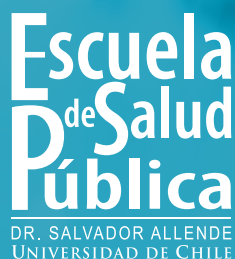


TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD Y PANDEMIA POR COVID-19 EN CHILE:

INFORME DE UNA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA



Departamento de Enfermería

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD Y PANDEMIA POR COVID-19 EN CHILE: INFORME DE UNA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

“Proyecto Colaborativo: Monitoreo y vigilancia social de las condiciones laborales y de salud de los trabajadores sanitarios en tiempos de COVID-19”

Archivo Digital: descarga y online

ISBN: 978-956-19-1229-8

Primera edición, agosto 2021

Licencia Creative Commons

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.



Instituciones Participantes y Responsables:

Secretaría de Salud de la Central Unitaria de Trabajadores (CUT), Escuela de Salud Pública (ESP) "Salvador Allende G." y Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad De Chile.

Editores:

Álvaro Lefio Celedón, Patrizio Tonelli y Felipe de la Fuente Alvarez.

Equipo Redactor del Informe:

Patrizio Tonelli,
Felipe De la Fuente,
Viviana Carrasco,
Guillermo Henriquez,
Juan Rapiman,
Nella Marchetti,
Ninoska González,
Daniela Pinto y
Álvaro Lefio Celedón.

Participantes del Comité Conductor:

Daniela Pinto (Dpto. Enfermería),
Felipe De La Fuente (Depto. Enfermería),
Gonzalo Soto (ESP),
Karen Palma (CUT),
Marco Canales (CUT),
Nella Marchetti (ESP),
Patricia Grau (Dpto. Enfermería),
Patrizio Tonelli (ESP),
Alvaro Lefio Celedón (ESP).

Participantes de la Plataforma Participativa:

Jeannette Ogaz (FENATS nacional),
Mauricio Vera (CONFEDPRUS),
Viviana Carrasco (FENPRUSS),
Helic Millar (FENATS histórica),
Gloria Flores (FENASSAP),
Juan Rapiman (CONAFUTECH),
Carmen Allendes (FENTESS),
Rosa María Cabrera (FENASENF),
Susana González (FENAFAR),

Amalia Pereira (FENATRASAP),
Claudia Padilla (AFURED),
Jeannette Santibáñez (FEDASAP),
Lorenzo González (FENFUSSAP),
Carmen Luz Scaff (ANEF),
Myriam Molina Torrealba (FENATS unitaria),
Carlos Ortiz (CONFENATS),
Laura San Martín (CONFUSAM),
Evelyn Rodríguez (FENASSAP),
Braulio Muñoz (FENATS nacional),
Yerko Garrido (CONFUSAM),
Juan Carlos Cáceres (FENASENF),
Leandro González (FENASENF),
Ninoska González (FENASENF),
Victoria Cáceres (CONFEDPRUS),
Guillermo Henríquez (FENPRUSS),
Alvaro Lefio (ESP),
Daniela Pinto (Depto. Enfermería),
Felipe De La Fuente (Dpto. Enfermería),
Gonzalo Soto (ESP),
Karen Palma (CUT),
Marco Canales (CUT),
Nella Marchetti (ESP),
Patricia Grau (Dpto. Enfermería),
Patrizio Tonelli (ESP).

Diseño y diagramación

Paola Videla Lagos

INFORME DE UNA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA



ÍNDICE

RESÚMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCIÓN	13
MARCO METODOLÓGICO	19
RESULTADOS:	25
COMPONENTE CUANTITATIVO	27
COMPONENTE CUALITATIVO	49
CONCLUSIONES	89
REFLEXIONES FINALES	98
REFERENCIAS	103




RESUMEN

EJECUTIVO



[volver a índice](#)



"...aquí nos pasó que se murieron pacientes y al final la última palabra o el último saludo se lo dabas tú o la despedida y solamente le hacías una video llamada, es tan potente esa cuestión cuando sabes que el paciente se va a morir y tú tienes que conectarlo con una video llamada para que la mamá o el hijo se despida, porque tampoco podían entrar, entonces el daño emocional que tuvo el personal de salud fue súper potente en ese aspecto..."

(Mujer/Técnico en enfermería/Sector Privado).



RESUMEN EJECUTIVO

En el marco de la tragedia sanitaria producto de la pandemia por COVID-19 y la importante carga física, emocional y de riesgos para la salud que enfrentan los trabajadores/as sanitarios, así como por las significativas incertidumbres y falta de cuidado de la salud ocupacional percibida por los representantes síndico-gremiales de este sector, es que la Secretaría de Salud de la Central Unitaria de Trabajadores (CUT), el Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Programa de Salud Ocupacional de la Escuela de Salud Pública de la misma universidad, acordaron trabajar en un proyecto colaborativo cuyo objetivo fue conocer las condiciones de trabajo y de salud de los equipos sanitarios en tiempos de pandemia, para recoger sus aprendizajes y elaborar participativamente recomendaciones orientadas a mejorar sus condiciones de salud en el trabajo durante la pandemia por COVID-19 en Chile.

Para ello se diseñó e implementó colaborativamente una Investigación Acción Participativa (IAP) entendida como un proceso iterativo de identificación y análisis sistemático de problemas, así como de planificación e implementación de acciones consideradas posibles y necesarias para comprender la afectación de la salud de los trabajadores sanitarios en el contexto pandémico. De esta forma, se conformaron progresivamente tres espacios de toma colectiva y conjunta de decisiones: (i) un comité conductor bipartito delineador de las primeras decisiones estratégicas de la iniciativa; (ii) una plataforma participa-

tiva de trabajo que integró a veinticinco dirigentes nacionales y territoriales de las distintas organizaciones asociadas a la secretaría de salud de la CUT; y (iii) dos comités motores bipartitos con integrantes del equipo académico y de representantes de los trabajadores/as responsables por el diseño e implementación de los estudios cuantitativo y cualitativo que emergieron como acuerdos del proyecto.

Se trabajó semanalmente durante un año en reuniones virtuales de los diversos espacios de diálogo del proceso, donde se acordó la realización de un estudio cuantitativo de corte transversal tipo encuesta y un estudio cualitativo basado en grupos focales que fueron luego diseñados, implementados y analizados sus resultados por los grupos motores bipartitos.

En el estudio cuantitativo se aplicaron 4872 encuestas a nivel nacional y en el cualitativo se realizaron un total de seis grupos focales durante noviembre del 2020 y enero del 2021 en las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, Biobío y La Araucanía, con un total de treinta y dos (32) participantes (22 mujeres y 10 hombres).

El análisis integrado de los resultados del estudio cuantitativo y cualitativo muestra lo siguiente:

1. La pandemia significa un costo altísimo para la salud de los/as trabajadoras del sector irrumpiendo como una gran tragedia social y sanitaria que ha colmado de miedos e incertidumbres su espacio de trabajo y ha trastocado su cotidianeidad laboral y

familiar. En cuanto a la exposición al riesgo durante la pandemia de COVID-19, 14,14% de los trabajadores encuestados reportan haber sido diagnosticados/as de COVID-19 y se evidenció que quienes más reportaron haberse contagiado con COVID-19 fueron los técnicos en enfermería, seguido de enfermeras/os y auxiliares de Salud. Sobre el 80% de las personas está de acuerdo y muy de acuerdo con tener desgaste físico y emocional.

2. La pandemia devela también las fortalezas y precariedades de la protección y cuidado de la salud ocupacional de los trabajadores/as sanitarios, evidenciándose que más de un cuarto de los trabajadores/as (27,4%) no recibió capacitación sobre la enfermedad por SARS-COV-2 y el uso correcto de los equipos de protección personal y de estos en su mayoría (64%) se encontraba en atención directa de pacientes positivos para COVID-19. Por otra parte, se hace evidente la falta de una estrategia de vigilancia y prevención integral y efectiva de los contagios, apareciendo problemas de información y comprensión de las formas de contagio en el espacio de trabajo y los cuidados necesarios para su prevención. También aparecen fallas en la trazabilidad y el aislamiento oportuno produciéndose brotes de difícil control en los establecimientos de salud, así como problemas en el diseño de los procesos de atención que generan falsas sensaciones de seguridad y exponen a los trabajadores/as al contagio y sus consecuencias. Emergen también los problemas del sistema de salud ocupacio-

nal a nivel macro, siendo los organismos administradores de la ley del seguro obligatorio uno de los focos de las críticas por su ausencia en la estrategia de prevención y la lentitud de las respuestas en las autorizaciones de las licencias por enfermedad profesional.

3. La pandemia profundiza la fractura de confianza entre autoridades y trabajadores/as. Gobierno y autoridades son vistos como ausentes a la hora de hacerse cargo de la salud integral de los trabajadores/as, sea porque le falta la capacidad de entregar protocolos, lineamientos y guías claras para proteger la salud, o porque no muestran suficiente atención respecto de la salud y en particular la salud mental de los equipos. Dentro de los hallazgos cuantitativos emerge que un 54,5% de los trabajadores/as de la salud tiende a desconfiar de las autoridades de salud.

4. Los trabajadores/as de la salud reaccionan con organización, responsabilidad y compañerismo: Los equipos de salud hacen frente a este contexto y a los desafíos de la pandemia sostenidos por un gran sentido de responsabilidad por el cuidado de la salud de la población. Ante la adversidad emerge la cohesión y sentido de compañerismo del equipo de salud, de la mano de la capacidad para organizarse autónomamente, generar contenidos y estrategias de cuidado, así como la organización colectiva existente y la experiencia de canalización de necesidades, demandas y propuestas de sus dirigentes/as. En

este sentido se identifica que el 60.8% de los trabajadores/as encuestados reporta confiar en el equipo de salud, contrastando con la percepción de confianza respecto de las autoridades.

5. La participación de los trabajadores no ha sido promovida por las autoridades, pero es central para mejorar la salud en el trabajo: El 81,3 % de los trabajadores/as de la salud percibe no haber sido considerado suficientemente (nunca y a veces) en las decisiones que les competen respecto del manejo de la pandemia por COVID-19. Gobierno y autoridades de salud han evitado involucrar a los trabajadores/as en la discusión de las decisiones más relevantes respecto de cómo gestionar la emergencia y garantizar condiciones de trabajo y salud favorables. Algunas excepciones se registran especialmente en la atención primaria, donde la posibilidad de participar en el diseño de protocolos y lineamientos ha permitido la construcción de ambientes más democráticos en los cuales la salud y seguridad de los trabajadores ha sido mejor protegida.

6. Reemerge la crisis de gobernanza del sistema de salud. La crisis pandémica devalúa y profundiza los problemas de gobernanza del sistema sanitario chileno, emergiendo principalmente prácticas verticales, centralizadoras y autoritarias de toma de decisiones, que invisibilizan y excluyen a los equipos de salud, a sus representantes y sus conocimientos del territorio y sus complejidades. Esto impide la elaboración

de una estrategia colectiva y compartida del cuidado de la salud de la población y de los trabajadores/as de la salud, lo que genera ausencia de orientaciones consistentes, incrementa las incertidumbres del personal y genera un gran quiebre de las confianzas con las autoridades. Estos elementos confluyen en la opinión compartida respecto de la improvisación y la impericia con que se ha hecho frente a la pandemia.

7. Los problemas estructurales del sistema y la presencia del mercado en salud afectan la capacidad de respuesta a la pandemia:

Por una parte, se evidencia en las entrevistas como el desfinanciamiento del sector público dificulta la disponibilidad de recursos y capacidades sanitarias para enfrentar la demanda asistencial y el cuidado de la salud de los trabajadores/as, por otra, las reglas del juego del mercado y la privatización del sistema de salud común y ocupacional distorsiona los incentivos a responder en base a prioridades sanitarias e incorpora la dimensión del lucro y la rentabilidad económica, observándose diversas precarizaciones de las condiciones labora-


les de los trabajadores/as, en particular del sector privado, afectando su capacidad de organización colectiva para el cuidado de su salud.

8. Los trabajadores/as de la salud proponen, para mejorar el cuidado de la salud ocupacional durante la pandemia por COVID-19, organizar de mejor manera las tareas y garantizar ritmos y tiempos de trabajo humanos para los equipos, se hace énfasis en mejorar la planificación y organización de las tareas, la generación de estrategias que permitan el descanso, descargar al personal de salud de tareas prescindibles y no prioritarias y mejorar el soporte psicoemocional de los trabajadores, así como capacitar de mejor forma al personal que ha sido contratado recientemente. En un nivel más general las propuestas hacen énfasis en la necesidad de intervenciones más estructurales que puedan mejorar la coordinación y articulación de las redes, los equipos de salud y fortalecer la participación de los trabajadores en los espacios de toma de decisiones.




INTRODUCCIÓN

[volver a índice](#)



“...yo lo conversé con muchas personas a mi alrededor que sentían que estábamos viviendo un mundo aparte, como un poquito una película apocalíptica, como que iba a lugares donde había muerte permanente y enfermedades permanentes...”

(Mujer/Trabajadora Social/Hospital de alta complejidad)



INTRODUCCIÓN

Los niveles de bienestar y seguridad que producen las políticas sociales, así como el grado de inequidad del mercado laboral tienen un impacto significativo y afectan sistemáticamente las expectativas de vida y la salud de las poblaciones y colectivos humanos (Benach et al., 2007; Muntaner et al., 2010). Esto ocurre por la exposición a riesgos para la salud que sufren las colectividades y por las vulnerabilidades diferenciales que se construyen a lo largo de la vida de las personas, en un proceso socio-histórico donde la configuración del fenómeno del trabajo es central en la distribución del prestigio y el poder, lo que determina en gran parte la producción social de inequidades sanitarias (Marmot et al., 2008).

La pandemia por COVID-19 no sólo ha aumentado significativamente la morbilidad y mortalidad de la poblaciones e incrementado la necesidad de oferta de recursos sanitarios a escala global, sino que además ha develado y profundizado la producción de desigualdades e inequidades en el mismo sector salud, poniendo a los trabajadores sanitarios en la primera línea de contacto con la enfermedad, la muerte y el sufrimiento que emerge de este fenómeno socio-sanitario aún en curso (Abedi et al., 2020; Martines et al., 2021). De esta forma, la pandemia ha afectado globalmente a trabajadoras y trabajadores de todos los sectores productivos, pero muy en particular al personal sanitario, que se ha visto envuelto en una alta tensión socio-emocional debido a la elevada presión asistencial

e incertidumbre producto de tener que enfrentar una nueva enfermedad de gran impacto sanitario (Bueno, 2021).

En el marco de la estrategia sanitaria para enfrentar la pandemia por SARS-CoV 2, se ha reportado que los técnicos y profesionales del sector salud son proporcionalmente más propensos a adquirir la infección y sus consecuencias. (Adams, 2020; Sahu, 2020). Lo anterior impacta de manera cualitativa y cuantitativa los procesos de trabajo, ambientes laborales e incluso en la vida personal y familiar de las y los trabajadores del sector salud, afectando el bienestar de las personas, particularmente de aquellos que trabajan en contacto directo con personas con Covid-19 (Shaukat, 2020). Gómez-Ochoa et al (2021) mediante una revisión sistemática de la literatura estimó la prevalencia de infección, por reacción en cadena de la polimerasa, en un 10% de la población trabajadora, siendo el personal de enfermería el que más frecuentemente se ve afectado (48%) e identificó una letalidad del 0,5% del total la población contagiada.

Escuchar la voz de los representantes de los trabajadores en las decisiones de salud y seguridad en el trabajo ha demostrado influir positiva y decisivamente en mejorar el diseño y la implementación de las iniciativas que pretenden proteger la salud de los trabajadores (Walters, 2005, 2006). En este mismo sentido, se han identificado condiciones de los sistemas de salud ocupacional que permiten un mejor

impacto de la opinión de los trabajadores en las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, las cuales están principalmente relacionadas con las características de los espacios donde se ejerce la participación, en las condiciones de fiscalización de las condiciones de trabajo y en el clima de relaciones laborales/industriales donde se llevan adelante las intervenciones (Biggins, 1991).

En este marco, por una parte, de tragedia e impacto sanitario de la pandemia en la salud de la población y en particular de los trabajadores/as sanitarios y por otra, de la valoración de la participación de los trabajadores/as en la comprensión de los problemas de salud ocupacional que los afectan y de su involucramiento en las soluciones, es que al alero de la Secretaría de Salud de la Central Única de Trabajadores (CUT) y el Departamento de Enfermería y el Programa de Salud Ocupacional de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, surge la iniciativa de construir colaborativamente un proyecto de "Monitoreo y Vigilancia social de las Condiciones Laborales y de Salud de los trabajadores/as Sanitarios en tiempos de COVID 19" que mediante una metodología de investigación acción participativa (IAP) se propuso conocer las condiciones de trabajo y de salud de los equipos de salud en tiempos de pandemia para recoger sus aprendizajes, y elaborar participativamente recomendaciones orientadas a mejorar sus condiciones de seguridad laboral y salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile.

El proyecto comenzó a forjarse a partir de marzo 2020 con ocasión de la llegada de la pandemia por COVID 19 a Chile, para cumplir inicialmente con la necesidad de las organizaciones síndico-gremiales del sector salud de conocer el impacto de la pandemia en los equipos de salud y de promover acciones para el mejoramiento de sus condiciones laborales, a partir de lo cual se decidió llevar a cabo una IAP, que pudiera asegurar la plena participación de las organizaciones y facilitar su apropiación de la temática y de las propuestas de soluciones. La IAP, de hecho, se caracteriza por dos elementos esenciales:

“transforma el papel de aquellos que usualmente participan como los sujetos de la investigación y los involucra como investigadores activos y agentes del cambio. En segundo lugar, implica desarrollar, implementar y reflexionar sobre las acciones como parte del proceso de investigación y generación de conocimiento. La investigación-acción participativa busca entender y mejorar el mundo al cambiarlo, pero lo hace de manera que aquellos afectados por los problemas actúen y produzcan colectivamente el cambio como un medio para un conocimiento nuevo” (Loewenson et al., 2014).

En línea con estas aspiraciones, a partir del mes de julio 2020 se tomaron iniciativas para involucrar a las 17 organizaciones pertenecientes a la Secretaría de Salud de la CUT y estructurar el trabajo en equipo, dotando al estudio de una institucionalidad que garantizara la participación de todos/as los involucrados/as, conformando diversos espacios de trabajo virtual y metodologías participativas de construcción de acuerdos, a partir de las cuales surgieron: un marco de objetivos por desarrollar; una forma democrática de organizar las conversaciones, los acuerdos y las responsabilidades; y un diseño mixto de comprensión y acercamiento a la vivencia de la pandemia por parte de los trabajadores/as sanitarios. De esta forma se desarrolló un estudio cualitativo que tuvo como objetivo comprender y caracterizar las vivencias y percepciones de los trabajadores/as sanitarios durante la pandemia por COVID 19, explorando la dinámica de los contagios, las estrategias de enfrentamiento y principales problemas, fortalezas y debilidades en el cuidado y protección de su salud en el trabajo y en paralelo se desarrolló e implementó una encuesta cuantitativa que buscó caracterizar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores/as, así como analizar la magnitud e impacto de estas condiciones en el marco de la pandemia por COVID-19, recolectando información hasta el día 31 de marzo del 2021.

Este informe busca entonces sistematizar los hallazgos y conclusiones elaboradas participativamente respecto de la explora-

ción mixta de la realidad de los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 y que emergen como parte de esta IAP aún en desarrollo. A continuación se presenta el marco metodológico del estu-


dio, sus resultados y conclusiones por cada componente metodológico y finalmente las conclusiones/reflexiones generales e integradas de los estudios.



MARCO METODOLÓGICO




[volver a índice](#)



“...la capacidad, el compromiso de los funcionarios de reinventarse, comprometerse con el paciente, de inventar distintas estrategias, superar el miedo, el pánico que tenían y concentrarse en el paciente que tenían ahí...”.

*(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/
Sector público).*



MARCO METODOLÓGICO

DISEÑO GENERAL PROYECTO PARTICIPATIVO

El diseño global de este proyecto corresponde al de una Investigación Acción Participativa (IAP), lo que implicó un proceso iterativo de identificación y análisis sistemático de problemas significativos para el colectivo, así como la planificación e implementación de acciones consideradas posibles y necesarias dado el contexto pandémico y la afectación de la salud de los trabajadores/as sanitarios.

En este marco, se implementaron tres espacios de toma colectiva y conjunta de decisiones: (i) un comité conductor bipartito conformado por representantes de la secretaría de la CUT y académicos de la Universidad de Chile cuyo objetivo fue definir los primeros objetivos de la experiencia y las primeras acciones para viabilizarlo¹; (ii) una plataforma participativa de trabajo, que sumó e integró a veinticinco dirigentes nacionales y territoriales de las distintas organizaciones asociadas a la secretaría de salud de la CUT², cuyo sentido fue ampliar la incorporación de actores síndico-gremiales y conformar un espacio decisorio de mayor

1. Un primer hito fue el seminario virtual internacional “Chile y Colombia compartiendo experiencias de protección de la salud de trabajadores/as de la salud en tiempos de COVID 19” en el cual se discutieron experiencias de colaboración entre academia y sindicatos. Aquí se dio difusión respecto de la intención de poner en marcha el estudio y se hizo un llamado a la participación voluntaria de dirigentes territoriales y trabajadores afiliados. En conjunto con el llamado de las organizaciones esta iniciativa permitió conformar un grupo de 25 dirigentes y trabajadores interesados (plataforma participativa).

2. Las 17 organizaciones agrupadas en la Secretaría son: FENATS nacional, FENATS unitaria, FENATS histórica, CONFENATS, CONAFUTECH, FENTESS, CONFEDPRUS, FENPRUSS, FENASENF, CONFUSAM, FEDASAP, FENFUSAP, ANEF, AFURED, FENAFAR, FENATRASSAP, FENNASAP.

amplitud y que al mismo tiempo viabilizara las actividades que emergieron del proyecto en el territorio nacional; y (iii) dos comités motores bipartitos de los componentes indagatorios del proyecto -estudio cuantitativo y cualitativo- que surgieron como las dos principales estrategias de vigilancia social. En cada uno de estos espacios el proceso de toma de decisiones se condujo en base a acuerdos generales, utilizando preferentemente la técnica del grupo nominal, constituyéndose progresivamente la plataforma participativa como el espacio principal para la presentación y validación de los acuerdos esenciales y para el avance del proyecto. De esta manera se trató de resguardar constantemente la validación colectiva de los avances de cada componente indagatorio y asegurar así un control compartido sobre los distintos pasos del estudio.

Este proceso de diálogo y colaboración, que duró casi un año, implicó la realización de reuniones virtuales semanales durante las cuales se acordaron los objetivos generales del proyecto, los ámbitos y preguntas de investigación y las dos estrategias a utilizar para indagar sobre la realidad socio-sanitaria de los trabajadores/as de la salud en pandemia. Estas fueron la realización de un estudio cuantitativo de corte transversal orientados a caracterizar la magnitud de impacto de la pandemia sobre las condiciones de trabajo y salud de los/as trabajadores/as sanitarios y una estrategia cualitativa orientada a explorar las vivencias, las fortalezas y debilidades del

cuidado de la salud de los trabajadores/as, así como las dinámicas percibidas de los contagios en el espacio de trabajo y sus propuesta para mejorar la forma de cuidar a los trabajadores.

COMPONENTE CUANTITATIVO

Se utilizó un diseño observacional, de corte transversal, analítico. Se diseñó y elaboró un cuestionario por la plataforma "Google forms", basada en grupos focales con integrantes clave, dirigentes síndico-gremiales y académicos de la Universidad de Chile. El instrumento constó de 4 secciones:

- Antecedentes generales de los trabajadores/as
- Exposición al riesgo en pandemia COVID-19
- Situación Laboral en pandemia
- Situación de Salud en Pandemia

Se realizó validación de contenido, validez de constructo y por juicio de expertos. Se realizó un pilotaje del instrumento para ajustar aquellas preguntas que fueron complejas de responder en una primera instancia. Se incluyó un consentimiento informado al iniciar la encuesta. El instrumento fue de carácter anónimo y voluntario. Se incluyeron preguntas de selección única, múltiple y en escala tipo Likert.

El enlace web de la encuesta fue distribuido por las organizaciones sindicales participantes, mediante sus dirigentes. El universo fueron los y los trabajadores asociados a estas organizaciones gremiales. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

Se incluyó un análisis descriptivo multivariado de las variables correspondientes a cada categoría de interés. Se reporta también, mediante regresión logística ordinal aquellos componentes que se vinculan con las respuestas de desgaste físico y desgaste emocional. En el modelo se incluyeron aquellas variables que teóricamente podrían relacionarse con desgaste físico y emocional, no sólo aquellas que resultan estadísticamente significativas. Los resultados del modelo se reportan con un nivel de significancia del 5% y con intervalos de confianza del 95%, ajustando por edad y género.

Los datos se obtuvieron de la plataforma "Google Forms", manejaron utilizando software Excel y se analizaron con STATA 14.

COMPONENTE CUALITATIVO

Se utilizó un diseño cualitativo, con enfoque fenomenológico, basado en grupos focales como técnica de producción de información cualitativa. Con el fin de velar por el carácter participativo del estudio se conformó un comité conductor bipartito compuesto por académicos y dirigentes quien tomó las decisiones estratégicas acerca del diseño, trabajo de campo y análisis de los resultados.

En este marco se construyó una muestra por conveniencia utilizando como criterios de heterogeneidad la participación de:

- trabajadores/as de la salud de los diversos niveles de atención de la red;
- dirigentes síndico-gremiales de distintas organizaciones del sector;

- trabajadores/as del sexo masculino y femenino;
- trabajadores/as de diversas regiones del país;
- trabajadores/as cumpliendo diversos roles en el equipo de salud;
- trabajadores/as pertenecientes a dos subsectores del sistema (público/privado).

Se contó con una pauta flexible de entrevista grupal que exploró: las vivencias de los trabajadores/as de la salud durante la pandemia por COVID -19; sus percepciones acerca de las fortalezas y debilidades en el cuidado de la salud de los trabajadores durante este período; y su percepción acerca de la dinámica de los contagios al interior del espacio de trabajo. Se indagó también acerca del rol cumplido por los gremios-sindicatos de salud, la percepción acerca del proceso de vacunación y sus propuestas para mejorar el cuidado de la salud de los trabajadores/as durante la pandemia por COVID -19.

La técnica de producción de información cualitativa fue el grupo focal, los que fueron realizados en formato virtual por la plataforma zoom. Los grupos focales se grabaron y se transcribieron. Luego fueron analizados con un enfoque de análisis de contenido narrativo por dos investigadores en paralelo, elaborando códigos y categorías progresivamente, siendo los resultados finales acordados mediante la reflexión colectiva y construcción de acuerdos de la totalidad del comité bipartito ad hoc.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se enmarca dentro de la metodologías de la investigación de las ciencias sociales que valoran la construcción colectiva de conocimiento y además valoran los aspecto políticos involucrados en la investigación, posicionándose entonces desde una epistemología crítica de las ciencias y diferenciándose del enfoque positivista tradicional en las investigaciones biomédicas. En este sentido la literatura promueve la necesidad de reflexionar en profundidad los aspectos éticos de esta investigaciones, si bien se reconocen también diferencias con la investigación biomédica con pacientes donde las disparidades de poder son parte sustantiva de las posibilidades de poner en riesgo la salud de los participantes (Tacsan, 2003) y en particular en las IAP donde las horizontalización de las relaciones entre investigador y participantes es parte sustantiva de su diseño y desarrollo (Cahill, 2007). En este sentido, en este acápite del informe daremos cuenta de los aspectos y resguardos éticos de la investigación orientada por estas particularidades.

El principio de respeto por las personas se vio reflejado en la voluntariedad de las organizaciones y trabajadores de participar de forma autónoma del estudio. Los apartados cualitativos y cuantitativos contaron con consentimiento informado para participar de la investigación, así como también se tomaron los considerandos y los cuidados con las grabaciones y transcripciones

para resguardar la total confidencialidad de la información. El principio de beneficencia tiene relación con utilizar los resultados de esta investigación en apoyo a las demandas de las y los trabajadores de la salud, con el fin de mejorar las condiciones laborales en el contexto de pandemia, en el caso de los grupos focales, se tuvo en consideración el apoyo psicoemocional en caso de ser necesario. El principio de justicia se tradujo en que todas las personas incluidas o no en las organizaciones tuvieron opción de participar, pues se hizo un llamado abierto, mediante plataformas digitales a vincularse a este proceso. Los resultados de este estudio serán entregados a las organizaciones participantes para los fines que ellos estimen convenientes.


Por otra parte, los requisitos de Ezekiel Emmanuel (Suarez, 2015) como valor científico, selección equitativa de las personas involucradas en la investigación, proporción riesgo beneficio y consentimiento informado han sido trabajados de forma transversal en este proceso. Este proyecto fue validado entre pares expertos, sin embargo dado que el proyecto se consideró una investigación acción participativa que indagó sobre aspectos sociales de la pandemia y no biomédicos o psicopatológicos de los trabajadores/as, no se consideró la revisión por parte de un comité de ética.



RESULTADOS




[volver a índice](#)



“...todos a honorarios, sin resguardo de nada, sin derecho a nada tampoco, sin derecho a su propia salud, entonces, con que le pasan un overol y una mascarilla, un escudo , una antiparras y anda atender, ósea eso yo creo que ha generado un alto estrés en los trabajadores”

*(Mujer/Técnico en enfermería/
Dirigenta APS).*



RESULTADOS

La evaluación sistemática del proceso participativo del proyecto aún está pendiente, a modo preliminar se puede decir que se ha construido una plataforma de trabajo colectivo regular entre representantes de organizaciones sindico-gremiales de la secretaría de la CUT y académicos/as de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que han planificado e implementado en conjunto dos estudios exploratorios acerca de la realidad social de los trabajadores de la salud durante la pandemia. Las decisiones de proceso se han tomado en la búsqueda de construcción de una gobernanza participativa del proyecto, definiendo espacios colectivamente y formas de toma de decisiones que valoran la deliberación y análisis conjunto de los problemas y la construcción de acuerdos colectivos para avanzar su implementación. Durante este proceso de IAP se han involucrado aproximadamente 30 dirigentes/as de la salud y 6 académicos/as. A continuación se presentan los resultados de los dos estudios emergentes –cuantitativo y cualitativo– de este proyecto de vigilancia social.

RESULTADOS COMPONENTE CUANTITATIVO

Hasta el día 31 de marzo del 2021, se recopilaron 4891 encuestas, de las cuales se analizaron 4872, pues son las que no presentaban valores atípicos en variables críticas (edad) y cumplían con 100% de completitud.

1. Antecedentes generales de las/los trabajadoras.

En este apartado, se describen características sociodemográficas, de las y los

trabajadores, como estamento o profesión, edad, género, lugar de procedencia, tipo de contrato y antigüedad laboral, con el fin de conocer cómo es la composición social de los trabajadores sanitarios actualmente.

1.1 Respuestas según estamento, edad y proporción de mujeres que respondieron la encuesta.

Tabla 1: Distribución según estamento, promedio de edad y porcentaje de mujeres.

Estamento	número	% del total	Promedio edad	% de Mujeres
Técnico en Enfermería	1649	33.8	39.0 años	85.39
Enfermera/o	812	16.66	38.3 años	86.21
Otra	271	5.56	44.0 años	66.05
Auxiliar en Salud	213	4.39	45.5 años	52.34
Kinesiólogo/a	206	4.23	36.8 años	56.80
Matrona/ón	207	4.25	42.0 años	90.34
Trabajador/a Social	178	3.65	41.2 años	82.58
Psicólogo/a	158	3.24	38.1 años	68.99
Administrador/a Público	274	5.62	43.6 años	80.29
Nutricionista	152	3.12	36.9 años	96.05
Odontólogo/a	142	2.91	35.9 años	73.24
Ingeniero/a	134	2.75	42.5 años	53.73
Médico/a	110	2.26	39.5 años	60.91
Tecnólogo/a Médico/a	101	2.07	37.3 años	66.34
Técnico en Odontología	82	1.68	37.4 años	93.90
Educadora de párvulos	52	1.07	42.0 años	100.00
Terapeuta Ocupacional	46	0.94	33.7 años	82.61
Químico Farmacéutico/a	38	0.78	39.8 años	81.58
Fonoaudiólogo/a	23	0.47	34.1 años	69.57
Contador Auditor	12	0.25	50.0 años	50.00
Profesor/a	12	0.25	38.9 años	66.67
Total	4872	100	39.7 años	79.27

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla N°1, de un total de 4872 encuestas analizadas, la mayor parte proviene del estamento de Enfermería, principalmente el grupo de los “Técnicos de Enfermería”, representando más de un tercio del total de respuestas (33,8%) seguido de “Enfermera/o (16.6%). Otras profesiones de la salud como auxiliares, matronas/es, kinesiólogos/as, trabajadores sociales y médicos/as, tuvieron una representación entre un 2,2 y un 4.9 %. Existió también representación de trabajadores del sector salud no vinculados a “carreras de la salud” como administradores públicos, ingenieros/as.

Como indica la tabla 1 el promedio de edad de las personas fue de 39.7 años y la mayor representación la tuvo el grupo de trabajadores jóvenes entre 29-39 años con un 46.3% (Tabla N°2). Respecto a la distribución por sexo el 79.2% de la muestra está conformada por mujeres. Dentro de los estamentos que mayor proporción de mujeres respondieron fueron las educadoras de párvulos (100%), Nutricionistas (96%) Técnicos en odontología (93.9%) y Matronas/os(90.3%).

Tabla 2: Distribución por grupos de edad de personas que respondieron la encuesta.

Grupo edad	Número	Porcentaje	Frecuencia acumulada
18-28	493	10.12	10.12
29-39	2,260	46.39	56.51
40-49	1,187	24.36	80.87
50-59	725	14.88	95.75
60 y más	207	4.25	100.00
Total	4,872	100.00	

Fuente: Elaboración propia.

1.2 Caracterización de las respuestas según el nivel de atención de salud o lugar de trabajo.

Tabla 3: Distribución de trabajadoras y trabajadores que respondieron la encuesta según lugar de atención.

Tipo de establecimiento	Porcentaje
Atención primaria	57.57 %
Atención Terciaria	37.33%
Atención Secundaria	1.57%
Ministerio de Salud	1.8%
CENABAST/ISP/SEREMI	0.95%
Servicio de Salud	1.24 %
Universidad/ Centro de Formación Técnica	0.35 %
Otro	0.08 %

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas provinieron del sector público y privado de salud. Para efectos de este informe, se indican las respuestas según el nivel de atención en salud. La mayor proporción de respuestas se obtuvo de

establecimientos de atención primaria 57.5 % y el 37.3% provino de hospitales, clínicas o institutos. Es importante mencionar que también participaron trabajadores/as del nivel central de salud.

1.3. Distribución de las respuestas según región de trabajo

Tabla 4: Distribución de personas que respondieron la encuesta según lugar/región de trabajo.

Región	Porcentaje respuestas
Arica y Parinacota	2.01 %
Tarapacá	3.6%
Antofagasta	4.17%
Atacama	0.96%
Coquimbo	14.21%
Valparaíso	10.63%
Metropolitana de Santiago	19.75%
Del Libertador General Bernardo O'Higgins	1.77%
Del Maule	10.82%
Del Ñuble	2.73%
Del Bío Bío	9.05%
La Araucanía	9.36%
Los Ríos	0.55%
Los Lagos	6.41%
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	3.00%
Magallanes y la Antártica Chilena	1.42%

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al alcance de la encuesta a nivel nacional, se puede observar en la tabla N°4, que existe proporcionalidad en el número de respuestas para las 16 regiones de nues-

tro país. La Región Metropolitana concentró la mayor proporción de respuestas 19.7%, luego la región de Coquimbo (14.2%) y la región del Maule (10.8%).

1.4. Principal tipo de contrato de las y los trabajadores declarado durante el periodo de la Pandemia.

Tabla 5: Distribución de trabajadoras y trabajadores según tipo de contrato.

Tipo de contrato	Porcentaje %
Contrata / Plazo fijo	49,7%
Planta / contrato indefinido	42,1%
Honorarios	5,5%
Reemplazo	1,9%
Código del trabajo	0,8%
Independiente	0,0%

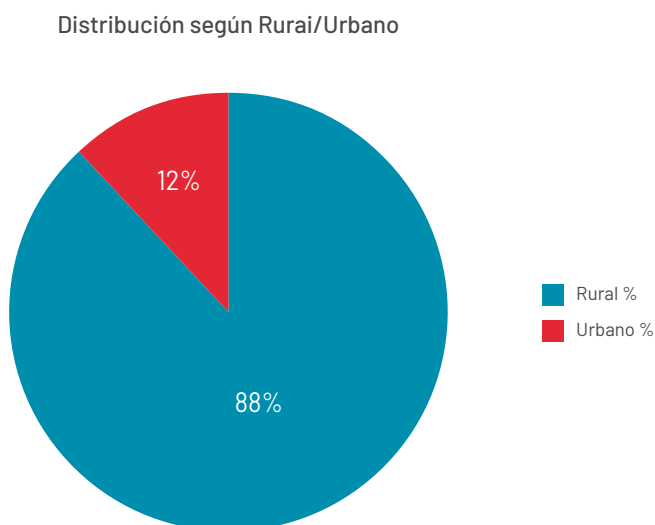
Fuente: Elaboración propia.

Como se indica en la tabla N°5, la mayor parte de las y los trabajadores que respondieron poseen “contrata/plazo fijo” (49.7%), seguido por la categoría de “planta/contrato indefinido”. La representación de personas que trabajan a honorarios es 5.5%. A pesar

de que las y los trabajadores indican que existe un alto porcentaje de personal de salud a honorarios, es posible que éstos no se hayan visto representados “de la mejor forma”, debido al tipo de muestreo empleado.

1.5. Zona de trabajo según distribución rural o urbana

Gráfico 1: Distribución de respuestas según zona /urbano



Fuente: Elaboración propia.

Como se indica en el gráfico 1, el 88% de las respuestas provinieron del sector urbano y el 12% del sector rural.

1.6. Antigüedad laboral total y actual según grupos de edad.

Tabla N°6: Promedios de antigüedad total y actual según grupos de edad.

Grupo edad	Promedio antigüedad total	Promedio antigüedad actual
18-28	3.9 años	3.0
29-39	8.6 años	6.2
40-49	16.4 años	11.5
50-59	25.0 años	17.5
60 y más	32.0 años	21.4
Total	13.47	9.56

Fuente: Elaboración propia.

El promedio de años de antigüedad laboral total fue de 13.4 años y la antigüedad actual en promedio fue de 9.5 años, para todas las categorías técnicas y profesionales. Es relevante mencionar que el 8.1 % de las personas tiene 1 año o menos de antigüedad laboral en su actual trabajo.

2. Exposición al riesgo en Pandemia Covid-19

En este ítem, se valora la exposición al riesgo biológico entre e intra-estamentos profe-

sionales y técnicos, el uso de Elementos de Protección Personal y sus características percibidas, así como también sobre la capacitación recibida para esta nueva enfermedad por SARS CoV2.

2.1. Respecto del auto-reporte de COVID-19, el 14.14% respondió que había sido diagnosticado como COVID-19 (+) desde que empezó la pandemia hasta el 31 de Marzo. En la siguiente tabla se puede visualizar el porcentaje de auto reporte de COVID-19, por estamento, dentro de cada estamento y edad promedio de las personas que auto reportan infección por SARS-CoV 2.

Tabla N°6: Proporción de auto reporte de COVID-19 dentro de cada estamento, proporción de auto reporte de COVID-19 del total de trabajadores según estamento y edad promedio.

Estamento	% Autoreporte COVID (+) dentro del mismo estamento	% de Autoreporte dentro del total de personas encuestadas	Promedio edad
Técnico en Enfermería	19.6	44.5	36.8 años
Enfermera/o	15.5	18.3	36.1años
Otra	12.8	4.8	41.9 años
Auxiliar en Salud	21.03	6.5	44.8años
Kinesiólogo/a	8.7	2.6	35.4 años
Matrona/ón	8.2	2.4	37.0años
Trabajador/a Social	7.3	1.8	38.0 años
Psicólogo/a	10.3	2.3	40.7 años
Administrador/a Público	12.0	4.7	43.0 años
Nutricionista	14.4	3.1	37.7 años
Odontólogo/a	2.8	0.6	36.0 años
Ingeniero/a	7.4	1.45	39.7 años
Médico/a	17.2	1.76	39.0 años
Tecnólogo/a Médico/a	4.9	0.7	43.4 años
Técnico en Odontología	10.9	1.3	34.3 años
Educadora de párvulos	3.8	0.2	32.0 años
Terapeuta Ocupacional	8.7	0.5	37.6 años
Químico Farmacéutico/a	7.8	0.4	39.8 años
Fonoaudiólogo/a	0	0	-
Contador Auditor	25	0.4	52.6 años
Profesor/a	0	0	-
Total	14.14%	100%	39.75 años

Fuente: Elaboración propia.

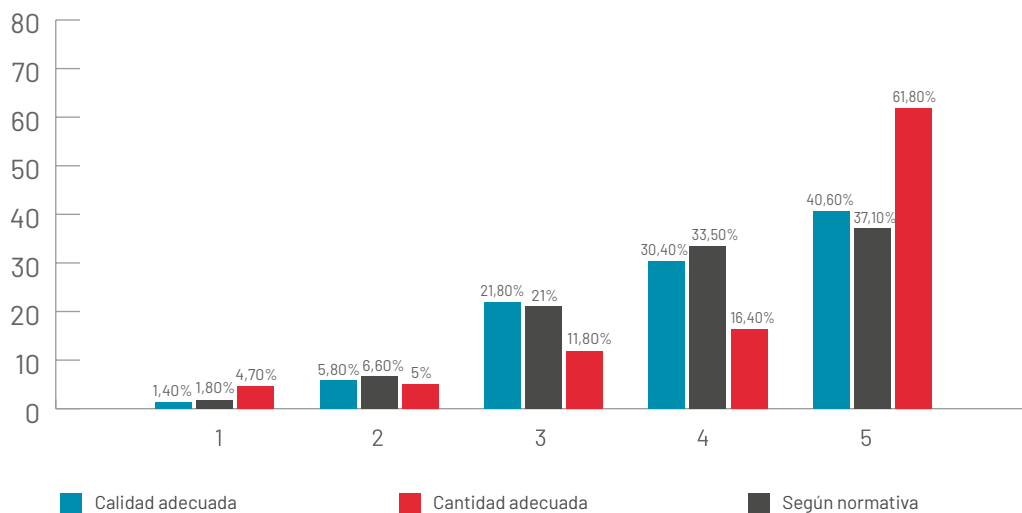
Según la tabla, los estamentos que han declarado en mayor proporción auto-reporte de COVID-19 son los Técnicos en Enfermería (se incluyen todos los técnicos), Enfermeras/os y Auxiliares de Salud dentro

de todo el grupo. Si se analiza cada grupo de forma individual, el mayor auto-reporte de COVID-19 se concentra en los auxiliares de salud, técnicos de enfermería, médicos y enfermeras/os.

2.2. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP)

Gráfico N°2: Porcentaje de personas que manifiestan tener Elementos de protección Personal (EPP) en Calidad, Cantidad adecuada y uso de acuerdo a la normativa vigente, en una escala Likert del 1 al 5; 1 significa totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

Nivel de uso de Elementos de Protección Personal (EPP) según diferentes características



Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia que las personas en su mayoría manifiestan tener EPP en calidad y cantidad adecuada, así como el uso de acuerdo a las normativas. Positivamente, más de la mitad de las personas tiene buenas evaluacio-

nes sobre los EPP. En términos generales menos del 10% está “muy en desacuerdo” o “en desacuerdo” con tener EPP en calidad y cantidad adecuada y según normativa.

Tabla N°4: Personas que reportan tener capacitación sobre COVID-19 y uso correcto de EPP y proporción de personas que reportan tener trato clínico directo con personas COVID+.

	Atención directa a personas COVID-19(+)(54.7%)	Sin atención directa a personas COVID-19(+)(45.3%)
No recibió capacitación (27.35%)	61.4 %*	38.5%
Si recibió capacitación (72.7%)	52.3 %	47.7 %

*p<0.05 Fuente: Elaboración propia.

En términos globales, el 54.7% trabaja en atención directa con pacientes COVID-19(+), de ellas el 61.4%, es decir más de la mitad, no recibió capacitación sobre COVID-19 y uso de EPP, esas diferencias son estadísticamente significativas. Es importante resaltar que el 72.7% recibió capacitación, sin embargo es necesario dirigir los esfuerzos principalmente a aquellos trabajadores que realizan atención directa con personas COVID+.

3. Situación laboral en pandemia

En este apartado, se realiza una descripción sobre la situación de trabajo de los/las trabajadores sanitarios durante la pandemia. Se incluyen elementos como

realización de horas extras, reconversión de tareas y cambios en el sistema de turnos. También se incluye la proporción de personas que han realizado teletrabajo y las condiciones percibidas de éste. Además se visualizan aspectos de gestión en la toma de decisiones y confianza para con el trabajo en la pandemia.

3.1. Caracterización de la jornada laboral durante la Pandemia COVID-19.

A continuación se presenta la proporción de personas que indican que han realizado horas extraordinarias a las habituales, así como quienes han reconvertido sus tareas y/ o su sistema de turnos según estamento.

Tabla N° 8: Caracterización de la jornada laboral en pandemia de acuerdo a la proporción de personas que han realizado horas extras, reconvertido sus labores habituales y sistema de turno según estamento.

Estamento	Número	% Si ha hecho horas extras	% Si han reconvertido sus tareas	% Si han cambiado sistema de turno
Técnico en Enfermería	1649	59.2	84.7	77.9
Enfermera/o	812	79.2	87.5	75.9
Otra	271	48.7	78.2	64.5
Auxiliar en Salud	213	69.6	86.9	82.2
Kinesiólogo/a	206	58.2	90.7	68.4
Matrona/ón	207	49.7	88.4	74.4
Trabajador/a Social	178	43.8	89.3	65.1
Psicólogo/a	158	48.7	87.9	63.2
Administrador/a Público	274	47.4	75.1	61.8
Nutricionista	152	50	90.1	69.7
Odontólogo/a	142	46.4	96.4	81.6
Ingeniero/a	134	60.4	69.4	49.2
Médico/a	110	72.7	93.6	69.0
Tecnólogo/a Médico/a	101	57.4	74.2	69.3
Técnico en Odontología	82	23.1	80.4	78.0
Educadora de párvulos	52	32.6	90.3	61.5
Terapeuta Ocupacional	46	52.1	100	65.2
Químico Farmacéutico/a	38	71.0	84.2	50
Fonoaudiólogo/a	23	39.1	78.2	39.1
Contador Auditor	12	58.3	66.7	58.3
Profesor/a	12	33.3	83.3	66.7
Total	4872	59.02	85.2	72.6

Fuente: Elaboración propia.

Más del 59% de los trabajadores han realizado horas extras, destacando sobre el promedio, enfermeras, médicos, ingenieros, auxiliares de salud y técnicos en enfermería. Sobre la reconversión de tareas el 85.2% de todos los estamentos lo ha hecho, destacando sobre la media; terapeutas ocupacionales (todos los que respondieron), odontólogos y nutricionistas. Respecto al cambio en el sistema de turnos, el 72.6% de las y los trabajadores ha

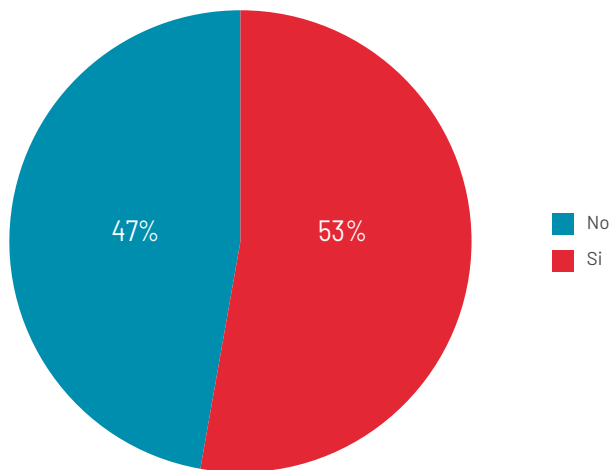
debido realizar turnos en sistemas de rotación que antes no hacían como 24 horas de trabajo y 3 días libres en el ámbito de la atención cerrada y trabajos por semanas en los sistemas de salud ambulatoria.

3.2. Teletrabajo y condiciones para realizarlo

Se realizó una valoración de la aseveración “He tenido las condiciones en el hogar que permiten realizar un buen tele-trabajo”

Gráfico N° 3: Proporción de trabajadoras y trabajadores que han realizado teletrabajo.

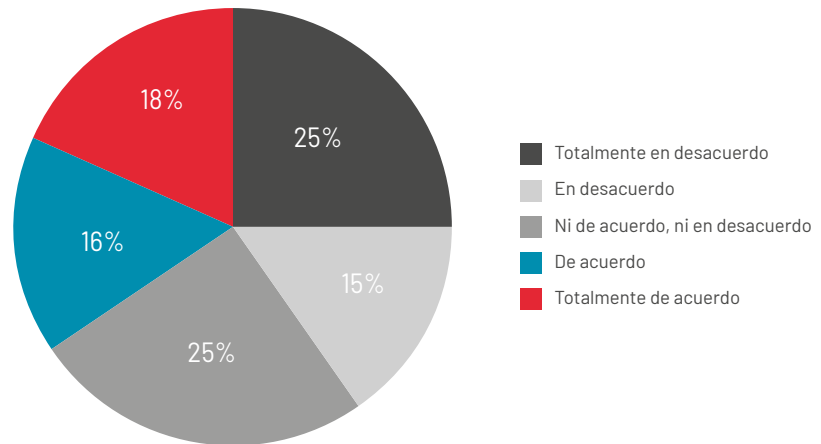
Proporción trabajadoras/res que han realizado teletrabajo



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°4: Proporción de respuestas relacionadas a las condiciones en el hogar para realizar teletrabajo.

He tenido las condiciones en el hogar que permiten realizar un buen teletrabajo



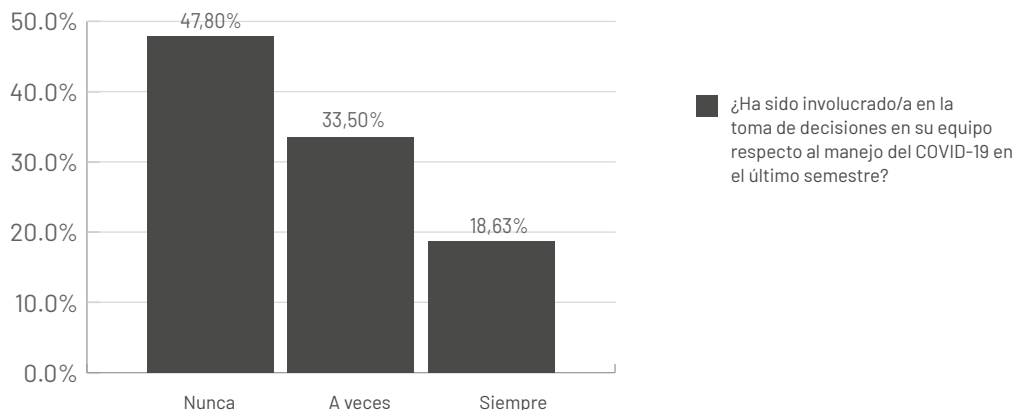
Fuente: Elaboración propia.

Respecto al teletrabajo y sus condiciones para realizarlo en los trabajadores del sector salud, se evidencia que de la muestra seleccionada el 53% realizó labores telemáticas desde su hogar, con un grado variable de condiciones que permiten realizar un buen teletrabajo entre los encuestados.

Un 40% de las personas está en desacuerdo de tener condiciones en el hogar que le permitan realizar un buen teletrabajo, contribuyendo a la precarización de las condiciones de trabajo en este sector.

3.3. Gestión y trabajo en equipo

Gráfico N°5: Proporción de personas que indican que han sido involucradas en la toma de decisiones según frecuencia.

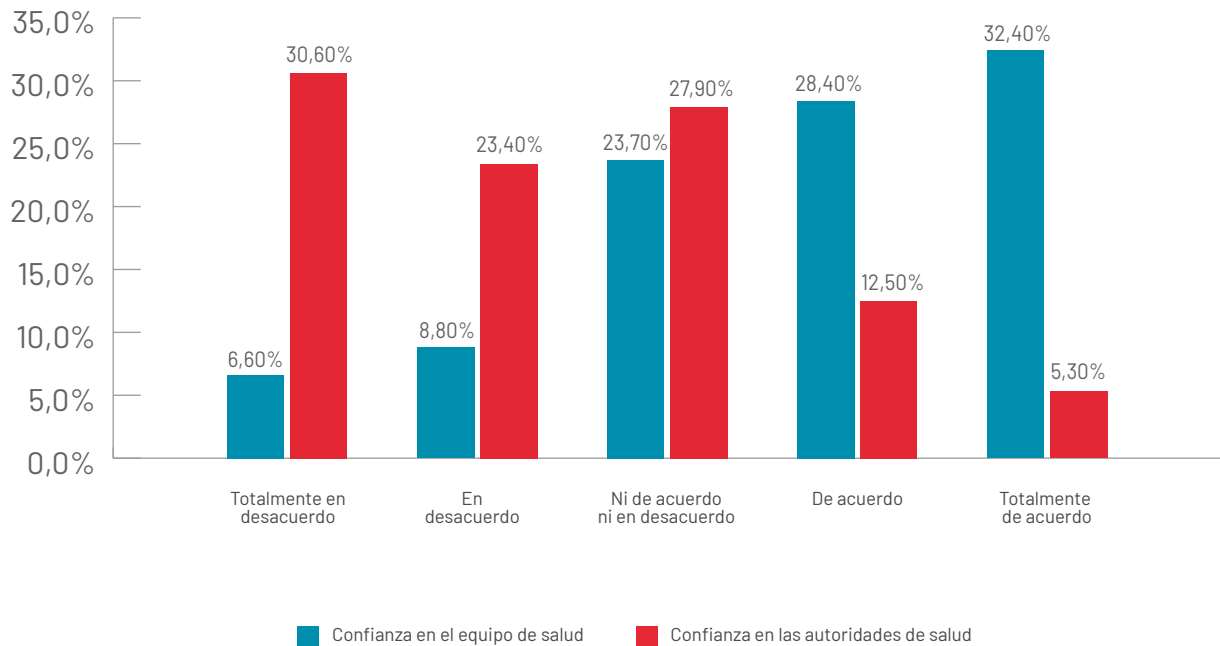


Fuente: Elaboración propia.

En referencia a la gestión de la pandemia en sus diferentes niveles de atención, así como niveles de toma de decisiones, la mayor parte (47.8%) de las personas declara que nunca ha sido involucrada en la toma de decisiones en su equipo en el último semestre. Casi un tercio (33.5%) declara que a veces ha sido tomado/a en cuenta. Solamente el 18.6% declara "siempre".

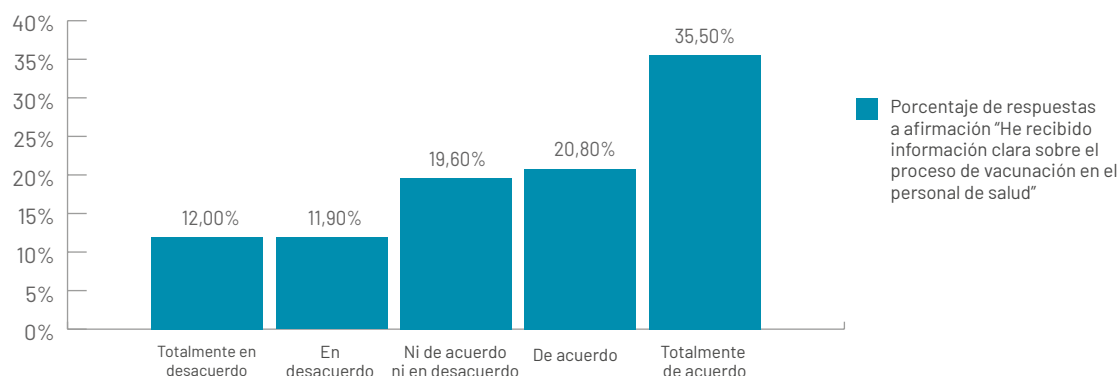
Como se ve en la figura N°7, la confianza en la autoridad y en los propios equipos de salud es diferente. La mayor proporción de personas demuestra tener mayor confianza con sus equipos (color azul); el 60.8% contesta "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo". Lo contrario ocurre con la confianza en las autoridades un 54.5% responde como totalmente en desacuerdo o en desacuerdo.

Gráfico N°6: Proporción de personas que refieren tener confianza en las autoridades y en el propio equipo de trabajo.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°7: Proporción de personas que han recibido información clara sobre el proceso de vacunación en el personal de salud, según categorías de acuerdo.



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la pregunta sobre si ha recibido información clara sobre el proceso de vacunación, destaca que la mayor parte de las y los trabajadores sanitarios han recibido información este tipo de conocimientos.

4.1. Secuelas, licencias médicas y doble cuidado en trabajadoras y trabajadores

Las principales secuelas reportadas por trabajadoras y trabajadores de un total de 689 personas que declararon haber tenido diagnóstico médico de COVID-19 se detallan en la tabla N°9.

4. Situación de Salud en Pandemia

Tabla N°9: Principales secuelas por COVID-19 reportadas por las y los trabajadores que han tenido diagnóstico de coronavirus.

Secuela	Frecuencia	Proporción
Pérdida de olfato	245	35,6%
Pérdida de gusto	195	28,3%
Secuelas Pulmonares	158	22,9%
Problemas de Memoria	157	22,8%
Alopecia	118	17,1%
Secuelas Cardíacas	55	8,0%
Ansiedad/ insomnio/angustia	17	2,5%
Síndrome post UCI	10	1,5%
Depresión	4	0,6%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°10: Licencias médicas que considera salud mental asociada a pandemia reportadas por grupos de edad y género.

Grupo edad	Porcentaje Licencia Médica asociada a salud mental		
	Femenino	Masculino	No binario/prefiero no decir
18-28	15.4%	15.7%	0%
29-39	21.8	17.6	28.5%
40-49	20.8%	12.2%	25%
50-59	19.0%	13.9%	33.3%
60 y más	16.7%	17.1%	0%
Total	20.3%*	15.6%	25.9%

P= 0.003 Fuente: Elaboración propia; Fuente de información "Encuesta de situación laboral de funcionarios y funcionarias del sector salud en Chile"

Existen diferencias significativas en la proporción de personas que refieren tener licencia médica asociada a salud mental en este periodo según género. En relación con

los grupos de edad, la mayor proporción en el grupo de 29-39 años. Destaca un 33.3% en el grupo identificado como no binario/prefiero no decir en el rango de 50-59 años.

Tabla N°11: Distribución de trabajadoras y trabajadores que declaran que ha aumentado el cuidado de hijos y/o familiares durante la pandemia según género.

Género	Si Aumentó cuidado hijos o familiares %
Hombre	85.8 %
Mujer	90.5* %
No binario / prefiero no decir	89.4 %

Fuente: Elaboración propia; Fuente de información "Encuesta de situación laboral de funcionarios y funcionarias del sector salud en Chile" *P<0.05

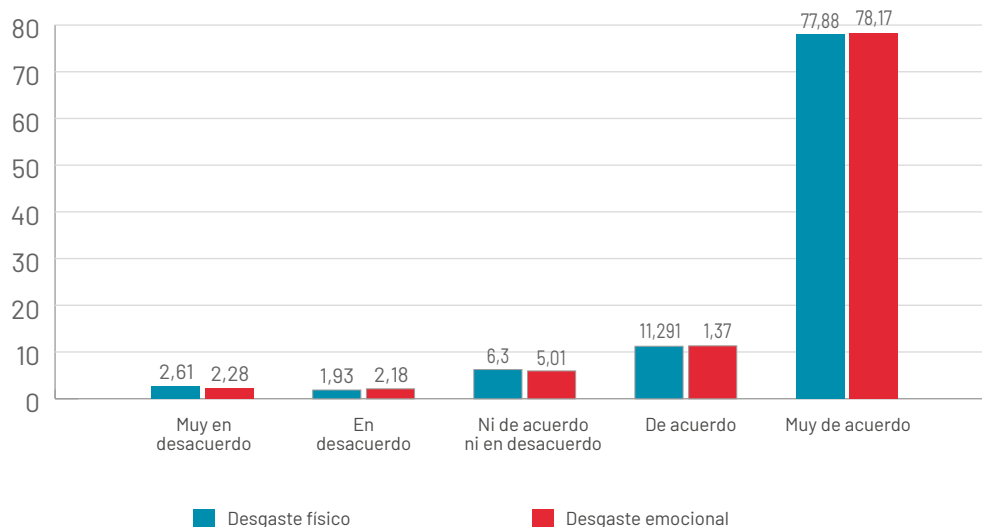
Respecto al cuidado de hijos y/o familiares, existen diferencias significativas entre géneros, siendo mayor la proporción de

mujeres que refieren que ha aumentado el cuidado dentro del hogar durante la pandemia.

4.2. Desgaste Físico y Desgaste Emocional

Gráfico N°8: Distribución de trabajadoras/os que manifiestan diferente grado de acuerdo con sentir desgaste emocional y desgaste físico en los últimos 3 meses.

Proporción (%) global, sensación de desgaste físico y desgaste emocional en los últimos 3 meses

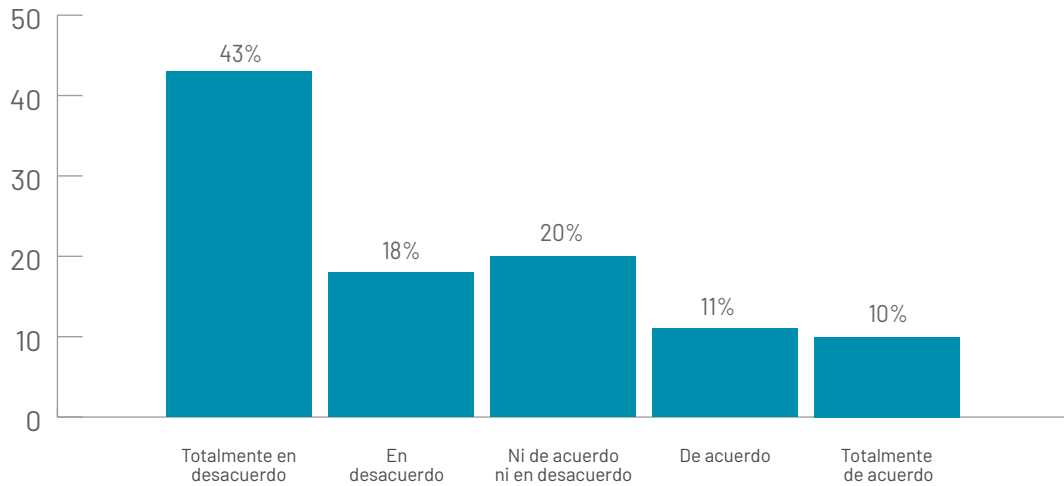


Fuente: Elaboración propia.

Frente a las preguntas para calificar el nivel de desgaste físico y emocional ¿Qué tan de acuerdo se siente con la siguiente aseveración? “He tenido sensación de desgaste físico durante los últimos 3 meses” y “He

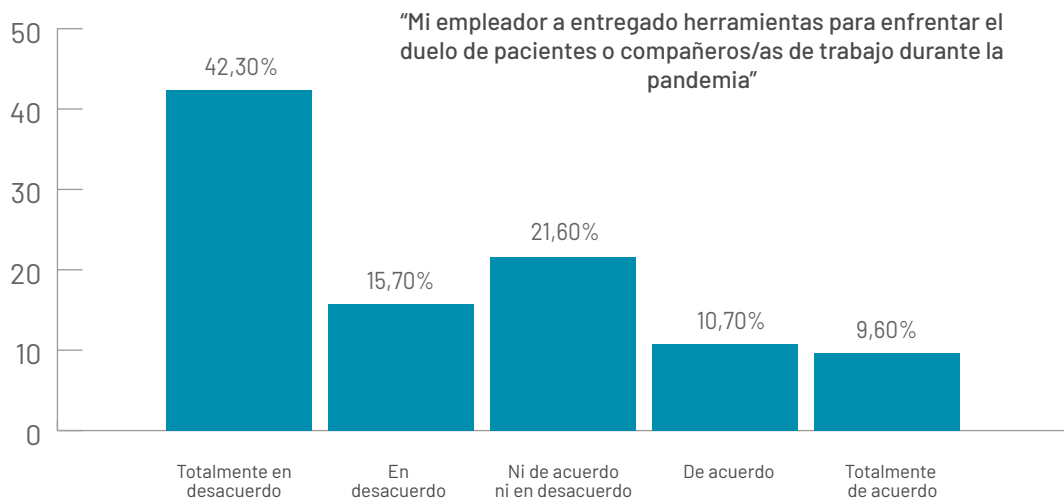
tenido sensación de desgaste emocional durante los últimos 3 meses”; Sobre el 89% responde estar de “acuerdo” o “muy de acuerdo” con la aseveración para ambos tipos de desgaste.

Gráfico N°9: Proporción de personas que declaran tener apoyo profesional por parte del empleador para enfrentar situaciones de sobrecarga laboral o emocional, según respuestas en escala Likert del 1 al 5.



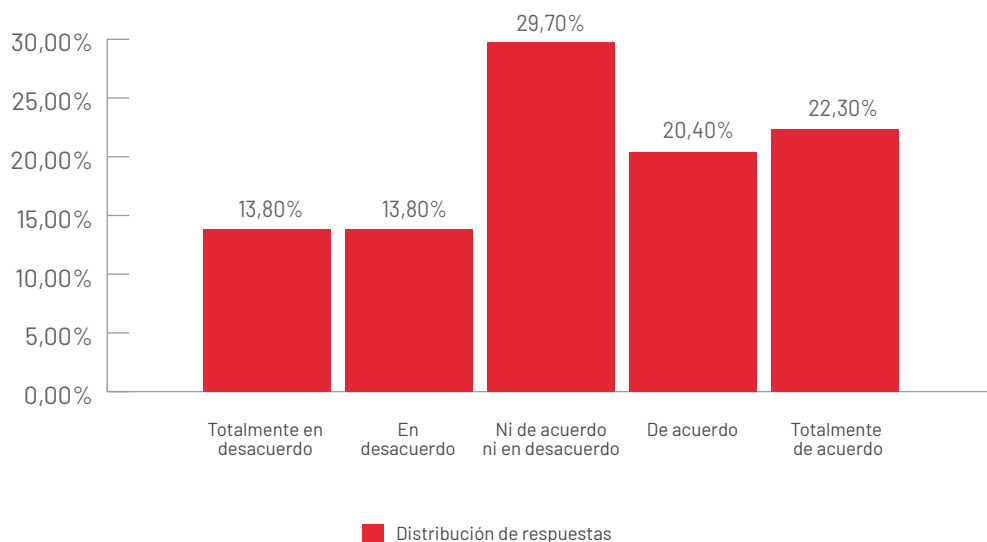
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 10: Proporción de personas que responden según nivel de acuerdo a la aseveración “Mi empleador ha otorgado herramientas para enfrentar el duelo de pacientes o compañeros de trabajo durante la pandemia”



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°11: Proporción de personas que se encuentran de acuerdo con la aseveración “Me siento preparado/a para continuar trabajando en un escenario de aumento de casos COVID-19”



Fuente: Elaboración propia.

De los gráficos anteriores, se puede resumir que la mayor parte de las/los encuestados están en desacuerdo con la aseveración sobre apoyo profesional por parte del empleador. Referente a un evento traumático como lo es el duelo, que se vive diariamente en nuestro país por el COVID-19, resulta alarmante la cifra que indica que el 42.3% y el 15.7% manifiestan que el empleador no les ha entregado herramientas de apoyo en duelo.

5. Análisis de las respuestas sobre el desgaste físico y emocional, en relación a variables de situación de empleo.

Se utilizó un modelo de regresión logístico multinomial con la variable “Desgaste físico” y “Desgaste emocional” como variables dependientes, ambas se categorizan en 5 niveles. Para estimar la asociación entre las variables de respuesta y las variables predictoras se utilizó el nivel 1 de “Desgaste físico” y “Desgaste emocional” como nivel de comparación. Se presentan los coeficientes de regresión, expresados en riesgo relativo para una mejor interpretación.

Tabla 12: Coeficientes de regresión expresados en RR para desgaste físico mediante regresión logística ordinal.

Desgaste Físico	(nivel 2)	(nivel 3)	(nivel 4)	(nivel 5)
Confianza en el equipo				
En desacuerdo	1.35	1.74	2.35	0.97
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5.46	5.81*	5.50*	2.32*
De acuerdo	5.19*	6.21*	8.74*	2.13*
Muy de acuerdo	3.88	0.77	4.39*	1.26
Confianza en las autoridades				
En desacuerdo	1.52	1.43	1.61	1.09
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2.77*	3.94*	4.03*	1.95*
De acuerdo	2.00	3.21*	2.91*	1.32
Muy de acuerdo	0.90	1.01	0.61	0.09
Involucrado en toma de decisiones				
a veces	1.15	1.81*	1.52	1.64*
siempre	0.78	2.22*	1.44	2.09*
Horas extras	0.84	0.88	1.05	1.86*
Reconversión de tareas	0.71	0.25	0.94	1.63*
Capacitación en Covid19	0.79	0.25	0.92	0.82
Cambio en el sistema de turno	0.76	0.88	0.88	1.01
Apoyo profesional por parte del empleador	0.81	0.73	0.89	0.57*
Edad	0.46	0.71	0.39	0.23*
Género (mujer)	0.96	1.17	1.07	1.16
Constante /R2	0.35/0.078	0.33	0.73	11.42

* p <0.05 Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13: Coeficientes de regresión expresados en RR para desgaste emocional mediante regresión logística ordinal.

Desgaste Emocional	(nivel 2)	(nivel 3)	(nivel 4)	(nivel 5)
Confianza en el equipo				
En desacuerdo	3.17	2.20	5.66*	1.57
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0.04	2.49	5.44*	1.39
De acuerdo	3.81	5.84*	14.27*	2.20
Muy de acuerdo	2.56	2.20	4.93*	0.91
Confianza en las autoridades				
En desacuerdo	3.23*	1.86	2.24*	1.41
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4.95*	4.96*	3.96*	2.21*
De acuerdo	3.22*	4.71*	3.22*	1.51
Muy de acuerdo	2.47	0.95	0.68	0.31*
Involucrado en toma de decisiones				
a veces	2.19*	1.67	2.34*	2.06*
siempre	1.8	1.86	1.92*	2.50*
horas extras	0.74	0.75	0.93	1.41
Reconversión de tareas	0.89	1.86	1.16	1.85*
Capacitación en Covid19	0.88	0.80	0.99	0.77
Cambio en el sistema de turno	0.66	0.55	0.73	0.75
Apoyo profesional por parte del empleador	0.78	0.91	1.14	0.68
Edad	0.96	0.76	0.79*	0.72*
Género (mujer)	1.00	0.92	0.95	1.25
Constante /R2	0.25	1.78	0.76	31.45

* p <0.05 Fuente: Elaboración propia.

Para la respuesta de desgaste físico, se interpreta que existen variables que se asocian de forma estadísticamente significativa con los diferentes niveles en que este se midió (escala del 1 al 5). Se observa que la confianza en los propios equipos de trabajo se asocia con menores niveles de desgaste físico en términos generales. Es importante mencionar que realizar horas extras, así como reconvertir las tareas en el trabajo, se asocia al nivel más alto de desgaste físico autorreportado. Otros factores como el

apoyo profesional por parte del empleador se vinculan como un factor protector de desgaste físico en la muestra estudiada. En relación al desgaste emocional, la reconversión de tareas se asocian con el mayor nivel de este componente y la confianza en las autoridades de salud, aparece como un factor protector para tener el mayor nivel de desgaste emocional, es decir, es muy importante tener confianza en las autoridades para prevenir este tipo de desgaste.

RESULTADOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

Se realizaron un total de seis grupos focales durante noviembre del 2020 y enero del 2021 en las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, Biobío, La Araucanía, con un total de treinta y dos (32) participantes (22 mujeres y 10 hombres). Los participantes fueron: médicos/as, enfermeras/os, técnicos/as paramédicos/as, administrativos/as, kinesiólogos/as, asistentes sociales, trabajadores/as sociales, del sector público y privado de salud, de hospitales y centros de APS, dirigentes síndico/gremiales, así como profesionales de las SEREMIS de Salud y del Ministerio de Salud.

A continuación se presentan los resultados por área de exploración

A. Principales vivencias de los trabajadores durante la Pandemia por COVID-19

De la incredulidad al miedo, la incertidumbre y la preocupación por los otros/as

Frente al progresivo desarrollo global de la pandemia por COVID-19 durante los meses de febrero y marzo 2020, los trabajadores/as de la salud muestran inicialmente una cierta incredulidad respecto de las posibilidades reales de afectación local y de que un fenómeno que se había originado en territorios tan lejanos pudiese efectivamente llegar en nuestro país:

“Entonces que empezó en China, en Japón en todos esos países que están muy lejos de nuestro país y yo personalmente pensaba, “no creo que llegue el bicho acá si estamos tan lejos”, era casi impensable lo que iba pasar...”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector privado)

“...yo creo que lo que más nos pilló también (...) es verlo todo lejano, verlo todo como si estuviera pasando en la tele y claro cuando estaba en esa situación nadie está preparado para esto...”
(Hombre/Kinesiólogo/Hospital alta complejidad)

Una vez que la rápida y virulenta difusión del COVID 19 rompe el velo de inicial incredulidad, la experiencia diaria de los trabajadores de la salud está marcada por el miedo, la incerti-

dumbre y las inseguridades, gatilladas por diversos motivos y situaciones a las que se ven expuestos/as por la pandemia y que pone en cuestión el sentido de su trabajo y las posibilidades de equilibrarlos con sus responsabilidades familiares:

“...yo lo conversé con muchas personas a mi alrededor que sentían que estábamos viviendo un mundo aparte, como un poquito una película apocalíptica, como que iba a lugares donde había muerte permanente y enfermedades permanentes...”
(Mujer/Trabajadora Social/Hospital de alta complejidad)

“...mucha gente de las que trabajamos en salud, yo creo que se tuvieron que enfrentar también a cuestionárselo todo, a cuestionarse los modelos, como dice ahí, a cuestionarse también como estamos funcionando, a cuestionarse efectivamente si tengo que priorizar mi trabajo o mi familia, que para muchos tuvo que ser decisión, dejar de ver a sus hijos, dejar de ver a gente...a sus padres, gente que pudiera estar en grupo de riesgo y por quedarse en la casa en el fondo...”
(Mujer/Trabajadora Social/Hospital de alta complejidad)

Uno de los miedos centrales de los trabajadores/as de la salud proviene desde el temor al contagio, a las consecuencias de la infección y a la falta de información y desconocimiento de cómo enfrentar y prevenir la enfermedad:

“Yo creo que el sentimiento que más nos invadía era la preocupación, el miedo, llegaba una paciente COVID y todos sentían, es feo que lo diga, pero un poco de rechazo, nadie quería entrar, decíamos “Ya tu entra, yo entro a la otra”, no sé, había mucho miedo, y creo que igual con el paso del tiempo, quizá se ha normalizado un poco más y ya tenemos más EPP y ahora no es tanto el miedo como en un comienzo, pero yo recuerdo el sentimiento de los primeros días”
(Mujer/Enfermera/Hospital mediana complejidad).

“Había miedo, pánico, desconocimiento de cómo íbamos afrontar esa situación como equipo, como trabajo, como hospital, qué íbamos hacer cuando nos llegara el primer caso que un día decían “no si tienen que usar esto”, al otro día que “no tienen que usar esto” ...”
(Hombre/Enfermero/Dirigente/ Sector Público)

Esta situación de caos emocional y angustia crecía al darse cuenta que día tras día muchos colegas se iban con licencia por estar contagiados por COVID y sobre todo al verlos hospitalizados y en riesgo de vida:

• *“Tuvimos uno de nuestros compañeros de trabajo conectado en ventilación mecánica (...) la pasamos mal porque era nuestro compañero, estábamos todos pendientes de él y fue difícil ver algo, un caso como de más cerca, en estado grave porque estuvo intubado como 20 días”*
• *(Mujer/Enfermera/Hospital de baja complejidad).*

Por otra parte, en algunos casos, al miedo de perder la vida por contagiarse se acompaña un sentimiento de culpa por faltar y no poder cumplir con el trabajo:

• *“...en el tema laboral tuvieron que salir todos los turnos porque la mitad de los funcionarios estaban contagiados (...) eso fue como lo más... lo más complicado, además de sentir como la preocupación y de sentir ese sentimiento de culpa que obviamente que yo se que no es mi culpa, pero uno siempre piensa que quizás algo se hizo mal, que porqué ocurrió esto, entonces esa sensación de culpa de que obviamente el hospital se había quedado sin ningún turno de trabajo, sin personal de trabajo”*
• *(Mujer/Enfermera/Hospital de baja complejidad).*

El miedo y la culpa se multiplicaban además por la preocupación de poder contagiar a sus propias familias

• *“...incluso las colegas cuando entraban con las primeras pacientes COVID...lloraban, lloraban de miedo porque, bueno, ponían en riesgo a sus familias a sus hijos.”*
• *(Mujer/Enfermera/Hospital mediana complejidad).*

La relación con las familias es un aspecto particularmente sensible para la gran mayoría de los participantes del estudio ya que la pandemia impacta de forma disruptiva, obligando a cambios repentinos en las relaciones y a dolorosos alejamientos y distancias. Algunas trabajadoras cuentan lo difícil de quitar el lado más afectivo y corporal a las relaciones con los hijos:

“Entonces el abrazo, el sentir el abrazo de ellos, para nosotros nos afecta también, yo trato de no tener mucho vínculo con ello, luego del trabajo, me ducho y trato de no estar con ellos y luego, no saludarlos con un beso en la cara, para que no se vayan a contaminar y es fome, son adolescentes y me imagino la gente que tiene niños chicos, que tiene bebés que también no pueden hacer lo mismo...”
(Mujer/TENS/ Hospital Privado).

Algunas trabajadoras toman la decisión de mandar a las hijas a lugares más protegidos de posibles contagios. Otros trabajadores deciden alejarse de la casa y pasar un largo tiempo en otra residencia:

“Lo más complicado por decirlo, fue que yo tuve, en el ámbito personal estoy hablando, tuve que tomar la decisión de separarme de mis hijas. Tengo 2 hijas que son profesionales, una de ellas es médico y la otra es enfermera, y tengo otras gemelas, yo me tuve que separar de mis gemelas, enviarlas a vivir con el papá...”
(Mujer/TENS/UPC).

“...tomar decisiones impactantes como haberme ido a una residencia laboral por 2 meses lejos de mi familia para protegernos (...) Fue un remezón enorme estar lejos de mi familia (...) incluso tuve una crisis emocional y tuve que tener apoyo psicológico porque se me juntaron muchas cosas...”
(Hombre/Terapeuta ocupacional/Hospital alta complejidad).

Junto con estas tensiones que se vinculan prevalentemente a aspectos íntimos y personales de la sensibilidad de los trabajadores, existe toda una serie de aspectos que provocan miedo, angustia e incertidumbre y que dicen relación con aspectos más institucionales de su experiencia. Una importante fuente de miedo, por ejemplo, son las precarias condiciones de empleo que caracterizan a una parte de los trabajadores/as del sector y que significan concretamente miedo a perder el empleo o a no poder contar con el sostén de la seguridad social:

“...los honorarios, los reemplazos, los honorarios permanentes, los honorarios no permanentes, de ellos escuche mucho, mucho, mucho esta sensación de angustia también, de que si te enfermabas también quedabas como muy a la deriva (...) tenían miedo a no tener derecho a licencias, no tener derecho a reposo, a que eso significara recorte de contrato...”
(Mujer/Trabajadora social/Hospital de alta complejidad)

Al mismo tiempo, las precarias condiciones de empleo significaban una mayor desprotección frente al contagio en el lugar de trabajo, lo que aumentaba las dificultades y la angustia:

“...todos a honorarios, sin resguardo de nada, sin derecho a nada tampoco, sin derecho a su propia salud, entonces, con que le pasan un overol y una mascarilla, un escudo, una antiparras y anda atender, ósea eso yo creo que ha generado un alto estrés en los trabajadores”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/APS).

Por otro lado, los trabajadores asocian la confusión, la inseguridad y el miedo con la mala comunicación y el mal manejo de información mostrado por el gobierno. Algunos denuncian su reiterado ocultamiento de información respecto del número real de los trabajadores contagiados, otros la falta de información respecto de protocolos a aplicar, mientras que todos en general lamentan una profunda desconexión e incapacidad para comprender la realidad concreta que estaba atravesando el sector salud:

“...o sea uno veía al Presidente, al ministro que estaba todo controlado (...) y uno veía la realidad de las estadísticas que daban ellos y eran totalmente distintas, como acá nosotros en la Araucanía fuimos los primeros brotes, ellos daban unas indicaciones y unas cifras que no se semejaban con la realidad que uno estaba viviendo.”
(Mujer/Asistente social/Dirigenta APS).

Otra cara de la mala comunicación por parte de las autoridades tiene que ver, según los entrevistados, con la incongruencia de los anuncios y los constantes cambios en las medidas que había que tomar:

“...habían medidas que se tomaban un día y a la semana siguiente esas medidas estaban malas y cambiaban las normas y que “no ahora no se puede hacer esto” o que “Sí, se puedo hacer esto otro” y “No, lo otro estaba malo” o sea estuvimos dos meses haciendo las cosas mal o un mes haciendo las cosas mal y ahora nos dicen que con los estudios tenemos que usar escudo facial chuta!”
(Hombre/Kinesiólogo/Hospital de mediana complejidad).

En los grupos focales es además muy difundida la percepción de que parte del miedo y la incertidumbre son fruto de las fuertes tensiones que la pandemia produce sobre la organización de las tareas y los procesos de trabajo de los equipos de salud. La presión por modificar sus funciones y tareas, así como la necesidad de cubrir la ausencia de mucho personal de salud por licencias asociadas a COVID 19, genera un estrés emocional significativo a muchos de los trabajadores/as de la salud:

“...cuando uno toma esta profesión, uno elige en que servicio le gustaría trabajar ya siendo en pediatría o con pacientes oncológicos, entonces la gente se tuvo que reinventar psicológicamente, forzadamente, no por su gusto, entonces fue ‘un daño emocional interno’ que uno tenía que luchar porque sabía que era en beneficio del paciente y que además podría ser un pariente tuyo, tu vecino, tu hijo...”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector privado).

La pandemia rediseña el normal funcionamiento de los equipos y los expone a situaciones de incertidumbre que se tornan angustiosas por no poder planificar el donde, como y cuando de su actividad:

“...angustioso un poco donde volver a trabajar, donde reubicarnos (...) porque sumado a la pandemia, sumado al miedo de contagio (...) se suma a que no sabes dónde vas a realizar tu actividad...”
(Mujer/Asistente social/Hospital mediana complejidad).

A estos cambios repentinos de funciones se acompañan también las fuertes e inéditas dificultades que los mismos trabajadores experimentan en la comunicación con sus propios colegas debidos a la cantidad e incomodidad de los elementos de protección personal (EPP) que tenían que utilizar durante el trabajo.

“...nosotros estamos vestidos hasta los ojos y cuando uno necesita algo (...) tenemos que estar haciendo señales que te entiendan que necesitamos, no sé, una tela, que necesitamos algo, porque no pueden estar los elementos dentro...”
(Hombre/Enfermero/Dirigente/Sector público)

En las palabras de este dirigente se percibe claramente una situación en la cual los canales tradicionales de comunicación interpersonal están bloqueados y los equipos de salud no tienen herramientas adecuadas para enfrentar de manera satisfactoria este problema:

“...nadie nos enseñó estos nuevos códigos como de guiñar un ojo o de que te escuchan porque cuando uno está con dos mascarillas, el escudo facial, hablar... nadie te escucha, cuando estábamos en una reanimación y necesitábamos algo y alguien tenía con una pizarra escribir y pasarla por la ventana para que los otros se enteraran lo que nosotros necesitábamos...”
(Hombre/Enfermero/Dirigente/Sector público).

A estas tensiones organizacionales se suman además las dificultades debidas al ingreso de personal nuevo de reemplazo sin experiencia y que había que capacitar completamente, lo que constituía una fuerte carga adicional para los equipos de salud:

“...fácilmente el 80% es personal nuevo, colegas recién egresados (...) que no tenían muchas veces la experiencia, entonces era un desgaste estar atendiendo, manejando pacientes complejos y a la vez estar orientando a nueva gente (...) entonces muchas veces nosotros teníamos que llevarnos, la pega de cuidar, mantener, entregar cuidados de enfermería y por otro lado educar y orientar a la otra gente (...) ha sido desgastante ese tema.”
(Hombre/Enfermero/UCI Hospital mediana complejidad).

El agotamiento y la impotencia

Junto con el miedo, otra vivencia dominante entre los trabajadores y trabajadoras participantes del estudio es el cansancio y agotamiento extremo producto de las nuevas exigencias en los turnos de trabajo. Las modificaciones de los sistemas de turno y la exigencia de cumplir con turnos de 24 horas, en el contexto previamente descrito, es una experiencia que impacta significativamente en la carga física y emocional asociada al trabajo:

“...nos cambiaron a turno de 24, también por lo mismo para evitar y para pasar mayor parte con el paciente y evitar mayores contagios a lo mejor con los otros turnos, teníamos 24 por dos libres e imagínate cumplir, inclusive tuvimos una reunión con los gremios para poder volver a los turnos normales ya porque fue fatal, era mucho el agotamiento estar 24 horas ahí con el paciente...”
(Hombre/Enfermero/Hospital mediana complejidad).

El estrés y sobrecarga derivados de esta situación aumentaban en aquellos casos donde los nuevos turnos de 24 horas se juntaban con la necesaria licencia y salida de personal con patologías crónicas:

“...en el hospital la mayoría de las matronas o personal que tenía más edad o patologías crónicas se fueron a las casas, entonces eso significó que muchos de nosotros teníamos que repetirnos muchas veces a pesar de tener turnos 24 horas y 3 días libres, los 3 días libres los trabajábamos igual, porque o había alguien que estaba en cuarentena, había alguien que estaba digamos, afuera por alguna patología crónica, entonces nosotros al final esos días los teníamos que ir a trabajar igual y había mucho cansancio, mucho agotamiento.”
(Mujer/Enfermera/Hospital mediana complejidad).

En este ámbito las trabajadoras representan el grupo más afectado, debido a las tradicionales divisiones de género del trabajo productivo y reproductivo que caracteriza nuestra sociedad.

“..sobre todo (...) para las compañeras ya que tenían que dejar su familia, sus hijos, entendiéndolo que también se cerraron todos los que son jardines infantiles, la sala cuna y eso significaba un desgaste emocional también grande para ellas...”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector público).

En los grupos focales que se llevaron a cabo es posible también identificar de manera bastante recurrente una cierta sensación de impotencia vividas por los equipos de salud al no ser capaces de responder a las necesidades sociales y de salud de las personas, esta percepción emerge con mucha claridad en los grupos focales cuando los entrevistados/as se encuentran viviendo una gran demanda asistencial producto de la situación epidemiológica del COVID-19:

“...no tenemos la respuesta para todos (...) nos hemos percibido quedar brazos cruzados por no tener soluciones por gente que estaba agobiada, apremiada, para saber qué estaba pasando con su familia...”
(Mujer/Profesional/SEREMI de Salud).

Este complejo panorama de vivencias lleva a los trabajadores del sector a dos reflexiones. Por un lado reconocen que estas no son casuales sino que son el fruto de una falta de preparación de fondo del sistema y de los equipos de salud para enfrentar la pandemia y sus consecuencias:

“...es decir una falta de preparación del punto de vista clínico, emocional y social frente a una catástrofe sanitaria...”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta /Sector público)

“...Falta de preparación, encuentro que las autoridades en general, me refiero desde el Presidente de la República hacia abajo, no vieron este problema con una visión de futuro, vieron como que estaba en Asia y acá nunca iba a llegar o que iba a llegar tal vez el otro año, estuvieron demasiado relajados encuentro yo y realmente no se prepararon y no nos prepararon para enfrentar esta pandemia, luego hasta el día de hoy, en las alturas que estamos en estos tiempos sigue habiendo una improvisación permanente en todo ámbito... en todo ámbito...”
(Mujer/TENS/UPC).

La tragedia de la muerte y sus huellas en los trabajadores/as

Dentro de todo este panorama de afectación emocional y preocupaciones descrito hasta el momento, sin embargo, hay una vivencia que parece tener un lugar muy significativo en la experiencia de los equipos de salud durante la pandemia y que dice relación con el impacto de la muerte y los daños emocionales asociados. Los grupos focales permiten recordar el impacto emocional y la dificultad, por parte de los trabajadores de la salud, para lidiar y enfrentar la muerte en sus lugares de trabajo, debido en parte a su masividad y cercanía pero también por la imposibilidad de respetar los rituales necesarios para elaborar el duelo por parte de las familias:

"...aquí nos pasó que se murieron pacientes y al final la última palabra o el último saludo se lo dabas tu o la despedida y solamente le hacías una video llamada, es tan potente esa cuestión cuando sabes que el paciente se va a morir y tú tienes que conectarlo con una video llamada para que la mamá o el hijo se despidan, porque tampoco podían entrar, entonces el daño emocional que tuvo el personal de salud fue súper potente en ese aspecto..."

(Mujer/Técnico en enfermería/Sector privado).

"...cómo le explico yo al que su mamá se despidió y estaba viva y se la van a entregar en una bolsa que ni siquiera la van a poder abrir, ni siquiera van a poder cerrar la etapa del duelo, ni siquiera la van a poder ver, ni siquiera van a poder cerrar el ciclo y quedar con la duda si realmente era ella o no era ella..."

(Hombre/Enfermero/Dirigente/Sector público).

La pandemia parece transgredir hasta los más sentidos actos de respeto humano frente a una persona fallecida, y esto genera cicatrices profundas en los entrevistados/as:

"Es algo que yo nunca voy a olvidar fue tener que, al momento de tener que ingresar un cadáver y meterlo en la bolsa mortuoria, tener que sellarlo, tener que desinfectarlo (...) me sentí como una contradicción tremenda, de verdad que yo sentí como que estaba ayudando a ocultar un crimen, de verdad, eso sentí y me da mucha pena de que tenga que ser así, de no poder ni siquiera retirarle los elementos invasivos que tenía la persona por qué qué hace uno en esos casos, uno le retira todo, trata al cadáver con respeto, piensa en su familia que no lo van a poder ver nunca más, nunca más, o sea, saber que uno fue la última persona que lo vio, eso me

••••• *tiene mal hasta el día de hoy y evito volver a vivir ese momento”*
(Mujer/TENS/UPC).

Algunas excepcionales malas experiencias con la comunidad

Finalmente, los grupos focales permiten identificar otros tipos de vivencias respecto del tipo de relaciones que los equipos de salud perciben tener con el resto de la comunidad, entendiendo con ello las personas con la que se relacionan caminando por la calle, yendo a comprar o los vecinos. Se encuentran en algunos casos percepciones negativas debidas a la molestia manifestada por la comunidad por identificar a los trabajadores de salud como fuente de posible contagio:

••••• *“...no se po’ compañeros que dicen “Es que justo fui a la notaría a hacer un trámite y cuando me dijeron ¿Dónde trabaja?” “Yo soy TENS” ¡Ah no! Le empezaron a tirar casi el cloro encima para no atenderla y sacarla luego...”*
(Mujer/Técnico en enfermería/APS).

Los fiscalizadores de los SEREMIs también relatan sufrir agresiones verbales y físicas durante las fiscalizaciones, lo que afecta notablemente su bienestar:

••••• *“...nuestros fiscalizadores todos los días son agredidos físicamente, verbalmente (...) bueno también no has echado autos encima, a nuestros fiscalizadores eh, bueno aparte de todos los improperios que nos dicen día a día...”*
(Mujer/Enfermera/SEREMI Salud)

Sin embargo estas percepciones negativas quedan limitadas a algunos casos aislados. Más presente en los grupos focales es la constatación de que durante la pandemia se ha experimentado una mejoría de la valoración social de los trabajadores de la salud.

••••• *“...está como más validado, antes pucha el funcionario era el flojo, era pucha como mal mirado, ahora yo siento que hemos salido favorecidos porque la gente le ha dado la importancia a la Salud Pública y al funcionario de la salud el rol que se merece, que ha sido sacar adelante la pandemia y ponerle el hombro a la salud pública...”*
(Hombre/Enfermero/Dirigente/Sector público).

B. Fortalezas en el cuidado de la salud de los trabajadores/as

El compromiso, compañerismo y la cohesión de los equipos de salud

Para hacer frente a estas difíciles vivencias, y al sufrimiento que de ellas deriva, los y las trabajadoras relatan haber encontrado fuerza y apoyo en sus mismos colegas y compañeros de trabajo. De los grupos focales se desprende una dinámica general que la pandemia puso en marcha y que dice relación con la cohesión, el trabajo en equipo, la ayuda recíproca que permiten sobrellevar las dificultades:

“salió como a flote la solidaridad, solidaridad, el compañerismo entre nosotros, de tratar de si, chuta, “si yo veo que tú te cuidas yo también” o “tú no tienes mascarilla yo te presto una”, “no tienes pechera yo te presto, me la devuelves, vemos como nos arreglamos”, tratando de una u otra forma que todos tengamos nuestras EPP y nosotros (...) igual somos medias conflictivas entre nosotras, entre todas, pero lo bueno de toda esta pandemia es que hemos logrado unirnos, hemos logrado trabajar en equipo”
(Mujer/Enfermera/APS)

Se trata de una dinámica que sorprende hasta a las dirigentas con más años de experiencia en el sector:

“eso es un sentido de pertenencia increíble que yo de todos los años que tengo nunca lo había visto, de repente uno lo ve, pero lo ve en forma ocasional con los equipos, pero hoy día ver el equipo general, todos coaccionado por una misma función eso es realmente gratificante” (Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector público).

En el fondo, en estas observaciones se vislumbra un orgullo colectivo que se organiza y se expresa frente a la inoperancia de las autoridades y que en el capítulo siguiente será más ampliamente tratado:

“Se despreocuparon de los funcionarios que finalmente si no es por esta organización que tenemos (...) finalmente fue cuidándonos entre nosotros no más no desde el Ministerio” (Hombre/Terapeuta ocupacional/Hospital alta complejidad).

En la percepción de los participantes del estudio, este espacio de autocuidado colectivo generado por los equipos de salud constituye el pilar esencial sobre el cual ha sido posible generar la respuesta del sistema de salud a la pandemia. Son nuevamente los y las trabajadoras de salud que, cohesionados frente a las dificultades, pueden desplegar un compromiso humano y profesional que ha sido capaz de garantizar atención a los pacientes y el funcionamiento del sistema.

“...aunque hayamos 3 o 4 trabajando (...) unimos esa fuerza para sacar a los pacientes adelante, si faltan enfermeras, por ejemplo, tratamos de alguna forma de suplir esa falta, si falta un médico lo apoyamos en lo que podemos, hemos tenido a veces turnos en que hemos quedado cortos de médicos, sacando adelante a todos los pacientes de la unidad en UTI, UCI y PC, y ahí les estamos dando apoyo, cuando lo vemos que ya no puede más de agotado los mandamos a descansar, “vaya a descansar, cualquier cosa le avisamos” y así nos apoyamos...”
(Mujer/TENS/UPC).

“...la capacidad, el compromiso de los funcionarios de reinventarse, comprometerse con el paciente, de inventar distintas estrategias, superar el miedo, el pánico que tenían y concentrarse en el paciente que tenían ahí po’, que fuera una mejor atención, lo más humanizada posible...”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector público).

Se trata de un compromiso no solamente profesional sino algo que parte desde los fundamentos más profundos de su vocación de trabajador/a del sector salud, un compromiso con el paciente visto en su dimensión más humana:

“...entonces yo creo que la humanidad que tiene el personal de salud es distinto a lo que uno piensa (...) yo creo que uno para curar a una persona, primero tiene que tener amor por lo que hace, yo digo que tiene que tener amor al prójimo también (...) yo creo que el personal de salud tiene una humanidad tremenda, tremenda que aquí se vio porque sabían nuestros compañeros que en algún momento se iban a contagiar, podrían haber pedido licencia anticipada, pedido por cualquier motivo, por estrés, psiquiátrica y hubo gente que estuvo toda la pandemia en pie, tratando de sanar a los enfermos”.
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigente/Sector privado).

Este compromiso se manifiesta también en aquellas ocasiones en que era necesario para los trabajadores “salirse de los protocolos” para garantizar una atención adecuada:

“...la vocación de servicio, la empatía frente a la situación que está viviendo el paciente y también su familia, porque hay muchos de nuestros compañeros que hicieron excepciones, saliéndose de los protocolos cuando veían una situación que pasaba de la normalidad”.

(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector público)

La capacidad de respuesta autónoma de los equipos de salud y su búsqueda por aprender y participar

En este sentido, los grupos focales coinciden en la idea que otra de las fortalezas que han hecho posible una respuesta adecuada del sistema a la pandemia han sido las reacciones y estrategias emprendidas autónomamente por los equipos de salud. Esta respuesta autónoma se dio a nivel local, en un contexto de ausencia de directrices nacionales por parte de gobierno y autoridades:

“...cuando el ministerio no dio protocolo, como que los equipos empezaron a sacar protocolos, (...) yo por ejemplo estoy en el comité de ética del Hospital y (...) veíamos las noticias de la famosa última cama en Europa y era como ‘antes de que nos llegue’, mientras nos llegaba empezábamos a ver ya rápidamente teníamos que crear formas, crear procesos, crear protocolos...”

(Mujer/Trabajadora social/Hospital de alta complejidad)

La proactividad de los equipos se manifiesta así en la generación de muchas iniciativas tales como protocolos, guías, diseños de los flujos de atención, disposición de servicios de transporte especial para el personal de salud:

“...por lo menos en el hospital nosotros también tuvimos buses de acercamiento que igual nos protegía de alguna forma de las personas que tenían que usar transporte público.”

(Mujer/Matrona/Hospital alta complejidad).

“...en nuestro caso, nosotros dividimos el CESFAM en dos líneas de funcionamiento, por un lado, están los sospechosos respiratorios, que mediante un tamizaje al ingreso eran segregados y los no respiratorios, entonces los pacientes con sospecha respiratoria, entraban a un box, nosotros entrábamos con los EPP (...) y cuando ese paciente salía (...) ese box era sanitizado y ese proceso era, en el fondo, un aseo clínico que lo hacía un TENS, el manejo de las pruebas era efectuado por TENS, eran retirados por TENS, eran acoplados en la sala de pruebas por un TENS, en eso no participaron los auxiliares de servicio, porque nos parecía que era una prestación profesionalizada, digamos, igual era justamente de disminuir esos riesgos...”
(Hombre/Médico/APS).

Esta capacidad de respuesta autónoma se dio especialmente en la atención primaria:

“...la APS hemos estado dispuestos desde el primer día, donde yo trabajo el primer día cuando empezamos con los casos positivos (...) cambiamos todas las funciones de nuestros compañeros, adaptamos SAPUs respiratorios para hacer la separación, que la gente no se contagiaran más, inventamos...hemos inventado de todo, que en la gran mayoría de las comunas han inventado de todo como APS, a las pocas semanas, yo creo empezamos hacer la trazabilidad como se nos ocurrió hacer la trazabilidad, a tratar de educar a la gente de acuerdo a lo que nosotros tenemos como APS.”
(Mujer/Asistente social/Dirigenta/APS).

Los grupos focales evidencian que es en el nivel de la atención primaria donde se dieron más posibilidades para los trabajadores de participar en el diseño de su trabajo, en la definición de los espacios y de los tiempos, lo que finalmente garantizó para los equipos mayores posibilidades para manejar el estrés y la ansiedad:

“...nosotros (...) médicos y otros funcionarios participamos en la articulación de nuestro modelo de gestión de la atención, entonces cada uno de nosotros participó en el diseño de los flujos de atención, entonces (...) yo creo que eso nos ayudó a todos en términos de proponer nuestras miradas sobre seguridad, eso fue súper importante, nosotros partimos más o menos a finales de marzo con nuestro modelo de trabajo, de manera de que tuvimos tiempo para afinarlo, la segregación de los funcionarios en realidad, nos permitió tener espacios más cómodos, nos permitió definir turnos para los almuerzos por ejemplo, (...) nadie se queda sin comer, esa fue una acción fundamental.”

(Hombre/Médico /APS).

“...porque yo tengo esta sensación que haber participado en el diseño del trabajo, nos ayudó bastante a manejar la ansiedad...”

(Hombre/Médico/APS).

En la generación de estas respuestas locales a veces los grupos focales reconocen el rol de los Servicios de salud. En algunos casos, de hecho, los participantes relatan la experiencia positiva de algunas direcciones de servicios que supieron mediar exitosamente entre los errores del Ministerio de Salud y las necesidades concretas del territorio local:

“...los directores de servicios actuaron de una u otra manera bien, porque ellos tuvieron que vérselas como en el terreno y poder ver estrategias incluso a veces en contra de lo que decía el Ministerio, porque ellos son los que están en las regiones y son los que ven las realidades, Ministerio decía una cosa y ellos tenían que hacer otra, porque no era en realidad lo que correspondía a cada servicio.”

(Mujer/Asistente social/Dirigenta/APS).

En último, es interesante registrar que algunos participantes visualicen una última fortaleza en la oportunidad para nuevos aprendizajes que le otorgó la pandemia. Obligados por una contingencia dura y dolorosa, algunos trabajadores reconocen haber aprendido competencias nuevas para su desarrollo profesional:

“...hace poquito que estoy egresada, yo egrese el año pasado de mi carrera, entonces como fortaleza me dio como más seguridad el hecho de la atención en la urgencia y con mis compañeras igual trabajar en equipo (...) entonces nos preparó más mentalmente y nos supimos preparar también en conocimiento y reforzamos hartas cosas.”
(Mujer/Técnico en enfermería/APS).

Mientras que otros destacan que la pandemia ha significado un aprendizaje colectivo para los equipos en vista de futuras emergencias:

“...la experiencia que hemos tenido en esto los equipos es súper grande, o sea, no sé po, llega haber una pandemia con una letalidad mayor por lo menos a algo le vamos achuntar desde el inicio, espero, entonces yo creo que para los equipos ha sido un aprendizaje muy, muy potente”
(Hombre/Médico/APS).

C. Debilidades en el cuidado de la salud de los trabajadores/as

Las fallas en el soporte institucional para el cuidado de la salud en el trabajo

Numerosos son los elementos que los/as participantes mencionan a la hora de identificar las debilidades que contribuyeron a afectar la salud de los/as trabajadoras de la salud. En un inicio, los protagonistas relatan que uno de los factores que mayormente pusieron en peligro su salud fue, en un principio de la pandemia, la escasez de EPP.

“...en cuanto a las EPP, en un comienzo, teníamos una mascarilla para un turno de 12 horas, no teníamos delantales desechables, los guantes se fueron súper rápido, después empezaron a dar más mascarillas y también se iban súper rápido, en cuanto a las N95, ni pensarlo en un comienzo...”
(Mujer/Enfermera/Hospital mediana complejidad).

Sumándose a las vivencias relatadas anteriormente, la imposibilidad de contar con los EPP adecuados y suficientes aumentaba en los trabajadores la sensación de desprotección general y de ser poco valorados por las autoridades:

“...cuando yo tuve que ir a mi primer turno COVID, ver a mis compañeros de trabajo sin mascarilla, yo dije: pero qué pasa aquí, yo iba con una mascarilla que me había comprado para soportar el efecto de los gases lacrimógenos por el estallido social para poder llegar a trabajar, esa fue mi mascarilla que yo use para mi primer día de trabajo y me... me produjo una sensación de... de... no sé cómo explicarlo, como de poco valorarnos, de cuidarnos, poco cuidado hacia los funcionarios, estábamos ahí con pacientes COVID, llena la UCI, la UTI con pacientes COVID y los funcionarios sin mascarilla.”

(Mujer/TENS/UPC).

Si en un segundo momento la dotación de EPP incrementó y la situación respecto de la protección personal de los trabajadores se normalizó, lo que se mantiene inalterada es la sensación de escaso apoyo y escasa valoración por parte de las autoridades. Son diversas, de hecho, las muestras de desinterés que los trabajadores y trabajadoras detectan en la acción y en las decisiones de las autoridades respecto de su rol como empleador en la protección de la salud de los trabajadores/as.

Un primer aspecto dice relación con la percepción de los trabajadores/as respecto de serias fallas y falencias en el apoyo y soporte institucional recibido para hacer frente a las tensiones psicosociales vividas y las problemáticas de salud mental que emergen durante y como producto de la pandemia:

“...debería haber sido más cuidada en tema de la pandemia, porque estamos en situaciones de estrés, de preocupación, sobre exigiéndose, sobre trabajando, cumpliendo funciones que además no les correspondían, entonces eso todo se acumula y al final uno puede estresarse y llegar a un punto de desmotivarse y no querer seguir trabajando...”

(Mujer/Técnico en enfermería/APS)

“...no ha ido ningún (...) psicólogo u otro personaje a hablar del tema o a llamar a la gente, sí han hecho invitaciones por zoom pero no es lo mismo estar ahí in situ con los técnicos, con los enfermeros con la gente que trabajamos clínica día a día, entonces el tema emocional sigue siendo y fue extremadamente fuerte para la gente, entonces yo creo que eso es algo que se tendría que ver y atender y evaluar”

(Hombre/Enfermero/Hospital mediana complejidad).

Los trabajadores y trabajadoras reconocen que esta falta de apoyo y soporte no se limita a los temas de salud mental sino que implica una falta más amplia y preocupante de consideración y respeto por el compromiso mostrado, una actitud que algunos definen como una ausencia de “humanización”:

“...yo encuentro que falta humanización hacia el personal y empatía con el personal que está trabajando, que está agotado, falta de reconocimiento y no me refiero a conocimiento en lo material, en cuanto al dinero, no sé cómo se pueda llamar, falta de reconocimiento, por ejemplo, yo veo de parte de las autoridades de mi hospital, se ha mostrado en la televisión, en medios gráficos, dando entrevistas y todo eso, pero para uno... cuando uno está en turno, sacando un turno adelante muy difícil, a veces con muchos impedimentos para poder realizar el trabajo, se agradecería mucho la presencia, por ejemplo, de un director, de una jefatura, que vayan en algún momento del día a visitarnos, a preguntarnos cómo estamos. Yo siento de ahí, de esa parte, siento un abandono, siento que no... se siente un poco valorado cuando eso ocurre...”

(Mujer/TENS/Hospital de alta complejidad-UPC).

“...o simplemente nos dicen “no hay personal y arréglensela como puedan”. Eso produce impotencia porque la mayoría de los funcionarios de salud en Chile, me refiero a la mayoría, hoy en día yo creo que el 100% por decir lo contrario, ha hecho un enorme esfuerzo tanto familiar como físico, desgaste emocional, de todo y uno llega al lugar de trabajo y somos incomprensidos, como que importa que pasen las horas de turno y venga el otro turno y así. Así estamos...”

(Mujer/TENS/Hospital de alta complejidad-UPC).

Adicionalmente, en los discursos de los participantes se destaca una falta de soporte y acompañamiento de los trabajadores enfermos por parte de sus instituciones:

“...efectivamente mucha gente se sintió como un poco abandonado por su instituciones (...) he escuchado mucha gente que se enfermó de COVID algunos funcionarios de salud que se sintieron un poco abandonados...”

(Mujer/Trabajadora social/Hospital de alta complejidad)

La falta de una estrategia integral del cuidado de la salud en el trabajo

En último, los trabajadores expresan una condición de abandono y distancia respecto de las autoridades al percibir la falta de una estrategia integral de seguridad y cuidado de la salud de los trabajadores de la salud. Se manifiestan en este caso preocupaciones respecto de la ausencia de medidas más complejas y generales capaces de prevenir o adelantarse a los problemas vividos por los trabajadores. Si en el capítulo inicial de las vivencias se ha hecho referencia al agotamiento causado por la organización de los turnos impuesta por las autoridades, en este caso se agrega la denuncia por la ausencia de protocolos ministeriales respecto del testeo de funcionarios:

“...todavía no se logra que el ministerio haga como una norma general de testeo de los funcionarios, ósea una norma que diga sale del turno, entra del turno y se les hace testeo, al final cada director de servicio, cada hospital con sus recursos propios han optado por empezar hacer estos testeos, cuando ya se vio que habían muchos asintomáticos.”

(Mujer/Asistente social/Dirigenta/APS).

O, de la misma manera, el no haber pensado en inversiones de infraestructura capaces de mejorar la experiencia diaria de los trabajadores:

“...no solamente tiene que ver con los EPP, también tiene que ver con el tema de la infraestructura, el que a última hora se haya tenido que hacer salas de descanso de forma improvisada, porque no podían estar todos juntos, el que tener a último minuto tener que habilitar comedores ya, porque tampoco podían permanecer todos juntos, todo eso fue a la rápida...”

(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector público)

Se trata de sensaciones que arraigan no solo en una falta de interés o humanidad por parte de las autoridades, sean ellas locales o nacionales, sino que en su incapacidad de manejar y gestionar el funcionamiento diario del sistema y en su recurrente uso de la improvisación:

“...una cierta desorganización, falta como de liderazgo, la Directora como que no daba tanto la cara (...) para tranquilizar a los funcionarios, para organizar mejor las cosas (...) falta la institución MINSAL, falta la institución servicios, falta la institución dirección de consultorio”

(Hombre/Médico/APS).

"...estuvieron demasiado relajados encuentro yo y realmente no se prepararon y no nos prepararon para enfrentar esta pandemia, luego hasta el día de hoy, en las alturas que estamos en estos tiempos sigue habiendo una improvisación permanente en todo ámbito... en todo ámbito"
(Mujer/TENS/UPC).

Los errores en la gestión del sistema de salud también tienen que ver según los entrevistados con temas estratégicos, en particular la falta de participación de trabajadores/as y comunidad y la marginalización de la APS a la hora de diseñar un abordaje efectivo a la pandemia:

"Yo creo en la falta en este caso a nivel del gobierno de poder establecer una estrategia participativa con todos los actores, acuérdense que al principio estaba solo el gobierno y el Colegio Médico empezó a presionar y se formó esta mesa de trabajo y ellos muy alejados de la realidad y viendo solamente el enfoque biológico, ósea no consideraba de la persona" (Mujer/Asistente social/Dirigenta/ APS)

"...porque claro, primero fue los ventiladores, pero nunca le enseñamos a la gente cómo enfrentar la pandemia y como no llegar a usar los ventiladores, porque nuestra misión como salud era no llegar a usar los ventiladores, pero como a nosotros no nos integraron, no nos integraron porque no éramos esenciales para los ministros que estuvimos, para el presidente, no logramos poder hacer esa educación, entonces como APS hemos ido como inventando cómo lograr hacerlo, como integrar mesas sociales, como ir educando a la gente en qué hacer para no colapsar justamente a los compañeros de hospital..."
(Mujer/Asistente social/Dirigenta/APS).

La emergencia de los problemas estructurales: desfinanciamiento de lo público y la presencia del mercado

A nivel más profundo, se reconoce también una debilidad estructural en el estado de desfinanciamiento en que se encuentra el sector público de salud:

"...el estado del sistema público salud claramente desfinanciado económicamente y además por lo menos la atención primaria sin un financiamiento importante para responder a la pandemia..."
(Hombre/Médico/APS).

Por otra parte, se percibe en las voces de algunos participantes, sobre todo provenientes de los territorios regionales, y que dice relación con algunas críticas hacia las distorsiones provocadas por la lógica de mercado en el sector salud, lo que puede haber afectado la respuesta a la crisis.

“...ya de por sí los hospitales colapsan con su propia demanda interna pero hay que considerar que en Calama las clínicas se declararon incompetentes con el tema del COVID y por lo tanto no hicieron ningún esfuerzo no invirtieron ni un solo peso en poder combatir la pandemia ni siquiera con su modelo de negocio atendieron a los que eran COVID.”

(Hombre/Tecnólogo médico/Hospital alta complejidad).

“Como privados lo más difícil fue lograr que la clínica nos cuidara como trabajadores (EPP), jamás se ocupó de nuestra salud, con enfermedades crónicas, embarazadas, tenemos a una compañera que está trabajando en cuidado intensivo con 6 meses de embarazo. Se le pidió al empleador que la mandara a la casa, pero no...”

(Mujer/Técnico paramédico/Hospital Privado)

Los problemas de la gobernanza de la crisis sanitaria, la desconfianza y la distancia con las autoridades

La falta de acompañamiento y reconocimiento hacia los trabajadores y la improvisación en la gestión del sistema se acompañan en la experiencia de los participantes con los errores y debilidades de la acción comunicativa e informativa del gobierno y de las autoridades. Este aspecto, que ya fue mencionado en el capítulo sobre las vivencias de los trabajadores, se manifiesta por ejemplo en la escasa claridad respecto de protocolos o instrucciones que cambiaban de un día para el otro:

“...y al final uno entrega las instrucciones al personal y al día siguiente hay que volver a cambiar esas instrucciones, entonces ahí como que se arma un poco el... como conflicto y claro los funcionarios dicen “ya pero cómo lo hacemos po’ si ayer nos dijeron que lo hiciéramos así y hoy día ya nos están cambiando las reglas del juego”, yo creo que eso ha sido, eso ya no es problema tanto a nivel local sino que eso son directrices que vienen desde más arriba.”

(Mujer/TENS/UPC).

O también en la falta de adherencia de las comunicaciones del gobierno con la realidad concreta de los trabajadores:

“...yo trabajo en un hospital donde en algún minuto los fallecimientos fueron súper altos y tú escuchabas a las autoridades que estaba todo bien, que estaba todo manejado...”
(Mujer/Trabajadora social/Hospital de alta complejidad)

Un aspecto comunicacional que genera derechamente rabia e indignación en los participantes es utilizar un discurso de culpabilización de los trabajadores:

“...lo mismo que hace el Gobierno, tratar de echarle la culpa a las personas de que se contagian, echarle la culpa al trabajador y decir que “no en realidad usted no se contagió acá, fue en otra parte”
(Hombre/Médico/ APS)

“...los primeros [días] se les hizo como homenaje y después ya se empezó a cuestionar si es que había sido afuera, si es que había sido en el cafetín...”
(Mujer/Asistente social/Dirigenta/ APS)

Además queda en la percepción de los trabajadores participantes la sensación de un deliberado ocultamiento de la información respecto del número de muertes que, sumada a lo anterior, genera una crisis de credibilidad muy profunda y una fuerte desconfianza entre trabajadores y autoridades:

“...todavía hasta el día de hoy creo que nadie sabe con certeza cuántos chilenos fallecieron en la pandemia y siguen falleciendo, creo que lo principal fue la falta de información y credibilidad que tuvieron las autoridades para exponer la pandemia, la crisis de la pandemia...”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector privado)

“...claramente el manejo de la información de parte del Ministerio, el ocultamiento, la tergiversación, la falta de una política bien estructurada del Ministerio y del Gobierno y bueno, por lo tanto que los resultados han sido bastante malos...”
(Hombre/Médico/APS)

Por otra parte, los participantes percibían a la altura de diciembre-enero cuando el país se estaba aproximando a una segunda ola de contagios. Al respecto los trabajadores, que en su quehacer diario detectaban claramente esa tendencia, registraban una falta de preparación del sistema lo que nuevamente iba a poner en peligro la capacidad de respuesta frente a la pandemia. Esta falta de preparación se detectaba en las declaraciones de las autoridades que negaban o subestimaban esta posibilidad, o en el mayor cansancio y agotamiento de los equipos de salud:

“...haber negado la posibilidad de la segunda ola también me parece criminal porque yo creo que nosotros no somos mejor que los europeos en el manejo de patologías y esto es una cuestión que se venía ya por lo menos un par de meses (...) pensar que a nosotros no nos va a pasar por lo menos es bien mágico, ingenuo, por decirlo de alguna manera...”
(Hombre/Médico/APS)

“...los equipos están más cansados, entonces la reserva física y emocional de los equipos hoy día, es mucho menor que la reserva con la cual se partió la pandemia (...) el tema que cuando nos cansamos lo primero que pasa cuando uno comete un error, y cuando cometemos errores, nos contagiamos, entonces esa es mi preocupación a propósito de la segunda ola.”
(Hombre/Médico/APS).

Las fallas del sistema de salud ocupacional, las mutuales

Una debilidad hacia la cual los participantes apuntan el dedo con particular convicción es el rol negativo jugado por los Organismos Administradores del Seguro, es decir las mutuales. Los trabajadores condenan fuertemente, por ejemplo, los retrasos en atender a los pacientes:

“Tuvimos muchos problemas con las mutuales ya que en algún minuto ellos se tenían que hacer cargo de nuestros compañeros que estaban con sintomatologías para poder tomarles el examen, pero era una demora horrible, de repente mis compañeros estaban desde las 10 de la mañana esperando hasta la 09 de la noche!, porque la mutual no llegaba con la ambulancia, no llegaba con el equipo...”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector público)

Muy fuerte también es la condena de su inoperancia y de la demora en definir al COVID-19 como enfermedad profesional

“...costó mucho para que las mutuales la consideraran una enfermedad laboral, las licencias no las querían dar, los permisos que tenían que... no los querían pagar, fue una lucha...”
(Mujer/Asistente social/Dirigenta/ APS)

Es interesante rescatar que frente a estas dificultades en muchos casos las organizaciones de trabajadores optaron por dejar de derivar a las mutuales los casos de contagio para asumir más directamente su control:

“...nosotros derivábamos a principio a la Asociación Chilena de Seguridad a la Achs y los mismos funcionarios decidieron que no se derivaran más y fueron como los gremios y fue atención interna (...) yo creo que (...) permitió que los gremios efectivamente pudieran ejercer por ejemplo si hubiera existido como una mala práctica o estar más controlado y podían tener más injerencia en el sistema de mutual (Mujer/Trabajadora Social/Hospital de alta complejidad)

D. Percepciones acerca de la dinámica de los contagios en el espacio de trabajo

Fallas de información, trazabilidad, aislamientos y percepción de riesgos de los trabajadores contagiados

Un primer elemento que se identifica, en la percepción de parte de los trabajadores/as de salud respecto de las formas y dinámicas de los contagios por COVID-19 en el espacio de trabajo, son las fallas en la vigilancia y trazabilidad de los contagios en el equipo de salud, es decir una falta de información muy significativa para comprender dónde se producen y reproducen los contagios, así como de realizar un adecuado seguimiento de los mismos, con el objetivo de prevenir la enfermedad y los brotes en los establecimientos de salud:

“...no sé si se lograra saber al final si era contagio intra o alguno extra porque, además un funcionario muchos andan en locomoción colectiva entonces, igual uno no sabe, por ejemplo eso de... pero alto riesgo sí dentro de la atención, si como dicen ahora que es aéreo y todo si tu estas en el hospital, estás en un lugar de atención de pacientes o de mucha gente estás expuesto a eso”
(Mujer/Asistente social/Dirigenta/ APS)

“...tuvimos un brote funcionario en el servicio de hospitalización ¿ya?, este inicialmente desde alrededor del 22 de octubre donde tuvieron que salir en realidad todos los turnos ¿ya?, los 4 turnos compuesto cada uno por 4 TENS y 2 enfermeros donde tuvieron que salir en vista que el foco no fue identificado inicialmente, o sea, habían contagiados de distintos turnos, no fue muy identificado entonces yo creo que eso fue como la etapa más difícil del servicio”
(Mujer/Enfermera /Hospital de baja complejidad)

Por otra parte, se observa que algunos/as trabajadores/as tienen dificultades importantes para identificar, individual y colectivamente, brechas de seguridad y los riesgos presentes en el lugar de trabajo que participan de la reproducción de los contagios, en particular se observa que no perciben algunos de los riesgos asociados a la falta de usos medidas de protección personal por parte de los pacientes, además de una confianza excesiva en la predictibilidad de los test de PCR para COVID -19:

“Entonces qué pasa cuando dijo exceso de confianza, por ejemplo, ingresa un paciente por el servicio de urgencia por la patología que sea, se le hace un PCR, el PCR sale negativo, ingresa al paciente como negativo y que pasa ahí, ahí se quiebra la norma, se trata al paciente como negativo lo dan por hecho de que está negativo, hace poco hubo un brote en mi servicio, un brote muy importante en donde una paciente ingresó por urgencia, efectivamente, ingresó como paciente negativa, la paciente se complicó en su área respiratoria, hubo que intubarla de urgencia y ahí estuvo el brote, se contagió todo un turno porque estaban con mascarilla quirúrgica y la paciente salió positiva después”
(Mujer/TENS/Hospital de alta complejidad-UPC)

“...a veces no tomaban todas las precauciones, los pacientes no se trasladaban con mascarillas de un lado a otro por ejemplo, porque tampoco estaba la educación, tampoco estaba digamos la conciencia de todos los funcionarios, la responsabilidad de compartir y la empatía como decía Rosita también, de tener esa conciencia respecto al potencial contagioso que tenía estos pacientes”
(Hombre/Kinesiólogo/Hospital alta complejidad)

Esta falta de información y comprensión del proceso de dispersión del virus y reproducción de la enfermedad en el espacio de trabajo va generando, en una parte de los equipos de salud, una sensación de una cierta inevitabilidad de los contagios:

“... no nos faltó nunca EPP nosotros manejábamos completo, ósea para cada uno de los pacientes, como bien decían los otros chicos o el compañero ahí enfermero, que los guantes, que la pechera, que el cubre boca, que la N95, teníamos todo para protegernos, igual así nos contagiamos, entonces yo creo que era algo inevitable hoy día, porque que no es la mucosa, que es la vía nasal, que es respiratorio, que es aéreo, no sé, si o si se iban a contagiar, entonces aunque teníamos las medidas completas paso, yo aunque me maneje en las medidas completas que el lavado de mano, que toma las EPP como tenía que ser me contagie, entonces creo que era algo inevitable si lo miramos fríamente.”
(Hombre/Dirigente/Hospital de alta complejidad).

Fallas de la disponibilidad y capacitación en el uso de EPP

Al inicio de la pandemia los trabajadores observan también brechas significativas de disponibilidad de EPP para el cuidado de la salud de los trabajadores, lo que vinculan directamente con la aparición de los primeros trabajadores/as de salud contagiados/as:

"...yo creo que los primeros contagios de profesionales fueron a raíz de eso, no había suficientes elementos de protección personal para todos y en el hospital..."

(Mujer/Enfermera/Hospital de mediana complejidad)

"...estábamos ahí con pacientes COVID, lleno, llena la UCI, la UTI con pacientes COVID y los funcionarios sin mascarilla, yo dije: pero qué pasa, "no" me dijeron "solamente tienes que usar la mascarilla cuando te acercas a un paciente a menos de un metro", yo le dije: yo lo siento, pero esta es mi mascarilla y nadie me va a permitir que a mí me la saque porque yo no me la voy a sacar, es mía, así trabajé mi primer turno y eso me dio pena, me dio pena y lo curioso que después al día siguiente me entero que mi colega que me entregó el turno ese día, mi colega estaba positiva ya estaba contagiada, pero ella no lo sabía, ella contagió a su familia, su esposo, sus hijas y una de las niñas quedó con daño renal. Entonces, partió mal esto de un principio, costó mucho que nos entregaran EPP."

(Mujer/TENS/Hospital de alta complejidad- UPC)

Por otra parte, se observan pérdidas de la continuidad de los cuidados preventivos de distancia social y usos de EPP al interior del espacio de trabajo y en el trayecto al trabajo, asociados a diversos problemas y situaciones entre ellas problemas en las técnicas de uso de las EPP por falta de información y capacitación:

"...entonces eso fue una desorganización o desinformación de cada uno, porque deberíamos haber informado cada uno como es la correcta eliminación de las EPP, dónde se debían eliminar, como se deben usar, porque muchas como guardias o auxiliares de aseo que no están acostumbrados o no les enseñaron a cómo usarlas, botaban mascarillas en desechos comunes donde ellos lo tomaban y los desechaban donde estaba todo en realidad, entonces eso puede haber sido una deficiencia dentro de la atención"

(Mujer/TENS/APS).

Situaciones especiales de riesgo

También se identifican problemas en esta continuidad de las medidas preventivas en las que se van configurando como situaciones de riesgo, como las emergencias médicas y los procedimientos relacionados, que conllevan una dificultad importante para cumplir las medidas preventivas cuando la velocidad de actuación es relevante:

“...mil veces reanimamos pacientes que supuestamente no era respiratorio y al momento de tomarle un rayo o tomarle un examen, era compatible con COVID y todos a veces en una reanimación al principio yo “que la mascarilla, que ponete esto” pero uno en primera instancia como que nace de la inercia de querer reanimar al tipo, que va estar perdiendo el tiempo a veces en ponerse la doble mascarilla, el escudo que te molesta, el guante, uno andaba a lo más con una quirúrgica y con guante pero, la pechera que se nos olvidaba “ya pónete la pechera” entonces eso también eso yo creo que nos jugó en contra”
(Hombre/Enfermero/Dirigente/Sector público)

Otras situaciones de riesgo identificadas en los relatos de los trabajadores/as se encuentran los momentos de traslado al trabajo y al hogar, así como espacios de socialización y alimentación de los trabajadores, donde se perciben fallas sistemáticas en el uso de las medidas preventivas por parte de algunos trabajadores/as, que se atribuyen a razones de infraestructura o a una actitud más relajada de las personas en estos espacios:

“...los enfermeros, los técnicos, los médicos también y administrativos eran algunos que efectivamente como dijeron por ahí compartían un vehículo se iban todos juntos en un auto y a veces no usaban la mascarilla...”
(Hombre/Enfermero/Dirigente/Sector público)

“...y como había dicho también en un principio, los espacios compartidos son reducidos, entonces los horarios de colación, horarios de descanso eran de mayor riesgo o mayor, digamos, sospecha tenemos de que se ocasionaron estos contagios por contacto estrecho de profesionales...”
(Mujer/Enfermera/Hospital mediana complejidad)

“...hay pechera, hay guantes, hay mascarillas, hay antiparras, hay de todo disponible para toda la atención, pero antes no, entonces ahora depende de la persona no más y en los espacios comunes obviamente uno va a comer, el sociabilizar ya no es parte de nuestra rutina, pero todavía hay gente que se escapa un poquitito y los que se escapan de repente y ahí queda la embarrada.”
(Hombre/Kinesiólogo/Hospital de alta complejidad)

Problemas en la organización de los procesos asistenciales y las medidas de sanitización de los espacios.

Otro aspecto identificado, por parte de los entrevistados/as como factor que colaboran en la propagación de los contagios en el espacio de trabajo, son las fallas el aseo y sanitización de los espacios asociados a los problemas y desaciertos en la organización de las tareas y procesos asistenciales, en particular los problemas que se presentan al momento de establecer flujos de pacientes diferenciados por patología respiratoria y no respiratorio, así como en el aislamiento oportuno de pacientes contagiados:

“...el protocolo era si uno atendía a una persona que tenía sospecha uno dejaba ese box y se iba a tender al otro, a otro box que estaba limpio y así po, entonces nos íbamos rotando por box, entonces cuando yo salgo de mi box, había otro médico en el box habilitado y yo digo, “oye tengo que ocupar otro box” y “no porque la señora del aseo no está” y tenía una chorrera de pacientes entonces diga ya bueno filo po, ósea entre dejó de atender y las personas que están con sospecha de Covid no se atienden, poco plausible al final o atiendo donde puedo.”
(Hombre/Médico/APS)

“no tenemos posibilidad de hacer sala de corte por paciente, tenemos varios pacientes por sala, entonces teníamos un paciente que, como decía, en el momento de la hospitalización, empezaba a presentar la clínica y ya había estado en contacto con varios pacientes, entonces ya, el aislamiento, ya no se podía, tenían que estar todos en la misma sala.”
(Mujer/Enfermera/Hospital mediana complejidad)

Prácticas y actitudes riesgosas de la ciudadanía

También se identifican problemas con actitudes, omisión de información y comportamientos riesgosos por parte de los usuarios y pacientes que pudiesen haber producido contagios en los trabajadores/as de la salud:

“...pero por culpa, por la irresponsabilidad de aquellos que tenían el COVID, que eran personas adineradas acá y que no les importaba nada tampoco, ósea en el fondo “yo vengo al doctor porque tengo hora y me iré con mi mascarilla y así no contagio” entonces fue un cúmulo de errores...”

(Mujer/TENS/Dirigente/Sector privado)

“...entonces también al principio no estaban diferenciadas las urgencias donde yo trabajo, también se hacía un pre-TRIAGE, entonces te preguntaba una persona ahí en la entrada el motivo de consulta, ya “ha tenido fiebre, ha tenido dolor muscular y después era la diarrea, sin dolor cierto (NSE 0:50:02), el dolor de oído cierto, ya respiratorio y si no era nada respiratorio, a la no respiratorio, pero después indagando más en la no respiratoria, no dábamos cuenta que la gente había omito información po, que empezaba a toser y todos ahgg, ¿está tosiendo? ...”

(Hombre/Enfermero/Dirigente/Sector público)

Problemas de aceptabilidad de las medidas preventivas

Finalmente también se percibe una dificultad de parte de los equipos de salud para adaptarse y aceptar el uso normado de los EPP y a las medidas de prevención de los contagios, por incomodidad física y dificultades en la realización de las tareas:

“...lo otro difícil al momento de atender a un paciente, primero sala EPP, entonces eso también hacerlo un hábito que antes no estaba, también podía ser complicado como antes de atender, como en mi caso coloco intramusculares, administración de medicamentos, toma de muestras, lo primero ahora era la EPP, pechera, guantes, mascarilla N95 o quirúrgica, el escudo facial, entonces también aprender a trabajar con eso fue también complicado, porque igual te limitaba hacer ciertas cosas, respirabas mal, la visión también era complicada con el escudo.”

(Mujer/TENS/APS)

“...porque incómodo ponerse la bata, sacarse la bata, ponerse, que se acaloraban, que les daba alergia, todo ese tema, también hubo digo pero esos son los mínimos.”
(Mujer/Asistente social/Dirigenta/APS)

E. Rol de las asociaciones síndico/gremiales

Apoyo y acompañamiento de los trabajadores/as

Durante las entrevistas emerge con nitidez la percepción, principalmente de los dirigente/as, de haber cumplido un rol de apoyo y acompañamiento y contención emocional para los trabajadores/as de la salud durante la pandemia, colaborando especialmente en el seguimiento de trabajadores contagiados:

“...gracias a los dirigentes y a los gremios que hicimos contención emocional, mucha contención emocional, dándoles seguridad, hacíamos seguimiento de nuestros compañeros enfermos, nosotros acá tuvimos compañeros ventilados dos veces en ventilación mecánica, dos funcionarios, entonces cumplimos un rol fundamental que uno hubiese esperado que el hospital o la clínica en este caso hubiese cumplido...”
(Mujer/TENS/Dirigenta/Sector privado)

“...lo otro tener en algún minuto traspasar ese compromiso cuando se contagiaban, se iban a sus casas, donde en algunos hospitales a lo mejor tuvieron apoyo desde forma interna y los llamaban y los iban un poco monitoreando para ver cómo estaban, por lo menos en mi hospital en algunos minutos nunca los llamaron, los que hacíamos el reporte en relación de cómo estaban, que necesitaban, porque no solamente se habían contagiado ellos, se habían contagiado la familia entera, si necesitaban, no sé po en algún minuto alcohol gel, si necesitaban mascarilla o algo, éramos nosotros y esa situación también un poco fue dramática...”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector público)

Defendiendo el derecho a la salud en el trabajo, canalizando necesidades y protegiendo a los trabajadores/as

A las asociaciones gremiales y sus dirigentes se auto perciben y se les percibe canalizando las necesidades y el punto de vista de los trabajadores de la salud y defendiendo los derechos de protección de la salud en el trabajo a nivel nacional y/o local, para lo cual los dirigentes/as van generando espacios de discusión y negociación con las autoridades locales y nacionales, lo que se percibe como un proceso con muchas barreras y dificultades:

"...que con tanto estímulo, a mí se me había olvidado, pero si yo creo que en algún minuto fue muy importante, pero yo no lo veo tanto en lo micro, en lo territorial sino que a nivel más macro, yo siento que tuvieron la capacidad para hacer ruido, la capacidad para ponerle número, la capacidad para ponerle cifras y para perdonando, para hacer un gallito también, sobre todo en la época en que Mañalich daba esta sensación de triunfalismo y de que Chile estaba preparado para la pandemia y todo ...fue importante que hicieron contrapeso esta comunicación de cómo eran las cosas"

(Mujer/Trabajadora social/Hospital de alta complejidad)

"...presentamos recursos de protección por la seguridad de los trabajadores los permisos especiales que eran para los que tenían patologías de riesgo, los relacionados con el cuidado infantil igual como se cerraron sala cunas y jardines infantiles, los permisos especiales para las mamás, con los menores de 2 años, después como se cerraron los colegios, igual poder ver las situaciones especiales de las mamás que no tenían con quien dejar a los hijos, el tema de las residencias que al principio no estaba considerado cuando un funcionario se contagiaba tenía que irse a su casa, no tenía otra alternativa , nunca se habían considerado las residencias para los funcionarios, el tema con las mutualidades igual, que al principio no querían reconocer el COVID como enfermedad profesional, ni las cuarentenas tampoco, que no las querían pagar..."

(Mujer/Asistente social/Dirigenta/APS)

“... nosotros hemos estado permanentemente, los gremios, tanto a niveles de servicio a niveles locales como a nivel nacional y lamentablemente sin mucha respuesta, porque el Ministro Paris, dice “tuvimos 48 reuniones con los gremios” pero de abril que el subsecretario Zúñiga viene tirando la pelota, que no daba respuesta, que no daba respuesta, entonces ha sido una dura lucha...”
(Mujer/Asistente social/Dirigenta/APS)

En este mismo sentido se los observa, tanto por dirigentes como por los equipos de salud, llevando adelante acciones concretas para mejorar las condiciones de seguridad en el trabajo y prevenir los contagios y sus consecuencias en los trabajadores/as:

“...lo otro que también nos costó mucho y nos tocó sensiblemente fue el tema de poder convencer a los directores de los hospitales, a los jefes de los equipos, a los subdirectores médicos, que entendieran en algún minuto que hoy día el equipo requería de una mascarilla K95, hablando de técnicos paramédicos para la atención del paciente, porque tal como dijeron los compañeros, los EPP estaban como muy canalizados, la mascarilla K95 solamente la tenía que usar tal persona, entonces ellos “...nos decían “bueno si nosotros estamos haciendo la acción de mudar, la acción de alimentar, estamos directamente con el paciente ahí, dando alimentación, mudándolo, porque no podemos usar esta mascarilla que para nosotros nos va hacer tan necesario, porque con eso nos sentimos más seguro”, tener que convencer en este caso al cuerpo de enfermería, a los médicos que para eso ello era importante, eso les daba seguridad..”
(Mujer/Técnico en enfermería/Dirigenta/Sector público).

“... ellos yo creo que se toman el tiempo de estar conversando con cada uno de nosotros o vía whatsapp preguntar cualquier cosita, ellos están siempre dispuestos a pelear en este caso o hacer las solicitudes que nosotros necesitemos para poder seguir trabajando bien, en un tiempo con la FENATS acá se solicitó el tema de la carga laboral, que vieran el tema de los mismos reemplazos porque habían muchos días que habían licencias, simplemente sí, estaba bien el personaje y no llegaban y la carga para nosotros era el doble o el triple, es más en un turno de 24 horas hacerte cargo de dos sectores, cachai, entonces era complicado, lo mismo tema de los técnicos, fue hartas cosas, han sido varias cosas las que se han peleado y que los gremios lo han hecho muy bien nada que decir de eso, nada que decir.”
(Hombre/Enfermero/Hospital mediana complejidad).

F. Acerca de la Vacunación

Falta de información e incertidumbres

En relación a la vacunación para prevenir el contagio y las consecuencias de la COVID-19 un primer elemento que aparece es la percepción de una falta muy significativa de información acerca de las características de las vacunas disponibles, así como del proceso mismo de la vacunación de la población:

*“ya recibí la segunda, el día 15, así que estoy como afortunado al respecto de ya estar vacunado, pero comparto el poco sentido quizá, no sé la poca información que se dio respecto a la vacuna, por lo menos no se nos mencionó nada de un efecto adverso, alguna educación previa respecto a cuáles son los efectos “oye sabes que esta es la vacuna tanto, que tiene tal, que esta con esta eficacia, cuáles son los efectos colaterales, en qué caso hay que consultar”
(Hombre/Kinesiólogo/Hospital de alta complejidad)*

*“...yo creo que igual faltó a nivel del servicio que se les entregara a las personas, no tan encima, sino que decirles “ustedes van hacer vacunados con la vacuna Pfizer y finalmente esto mostró el 95% de efectividad”, pero explicarles a la gente lo que significaba eso y a la vez decirle, estos son el gran porcentaje de reacciones adversas que pueden tener como cualquier otra vacuna, pero eso yo creo que quedó al debe, con el afán a lo mejor de publicitar “vacúnense” pero como decía una persona fue con harta parafernalia la vacuna, la llegada de la vacuna fue con helicóptero, con PDI, con militares, con corte de tránsito, cachi fue como bien, bien estrambótica, pero en sí yo creo que a la gente le feto información...”
(Hombre/Enfermero/UPC)*

Al menos en parte, esta falta de información y las desconfianzas respecto de la acción gubernamental van generando, incertidumbres y miedos en relación a la efectividad y seguridad de las vacunas:

*“Yo esta semana estuve encargada de preguntarles a todos los funcionarios de mi centro, quienes se querían vacunar y quienes no y la inseguridad que más salía eran las reacciones que daba esta vacuna, porque como no la conocían es nueva y como fue tan rápido todos tenían ese miedo, ese miedo constante de que si me pasa algo, quién se va hacer responsable...”
(Mujer/TENS/APS)*

“... varios de ellos se han dirigido a mí y me dicen “no me pienso vacunar, porque no sé si esa cosa me va a ser efecto o no” o por último me dicen “haga como que me pincha pero no me pinche”, esas cosas me han dicho, hay una, miedo igual en relación a esa vacuna, que todavía está en etapa de “estabilización”, no sabemos que reacción van a tener esas, comunidades internacionales, que han estado siendo vacunadas, que estamos todos como a la expectativa de lo que va a pasa...”
(Mujer/Enfermera/Urgencia Hospital de alta complejidad).

Confianza en las vacunas y en el sistema de vacunación

Por otra parte se perciben los trabajadores de la salud una buena disponibilidad a vacunarse y altas expectativas en este proceso de inmunización de la población, así como una gran confianza en el sistema de distribución de vacunas del país:

“...yo acá, bueno lo veo como algo súper positivo, en realidad es como es la única opción como que más alentadora.”
(Mujer/Enfermera/Hospital de alta complejidad)

“yo creo que mucha gente, tanto del área de salud y no del área de salud lo espera con ansias...”
(Hombre/Administrativo/Hospital de alta complejidad)

“Chile tiene un programa bueno de vacunación, histórico y tenemos un super buen registro, no debería ser, obviamente mucho más fácil que hacer la trazabilidad para vacunar, así que no lo veo tan complicado, además que con todos los años de las vacunas habituales, además con la vacuna anti influenza no debiera haber mayor problema.”
(Hombre/Médico/APS)

Preocupación por el descuido las otras estrategias

Finalmente, en aparte de las entrevistas emerge la preocupación por la posibilidad de que el énfasis puesto en el proceso de vacunación pueda implicar el descuido de las otras estrategias de respuesta a la pandemia:

“...como que todo el mundo espera una vacuna, en realidad cuya capacidad e inmunidad en el tiempo no está demostrada, salvo que sabemos que (nse 59:26) en el corto plazo, no sabemos cuánto dura esa inmunidad, si uno asume que pudieran haber recontagios en pacientes COVID, podríamos tener un segundo contagio significa que la inmunidad no es eterna, entonces tengo la sensación que se están bajando los brazos digamos en los otros elementos de contención, los elementos de trazabilidad...”
(Mujer/Enfermera/Hospital de mediana complejidad)

G. Propuestas de los trabajadores/as

Consultados los entrevistados/as respecto de cuáles serían sus propuestas para mejorar el cuidado de la salud de los trabajadores durante la pandemia por COVID-19 estas apunta a:

Mejorar la coordinación y articulación de las redes y los equipos de salud, en particular se hace mención a la relación de los hospitales con la APS:

“vincularlos como se supone de debiera vincular el sistema y las redes asistenciales po, ósea antes de que nos venga el batatazo de nuevo, yo creo que por territorios debería estar súper ya afiatados y más claro y para que no suceda esto de nuevo que yo siento que es parte del agote también, de que si me toca a mí, de que si te toca verlo a ti, etc., tener como eso como ya predefinido, ante tanto aumento de caso, esto lo asume la atención primaria, pero con recursos con todo lo que ya... esto lo atiende atención secundaria, si hay que reconvertir camas, esto van hacer con tales equipos y no tan eh...”
(Mujer/Trabajadora Social/Hospital de alta complejidad).

También se propone mejorar la planificación de la organización las labores y tareas del trabajo y dar mayor certidumbre al personal de salud respecto de sus labores y reemplazos:

“...tener una planilla bien organizada de donde vamos a estar y quién nos va a cubrir en caso de, no sé mis compañeras que están en algún lugar se pueden enfermar, me pueden mandar a mí, pueden mandar a otra compañera, entonces eso causa inseguridad de dónde vamos a estar, entonces podría ser una organización semanal, mensual, ósea como tendría que pensarlo bien cómo se podría hacer para ser bien organizado...”

(Mujer/TENS/APS)

“...ocupar los espacios que supuestamente están me refiero como a los comités paritarios y a las sesiones de funcionarios y funcionarias en términos de poder planificar mejor y en conjunto los que toman las decisiones con los trabajadores de las diferentes unidades como hacerlo más llevable, porque si no es muy complejo porque, esto que cuenta, de que no sabe bien si estaba trabajando en un lugar y estaba aprendiendo y está bien ahí y de repente le dicen “oye falta otra persona y ándate para otro lado” esa incerteza también genera un estrés que podría ser innecesario si tuvieran claridad, una mejor planificación”

(Hombre/Médico/ APS)

En este mismo sentido, se propone poner especial atención en la generación de estrategias que permitan el descanso de los trabajadores de la salud, lo que incluye descansos compensatorios y no limitar los permisos administrativos y las vacaciones:

“...yo sentí que era muy necesario vacaciones para mucho personal que estuvo, yo creo que de verdad, de verdad yo siento que de primera necesidad que muchas personas salgan un ratito, respiren aunque sea en sus casas pero que respiren, que estén en otro contexto, que se liberen de esto, porque de verdad no es sano estar 24/7 con este pensamiento de COVID y de pandemia.”

(Mujer/Trabajadora Social/Hospital de alta complejidad)

"...Sí yo concuerdo con lo del descanso compensatorio, sobre todo de los equipos más saturados y ahí claramente lo más probable que sean los equipos Uci, urgencia fundamentalmente que necesitan parar antes del segundo aumento."

(Hombre/Médico/APS)

"...nos han negado nuestros derechos de descanso, de hecho de vacaciones o días de servicios especiales... perdón, permiso de días administrativos y son muy cuestionados y la excusa es que estamos en pandemia, en pandemia vamos a seguir estando, en cuarentena, va a seguir habiendo brotes, va a seguir habiendo licencias médicas, entonces las vacaciones son muy necesarias."

(Mujer/TENS/Hospital de alta complejidad-UPC)

También en el ámbito de mejorar la organización de las tareas, disminuir incertidumbres y preocupaciones de los trabajadores, pero también mejorar la calidad de atención se propone capacitar de mejor forma al personal que ha sido contado recientemente, en particular en las unidades de pacientes críticos:

"...sobre todo capacitación, falta capacitación, hay personal nuevo, a mi unidad han llegado colegas míos que nunca han trabajado en un hospital y que lleguen de un día para a otro a trabajar en un servicio de paciente crítico, el riesgo es para el funcionario, para el equipo y sobre todo para el usuario, ¿En que afecta al funcionario? Es traumático, no tener la experiencia y sentir que pueda cometer un error y ese error le pueda costar la vida al paciente..."

(Mujer/TENS/Hospital de alta complejidad-UPC)

En el mismo ámbito de planificación surge también la propuesta de fortalecer la participación de los trabajadores en los espacios de toma de decisiones para lograr un trabajo colectivo más efectivo y en un ambiente más democrático:

"...coordinar mejor el trabajo conjunto con los gestores al final con la toma de decisión y en general, osea que aprendamos a trabajar mejor así, porque o sino, es una cosa muy vertical al final, eso de que "si te gusta bien, si no te gusta chao" y creo que para trabajar en salud, esa manera que a uno lo tratan un poco a la pata y el combo, no es como muy sostenible a largo plazo al final..."

(Hombre/Médico/APS)

Se propone además mejorar el soporte psico-emocional de los trabajadores de la salud:

“...debiese haber una propuesta de recursos para trabajar en el tema de Salud mental de todos los funcionarios de salud de todas las áreas, pero con recursos nuevos que puedan inyectarse y que puedan permitir contratar profesionales externo, que a lo mejor ni siquiera conozcan el mundo nuestro para poder entregar y ellos nos generen herramientas para seguir trabajando, porque si bien es cierto vamos a tener que continuar por mucho tiempo más con esta pandemia ...”
(Mujer/Asistente social/Dirigenta/APS)

Se propone también mejorar la capacidad de análisis y la prevención de riesgos en el espacio de trabajo:

“...pedimos que se hiciera una evaluación de cada persona que está trabajando, independiente su tema contractual para evaluar el riesgo que está expuesto, no sé si eso se ha hecho, se va hacer, yo creo que hay que ir persona por persona no creo que... y determinar áreas de riesgo...”
(Mujer/Dirigenta/SEREMI de Salud)


Finalmente se propone también descargar al personal de salud tareas prescindibles y no prioritarias en este contexto, como metas y procedimientos administrativos, para priorizar las tareas asociadas a la respuesta a la pandemia:

“...a quien se le ocurre ni desde el ministerio, ni del servicio de salud, que con el año que nos mandamos tenemos que cumplir todas las metas de gestión, eso es un tremendo, como un punto en contra, ósea yo veía un par de compañeras estresadas porque tenían que hacer ahora en noviembre, diciembre la cuenta pública, perdón pero la...todas las palabrotas que tengo la cuenta pública, ósea no es necesario, yo siento que hay cosas muy necesarias que hacer, pero hay cosas que estaban absolutamente de más...”
(Mujer/Trabajadora Social/Hospital de alta complejidad).



CONCLUSIONES

[volver a índice](#)



“...en la APS hemos estado dispuestos desde el primer día, donde yo trabajo el primer día cuando empezamos con los casos positivos (...) cambiamos todas las funciones de nuestros compañeros, adaptamos SAPUs respiratorios para hacer la separación, que la gente no se contagiara más, inventamos... hemos inventado de todo, que en la gran mayoría de las comunas han inventado de todo como APS, a las pocas semanas , yo creo empezamos hacer la trazabilidad como que se nos ocurrió hacer la trazabilidad, a tratar de educar a la gente de acuerdo a lo que nosotros tenemos como APS.”

(Mujer/Asistente social/Dirigenta/ APS).



CONCLUSIONES

1. La pandemia significa un costo altísimo para la salud de los/as trabajadoras del sector

La pandemia por COVID-19 ha irrumpido en las vidas de los trabajadores/as de la salud como una gran tragedia social y sanitaria que ha colmado de miedos e incertidumbre su espacio de trabajo y ha trastocado su cotidianeidad laboral y familiar. La pandemia global concentra la experiencia de esta enfermedad, y su capacidad de producir sufrimiento y dolor, en el espacio de trabajo del equipo de salud, así como también gran parte de la experiencia subjetiva de responsabilización por su enfrentamiento. La pandemia además incrementa muy significativamente la carga física y psicoemocional del trabajo, produciendo experiencias traumáticas para los trabajadores/as, así como una profundización de las dificultades de conciliación de las necesidades del trabajo y la familia- que afecta principal y desigualmente a las mujeres-. Al mismo tiempo produce un gran agotamiento del personal que, en algunos casos y por momentos, se acompaña de una sensación de impotencia frente a la situación y una crisis individual acerca del sentido del trabajo.

En cuanto a la exposición al riesgo durante la pandemia de COVID-19, 14,14% de los trabajadores encuestados reportan haber sido diagnosticados/as de COVID-19 y se evidenció que quienes más reportaron haberse contagiado con COVID-19 fueron los técnicos en enfermería, seguido de

enfermeras/os y auxiliares de salud. Situación que se condice con el nivel de contacto con el paciente que poseen estos trabajadores/as. Respecto a la situación de salud, es importante destacar que se declara un alto porcentaje de licencias médicas relacionadas con salud mental, mayormente en mujeres, así como también las mujeres cargan con la mayor proporción responsabilidades sobre el cuidado de hijos/as o familiares en este tiempo. En relación con la magnitud del desgaste, sobre el 80% de las personas están de acuerdo y muy de acuerdo con tener desgaste físico y emocional. Esos resultados se asocian con algunas características del trabajo en esta pandemia como el hacer horas extras y reconvertir tareas. En este sentido, más de los 59% de los trabajadores/as encuestados han realizado horas extras y el 85,2% han tenido que reconvertir sus tareas de trabajo se ha estado desempeñado en sistemas de turnos (72,6%).

Miedo, angustia y agotamiento caracterizan la vivencia diaria de los trabajadores del sector durante la pandemia lo que significa un costo muy alto para su salud mental y para su bienestar. De los grupos focales emerge con claridad que el caos emocional y el desgaste emocional y físico son el fruto de una amplia gama de situaciones: miedo a contagiarse, incertidumbre respecto de la falta de directrices claras desde la autoridad, dolor por el alejamiento forzado de las familias, fatiga por un sistema de turnos agobiante, inestabilidad por las condiciones precarias de empleo y también

por la sensación de impotencia al no poder responder a todas las necesidades que se presentan.

Un elemento que destaca y agudiza el malestar está constituido por la experiencia de la muerte que produce la pandemia y que afecta a los trabajadores/as. La muerte de compañeros/as de trabajo o de pacientes cobra un peso difícil de sostener y afrontar por su masividad y por las dificultades para elaborarla colectivamente, ya que la pandemia hace excepcionalmente difícil el recurso de toda la ritualidad que normalmente la envuelve y la hace comprensible a la experiencia humana.

El sufrimiento presenta además una importante connotación de género, dado que la pandemia impone situaciones particularmente gravosas a las mujeres por las dificultades de conciliar las obligaciones laborales, con su estrés y tensiones, con las obligaciones de cuidado familiar que la sociedad les impone. En este sentido la pandemia abre para algunos una crisis personal más general que pone en discusión el sentido que anteriormente se daba a los espacios laborales y familiares, privados y públicos.

2. La pandemia devela también las fortalezas y precariedades de la protección y cuidado de la salud ocupacional de los trabajadores/as de salud

Es importante destacar que, si bien los trabajadores/as encuestados reportaron,

en su mayoría, contar con EPP en cantidad y calidad adecuada, así como también utilizarlos de acuerdo con la normativa, más de un cuarto de los trabajadores/as (27,4%) no recibieron capacitación sobre la enfermedad por SARS-COV-2 y el uso correcto de los equipos de protección personal y de estos en su mayoría (64%) se encontraban en atención directa de pacientes positivos para COVID-19.

De esta forma, aunque con una demora inicial, por una parte el sector es capaz de suministrar una cantidad suficiente de EPP para la mayoría de los trabajadores de la salud y de elaborar protocolos generales de actuación para el cuidado de la salud de los trabajadores/as, por otra, se hace evidente la falta de una estrategia de vigilancia y prevención integral y efectiva de los contagios, apareciendo problemas de información y comprensión de las formas de contagio en el espacio de trabajo y los cuidados necesarios para su prevención. También aparecen fallas en la trazabilidad y el aislamiento oportuno de trabajadores/as y pacientes contagiados, produciéndose brotes de difícil control, así como problemas en el diseño de los procesos de atención que generan falsas sensaciones de seguridad y exponen a los trabajadores/as al contagio y sus consecuencias.

En este sentido, también emergen problemas del sistema de salud ocupacional a nivel macro, siendo los organismos administradores de la ley de seguro obligatorio uno de los focos de la críticas por su ausencia en

la estrategia de prevención y la lentitud de las respuestas en las autorizaciones de las licencias por enfermedad profesional, lo que genera y/o profundiza las desconfianzas con este sector del sistema de salud ocupacional.

3. La pandemia profundiza la fractura de confianza entre autoridades y trabajadores

La indagación sobre la salud de los equipos de salud durante la pandemia devela una fractura y una distancia entre las autoridades y los trabajadores que parece ser causa profunda del malestar y de las difíciles condiciones de salud. En el contexto de la pandemia “los de arriba” y “los de abajo” parecen ser dos mundos separados que corren por carriles propios y paralelos. En este sentido se identifica que el 54,5% de los trabajadores/as desconfían de las autoridades de salud ().

Gobierno y autoridades son vistos como ausentes a la hora de hacerse cargo de la salud integral de los trabajadores/as, sea porque falta capacidad de entregar lineamientos y guías claras para proteger la salud, sea porque no muestran suficiente atención respecto de la salud y en particular de la salud mental de los equipos. Más en general, se percibe que gobierno y autoridades carecen de la empatía suficiente, al utilizar una estrategia comunicativa que constantemente oculta y niega la realidad concreta que los equipos de salud viven a diario y al mostrar una falta de trato huma-

no que parece reducir a los trabajadores/as a recurso de libre disposición.

La ausencia y la ineffectividad de su actuación caracterizan de manera muy marcada a los organismos administradores del seguro obligatorio en la percepción de los trabajadores/as, cuyos retrasos y limitaciones en el reconocimiento del origen laboral de los contagios incrementó las incertidumbres y sensación de vulnerabilidad de los equipos de salud.

4. Los trabajadores/as de la salud reaccionan con organización, responsabilidad y compañerismo

Los equipos de salud hacen frente a este contexto y a los desafíos de la pandemia sostenidos por un gran sentido de responsabilidad por el cuidado de la salud de la población. Ante la adversidad emerge la cohesión y sentido de compañerismo del equipo de salud, de la mano de la capacidad para organizarse autónomamente, generar contenidos y estrategias de cuidado, así como la organización colectiva existente y la experiencia de canalización de necesidades, demandas y propuestas de sus dirigentes/as. Así mismo la mayor parte de ellos/as reporta confiar en su equipo de trabajo (60.8%), contrastando con la confianza puesta en las autoridades de salud

De esta manera el funcionamiento del sistema, la respuesta positiva frente a la emergencia, parecen estar garantizadas por el compromiso humano y profesional

de los equipos, por su capacidad de unirse, apoyarse recíprocamente en las dificultades y de encontrar soluciones autónomas a los problemas que se presentan a diario. Un papel importante en este proceso de "socorro mutuo" es jugado por las organizaciones y dirigentes del sector que se hacen cargo de responder a las necesidades inmediatas de los equipos, así como de representar y canalizar sus demandas más apremiantes.

5. La participación de trabajadores de los trabajadores no ha sido promovida por las autoridades, pero es central para mejorar la salud en el trabajo

El 81,3 % de los trabajadores/as de la salud perciben no haber sido considerados suficientemente (nunca y a veces) en las decisiones que les competen respecto del manejo de la pandemia por COVID-19. Durante la pandemia se percibe que gobierno y autoridades han evitado involucrar a los trabajadores/as en la discusión de las decisiones más relevantes respecto de cómo gestionar la emergencia y garantizar condiciones de trabajo y salud favorables.

Algunas excepciones se registran especialmente en la atención primaria, donde la posibilidad de participar en el diseño de protocolos y lineamientos ha permitido la construcción de ambientes más democráticos en los cuales la salud y seguridad de los trabajadores ha sido mejor protegida.

En este sentido, la participación de los equipos de salud aparece como uno de los pilares más valorados para generar

prácticas de cuidado de la salud de los trabajadores/as.

6. Reemerge la crisis de gobernanza del sistema de salud

La crisis pandémica devela y profundiza los problemas de gobernanza del sistema sanitario chileno, emergiendo principalmente prácticas verticales, centralizadoras y autoritarias de toma de decisiones, que invisibilizan y excluyen a los equipos de salud, sus representantes y sus conocimientos del territorio y sus complejidades. Esto impide la elaboración de una estrategia colectiva y compartida del cuidado de la salud de la población y de los trabajadores/as de la salud, lo que genera ausencia de orientaciones consistentes, incrementa las incertidumbres del personal y genera un gran quiebre de las confianzas con las autoridades.

La manera en que gobierno y autoridades han manejado la pandemia ha puesto en evidencia la desorganización y la incapacidad de gestionar de manera democrática y eficaz el sistema de salud. Se han hecho visibles los problemas de articulación y coordinación entre los distintos niveles y ámbitos del sistema y la distancia que ha caracterizado la relación entre el nivel central y los territorios. Elementos característicos de esta falta de articulación han sido la percepción de falta de liderazgo, improvisación, centralización, la marginalización de la atención primaria y la incapacidad de poner en marcha una estrategia comunica-

tiva adecuada hacia la comunidad.

En este último aspecto se visualiza una fuerte incapacidad por comunicar efectivamente y generar confianza en el sector. La comunicación confunde y genera incertidumbres por la ausencia o la poca claridad de los lineamientos y guías de actuación, lo que genera sospecha y molestia al no conectar con la realidad concreta que los trabajadores/as viven a diario y que se percibe apunta a ocultar las muertes y las dificultades que enfrentan los equipos de salud. Estos elementos van de la mano con la percepción de improvisación e impericia con que se ha hecho frente a la pandemia.

7. Los problemas estructurales del sistema y la presencia del mercado en salud afectan la capacidad de respuesta a la pandemia

Los trabajadores/as de la salud perciben que la pandemia devela los problemas estructurales del sistema de salud chileno y afecta la respuesta sanitaria a la misma. Por una parte, emerge en las entrevistas como el desfinanciamiento del sector público dificulta la disponibilidad de recursos y capacidades sanitarias para enfrentar la demanda asistencial y el cuidado de la salud de los trabajadores/as, por otra, las reglas del juego del mercado y la privatización del sistema de salud –común y ocupacional– distorsiona los incentivos con que se responde al pandemia, afectando las prioridades sanitarias e incorporando la dimensión del lucro y la rentabilidad econó-

mica en las decisiones. Por otra parte, la respuesta privada a los problemas de salud y la regulación laboral existente, determina precarizaciones de las condiciones laborales que dificultan la capacidad de organización colectiva de los trabajadores/as y produce la percepción de dependencia respecto de las instituciones fiscalizadoras para asegurar condiciones de seguridad del trabajo. Los problemas estructurales emergen también en la falta de recursos para el trabajo de la APS, en el rol jugado por el sector privado en la respuesta a la pandemia en algunas regiones y en la ausencia y las demoras de respuesta de las mutuales.

8. ¿Qué proponen los trabajadores?

Para mejorar el cuidado de la salud de los equipos de salud durante la pandemia por COVID-19 los trabajadores/as visualizan algunas propuestas que podemos clasificar en micro y macro. En el primer caso, se hace énfasis en intervenir en las condiciones cotidianas de trabajo para organizar de mejor manera las tareas y garantizar ritmos y tiempos de trabajos humanos para los equipos. Van en esta dirección la necesidad de mejorar la planificación de la organización las labores y tareas del trabajo, la generación de estrategias que permitan el descanso de los trabajadores de la salud, descargar al personal de salud de tareas prescindibles y no prioritarias y mejorar el soporte psico-emocional de los trabajadores. En esta misma línea, se hace énfasis en capacitar de mejor forma al personal que ha

sido contado recientemente, en particular en las unidades de pacientes críticos. En el segundo caso y a un nivel más general, las propuestas hacen énfasis en la necesidad de intervenciones más estructurales que puedan mejorar la coordinación y articulación de las redes y los equipos de salud y fortalecer la participación de los trabajadores/as en los espacios de toma de decisiones.

Limitaciones

Entre las principales limitaciones de esta investigación identificamos que los grupos focales no se pudieron llevar a cabo en todas las regiones del país, tal como estaba planteado inicialmente, debido a las dificultades para poder contar con entrevistadores/as entrenados y capacidad de muestreo para las entrevistas con un conocimiento en profundidad de todas las regiones del país. Esto dificulta la posibilidad de conocer, en esta investigación, la diversidad de vivencias posibles dada nuestra complejidad territorial. Por otra parte, no fue posible involucrar a los trabajadores/as sanitarios que se desempeñan en tareas como auxiliares de servicio, a pesar de haber sido convocados a los grupos focales. Este grupo, tan significativo de los trabajadores/as sanitarios, sistemáticamente no se presentó a las entrevistas, aunque sí participaron del componente cuantitativo de esta investigación. Esta situación impide poder conocer en profundidad las particularidades de la vivencia de la pandemia en este grupo de trabajadores/as en el contex-

to de sus equipos de trabajo. Finalmente, el análisis del apartado cuantitativo se llevó a cabo con una muestra no probabilística, por


lo que los resultados de este componente del estudio sólo representan la realidad de las personas que participaron en él.



REFLEXIONES


FINALES

[volver a índice](#)



“...yo siento que tuvieron la capacidad para hacer ruido, la capacidad para ponerle número, la capacidad para ponerle cifras y para perdonando, para hacer un gallito también, sobre todo en la época en que Mañalich daba esta sensación de triunfalismo y de que Chile estaba preparado para la pandemia y todo...fue importante que hicieron contrapeso esta comunicación de cómo eran las cosas”

(Mujer/Trabajadora social/ Hospital de alta complejidad)



REFLEXIONES FINALES

El presente estudio nos invita a rescatar la importancia de la participación de los trabajadores/as en la construcción del conocimiento y en la toma de decisiones respecto de sus condiciones laborales y de su salud ocupacional. Son los trabajadores/as de la salud los protagonistas principales de este proceso que ha requerido de voluntades y movilización de capacidades para comprender un poco más las vivencias y los impactos socio-sanitarios de la pandemia por COVID-19 en sus trayectorias vitales durante la ardua experiencia del cuidado de la salud colectiva.

La Investigación Acción Participativa llevada a cabo con las y los dirigentes de las 17 organizaciones agrupadas en la Secretaría de Salud de la CUT, ha sido un proceso iterativo que ha permitido a los participantes reflexionar y emitir juicios acerca de la realidad que los afecta, sustentados en una exploración rigurosa y sistemática de su propia vivencia subjetiva y de la objetivación de sus percepciones, en un marco organizado de deliberación y construcción de acuerdos colectivos. Más precisamente, mediante su diseño participativo y democrático, el estudio propone que la investigación sobre la salud laboral y colectiva necesita del involucramiento de los trabajadoras/es como participantes activos de la construcción de un conocimiento situado en sus contextos y problemáticas y no como objetos pasivos de investigación.

El conocimiento y la evidencia científica que han emergido en este proceso partici-

pativo, encontrarán su sentido en la fuerza colectiva de los trabajadores/as sanitarios para comprender su realidad y movilizar los recursos necesarios para su transformación. En esta lógica, es de esperar que los resultados de este proceso sean un aporte a la movilización de las organizaciones de los trabajadores/as en la búsqueda de mejores condiciones de empleo, trabajo y salud, y sea una herramienta más para enfrentar el centralismo y autoritarismo que ha caracterizado la gobernanza de la pandemia en nuestro país. De esta forma, esperamos también que se configure como una experiencia significativa en la línea de construir procesos democratizadores para el diseño, implementación y evaluación de las políticas y programas de salud ocupacional en el sector.

Al mismo tiempo, esta investigación pone en evidencia la urgente necesidad de instalar en nuestro país una política de cuidado de la salud de los trabajadores/as sanitarios, efectiva y construida con participación de todos sus actores. Los relatos y evidencias recogidas en terreno documentan una fuerte percepción de falta de soporte institucional, improvisación y serias incapacidades sistémicas para abordar y procesar el sufrimiento y los traumas vividos diariamente por los equipos de salud durante este último año, así como también de los preocupantes niveles de desgaste físico y emocional asociadas a la carga de trabajo y a la reorganización de las tareas y procesos asistenciales.

La pandemia, en otras palabras, nos llama con urgencia a preocuparnos de los cuidadores de nuestra salud colectiva mediante acciones y políticas que tengan un carácter integral y no se agoten en iniciativas parciales o fragmentadas. Esto significa considerar en toda su complejidad el bienestar de los trabajadoras/es del sector, sea en sus aspectos físicos, mentales y/o políticos, teniendo a bien que los factores que lo determinan dicen relación con un amplio abanico de temáticas que van desde los tradicionales riesgos ocupacionales; los temas organizacionales de duración e intensidad de turnos y jornada laboral; la estabilidad de sus condiciones de empleo o la conciliación entre trabajo y vida privada; hasta las inequidades de género y la participación en las decisiones que los afectan.

Finalmente, junto con la preocupación por la democratización del sector y el cuidado integral por la salud de los trabajadores/as sanitarios, también emergen en esta investigación las consecuencias en la capacidad de cuidado de la salud colectiva producto del debilitamiento del sector público de la salud; la precarización del trabajo –en particular del sector privado de la salud–; y la mercantilización de las reglas del juego del sistema y de la política social de salud. La preocupación por la vida de todos/as los habitantes del territorio nacional tendrá una mejor posibilidad de evitar tanta muerte, sufrimiento y vivencias traumáticas, cuando la respuesta sin discriminaciones arbitrarias a las necesidades de salud sean el centro del sistema y cuando las

personas que constituyen el cuerpo de cuidadores su principal patrimonio. Si el mercado, la ganancia y la precarización de las condiciones laborales no tienen cabida en la respuesta a una pandemia, es porque estas ponen en riesgo la vida de todos/as y con ello la construcción de un ethos social

de cuidado y bienestar colectivo, básico para la cohesión social de un pueblo. Así, el desvanecimiento de toda forma de mercantilización de la política social de salud resulta un aspecto mínimo y esencial para esa otra y nueva institucionalidad sanitaria por venir.

REFERENCIAS

Abedi, V., Olulana, O., Avula, V., Chaudhary, D., Khan, A., Shahjouei, S., ... y Zand, R. (2020). Desigualdad racial, económica y sanitaria e infección por COVID-19 en los Estados Unidos. *Revista de disparidades de salud raciales y étnicas*, 1-11.

Benach, J., Muntaner, C., & Santana, V. (2007). Employment conditions knowledge network (EMCONET). Employment conditions and health inequalities. Final Report of the Commission on Social Determinants for Health. Geneva (CH): World Health Organization.

Bueno Ferrán, M., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud [Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals]. *Enfermería clínica (English Edition)*, 31, S35-S39.

Cahill, C. (2007). Repositioning ethical commitments: Participatory action research as a relational praxis of social change. *ACME: An International Journal for Critical Geographies*, 6(3), 360-373.

Gómez-Ochoa, S. A., Franco, O. H., Rojas, L. Z., Raguindín, P. F., Roa-Díaz, Z. M., Wyssmann, B. M., ... & Muka, T. (2021). COVID-19 in health-care workers: a living systematic review and meta-analysis of prevalence, risk factors, clinical characteristics, and outcomes. *American journal of epidemiology*, 190(1), 161-175.

Shaukat, N., Ali, D.M. & Razzak, J.(2020). Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med* 13, 40.

Suárez Obando, Fernando. (2015). Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: la propuesta de ezekiel j. emanuel. *Persona y Bioética*, 19(2), 182-197.

Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruso L, Shroff Z (2014). Investigación-acción participativa en sistemas de salud: Una guía de métodos, TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare).

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669.

Martines, M. R., Ferreira, R. V., Toppa, R. H., Assunção, L. M., Desjardins, M. R., & Delmelle, E. M. (2021). Detecting space-time clusters of COVID-19 in Brazil: mortality, inequality, socioeconomic vulnerability, and the relative risk of the disease in Brazilian municipalities. *Journal of Geographical Systems*, 23(1), 7-36.

Muntaner, C., Chung, H., Solar, O., Santana, V., Castedo, A., Benach, J., & EMCONET Network. (2010). A macro-level model of employment relations and health inequalities. *International Journal of Health Services*, 40(2), 215-221.

Sahu, A. K., Amrithanand, V. T., Mathew, R., Aggarwal, P., Nayer, J., & Bhoi, S. (2020). COVID-19 in health care workers—A systematic review and meta-analysis. *The American journal of emergency medicine*, 38(9), 1727-1731.

Tacsan, M. A. (2003). Los comités de ética y la investigación en Ciencias Sociales. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 1(99), 85-95.

Walters, D., Nichols, T., Connor, J., Tasiran, A., & Cam, S. (2005). The role and effectiveness of safety representatives in influencing workplace health and safety.

Walters, D. (2006). One step forward, two steps back: worker representation and health and safety in the United Kingdom. *International Journal of Health Services*, 36(1), 87-111.

[volver a índice](#)



Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



Departamento de Enfermería

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE