criticar el supuesto heroísmo del personal de salud, los estudios en la materia reproducen esquemas binarios de observación —*v. g.* “héroes” o “víctimas” (Yuan et al., 2021), “invisibles” o “héroes” (Hennekam et al., 2020)— que impiden observar la diversidad de comportamientos sociales en la disrupción pandémica, incluyendo el comportamiento heroico.

Si bien es cierto que la narrativa sobre el heroísmo pudo servir para minimizar las exageradas exigencias al personal de salud y sus precarias condiciones de trabajo, no se puede negar que, ante un desastre social, como fue la pandemia temprana, emergen comportamientos supererogatorios que

van más allá de lo que el personal de salud está obligado a hacer. Los casos que expusimos en este trabajo son ejemplo de ello. De tal suerte que no consideramos que atribuirle heroísmo al personal de salud sea notoriamente “perjudicial” (Cox, 2020); antes bien, coincidimos con que “los héroes deben contextualizarse dentro de las instituciones y considerarse plenamente humanos” (Leap, Kelly y Stalp, 2023).

Del mismo modo, no estamos de acuerdo con que “al valorar el esfuerzo, se desvalorice silenciosamente a quienes no quieran someterse al sacrificio, a quienes se nieguen a ser heroínas y prefieran con justicia demandar mejores condiciones de trabajo” (Salerno, 2020, p. 214). En este trabajo se observa que el personal de salud puede ser a veces heroico, a veces egoísta, a veces profesional y en ocasiones legalista. De tal suerte que se puede valorar el esfuerzo, sancionar las conductas corruptas y al mismo tiempo exigir mejores condiciones de trabajo para el personal de salud. De hecho, si bien entrevistamos a personas para quienes la narrativa del heroísmo resulta molesta e irritante (de manera similar, Leap et al., 2023), también obtuvimos testimonios de personal a quien le agrada y le parece halagador que se dirijan a ellos y ellas como héroes y heroínas:

Como enfermera se siente bien que te digan héroe. (Entrevista a Laura, enfermera, Secretaría de Salud, Ciudad de México, 7 de diciembre de 2020)

Sí somos héroes. Trabajamos con pocos insumos, ya sea en la ciudad o en una zona rural. Para el paciente somos héroes porque estamos en contacto directo con él cuando nadie más quiere hacerlo. (Entrevista a Fátima, médica particular, Soledad de Doblado, Veracruz, 25 de noviembre de 2020)

En ese sentido, para enriquecer el conocimiento sobre las respuestas del personal de salud a la pandemia, quizá sea necesario despojarnos de nuestros prejuicios sobre la naturaleza profesional de este personal y acercarnos a conocer la diversidad de las respuestas individuales frente al mismo desastre.

Del mismo modo, resulta notable que la literatura sobre el tema haya omitido que las y los profesionales de la salud pueden comportarse de manera legalista o egoísta. Si hablamos de un contexto que amenaza la propia pervivencia, resulta comprensible (y hasta predecible) que haya médicos,

médicas, enfermeros y enfermeras que, protegidos por un sindicato o un contrato estable, hayan decidido ponerse a salvo y abandonar temporalmente sus puestos de trabajo, incluyendo a sus colegas y pacientes. El comportamiento racional es un objeto de estudio clásico en las ciencias sociales; sin embargo, es probable que la conmoción causada por la pandemia temprana, y la precipitación de los eventos ocurridos en ese momento, hayan impedido que las y los autores, consultados para este artículo, observaran un hecho tan común, cotidiano y vulgar como la acción racional.

Conclusión

Las y los profesionales de la salud no sólo padecieron los efectos de la pandemia, sino que tomaron decisiones al respecto. De acuerdo con nuestros resultados, para explicar las narrativas sobre el comportamiento del personal de salud en la pandemia temprana es necesario comprender su carácter disruptivo, la percepción del personal sobre su propio ejercicio profesional y su condición de adscripción a los hospitales o centros de trabajo, pero, sobre todo, hay que entender que se trata de personas en ejercicio de su individualidad; es decir, de personas que —citando a Luhmann (1995, p. 60)— tienen un nombre, son conocidas en sus lugares de trabajo, ejercen de algún modo sus derechos y obligaciones, y están instaladas en ámbitos de prestaciones y contraprestaciones en relaciones de inclusión.

Si partimos de esta premisa, podemos comprender mejor que cuando hablamos de las y los profesionales de la salud se trata de hombres y mujeres que evaluaron el alcance de sus decisiones en el marco de su relación con sus centros de trabajo y en el contexto de la disrupción pandémica. Es decir, para explicar las narrativas sobre el comportamiento del personal de salud a la pandemia (y problematizar a su vez el supuesto heroísmo) es necesario considerar la relación individuo/organización/pandemia. De ese modo podemos ser capaces de conocer que el personal de salud tomó decisiones de acuerdo con lo que debían hacer y lo que tenían permitido, pero también de acuerdo con lo que estaban exentos de hacer y, más aún, con lo que tenían prohibido hacer. Eso explica que algunos médicos o médicas hayan solicitado licencias para ausentarse de los hospitales, que se hayan negado a dar atención para evitar contagiarse, o que esta se haya “deshumanizado”,

como se denuncia en las entrevistas obtenidas para este trabajo. Estudiar las narrativas sobre el comportamiento social del personal de salud en la pandemia pasa por reconocer su condición humana, lo que significa que son capaces de tomar las decisiones que evalúen más adecuadas (para sí mismos o para los demás), aun en los contextos más amenazantes para el conjunto de la sociedad.

Referencias

- Abitbol, P., y Botero, F. (2005). Teoría de elección racional: estructura conceptual y evolución reciente. *Colombia Internacional*, (62), 132-145.
- Berger, P. L., Luckmann, T., y Zuleta, S. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Bessa, M. M., da Silva Lima, L., dos Santos Silva, S. W., de Souza, J. O., de Bessa, M. S., y de Freitas, R. J. M. (2020). Protagonism of nursing in times of COVID-19: heroes?/Protagonismo da enfermagem em tempos de COVID-19: heróis?/Protagonismo de la enfermería en tiempos de COVID-19: héroes? *Revista de Enfermagem da UFPL* 9.
- Boulton, M., Garnett, A., y Webster, F. (2022). A Foucauldian discourse analysis of media reporting on the nurse-as-hero during COVID-19. *Nursing Inquiry*, 29(3), e12471.
- Brown, M. (2010). "Like a devoted army": Medicine, heroic masculinity, and the military paradigm in Victorian Britain. *Journal of British Studies*, 49(3), 592–622. <https://www.jstor.org/stable/23265380>
- Brown, S.-E., y Pearson, Z. (2020). Human sacrifices, not heroes: U.S. essential workers and the COVID-19 pandemic. *Exertions*. <https://doi.org/10.21428/1d6be30e.53617da1>
- Cox, C.L. (2020). 'Healthcare heroes': Problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics*, 46(8), 510-513.
- Dresch, P., y Skoda, H. (Eds.). (2012). *Legalism: Anthropology and history*. Oxford University Press.
- Einboden, R. (2020). SuperNurse? Troubling the hero discourse in COVID times. *Health*, 24(4), 343-347.

- Espinosa Luna, C., (2021, 17 de julio). *Pandemia y sociedad*. Conferencia en el Seminario Internacional de Sistemas Sociales, Redes y Complejidad. Instituto de Investigaciones Sociológicas, Departamento de Sociología, Universidad de Guadalajara. <https://www.youtube.com/watch?v=9cb-bi0kWBCEM&t=1200s>
- Espinosa Luna, C., (10 de septiembre de 2022). *Aproximación al estudio sociológico del heroísmo*. Conferencia en el Seminario Internacional de Sistemas Sociales, Redes y Complejidad. Instituto de Investigaciones Sociológicas, Departamento de Sociología, Universidad de Guadalajara. <https://www.youtube.com/watch?v=NM5GIu-MZjg&t=2372s>
- Espinosa Luna, C., y Ramírez Ruiz, L. (2021). Microsistemas de interacción: agresiones al personal sanitario en la pandemia por COVID-19 en México. *MAD*, (45), 46-59. <https://ru.crim.unam.mx/handle/123456789/1032>
- Hales, S., y Tyler, M. (2022). Heroism and/as injurious speech: Recognition, precarity, and inequality in health and social care work. *Gender, Work & Organization*, 29(4), 1199-1218.
- Hennekam, S., Ladge, J., y Shymko, Y. (2020). From zero to hero: An exploratory study examining sudden hero status among nonphysician health care workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Applied Psychology*, 105(10), 1088.
- Höller, I., y Forkmann, T. (2022). Ambivalent heroism? Psychological burden and suicidal ideation among nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing Open*, 9(1), 785-800.
- Hopkins, P. D. (2021, junio). Viral heroism: What the rhetoric of heroes in the COVID-19 pandemic tells us about medicine and professional identity. *Hec Forum*, 33(1-2), 109-124.
- Jonathon, D. (2021). *Professional image and heroism of nurses during the COVID-19 pandemic: A case study of the effects of social media on nurses in Illinois*. Tesis de maestría, Universidad de Chicago.
- Leap, B., Kelly, K., & Stalp, M. C. (2023). Me? A Hero? Gendered Work and Attributions of Heroism among Volunteers during the COVID-19 Pandemic. *Sociology*, 57(5), 1209-1226.
- Lohmeyer, B. A., y Taylor, N. (2021). War, heroes and sacrifice: Masking neo-liberal violence during the COVID-19 pandemic. *Critical Sociology*, 47(4-5), 625-639.

- Luengo-Martínez, C., Paravic-Klijin, T., y Burgos-Moreno, M. (2017). Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 131-142.
- Luhmann, N. (1995). Individuo, individualidad, individualismo. *Zona Abierta*, (70), 53-157.
- Luhmann, N. (2010). *Organización y decisión*. Herder; Universidad Iberoamericana.
- Martínez-López, L., Gijón-Gonzalez, C. R., Sanchez-Castillo, Z., y del Mar Verdú-Guardiola, M. (2021). Estudio iconográfico de la enfermería proyectado por los medios de comunicación durante la COVID-19. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (15).
- Mascayano, F., Van der Ven, E., Moro, M. F., Schilling, S., Alarcón, S., Al Barathie, J., Alnasser, L., Asaoka, H., Ayinde, O., Balalian, A. A., Basagoitia, A., Brittain, K., Dohrenwend, B., Durand-Arias, S., Eskin, M. Fernández-Jiménez, E. Freytes Frey, M. I., Giménez, L., Gisle, L., Hoek, H. W. Jaldo, R. E., Lindert, J. Maldonado, H., Martínez-Alés, G. Martínez-Viciano, C., Mediavilla, R. McCormack, C., Myer, L., Narvaez, J., Nishi, D., Ouali, U., Puac-Polanco, V., Ramírez, J., Restrepo-Henao, A., Rivera-Segarra, E., Rodríguez, A., Saab, D., Seblova, D., Tenorio Correia da Silva, A., Valeri, L., Alvarado, R., Susser, E., y HEROES group. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: Study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(3), 633-645.
- McCormick, L. (2020). Marking time in lockdown: Heroization and ritualization in the UK during the coronavirus pandemic. *American Journal of Cultural Sociology*, 8, 324-351.
- Rodríguez Sendín, Juan José. (2010). Definición de “profesión médica”, “profesional médico/a” y “profesionalismo médico”. *Educación Médica*, 13(2), 63-66.
- Rojas, D., Micolich, C., Dittborn, M., y Salas, S. (2020). Sobre héroes, enemigos, víctimas y batallas en los tiempos del COVID-19. *Revista Médica de Chile*, 148(5).
- Salerno, P. (2020). Enfermeras en pandemia: el discurso público, entre el cuidado y la heroicidad. En C. Barbato (Comp.), *El cuidado es político. Reflexiones transversales en tiempos de precariedad* (pp. 198-216). Poliedro.

- Shklar, J. N. (1986). *Legalism: Law, morals, and political trials*. Harvard University Press.
- Tran, A., Wallner, C., De Wit, K., Gérin-Lajoie, C., Ritchie, K., Mercuri, M., Clayton, N., Boulos, M., Archambault, P., Schwartz, L., Gray, S., y Chan, T. M.-Y. (2023). Humans not heroes: Canadian emergency physician experiences during the early COVID-19 pandemic. *Emergency Medicine Journal*, 40(2), 86-91.
- Trubek, D. M. (2017). Max Weber on law and the rise of capitalism. En *The Sociology of Law* (pp. 220-232). Routledge.
- Urmimmala, S. (2021, 12 de junio). *El humanismo antes del heroísmo en la medicina*. Clúster de Colegios y Asociaciones de Salud.
- Vidal de la Rosa, G. (2008). La teoría de la elección racional en las ciencias sociales. *Sociológica*, 23(67), 221-236.
- Weber, M. (1979). *El político y el científico*. Alianza Editorial.
- Yinger, K. (2008). Defining legalism. *Andrews University Seminary Studies*, 46(1), 5.
- Yuan, Z., Cockburn, B. S., Astrove, S. L., y Buis, B. C. (2021). Sacrificing heroes or suffering victims? Investigating third parties' reactions to divergent social accounts of essential employees in the COVID-19 pandemic. *Journal of Applied Psychology*, 106(10), 1435–1447. <https://doi.org/10.1037/apl0000981>