

## **Percepciones del impacto de la pandemia de Covid-19 en los profesionales de la salud en Latinoamérica**

*Impact perceptions of the covid-19 pandemic on health professionals in Latin America*

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s23141174/xu2nlpbl4>

**Vilma Tripodoro<sup>19</sup>**

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari - Universidad de Buenos Aires – Argentina - Instituto Pallium Latinoamérica

**Graciela Rita Jacob<sup>20</sup>**

Red cuidados, derechos y decisiones en el final de la vida - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Argentina

**Patricia Bonilla Sierra<sup>21</sup>**

Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos - Ciencias de la Salud - Universidad Técnica Particular de Loja- Ecuador

### **Resumen**

La pandemia COVID-19, ha producido un gran impacto sobre la salud mental y emocional de lo/as profesionales. En situaciones de crisis, todo esfuerzo por cuidar al que cuida es un imperativo ético. Desde la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, indagamos las percepciones de los profesionales de la salud, focalizando en: los desafíos de los cuidados en salud, la perspectiva de género, y el impacto emocional de los que cuidan. Metodología: entre marzo y junio/2020, se utilizó un cuestionario semi estructurado, autoadministrado, en línea a profesionales de Cuidados Paliativos, con 44 preguntas cerradas y comentarios libres sobre cambios de vida, impacto emocional y estrés. Se realizó un análisis descriptivo, bivariado de asociaciones entre variables sociodemográficas e impacto emocional. El análisis cualitativo se realizó según la teoría fundamentada. Resultados: 726 encuestas de 19 países latinoamericanos. El 76% eran de género femenino, 58% médico/as, 62,5% consideró que su profesión lo/a ponía en riesgo, 76% no habían recibido apoyo psicológico, 30% estaba muy estresado/as. La ansiedad, miedo a contagiarse o contagiar, sueño, cansancio, dificultad para concentrarse y desánimo, mostraron diferencias entre los grupos de edad siendo mayor en lo/as más jóvenes y en enfermero/as ( $p < 0.05$  a  $p < 0.001$ ). El

---

<sup>19</sup> Correo electrónico: [vilma.tripodoro@gmail.com](mailto:vilma.tripodoro@gmail.com)

<sup>20</sup> Correo electrónico: [grajacob@gmail.com](mailto:grajacob@gmail.com)

<sup>21</sup> Correo electrónico: [vamopan2@gmail.com](mailto:vamopan2@gmail.com)

análisis cualitativo demostró miedo, sobrecarga, incertidumbre, impotencia de lo/as profesionales individual y colectivamente y preocupaciones sobre el sistema de salud y la sociedad. Conclusión: Existe una clara necesidad de acción inmediata para salvaguardar el bienestar del personal sanitario. Este trabajo propuso indagar sobre el impacto y el malestar emocional de los profesionales de la salud durante los primeros meses de la pandemia por COVID- 19 en Latinoamérica. A partir de este estudio proponemos incorporar las dimensiones del cuidado en políticas educativas proactivas y preventivas de estrés post traumático para los equipos de salud que incluyan el autocuidado y el cuidado de sí para afrontar la post pandemia con conciencia social, perspectiva de género y de derechos humanos.

**Palabras clave:**

COVID-19; CUIDADOS PALIATIVOS; SALUD MENTAL; SALUD PUBLICA

**Abstract**

The COVID-19 pandemic has had a great impact on the mental and emotional health of professionals. In crisis situations, any effort to care for the caregiver is an ethical imperative. From the Latin American Association of Palliative Care, we investigate the perceptions of the health team, focusing on: the challenges of health care, the gender perspective, and the emotional impact of those who care. Methodology: between March and June / 2020, a semi-structured, self-administered online questionnaire was used for Palliative Care professionals, with 44 questions on life changes, emotional impact, stress and open comments. A descriptive, bivariate analysis of associations between sociodemographic variables and emotional impact was carried out. The qualitative analysis was carried out according to grounded theory. Results: 726 surveys from 19 Latin American countries. 76% were female, 58% were doctors, 62.5% considered that their profession put them at risk, 76% had not received psychological support, 30% were very stressed. Anxiety, fear of getting infected, sleepiness, fatigue, difficulty concentrating and discouragement, showed significant differences between the age groups, being greater in the youngest and nurses ( $p < 0.05$  to  $p < 0.001$ ). The qualitative analysis showed fear, overload, uncertainty, impotence of the professionals individually and collectively, and concerns about the health system and society. Conclusion: There is a clear need for immediate action to safeguard the well-being of healthcare workers. This paper set out to investigate the impact and emotional distress of health professionals during the first months of the COVID-19 pandemic in Latin America. From this study we propose to incorporate the dimensions of care in the proactive preventive policies of post-traumatic stress to face the post pandemic for all professionals.

**Keywords:**

COVID-19; PALLIATIVE CARE; MENTAL HEALTH; PUBLIC HEALTH

Fecha de recepción: 9 de Diciembre de 2020

Fecha de aprobación: 3 de Junio de 2021

## **Percepciones del impacto de la pandemia de covid-19 en los profesionales de la salud en latinoamérica**

### **Introducción**

En el contexto de la pandemia por COVID-19 el deterioro de la salud mental de la población general, y en mayor medida en los grupos de mayor vulnerabilidad, dentro de los que se encuentran los profesionales del equipo de salud es incuestionable. Maté y Lleras, (2020) describen algunos factores que pueden condicionar este deterioro son: miedo al contagio o la ansiedad por la salud propia y de los seres queridos, pérdida de familiares e imposibilidad de acompañamiento, dificultad de acceso a los recursos sanitarios, falta de profesionales de la salud mental, consecuencias económicas, y la sobreinformación o la forma en la que se transmite la información a través de los medios oficiales y no oficiales (p.210). Ante estas circunstancias se prevé que aproximadamente la mitad de la población presente evidente impacto emocional en forma de aparición de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés agudo. Para Chardón et al. (2019), el cuidado es un acto indispensable para la vida humana, pero también, el cuidado es una función primordial a la sobrevivencia de todo ser vivo. Blake et al, (2020) hace referencia a que se necesitan acciones para mitigar el impacto del COVID-19 en la salud mental protegiendo y promoviendo el bienestar psicológico de los trabajadores de la salud durante y después del brote (p.2997). El estrés, la ansiedad y la depresión pueden considerarse reacciones emocionales normales ante una pandemia. Los trabajadores sanitarios de pandemias anteriores han experimentado altos niveles de estrés, ansiedad y bajo estado de ánimo (gripe A/H1N1; SARS), con impactos psicológicos negativos que se mantienen después de un año. Se han observado síntomas de estrés postraumático a las pocas semanas de un brote (SARS). Las pandemias anteriores han demostrado que las organizaciones tienen efectos potentes sobre el impacto psicológico de los equipos de salud (Chan y Huak, 2004,). El apoyo debe centrarse tanto en los individuos como en la organización sanitaria con el "objetivo más amplio de mantener una cultura organizativa de resiliencia" (p. 190 ).

Varios autores (Brooks et al., 2020; Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2016) describen síntomas como disminución del estado de ánimo, desgaste emocional, frustración, impotencia, culpa, aturdimiento, alteraciones mnésicas, miedo, incertidumbre, nerviosismo, desconfianza en el medio, irritabilidad, insomnio y otros síntomas de estrés postraumático. Estas son reacciones

habituales en respuesta a una situación excepcional, y una amplia mayoría de personas no desarrollará posteriormente un trastorno mental a causa de la situación vivida, sin embargo, muchas de ellas pueden necesitar ayuda profesional para asimilar la experiencia. El informe del Comité de Bioética de España, (España, C. de B. de, 2020) hace claros pronunciamientos al respecto señalando que “la mejor manera de proteger la salud de todos y cada uno de los individuos es proteger la salud de los profesionales cuya función directa es garantizar aquella comprendiendo la gran vulnerabilidad de estos actores en la pandemia”. La Universidad Complutense de Madrid, (2020) en el estudio del malestar emocional y otros síntomas, advierten que “el 53 % de los profesionales presentan sintomatología compatible con estrés postraumático, y el 40 % se sienten emocionalmente agotados” (párr.1).

Teniendo en cuenta este contexto internacional, y advirtiendo que en Latinoamérica la ola de contagio llegaría más tarde que en Europa, surgieron numerosas iniciativas para identificar y prevenir riesgos del impacto emocional en los profesionales de la salud. Sin embargo, los países adoptaron diferentes medidas con mayor y más temprano confinamiento y medidas restrictivas en algunos casos, y en otros con respuestas reactivas focalizadas en lo más urgente y dramático como son los pacientes críticos.

Según Maté y Lleras, (2020) la salud mental de profesionales y población general no debe depender de los recursos excepcionales movilizadas durante la pandemia, debe llevarse a cabo directamente desde los Sistemas Nacionales de Salud, con un plan organizado y coordinado. En situaciones de crisis como la vivida, todo esfuerzo por cuidar al que cuida, como aquellas personas de los equipos de salud, es un imperativo ético. Cuando la crisis sanitaria aguda finalice, aún quedará tiempo hasta asimilar lo que esta situación está generando, y es entonces cuando los recursos de salud mental se verán más necesitados.

Al considerar la importancia de poder atender las necesidades de los pacientes y sus familias, Labori, (2020) propone atención telemática y/o presencial, con el fin de ofrecer atención paliativa centrada en conseguir el bienestar del paciente y su entorno, tanto en el ámbito hospitalario o socio sanitario como domiciliario. El acompañamiento en los últimos días en tiempos de COVID-19 se torna más complejo por las medidas de aislamiento adoptadas en esta crisis, para lo cual se desarrollaron múltiples protocolos para proporcionar cuidados de calidad al final de la vida, incluyendo el acompañamiento y la despedida. Esta pandemia implica una grave amenaza para la salud pública y la crisis COVID-19 puede afectar seriamente la experiencia del morir de pacientes, familiares y profesionales de la salud.

Latinoamérica tuvo algún tiempo para prepararse y enfrentar mejor la pandemia, pero sus condiciones estructurales en economía, vivienda y salubridad terminaron haciendo que el continente se transformara en un lugar propicio para la propagación del COVID-19. Así lo demuestra Benítez et al., (2020) quien observa los primeros meses de la pandemia en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú: los países con más muertes del continente según las estadísticas de la Universidad John Hopkins. En este estudio analiza las condiciones pre-COVID-19 y las respuestas de los gobiernos a la pandemia. Entre los factores pre-pandémicos identificados están la alta informalidad laboral, hacinamiento y densidad poblacional, baja infraestructura hospitalaria e incapacidad de los sistemas sanitarios para desplegar mecanismos de testeo y trazabilidad tempranamente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), la mortalidad acumulativa de la región de las Américas es de 1.641 040 de personas fallecidas de las cuales aproximadamente 1 millón corresponden a Latinoamérica. En mayo de 2021 entre los 10 países más castigados del mundo con más cantidad de muertes por 100.000 habitantes se encuentran Brasil, México, Perú, Colombia y Argentina. El trabajo concluye que las pandemias deben ser abordadas con una mirada integral, tomando en cuenta cuatro ámbitos: estrategias sanitarias y de contención; comunicación de los datos sobre la pandemia y medidas económicas de apoyo, particularmente a los grupos más vulnerables.

La Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos [ALCP], 2020) nos dice que “es una organización no gubernamental para el desarrollo y el avance de los cuidados paliativos (CP) en Latinoamérica que une a personas que trabajan en CP o tienen interés en la temática y adhieren a la misión de la asociación”(s.p.). Desde la ALCP nos propusimos indagar las percepciones de los profesionales de los equipos de salud en el contexto de la pandemia COVID-19 en Latinoamérica, focalizando en tres ejes de interés: los desafíos en relación a los cuidados en salud, la perspectiva de género, y el impacto emocional relacionado con la salud mental de los que cuidan.

Para Findling et al. (2014) “la provisión de cuidados en la sociedad se organiza en torno a un diamante conformado por la familia, el mercado, el Estado y las ONGs y tiene fuertes consecuencias para los que acceden a cuidados y para aquellos que se encargan de cuidar”(sp). A raíz de las profundas transformaciones sociodemográficas que afectan a las familias y a la división tradicional por géneros, las actividades de cuidado de las personas cobraron mayor relevancia y afecta particularmente a las mujeres como proveedoras. Son los estudios feministas los que han puesto en visibilidad la feminización

del cuidado y, en la actualidad, las políticas públicas han comenzado a ocuparse de ello aunque es un campo aún vacante en muchos países (Bustos, 2011, p. 95).

Existen evidencias de la necesidad de considerar la salud mental de lo/as trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19, y varias organizaciones han emitido pautas y recomendaciones. Sin embargo, la definición de bienestar no está clara. En el estudio de Vera et al. (2020) los trabajadores de la salud expresan necesidades de bienestar relacionadas con la calidad de vida. Este enfoque del bienestar, necesidad de apoyo, no se ha monitoreado durante esta pandemia. Las pautas de bienestar deben explorar las necesidades del personal y las características contextuales que afectan la implementación de las recomendaciones preventivas.

El interés de esta exploración fue proponer actividades preventivas de estrés post traumático para afrontar la post pandemia para todos los profesionales involucrados en el cuidado de personas con necesidades paliativas tanto afectados por la COVID-19 como de otras enfermedades crónicas y con pronóstico de vida limitado. En la pandemia, los Derechos Humanos son una referencia para abordar la vulnerabilidad y evaluar posibilidades de intervención en la dimensión psicosocial del cuidado en salud tanto de los profesionales de la salud como de la población general (Paiva et al., 2018, p.52). Este artículo presenta los resultados del estudio y las propuestas de intervención preventivas basadas en un análisis de la situación provocada por la pandemia.

## **1. Metodología**

En una primera etapa, realizamos una búsqueda extensiva de las medidas que se aplicaron desde la llegada del virus a la región (específicamente entre marzo y junio de 2020). Luego diseñamos una encuesta anónima y confidencial semiestructurada y auto administrada en español, online, en la plataforma de encuestas de Survey Monkey, que fue distribuida vía correo electrónico y por WhatsApp a profesionales de equipos de salud comprometidos con los CP de Latinoamérica registrados en la base de datos de contactos de la ALCP, tanto socios como no socios. Invitamos a participar a todo/as lo/as profesionales del equipo de salud: médico/as, enfermero/as, psicólogo/as, trabajador/as sociales, kinesiólogo/as, y otro/as involucrado/as en la atención de pacientes afectado/as o no por el coronavirus y en cualquier ámbito asistencial. La encuesta se mantuvo abierta desde el 15 al 29 de junio de 2020 y se enviaron dos

recordatorios para estimular la respuesta. El tiempo estimado para responder la encuesta era de 19 minutos.

La encuesta constaba de 44 preguntas distribuidas en: 1. datos demográficos (edad, género, ciudad y país de residencia, tipo de ciudad (población, rural, urbana hasta 500.000 habitantes o gran metrópoli); 2. Tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia en meses; 3. Profesión de la salud, años de graduado/a, especialidad, años de antigüedad en la especialidad, ámbito de trabajo habitual (público, privado, ambos, ONGs, otros), situación laboral actual (empleado/a tiempo completo o parcial, teletrabajo, desocupado/a o retirado/a) y 4. Si tiene personas a cargo (niños, mayores de 65 años, enfermos, personas discapacitadas).

Se diseñaron 8 preguntas para valorar con escalas de Likert del 0 al 10 considerando el 0 como nada afectado/a y el 10 como lo más afectado/a posible ¿Cuánto diría que la situación de la pandemia le afecta personalmente respecto de la ansiedad, del miedo a contagiarse, del miedo a contagiar a sus seres queridos, del sueño, del cansancio, dificultad para concentrarse, temor a salir a la calle, y desánimo?

También se indagó mediante preguntas de elección múltiple sobre: ¿cómo percibió su salud en la última semana?; ¿sufre de alguna enfermedad crónica?; ¿considera que podría estar contagiado/a por coronavirus actualmente?; ¿qué proporción del día lee/escucha/busca información (en redes sociales, internet, medios de comunicación) sobre la pandemia?; ¿cree que su empleador/a le ha proporcionado información clara y confiable sobre la pandemia?; ¿considera que está trabajando con el equipamiento de protección personal adecuado y suficiente?; ¿cree que su profesión o trabajo lo ponen en riesgo?; ¿ha recibido algún tipo de apoyo psicológico para ud. desde el inicio de la pandemia?; ¿cree importante el apoyo psicológico para ud y su equipo de trabajo?; ¿se siente más estresado/a en su trabajo que lo habitual?; ¿tiene voluntad de ir a trabajar?; y ¿se siente útil en el trabajo que está realizando en la pandemia?

Con respecto a las instituciones en relación con la pandemia se preguntó si existe un comité de crisis, un comité de ética para las decisiones complejas, sobre quién está a cargo de establecer criterios para el ingreso a terapia intensiva de los pacientes críticos, si participa en la toma de decisiones sobre los tratamientos de ese tipo de pacientes, si siente que su opinión importa a sus colegas, si ha sentido que se discriminaba a algún/a paciente por su condición social, religiosa, sexual, de edad, o género sobre qué grado de satisfacción tiene respecto del modo en que se toman las decisiones, y en qué medida siente que la pandemia va a significar un cambio en su vida.

Se pidió elegir sobre cuáles de estas frases cree que reflejan adecuadamente sus emociones actuales: me siento más ansioso/a, más cansado/a, más irritable, culpable de no poder hacer más, más angustiado/a, más o menos igual que siempre, conforme con lo que estoy haciendo o me siento devastado/a.

Finalmente se ofreció espacio para agregar comentarios generales en forma libre. Antes de iniciar la encuesta, los participantes aceptaron voluntariamente los términos de la misma y sin implicar ningún beneficio económico o de otro tipo de retribución.

Las características demográficas y socioculturales se analizaron mediante estadística descriptiva. Los datos se expresaron como medianas y rangos intercuartiles o medias y desvío estándar para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para aquellas categóricas. Se compararon a través de las pruebas de U de Mann Whitney o t de Student y de Chi<sup>2</sup> o Exacta de Fisher, respectivamente. Se determinaron pruebas de correlación de Pearson para aquellas escalas que arrojaran variables continuas o de Spearman para aquellas que arrojaran valores ordinales. Para explorar qué variables se asociaron independientemente con los resultados se realizó un análisis exploratorio univariado para identificar a las variables importantes, y una regresión multivariada con las covariables previamente dicotomizadas que se encontraron significativas. Los valores de corte  $\leq 0,05$  se considerarán significativos. Para los análisis se utilizaron Excel y SPSS-18.

El análisis cualitativo de los comentarios opcionales se realizó codificando los temas emergentes según la teoría fundamentada.

## **2. Resultados**

Se recibieron 726 encuestas completas sobre un total enviado a 3000 contactos. Tasa de respuesta 25%. Con respecto a los comentarios libres adicionales analizamos los 283 enviados (38,7% de los participantes).

### *2.1 Análisis demográfico de la población y situación laboral*

La distribución por edades estaba mayoritariamente en la franja entre 30 y 49 años 54,9 % (n 401) y entre 50 y 69 años 39,8 % (n 291). El 76% eran de género femenino.

Se recibieron respuestas desde 19 países latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y



Venezuela). También se incluyeron en el análisis 3 respuestas de socios residentes en España, EEUU y Canadá. Con respecto a las categorías de ciudades el 58,7 % (n 429) residían en grandes metrópolis de más de 500.000 habitantes (o ciudad capital del país), seguidos por el 26,8 % (n 196) en ciudades de más de 50.000 y hasta 500.000 habitantes y el resto se distribuyó en 12,3 % (n 90) en población urbana con hasta 50.000 habitantes y solo el 2,2 % (n 16) en poblaciones rurales (menos de 2000 habitantes).

Con respecto al tiempo transcurrido desde el inicio oficial de la pandemia en el país la mayoría lo situaba entre tres meses (62 % n 453) y cuatro meses (29,4 % n 215).

Más de la mitad de los encuestados eran médico/as (58,5 % n 428) seguidos por igual proporción entre enfermero/as (15 % n110), psicólogo/as (15,2 % n 111), el 10% restante se distribuyó entre trabajador/as social (n 23), terapeuta ocupacional (n 8), nutricionista (n 2), kinesiólogo/a (n 8) y otros como odontólogo/as, bioquímico/as, fonoaudiólogo/as, abogado/a, psicopedagogo/a, obstétrica y farmacéutico/as (n 41).

Las especialidades o áreas de trabajo se distribuyeron en médico/as paliativistas (n 252), internistas (n 94), terapeutas y emergentólogo/as (n 16), generalistas (n 93), pediatras y neonatólogo/as (n 71), oncólogo/as (n 51), anesthesiólogo/as (n 45), geriatras (n 36), psiquiatras (n 7), psicología y psicooncología (n 47) y otros (n 19).

En relación con la antigüedad de la graduación se distribuyeron con menos de 10 años el 17,5 % (n 128), entre 10 y 20 años el 34,6 % (n 253), entre 20 y 30 años el 28,6 % (n 209) y más de 30 años el 19,3 % (n 141).

En relación al sector laboral el 37.1% (n 269) trabajaban en el sector público, el 27% (n 195) en el sector privado, y el 25.6 % (n 185) en ambos. Otro 3.9% (n 28) trabajaban en ONGs y solo el 2.5% (n 18) no estaban trabajando actualmente. Otras dependencias la declararon el 4 % (n 29).

De todo/as lo/as participantes el 47.4% (n 344) declaró empleo tiempo completo con afectación total a la situación de la pandemia mientras que el 23.3% (n 169) declaró medio tiempo y el 16.7% (n 121) tenía teletrabajo y lo/as desempleado/as, retirado/as y otras condiciones sumaron 12 % (n 92).

Con respecto al área específica de trabajo el 24.8 % (n 180) lo hacían en un hospital en sala general de internación, el 3.3% (n 24) en terapia intensiva, el 6.9 % (n 50) en una unidad COVID-19 y 9.8 % (n 71) en cuidados domiciliarios y el 3.4% (n 25) en cuidados *hospices* (casas de cuidados paliativos) o instituciones geriátricas. En otros tipos de dependencias como centros de atención primaria el 6.2 % (n 45), en

emergencias en ambulancias 1% (n 7), laboratorios bioquímicos y farmacias 0.4% (n 3), telemedicina 5.5 % (n 40), dirección, gestión y administración 3.1 % (n 23), educación 2 % (n 15), oncología 3.3 % (n 24) quirófano 2.3 % (n 17), pediatría y neonatología 1.1 % (n 8), no adscrito a ninguna institución 9.2% (n 67) y otros con múltiples dependencias el 8 % (n 58).

El 60.6% (n 440) declararon tener personas a cargo y el 70.4 % (n 511) no consideraba estar contagiado por coronavirus aunque el 21.4 % (n 155) decía no saber y el 8.3% (n 60) consideraba que sí. Algo más de la mitad 56% (n 405) creía que su empleador le ha proporcionado información clara y confiable sobre la pandemia. Así como el 56.6% (n 411) consideró estar trabajando con el equipamiento de protección personal adecuado y suficiente y el 62.5% (n 454) consideró que su profesión lo ponía en riesgo.

Ante la pregunta ¿Qué proporción del día lee/escucha/busca información (en redes sociales, internet, medios de comunicación) sobre la pandemia? la mayor parte, el 65.2% (n 473) se informaban un tercio del día mientras que el 22% (n 159) prefería no informarse.

## *2.2 Análisis de las variables emocionales en relación con la edad, la percepción de tener o no tener el equipo de protección adecuado, la profesión y la percepción de riesgo*

El 76 % (n 551) de los participantes respondieron que no habían recibido ningún tipo de apoyo psicológico durante el transcurso de la pandemia. El 85% (n 615) considera como muy importante ese tipo de apoyo tanto personalmente como para el equipo. El 30% (n 216) se sentía muchísimo más estresado/a y el 57% (n 412) un poco más estresado/a.

Con respecto a la voluntad de concurrir a trabajar de aquellos/as que estaban trabajando, el 35% (n 253) dijo tener mucha voluntad mientras que el 37.5% (n 272) tuvo menos que la habitual y el 20.1% (n146) sentía la misma voluntad que siempre y solo el 3.5% (n 25) no tenía voluntad de trabajar. El 78.4% (n 569) de los participantes se sentía muy útil en el trabajo que estaba realizando durante la pandemia mientras que el 15.6% (n 113) se sentía poco o nada útil el 2.1% (n 15). Menos de la mitad, 45.7% (n 331) dijeron que en sus instituciones existía un comité de crisis mientras que el 29.2% (n 212) dijo que no existía y el 16.5% (n 120) dijo no saber.

El 57.4% (n 417) nunca participa en la toma de decisiones sobre los tratamientos de pacientes graves afectados por COVID-19 y aunque el 61% (n 443) creyó que su opinión le importa a sus colegas y el 27.3% (n 198) dijo no saberlo. El 73.4% (n 533) no ha sentido que se

discriminara a algún paciente por su condición social, sexual, religiosa, o de edad.

Con respecto a la pregunta sobre si existe en su institución un comité de ética para la toma de las decisiones complejas en relación con la pandemia, algo más de un tercio, el 39.1% (n 284) dijo que sí, así como otro tercio, el 34% (n 247), dijo que no y el 18.2% (n132) dijo que no sabe.

Ante la consulta sobre el grado de satisfacción respecto del modo en que se toman las decisiones en su institución con respecto a la pandemia solo el 37.7% (n 274) dijo estar satisfecho y el 13 % (n 94) muy satisfecho/a. El 27.4% (n 199) estaba poco satisfecho/a o insatisfecho/a el 12.1% (n 88).

A continuación se detalla la correlación significativa entre las variables emocionales:

1. Con respecto a las variables ansiedad, miedo a contagiarse, miedo a contagiar a seres queridos, sueño, cansancio, dificultad para concentrarse, temor a salir a la calle y desánimo, el análisis de U de Mann-Whitney en todos los casos, excepto el temor a salir a la calle, mostró diferencias significativas entre los grupos de edad siendo mayor en lo/as participantes menores a 49 años ( $p<0.05$  a  $p<0.001$ ).
2. Todas las variables emocionales fueron estadísticamente diferentes entre las personas que consideran no tener la protección adecuada y los que sí, siendo mayor la percepción de quienes consideran no tener la protección adecuada ( $p<0.001$ ).
3. La relación respecto de la percepción de ansiedad entre médico/as y enfermero/as fue igual ( $p>0.05$ ), (Tabla 1) en cambio entre enfermero/as y personal de otras profesiones se observó una diferencia en la percepción de ansiedad ( $p<0.001$ ) siendo mayor el nivel de percepción en el personal de otras profesiones, lo mismo ocurrió entre médico/as y personal de otras profesiones ( $p<0.05$ ).
4. Existió una diferencia en la percepción del miedo al contagio entre médico/as y enfermero/as ( $p<0.05$ ) siendo ésta mayor en los enfermero/as que están en contacto permanente con lo/as pacientes.
5. Asimismo, existió una diferencia en la percepción del miedo contagiar a los seres queridos entre enfermero/as y personal de otras profesiones ( $p<0.05$ ) siendo ésta mayor en los enfermero/as.

Tabla 1: análisis de las variables emocionales respecto de las profesiones

Variable dependiente*	(I) Profesión	(J) Profesión	Diferencia de medias (I-J)	p
Ansiedad	Enfermero/as	Médico/as	,53422	,070
		Otros	1,07515*	,000
	Médico/as	Enfermero/as	-,53422	,070
		Otros	,54093*	,024
Miedo a contagiarse	Enfermero/as	Médico/as	,76289*	,040
		Otros	,79357	,057
	Médico/as	Enfermero/as	-,76289*	,040
		Otros	,03069	,991
Miedo a contagiar a seres queridos	Enfermero/as	Médico/as	,50909	,180
		Otros	,83475*	,031
	Médico/as	Enfermero/as	-,50909	,180
		Otros	,32565	,379
Sueño	Enfermero/as	Médico/as	,52941	,235
		Otros	,42723	,461
	Médico/as	Enfermero/as	-,52941	,235
		Otros	-,10219	,921
Cansancio	Enfermero/as	Médico/as	,73540*	,047
		Otros	,95107*	,016
	Médico/as	Enfermero/as	-,73540*	,047
		Otros	,21567	,664
Dificultad para concentrarse	Enfermero/as	Médico/as	,80631*	,024
		Otros	,81318*	,048
	Médico/as	Enfermero/as	-,80631*	,024
		Otros	,00687	1,00
Temor a salir a la calle	Enfermero/as	Médico/as	1,24043*	,001
		Otros	1,21371*	,003
	Médico/as	Enfermero/as	-1,24043*	,001
		Otros	-,02672	,994
Desánimo	Enfermero/as	Médico/as	,69091	,087
		Otros	,91290*	,030
	Médico/as	Enfermero/as	-,69091	,087
		Otros	,22199	,655

\*prueba ANOVA

En la tabla 2 se presentan datos según percepción de riesgo según la profesión.

1. Se encontraron diferencias en la proporción de profesionales que consideran que su profesión los pone en riesgo ( $p < 0.001$ ) siendo lo/as médico/as (69.1%) y enfermero/as (72.9%), quienes en mayor proporción sienten mayor riesgo respecto a los otros profesionales (35.6%).

Tabla 2: Percepción de riesgo según la profesión

		Profesión			Total	
			Enfermero/as	Médico/as	Otros	
Profesión n riesgo	Mucho	Recuento	76	310	68	454
		% Profesión	69,1	72,9	35,6	62,5
	Poco o nada	Recuento	34	115	123	272
		% Profesión	30,9	27,1	64,4	37,5
Total		Recuento	110	425	191	726
		% Profesión	100	100	100	100

1. Se encontraron diferencias en la proporción de profesionales que perciben su salud en riesgo ( $\chi^2 = 11.429$ ,  $p < 0.05$ ) siendo lo/as enfermero/as (39.1%), quienes en mayor proporción sienten mayor riesgo en su salud respecto a los otros profesionales (22.5%) y lo/as médico/as (26.8%) (tabla 3).

Tabla 3: Percepción de salud respecto de las profesiones

		Profesión n y %			
		Enfermero/as	Médico/as	Otros	Total
Percepción de salud	Como siempre	46 41,8%	210 49,4%	92 48,2%	348 47,9%
	Con síntomas leves	21 19,1%	101 23,8%	56 29,3%	178 24,5%
	Con síntomas preocupantes	43 39,1%	114 26,8%	43 22,5%	200 27,5%
Total		110 100%	425 100%	191 100%	726 100%

En síntesis en relación a las variables emocionales indagadas se identifica una tendencia a que lo/as encuestado/as más jóvenes (menos de 49) sean lo/as más afectado/as en sus percepciones por la pandemia: se percibieron más cansado/as, más temeroso/as de contagiar a alguno de sus seres queridos, más ansioso/as y con más desánimo que lo/as mayores de 50. Lo que predomina en lo/as más jóvenes es el temor a contagiar a otros y el cansancio, mientras que en lo/as mayores de 50 además del temor a contagiar a otros surge la percepción de su propia ansiedad. El tiempo transcurrido entre el inicio de la pandemia y el momento de la entrevista no parece afectar estas respuestas. Todas las dimensiones analizadas impactan más en lo/as enfermero/as que en lo/as médico/as y en todo/as lo/as profesionales, el mayor temor se vincula con la posibilidad de contagiar a sus seres queridos o contagiarse ello/as mismo/as.

Con respecto a tener los elementos de protección personal adecuados, o de percibir que los tienen, disminuye sensiblemente los niveles de ansiedad y del resto de las dimensiones analizadas. Esto significaría que los miedos se asientan en razones objetivas sobre las condiciones de trabajo en pandemia. En sentido inverso, quienes son profesionales que por su inserción laboral están más en riesgo presentaron valores más altos en todas las dimensiones emocionales analizadas que además tienen más relevancia cuanto peor es la autopercepción de la salud de los entrevistados.

Ante la pregunta ¿En qué medida siente que la pandemia va a significar un cambio en su vida?, el 73.5% (n 534) respondió que en mucho y el no haber recibido información sobre la situación por partes de los empleadores incrementó también el impacto en todas las dimensiones estudiadas.

### 2.3 Análisis cualitativo de los comentarios libres y opcionales

Los comentarios abiertos no eran obligatorios y su análisis se presenta con fines descriptivos para lo que fueron categorizados en tres grandes dimensiones:

1. Menciones referidas al ámbito personal, individual.
2. Menciones referidas a los profesionales de la salud como colectivo.
3. Menciones referidas al sistema de salud o el impacto de la pandemia a nivel de la sociedad en sus diferentes dimensiones.

1. En las menciones referidas al ámbito personal, individual, destacaron muy especialmente todo lo relativo a *los miedos y las sobrecargas* que la pandemia significa en términos de las actividades cotidianas habituales. Especialmente las mujeres destacaron la sobrecarga que representa el acompañamiento de los hijos en las tareas escolares y las tareas domésticas.

Junto a estas menciones, hubo también referencias a la *incertidumbre actual y a los duelos*. Las menciones a los duelos incluyeron múltiples pérdidas, no sólo por muertes sino varias menciones de desesperanza. También hubo varias menciones esperanzadas que destacan la oportunidad que implica esta pandemia para reflexionar y mejorar no sólo a nivel individual. A partir de los comentarios espontáneos, detectamos 5 encuestado/as que estuvieron contagiados y ya convalecientes comentaron:

en mi institución estamos velando por la salud de los enfermos, totalmente, pero se ha olvidado velar por la salud de todos los trabajadores; estamos saturados y no han podido aumentar personal, hacemos muchísimas más horas de lo convenido y no son remuneradas.

Hubo además menciones de los profesionales no médicos (enfermero/as, trabajador/as sociales, etc.) sobre el poco reconocimiento e integración que tenían al resto del equipo de salud:

En el tema de la pandemia posiblemente solo se ha reconocido el trabajo de médicos y se ha dejado a un lado a los trabajadores sociales y personal administrativo que cumplen iguales funciones de importancia y que la red hace que funcione el sistema.

2. En relación con las menciones referidas a los profesionales de la salud como colectivo fueron puestas sobre relieve la necesidad de cuidar a lo/as cuidadore/as, los riesgos de burnout, la importancia de promover la humanización de la atención y la frustración que les generaba la baja comprensión que lo/as profesionales de la salud tenían sobre el rol de los CP también en pandemia.

La sensación de impotencia y tristeza de ver a las familias angustiadas identificando los cuerpos de sus familiares y que a la institución no le importe el daño que se les ocasiona, y tomando a la ligera la salud mental de los familiares que es de suma importancia, así como la atención para el personal, y las autoridades subestimen las recomendaciones que como trabajador hacemos.

Hubo comentarios sobre el escaso apoyo al reentrenamiento en COVID-19 necesario para todo/as lo/as profesionales. La naturaleza de los comentarios difirió mucho según el país de residencia. La mención al descuido, falta de protección y destrato era dominante en los comentarios de quienes vivían en países que han producido despidos en medio de la pandemia (Colombia, Nicaragua, México).

Sufrimos la pérdida por despidos de 125 personas de nuestro hospital, entre estos 7 médicos, seguimos con más trabajo, menos personal y con una carga emocional muy grande. Sentimos además que los recursos económicos se desvían y no se dirigen a las instituciones de salud. Los médicos no tenemos apoyo del Colegio de Médicos y Cirujanos ni de ninguna institución, nos sentimos solos, y vulnerables.

3. Finalmente las menciones referidas hacia la superestructura social, económica y del sistema de salud se dividieron a su vez en aquéllas que hacían un análisis de las condiciones sociales estructurales y las carencias del sistema de salud para diseñar una política más inclusiva y humanizada; aquéllas que señalaban el impacto del rol del gobierno en las políticas de salud en medio de la pandemia, y aquellas



que se referían más a los aspectos relativos al acatamiento a las medidas impuestas por la cuarentena por parte de la población.

En relación con las carencias del sistema de salud, hubo señalamientos sobre los modelos adoptados antes de la pandemia y que la COVID-19 puso de manifiesto. Aquí destacan las inequidades de los sistemas de salud que ya, previamente eran inequitativos. Un punto central de las críticas se refirió además al despido de personal de salud durante la pandemia. No faltaron en este punto las menciones al impacto de los altos niveles de corrupción política.

Para América Latina en general y para México en particular, la actual pandemia nos encontró en situaciones por demás críticas: economía tambaleante, número importante de población en situación de pobreza y extrema pobreza, elevado porcentaje de la población con sobrepeso, obesidad, enfermedades no transmisibles y enfermedades no transmisibles complejas severas. Aunado a lo anterior, la implementación de programas de CP se encuentra todavía en una fase de despegue. Habremos de ser optimistas-realistas, introyectar que nada va a ser igual que antes y ser altamente resilientes, creativos y seguir apasionadamente luchando y trabajando en pro de los CP. El escenario se torna altamente complejo, pero aquí estamos, cada quien en nuestro ámbito de trabajo y apoyándonos.

Siento que las autoridades gubernamentales no hacen más porque la corrupción de funcionarios públicos acaba con los recursos de salud y eso me irrita más al sentir que me dan equipo de tercera mientras ellos roban descaradamente los recursos.

En relación con las autoridades del sistema de salud y su actuación, hubo críticas sobre qué comunican a la población, hubo sospechas sobre los datos emitidos los que se creen manipulados, y el poco reconocimiento social y económico que se le dio al personal de salud. En este punto se destacaron la falta de elementos de protección personal de calidad:

La pandemia deja al desnudo los sistemas de salud mundiales, y nos refleja las limitadas dimensiones biomédicas por las cuales se construyen respuestas sin jerarquizar la humanización y el cuidado como objetivos y

planes de tratamiento. Con la perseverancia intentamos revertir la unidireccionalidad por las múltiples miradas y voces presentes y necesarias en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados-fin de vida- duelos.

Finalmente respecto de la cuarentena señalaron por una parte, la falta de conciencia de parte de la población que descrea de las medidas de distanciamiento social y por otro lado se mostraron muy afectados por la irracionalidad de la politización del problema cuarentena: “Quedamos entre el gobierno que no nos protege y los irresponsables que no se cuidan ni nos cuidan (...) Me ha generado decepción y rabia que la población no entienda la gravedad de la situación y realicen actividades que ponen en riesgo muchas personas”.

### **3. Desarrollo**

Este estudio exploró el impacto emocional de los profesionales que cuidan durante la pandemia por COVID-19 en Latinoamérica, dedicados o relacionados a los CP según los socios y adherentes de la ALCP. El hallazgo más importante fue que 3 de cada 4 participantes son mujeres y que todas las dimensiones analizadas impactan más en lo/as enfermero/as que en lo/as médico/as y en todos los profesionales, y el mayor temor en los más jóvenes se vinculaba con la posibilidad de contagiar a sus seres queridos o contagiarse ellos mismos. Nuestro trabajo tuvo buena llegada a muchos países de Latinoamérica, siendo esta región una de las más castigadas por la pandemia con mayor número de muertes y sistemas sanitarios menos sólidos comparados con los de los países más desarrollados.

La pandemia dejó al descubierto la falta de políticas activas de protección de la salud mental y emocional de lo/as trabajadore/as de la salud, los desafíos en relación a los cuidados en salud y la perspectiva de género, teniendo en cuenta la sobrecarga adicional del cuidado de niño/as y las tareas domésticas. En el campo de la salud, los cuidados conforman el eje de las estrategias propuestas en el cuidado cotidiano o autocuidado; el cuidado brindado por lo/as convivientes de las personas con enfermedades de larga duración, sean o no familiares, y los cuidados recibidos de las instituciones sociales del Estado y organizaciones de la sociedad civil (Femenías& Soza, 2018, p. 76). Explícitamente, el cuidado de enfermos se considera cercano y derivado del trabajo doméstico; y en la asignación de espacios topográficos y simbólicos, queda asignado y asumido mayoritariamente por mujeres. Por eso, se vuelve necesario repensar los mecanismos socioculturales que, moldeados según la época, de manera mayoritaria contribuyen a

reproducir desigualdades asignadas-asumidas del orden del género. Solo reconociendo estas carencias es que podremos desarrollar políticas públicas activas de prevención del estrés postraumático así como buenas prácticas para la etapa post pandemia y futuras crisis sanitarias. El cuidado es un derecho que, como derecho a la atención de la salud, constituye un caso paradigmático de las dificultades que conlleva su reconocimiento efectivo.

Alvarado (2020) realizó una encuesta similar entre mayo y septiembre/2020, reporta, "El efecto de COVID-19 sobre la salud mental del personal de salud es acumulativo, por lo que nuestra hipótesis es que vamos a encontrar mayor deterioro". Los datos preliminares de esa investigación realizada sobre 9.488 médicos, enfermeros, administrativos y otros miembros del personal de la salud también aportan una participación de 74,6% de mujeres que interactúan con casos confirmados o sospechosos de COVID-19 en Argentina, Chile, Guatemala, México, Perú y Venezuela. En ese estudio a más de 75% de los trabajadores de la salud les preocupa contraer COVID-19, y sobre todo, transmitirla a sus seres queridos. Este dato es coincidente con nuestro trabajo. Además señala que en Chile 1 de cada 10 trabajadores de la salud tiene ideas suicidas.

Los equipos de salud se han visto particularmente afectados por esta nueva enfermedad, haciendo grandes sacrificios personales y tomando decisiones sumamente difíciles en la primera línea de la respuesta a la pandemia.

Si bien no utilizamos ningún instrumento específico para detectar depresión, se destacó en las mujeres encuestadas miedos y la sobrecarga que la pandemia significó en términos de las actividades cotidianas habituales, como cuidar de los niño/as y de la casa. En el informe de la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos (OEA/CIM) (2020), reporta: "La emergencia derivada del COVID-19 está provocando impactos específicos sobre la vida de las mujeres, no sólo porque se están profundizando las desigualdades de género ya existentes, sino porque puede implicar retrocesos inadmisibles en cuanto a los derechos alcanzados. Si bien las medidas de confinamiento buscan proteger la salud pública y evitar el colapso de los servicios de salud, su aplicación no es neutra desde el punto de vista de género"(p.4).

Según datos preliminares de los seis países de la región estudiados por Alvarado (2020), en la Ciudad de México, 36,4% de los/as encuestado/as se sintió cansado o sin energía, el 23,6% tuvo problemas para dormir o ha dormido demasiado, el 15,6% tuvo poco interés o placer en hacer cosas y el 13,2% tuvo dificultad para concentrarse en ciertas actividades. Uno de los instrumentos utilizados

fue la escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), que permite realizar la búsqueda de trastornos depresivos mediante una encuesta de autoevaluación. Respecto de los síntomas moderados a graves de depresión, se manifestaron en 22,7% del total de la muestra. Pero las proporciones varían en los países estudiados, desde 14,2% en Venezuela hasta 36,7% en Chile.

Algunos factores que correlacionan con valores más altos en esta escala y coinciden con los resultados de éste estudio son:

- Trabajar efectivamente con pacientes que tienen COVID-19.
- Déficit de acceso a equipos de protección personal.
- Tener familiares con diagnóstico de la enfermedad.
- Sufrir episodios de discriminación y violencia.
- Falta de confianza en las medidas de las autoridades locales y nacionales.

En mayor o menor medida, los países han desarrollado estrategias de salud mental que son buenas, pero que tienen bajo impacto. En esta investigación hay acuerdo sobre la importancia de la necesidad de apoyo psicológico, empero solamente, un cuarto de los encuestados lo ha recibido. Esto es aún menor de lo reportado por Alvarado (2020) donde solo un tercio recibe apoyo psicológico/psiquiátrico presencial o a distancia, con porcentajes que varían desde 27,0% en Perú hasta 52,1% en Argentina.

Luego de superar la pandemia será necesario repensar el sistema de salud, reforzar la capacidad de resiliencia de organizaciones, equipos y profesionales, y evitar el daño emocional con políticas de prevención para evitar las “segundas víctimas” del SARS-CoV-2, es decir aquellas afectadas por los efectos adversos de la pandemia, aún sin padecer la enfermedad (Mira et al., 2015, p.7).

Los eventos que causan lesiones u otros tipos de daño o sufrimiento en los pacientes son también la causa de perturbación en el trabajo, la familia y la vida personal de profesionales de la salud involucrados en el evento. Estos provocan culpa, ansiedad y pérdida de confianza en los profesionales de la salud. La mayoría está involucrada en eventos como “segundas víctimas” al menos una vez en sus carreras.

El trabajo de Mira et al., (2015) previo a la pandemia, encuestó de forma aleatoria a médico/as y enfermero/as, con un total de 1087 profesionales de la salud, 610 de atención primaria y 477 hospitalarios. Según los autores del Grupo de investigación sobre segundas y terceras víctimas, los profesionales sanitarios españoles, rara vez reciben formación o educación sobre estrategias de afrontamiento para este fenómeno. Se reconoce que las estrategias para afrontar el estrés y el trastorno de estrés postraumático deben ser una parte clave de la

atención de las segundas víctimas.

En la primera ola española ya se comprobó que la sobrecarga emocional y física es excesiva conforme la incidencia de COVID-19 y su letalidad se incrementan. La escasez de recursos y equipamientos, unido al creciente número de profesionales que resultaron infectados (o que incluso fallecieron a causa de la COVID-19) y la incertidumbre por el constante cambio de instrucciones llevaron a considerar a los profesionales sanitarios Segundas Víctimas del SARS-CoV-2. Este antecedente nos orienta a pensar en los eventos adversos vinculados a la pandemia también en Latinoamérica como por ejemplo, la incertidumbre ante el riesgo de contagiarse y contagiar a otros, e incluso el acompañar la muerte en aislamiento y soledad, podrían causar culpa, ansiedad, miedo, cansancio, insomnio y sensación de inseguridad, pasibles de ser identificadas y tratadas oportunamente. En este análisis el cansancio, el desánimo, el miedo a contagiar a sus seres queridos y la ansiedad se asocian a quienes se reconocen más estresados.

### *3.1 Propuestas y estrategias post pandemia*

Algunos estudios parecen demostrar que posibles intervenciones como son los cambios organizativos y en formación de los profesionales mejora la autoeficacia de los profesionales de la salud y disminuyen ansiedad, depresión y la mala calidad de sueño (Ricci-Cabello et al., 2020, p.6).

En las últimas décadas se ha desarrollado un “modelo de cuidados” desde los CP que ha sido propuesto como un modelo de referencia ético y moral y ha sido propuesto como un cambio transformador del sistema de salud. (Tripodoro, 2020, p.128). Es decir, no solamente para el cuidado del final de la vida, sino como un modelo referente transversal para el cuidado en salud que incluya a sus trabajador/as. Los conceptos cuidados, autocuidado, cuidado de sí, son utilizados largamente en las ciencias sociales y se ubican en los bordes entre varios campos disciplinares y han ido alcanzando progresivamente las dimensiones de una verdadera cultura del cuidado. Los sistemas de cuidado se desarrollan socio históricamente, comenzando en la familia, pero, además, en diferentes escenarios en la vida de relación. (Chardón, 2008, p.5). El cuidado es una de las prácticas cotidianas que ha estado presente siempre en la historia del hombre. La forma en que se interpretan los diversos estados de salud, enfermedad y la muerte, solo puede ser entendida a luz de cada cultura. También puede ampliarse este concepto entendiendo al cuidado como cuidado de sí, como una construcción subjetiva que se produce en prácticas cotidianas con otros y otras y entre ellos y ellas en diversos

espacios institucionales y comunitarios en los que se despliegan relaciones de poder. En ese sentido, se resalta la dimensión política de la construcción individual y colectiva de las prácticas y concepciones de cuidado. (Chardón et al., 2019, p.120).

En muchos países, las mujeres representan más del 70% del personal sanitario remunerado y, a menudo, son las principales profesionales de atención domiciliaria y comunitaria. Además, son las principales prestadoras de cuidados no remunerados. (OMS, 2018). Los prejuicios relacionados con el género, la violencia física y sexual y el acoso siguen siendo grandes problemas para los trabajadores sociosanitarios. Durante el 2020, las estrictas medidas de mitigación sanitaria afectaron a todos los sectores, pero especialmente el de servicios, el comercio y el turismo con mayor desempleo (Benitez et al., 2020, p538). Las tasas de desempleo aumentaron en los cinco países, con picos en Colombia y Chile. Sin embargo, no toda la población se vio afectada de la misma manera. Por ejemplo, la brecha de género del desempleo aumentó en junio de 2020 en comparación con junio de 2019 en Chile y Colombia, y la población más joven ha sido la más afectada.

Los Estados deben procurar acciones que contribuyan al mantenimiento de la salud de la población, más aún en pandemia. La discusión sobre el cuidado ha conducido a colocarlo como un problema de política pública al que deben responder los Estados. No se trata por tanto de un problema individual y privado al que cada persona responde como puede y en función de los recursos de los que dispone, si no que se trata de un problema colectivo, de salud pública, que requiere de respuestas colectivas y sociales. (Chardón et al. 2019, p.242).

Desde la ALCP coincidimos con Alonso (2013) en que las dimensiones del cuidado (como opuestas a las dimensiones técnicas) son aspectos poco valorados de los profesionales de la salud sobre su propia práctica, y usualmente desatendidas o invisibilizadas en los análisis sociológicos y antropológicos de los abordajes médicos. En tiempos de crisis sanitarias y sociales, como la actual pandemia, las políticas que promueven la descentralización y la privatización de los servicios sociales, vuelcan en la responsabilidad familiar (es decir, en las mujeres de la familia) las tareas paliativas o de cuidado, tanto como las respuestas a las necesidades más críticas de los sectores desprotegidos sobrecarga de trabajo no-remunerado sobre las mujeres además de una sobrecarga de trabajo mal pago en tareas hospitalarias subalternas, como enfermería y similares (Femenías, 2018, p78). La mirada de género favorecerá descentrar las tareas vinculadas al cuidado como naturalmente femeninas, para extender la noción de sujeto autónomo, contribuyendo a una mirada democratizante de la salud y del

cuidado como responsabilidad de sí. La pandemia nos está dando una oportunidad única para repensar, desde los derechos humanos como referencia, la vulnerabilidad y evaluar posibilidades de intervención en la dimensión psicosocial del cuidado en salud para toda la población incluyendo a lo/as trabajadore/as (Paiva et al., 2018, p.53). La investigación e innovación en el ámbito de la salud puede ser uno de los principales motores de este cambio (Comella y Arnal, 2020, p. 28).

Las limitaciones de este estudio son la relativamente baja tasa de respuesta, y si bien no pretende ser exhaustivo ni generalizar los resultados, la participación extendida a 19 países es de gran interés para proponer un trabajo preventivo de cuidados que incluya capacitación y reflexión desde la ALCP con la intención de influenciar en las políticas de promoción y prevención de la salud de nuestros equipos de salud. En tanto el control de la pandemia no se ha logrado y en una segunda o tercer ola, deberíamos continuar profundizando en estos hallazgos preliminares e indagar la evolución en el tiempo de estas emociones y las respuestas o repercusiones en los diferentes países de la región.

#### **4. Conclusión**

Este trabajo propuso indagar sobre el impacto y el malestar emocional de los profesionales de la salud durante los primeros meses de la pandemia por COVID- 19 en Latinoamérica, entendiendo que además de su propia salud mental esto supone un riesgo que afecta directamente a la seguridad de los pacientes y a la calidad de la atención sanitaria que estos reciben. Existe una clara necesidad de acción inmediata para salvaguardar el bienestar del personal sanitario. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico habla de una "crisis económica mundial sin precedentes" para la región, que ya se encontraba en una situación difícil, estimando un aumento de la población en situación de extrema pobreza de los países latinoamericanos (Benítez, 2020 p538). Debemos aprender de esta pandemia y proponer medidas preventivas de cuidados para evitar las segundas víctimas. Desde la ALCP proponemos incorporar las dimensiones del cuidado en las políticas proactivas para el cuidado de los equipos de salud que incluyan el autocuidado y el cuidado de sí de aquello/as más involucrados con conciencia social, perspectiva de género y de derechos humanos. Para esto a través de webinarios a la comunidad médica, psicólogos, enfermero/as y voluntarios proponemos instancias de educación continua e intercambios solidarios sobre los siguientes ejes:

1. Los nuevos modelos de relación con los pacientes y familiares.
2. La transformación digital: entrenamiento en video consultas, transferencia de imágenes, y gestión remota de pacientes.
3. El fortalecimiento de dispositivos de atención primaria.
4. Atención sanitaria en los centros residenciales en esquemas de colaboración sanitaria y social.
5. Difusión de programas de “Comunidades compasivas”.
6. Incentivar prácticas de mindfulness, ejercicio, y autocuidado.
7. Promover redes de intercambio y discusión de problemáticas de género.

La pandemia, como todas las grandes crisis, va a suponer un catalizador de cambios a escala global, hasta el punto de que quienes no estén atentos a ellos pueden resultar víctimas de su falta de adaptación.

## **Referencias**

- Alonso, J. P. (2013). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (9), 2541-2548. doi:10.1590/S1413-81232013000900008.
- Alvarado R.[INPRFM]. (2020, noviembre 5) La salud mental en los trabajadores sanitarios: la pandemia revela una deuda pendiente en las políticas públicas. XXXV Reunión Anual de Investigación.[Archivo de video] <https://youtu.be/5cQxVh8I-fc>
- Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (2020).s.f. <https://cuidadospaliativos.org/quienes-somos/vision-y-mision/>
- Benítez, M. A., Velasco, C., Sequeira, A. R., Henríquez, J., Menezes, F. M., & Paolucci, F. (2020). Responses to COVID-19 in five Latin American countries. *Health policy and technology*, 9, 525–559. <https://doi:10.1016/j.hlpt.2020.08.014>
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: a digital learning package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 2997. <https://doi:10.3390/ijerph17092997>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395: 912–920 [https://doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bustos, T. P. (2011). Feminización y popularización de ciencia y tecnología en la política científica colombiana e india. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad-CTS*, 6(17), 77-103. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92422634004>



- Chan, A. O., & Huak, C. Y. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine*, 54(3), 190-196. <https://dx.doi.org/10.1093%2Foccmed%2Fqkh027>
- Chardon, M. C. (2008). Representaciones sociales del cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 10-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2290/229017549002>
- Chardón, M.C., Montenegro R.R., y Borakievich S. (2019) *Instituciones y sujetos del cuidado: salud, educación, familias*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos / Programa EUROsociAL+ de la Unión Europea (2020) *Covid-19 en la vida de las mujeres: emergencia global de los cuidados/Eurosocial*. <https://eurosocial.eu/biblioteca/doc/covid-19-en-la-vida-de-las-mujeres-emergencia-global-de-los-cuidados/>
- Comella, J. y Arnal Arasa, L. (2021) Ciencia e innovación en el hospital universitario del siglo XXI . En: J.M. Fernández Díaz. (Ed). (pp.27-35). *Hiris Care* <https://www.farmaindustria.es/web/documento/libro-innovacion-sanitaria-para-salir-reforzados-de-la-crisis-de-la-covid-19/>
- España, C. de B. de. (2020). Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. *Persona y Bioética*, 24(1), 77-89. Recuperado de: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/13579>
- Femenías, M. L., Soza Rossi, P. (2018) El cuidado, ¿una cuestión de género? En: A. Domínguez Mon, M.L. Femenías, M. C. Leonardi, Palermo, M., Passerino, L., Peresin, S...& Rossi P. (Eds), *Documentos de Trabajo N° 80 Cuidados en Salud, Derechos y Género*. (pp 75-101) Desarrollo Editorial Carolina De Volder. <http://iigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/22/2019/11/dt80.pdf>
- Findling, L., Lehner, M. P., Ponce, M., & Cirino, E. (3-5 de diciembre de 2014). *¿Cómo se cuidan los que cuidan? Consecuencias de cuidar a otros*. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/50824>
- Labori, M. Epidemiología y características de la infección por SARS-CoV-2.(2020) *Med Paliat*, 27(3),157-163. <https://doi:10.20986/medpal.2020.1177/2020>
- Maté-Méndez, J., y Lleras de Frutos, M. L.(2020) Profesionales sanitarios: afrontando el impacto emocional por la COVID-19 en un centro monográfico de cáncer. *Med Paliat*,27(3), 209-216. doi:10.20986/medpal.2020.1186/2020
- Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J.A., Vitaller J., Nuño-Solinis R. & Astier, P . (2015). The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC health services research*, 15(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>
- Organización Mundial de la Salud. (23 de agosto de 2018). Género y salud.

- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Panamericana de la Salud (2016) Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. <https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM%20en%20epidemias.pdf>
- Paiva, V., Ayres, F.R., Capriati, A., Amuchástegui, A., y Pecheny M. (2018) Prevención, promoción y cuidado, Buenos Aires. <https://www.teseopress.com/vulnerabilidadesyddhh/>
- Ricci-Cabello, I., Meneses-Echavez, J., Serrano-Ripoll, M., Fraile-Navarro, D., Fiol de Roque, M., Pastor Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Perez, I., Zamanillo-Campo, R. & Goncalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. *medRxiv*. <https://doi:10.1101/2020.04.02.20048892>
- Tripodoro, V. A. (2020). El cuidado como cambio mínimo necesario para transformar el sistema de salud. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(2), 126-129. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n2.27983>
- Universidad Complutense de Madrid. (20 de mayo 2020). *El 79,5 por cien de los sanitarios sufren ansiedad y el 40 por cien se siente emocionalmente agotado tras la primera oleada de atención hospitalaria por Covid-19*. <https://www.ucm.es/estudio-laboratorio-psicologia-trabajo>
- Vera San Juan, N., Aceituno, D., Djellouli, N., Sumray, K., Regenold, N., Syversen, A., Mulcahy Symmons, S., Dowrick A., Mitchinson L., Singleton G. & Vindrola-Padros, C. (2020). Healthcare Workers' mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic in the UK: contrasting guidelines with experiences in practice. *medRxiv*. <https://doi:10.1101/2020.07.21.20156711>
- World Health Organization (2020, diciembre 6). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard.[Fecha de Consulta 29 de mayo 2021] <https://covid19.who.int/table>