



**Experiencia de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, en la atención de pacientes con Covid-19 en la ciudad de Medellín, entre mayo de 2020 y mayo de 2021.**

**Experience of healthcare workers in relation to their health, in the care of patients with covid-19 in the city of Medellin, between May 2020 and May 2021.**

Wilson Camilo Martínez Jiménez

Tesis de maestría presentada para optar al título de Magíster en Salud Colectiva

Asesora

Marcela Carrillo Pineda, Doctora (PhD) en Educación

Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Salud Colectiva  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2024

<b>Cita</b>	(Martínez-Jiménez, 2024)
<b>Referencia</b>	Martínez-Jiménez, W.C. (2024). <i>Experiencia de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, en la atención de pacientes con covid-19 en la ciudad de Medellín, entre mayo de 2020 y mayo de 2021</i> [Tesis de maestría]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	

---



Maestría en Salud Colectiva, Cohorte XII.

Políticas Sociales y Servicios de Salud.

Asesora: PhD Marcela Carrillo Pineda



Biblioteca Enfermería

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

### **Dedicatoria**

A mi hija Maria Ángel: quien a pesar de su corta edad, aprendió a entender mis ausencias y siempre representó mi motor y la motivación para continuar.

A mi mamá Martha: quien siempre fue una mujer valiente y a quien le debo lo que soy como persona.

A mi esposa Luisa Fernanda: quien fue mi apoyo en los momentos difíciles del proceso, y quien siempre supo esperar y acompañarme.

### **Agradecimientos**

A mi maestra y asesora de tesis: Profe Marcela, por su confianza en mi proceso, por alentarme siempre y ayudarme a dar lo mejor, por su apoyo incondicional y por permitirme crecer como profesional.

A mis colegas y demás trabajadores sanitarios: quienes constantemente enfrentan situaciones que ponen en riesgo sus vidas, pero aun así, continúan dando lo mejor de cada uno por sus pacientes.

A mi amiga y amigo: Lina y Mauricio: quienes siempre me han enseñado el valor de la amistad y acompañaron incondicionalmente mi proceso.

A mis compañeras y compañero de Maestría: Sandra, Ángela y Santiago: personas que llegaron a mi camino y me permitieron conocer de sus vidas, y fueron ese apoyo en el proceso formativo.

A las profesoras y los profesores de Maestría: por compartir sus conocimientos y contribuir en mi formación profesional.

A los profesionales que participaron en la investigación: quienes me permitieron conocer su experiencia, y quienes en su momento arriesgaron sus vidas por ayudar a salvar la de sus pacientes.

A la coordinadora de la unidad donde trabajo: Jefe Erika, quien me apoyo con los turnos que necesitaba para terminar mi proceso de formación.

**Tabla de contenido**

Resumen .....	10
Abstract .....	11
Introducción .....	12
1. Planteamiento del problema .....	14
1.1 Definición del problema.....	14
1.2 Antecedentes .....	18
2. Justificación.....	22
3. Objetivos .....	24
3.1 Objetivo general .....	24
3.2 Objetivos específicos.....	24
4. Referentes teóricos .....	25
4.1 Normatividad (legislación en salud y seguridad laboral).....	25
4.2 Trabajo, trabajadores y condiciones de trabajo: experiencias de salud.....	30
4.3 El proceso de salud-enfermedad de los trabajadores de la salud en perspectiva de la Salud Colectiva.....	33
4.4 La salud de los trabajadores: un abordaje desde la Salud Colectiva.....	35
5. Metodología .....	40
5.1 Tipo de estudio .....	40
5.2 Memoria metodológica .....	42
5.2.1. <i>Etapa previa</i> .....	42
5.2.2. <i>Recogiendo la experiencia vivida</i> .....	44
5.2.2.1. Acceso a los participantes .....	44
5.2.2.2. Estrategias de recolección .....	45
5.2.3 <i>Reflexionar acerca de la experiencia vivida - etapa estructural</i> .....	47
5.2.3.1. Estrategias de análisis.....	47

5.2.4. <i>Escribir-reflexionar acerca de la experiencia vivida</i> .....	56
5.3 Consideraciones éticas .....	56
5.4 Criterios de rigor .....	59
6. Hallazgos .....	61
6.1 “Situación cambiante: antes y después de la pandemia” .....	62
6.2 Atención de pacientes con Covid en tiempos sombríos: del desconocimiento de manejo al desgaste de los profesionales.....	68
6.3 Experimentar la muerte: entre el miedo a la muerte y morir para el mundo.....	79
7. Discusión. ....	87
7.1 Relacionalidad: el yo – otro vivido .....	87
7.2 Corporeidad – el cuerpo vivido .....	91
7.3 Espacialidad – el espacio vivido .....	96
7.4 Temporalidad – el tiempo vivido .....	99
7.5 Materialidad - las cosas vividas .....	100
8. Conclusiones .....	107
9. Limitaciones .....	109
Referencias .....	110
Anexos.....	122

**Lista de tablas**

**Tabla 1** Aproximación detallada .....49

**Tabla 2** Unidades temáticas.....54

**Lista de figuras**

**Figura 1** Aproximación de marcaje.....48

**Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>ALAMES</b>	Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva
<b>ASMEDAS</b>	Asociación Médica Sindical Colombiana Seccional Antioquia
<b>ARL</b>	Administradora de Riesgos Laborales
<b>ARP</b>	Administradora de Riesgos Profesionales
<b>CEI-FE</b>	Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia
<b>CIE</b>	Consejo Internacional de Enfermería
<b>CIOMS</b>	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Medicas
<b>COPASO</b>	Comités Paritarios de Salud Ocupacional
<b>COPASST</b>	Comité Paritario en Seguridad y Salud en el Trabajo
<b>ECMO</b>	Oxigenación por Membrana Extracorpórea
<b>ENT</b>	Enfermedades No Transmisibles
<b>EPI</b>	Equipo de Protección Individual
<b>EPP</b>	Elementos de Protección Personal
<b>EPS</b>	Empresas Promotoras de Salud
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>IPS</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<b>ISTAS</b>	Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAHO</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PYP</b>	Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
<b>SC</b>	Salud Colectiva
<b>SCARE</b>	Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
<b>SG-SST</b>	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
<b>SO</b>	Salud Ocupacional
<b>SST</b>	Seguridad y Salud en el Trabajo



**UCI**

Unidad de Cuidado Intensivo

**UNAB**

Universidad Autónoma de Bucaramanga

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo comprender las experiencias de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, durante la atención de pacientes con Covid-19. Para lograrlo, el trabajo se inscribió en la corriente cualitativa y se desarrolló un estudio interpretativo con herramientas de la fenomenología, el cual hizo posible acercarse al mundo empírico de los participantes, asegurando un estrecho ajuste entre los datos y lo que los participantes realmente dijeron y sus narraciones con relación a lo que hacían. Para la recolección de los datos, se realizaron 11 entrevistas en profundidad, a 6 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión. El análisis de los datos, permitió realizar una agrupación de estos en unidades temáticas, las cuales muestran esas situaciones que enfrentaron los trabajadores sanitarios durante La Pandemia. En primer lugar, se presentó un cambio en las dinámicas de la atención que ofrecían los hospitales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), encontrando en este punto un antes y un después de la Pandemia. En segundo lugar, se encuentra la atención de los pacientes con Covid en tiempos sombríos; los cuales pasaron del desconocimiento del manejo de la enfermedad, al desgaste de los profesionales. En tercer lugar, aparece el experimentar la muerte; lo cual tiene un tránsito entre el miedo a la muerte y morir para el mundo. Finalmente, los participantes de la investigación, afirmaron frente al sistema de salud, que nunca se va a estar preparado para hacer frente a una pandemia.

*Palabras clave:* cuidado, emociones, sistema de salud, condiciones de trabajo, trabajadores sanitarios, salud colectiva.

### **Abstract**

The aim of this research was to understand the experiences of health care workers in relation to their health, during the care of patients with Covid-19. To achieve this, the work was inscribed in the qualitative current and an interpretative study was developed with phenomenological tools, which made it possible to approach the empirical world of the participants, ensuring a close fit between the data and what the participants actually said and their narratives in relation to what they did. For data collection, 11 in-depth interviews were conducted with 6 participants who met the inclusion criteria. The analysis of the data allowed us to group them into thematic units, which show the situations faced by health workers during the pandemic. In the first place, there was a change in the dynamics of the care offered by hospitals and Health Service Providing Institutions (IPS), finding at this point a before and an after the Pandemic. Secondly, there is the care of patients with Covid in dark times, which went from the lack of knowledge about the management of the disease, to the attrition of professionals. Thirdly, there is the experience of death, which is a transition between the fear of death and dying for the world. Finally, the research participants affirmed that the health system will never be prepared to face a pandemic.

*Key words:* care, emotions, health system, working conditions, health workers, collective health.

## Introducción

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un desafío sin precedentes para los sistemas de salud en todo el mundo. Los profesionales sanitarios, en particular, y quiénes han estado en la llamada primera línea de atención, debieron enfrentarse a condiciones extremas y a una carga de trabajo desbordante; situaciones que han puesto a prueba no solo sus competencias profesionales, sino también su bienestar físico y mental. En este contexto, es de suma importancia comprender cómo La Pandemia afectó la salud de estos trabajadores, especialmente en ciudades como Medellín, donde el impacto generado por esta ha sido significativo.

Es por lo anterior, que con la investigación titulada "Experiencia de los profesionales sanitarios en relación con su salud en la atención de pacientes con COVID-19 en la ciudad de Medellín; entre mayo de 2020 y mayo de 2021", se busca explorar y documentar dichas experiencias, partiendo de la necesidad de comprender de manera profunda y detallada, cómo la pandemia afectó a los profesionales sanitarios en términos de su salud física, mental y emocional. Esta comprensión no solo permitirá reconocer las dificultades y los retos que debieron enfrentar los profesionales, sino que también podrá servir como base para desarrollar intervenciones y políticas que mejoren las condiciones laborales y de salud de esta población en futuras crisis sanitarias. Por lo expuesto, se abordará desde el paradigma interpretativo (fenomenológico), propuesto por Van Manen y la metodología cualitativa.

El período en que transitó la investigación (mayo de 2020 y mayo de 2021), fue particularmente crítico en la ciudad de Medellín, donde tuvo lugar el tema de las olas sucesivas de contagios que saturaron los hospitales y las IPS, exponiendo a los trabajadores sanitarios a una presión extrema, la cual se caracterizó porque durante este tiempo, muchos de estos profesionales tuvieron que lidiar con jornadas de trabajo extenuantes, el riesgo constante de infectarse, la falta de Elementos de Protección Personal (EPP) adecuados y la carga emocional de atender a un gran número de pacientes críticos y, en muchos de los casos, verlos fallecer alejados de sus seres queridos.

Esta investigación es relevante, porque permite documentar los testimonios y vivencias de los profesionales sanitarios que hicieron parte de la primera línea de atención, dando voz a sus experiencias; lo cual no solo contribuirá al conocimiento académico sobre la salud de los

trabajadores, sino que también proporcionará información valiosa para mejorar las condiciones de trabajo y las estrategias de apoyo en el futuro.

Finalmente, la investigación tiene un componente práctico importante, pues al identificar esas condiciones de trabajo que más afectaron la salud de los profesionales sanitarios, se podrán desarrollar recomendaciones específicas para las instituciones de salud y los formuladores de políticas, destacando temas como las condiciones laborales, el establecimiento de protocolos sobre la protección y seguridad, y la implementación de programas de apoyo psicológico y emocional para la población en mención.

## 1. Planteamiento del problema

### 1.1 Definición del problema

El SARS-CoV-2, tuvo inicio en la ciudad China de Wuhan en diciembre de 2019 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). La rápida expansión del virus llevó a la Organización Mundial de la Salud a declarar emergencia sanitaria el 30 de enero de 2020 (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2020); de igual manera se declaró como Pandemia el 11 de marzo del mismo año (PAHO, 2020). En Colombia, el primer caso se confirmó el 6 de marzo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020); y para los seis meses siguientes el número de contagiados llegó a 16'434.186 casos confirmados a nivel mundial (OMS, 2020) y 728.590 casos a nivel nacional (Instituto Nacional de Salud, (INS) 2020). Lo que confirma la magnitud de esta situación.

La situación vivida con La Covid-19, y el aumento de las muertes a causa de esta, tuvo un efecto devastador para algunos países, lo cual llevó a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a realizar cambios tanto estructurales (físicos) como administrativos, buscando ampliar las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), con el propósito de brindar una mayor cobertura a la población contagiada con el virus. Dentro de los cambios se encuentran, por ejemplo: la interrupción total o parcial en la atención de pacientes con Enfermedades No Transmisibles (ENT) como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (OPS, 2020). De igual manera, fue necesaria la reasignación del personal con experiencia en UCI a los nuevos servicios habilitados para dar respuesta a la emergencia generada por La Covid-19 (OPS, 2020).

Varios autores (De Bortoli et al., 2020; Vargas, 2020; Torres-Tovar, 2022; y Velásquez-Jiménez, 2020) coinciden en afirmar que la pandemia de La Covid-19, dejó al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas de salud, agravada por la precariedad en las condiciones laborales de los profesionales de la salud, tanto a nivel mundial (De Bortoli et al., 2020) como en Colombia (Vargas, 2020; Torres-Tovar, 2022; y Velásquez-Jiménez, 2020). En Latinoamérica, por ejemplo, ya se informaba que desde antes de pandemia eran deficientes los sistemas de salud, es por esto que se creyó que muchos colapsaron en su inicio y durante la crisis de La Covid-19, pues hubo déficit de recursos, de personal sanitario, de equipos y medios de protección, lo que además mostró la incapacidad de los gobiernos para hacer un control eficaz a la situación (Pestana et al, 2022)

En nuestro país en concreto, la pandemia visibilizó una crisis ya existente en un sistema implementado en Colombia desde 1993, con un modelo de salud orientado a la curación que convirtió la salud en un negocio fundamentado en el aseguramiento y en la intermediación (Vargas, 2020). Sistema que antes de la pandemia traía problemas crónicos y estructurales a los que se les daba soluciones paliativas que se exacerbaban con el aumento de casos por La Covid-19, entre ellos, las condiciones laborales críticas del personal sanitario, las condiciones de bioseguridad deficientes y el manejo financiero centrado en las empresas promotoras de salud intermediarias (Velásquez-Jiménez, 2020).

La pandemia de La Covid-19, sacó a flote aspectos como la precarización laboral que ya se tenía desde antes. Esta se entiende como “aquella situación laboral deteriorada producto de las formas de contratación inestables e intermediadas, intensificación de la carga laboral, salarios disminuidos y desprotección de la salud y la seguridad en el trabajo” (Torres-Tovar, 2022: 291). A pesar de reconocerse como parte fundamental de la atención en salud, durante la pandemia los profesionales continuaron asumiendo contratos sin garantías de un trabajo digno, a través de la tercerización o la prestación de servicios (Velásquez-Jiménez, 2020; Vargas, 2020); Al mismo tiempo las consecuencias del manejo financiero centrado en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), generó retrasos en los pagos a las IPS, recayéndose en deudas millonarias al personal sanitario (Velásquez-Jiménez, 2020). Por tanto, durante la pandemia, al personal de salud le tocó enfrentarse a unas medidas de bioseguridad insuficientes, falta de elementos de protección personal, pagos atrasados, desabastecimiento y escasez de recursos, infraestructuras físicas no adecuadas, sobrecarga laboral, entre otras (Velásquez-Jiménez, 2020; Vargas, 2020). De igual manera es importante resaltar que la falta de condiciones seguras de trabajo, puede ocasionar problemas de salud, lo cual puede agudizarse en el personal sanitario, quienes están expuestos al contagio; debido a las características propias de la labor que realiza (Saltos-Llerena, 2022).

Situaciones como las anteriormente descritas, pudieron ser corroboradas en el boletín 003 de agosto 18 de 2020, el cual realizó un monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad de un grupo de 1562 trabajadores sanitarios para hacer frente a la Pandemia. Dicho informe fue tomado de la oficina de prensa de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES). De los 1562 participantes, 694 personas no tenían una relación laboral directa, solamente 544 empleados contaban con un tipo de contratación que les brindaba estabilidad laboral. Un total de 482 personas relataron discriminación por parte de la comunidad, otras 331

personas reportaron aumento en horarios de trabajo, 307 afirman que tuvieron disminución en el sueldo, mientras que 248 mencionaron aumento en la carga laboral, 129 manifestaron haber sufrido acoso laboral, 90 declararon que habían sido inducidos a pedir licencias no remuneradas, 87 habían pasado por insinuación de renuncias, 48 manifestaron cambio de contratación y 37 habían sufrido violencia física por agentes de la comunidad (Asociación Médica Sindical Colombiana Seccional Antioquia [ASMEDAS], 2020).

De igual manera, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE, 2020), planteó que una de las preocupaciones grandes y quizás un obstáculo para el sistema, eran los recursos destinados a la salud de los colombianos, debido a que muchas instituciones hospitalarias no contaban con la infraestructura, ni con la adecuación necesaria para enfrentar la crisis. El porcentaje de ocupación de las UCIS en el País aumentó sustancialmente, para el 22 de septiembre de 2020 había llegado al 57,9%, siendo Risaralda, Antioquia y Santander, los departamentos con mayor ocupación, pues para esa misma fecha ya habían superado el 70%, (PAHO, 2020). Además, muchos profesionales de la salud no tenían los elementos adecuados de bioseguridad para atender un paciente contagiado por el virus (SCARE, 2020); lo cual es importante, teniendo en cuenta que son el grupo de mayor riesgo para contagiarse, pues según un informe presentado por el INS, en menos de dos meses de circulación del virus en el país, se habían presentado un total de 306 contagios, de los cuales 95 correspondían a auxiliares de enfermería, 80 a médicos generales y especialistas, 42 a enfermeros profesionales, 11 a terapeutas respiratorios, 8 a fisioterapeutas y 4 personas habían fallecido (Radio Nacional de Colombia, 2020).

En este mismo sentido, a los seis meses aproximadamente, se contaban con 217 casos de contagios del personal sanitario, de los cuales 98 estaban asociados a la prestación, 50 se presentaron en el ámbito comunitario y de 69 no se tenía certeza (INS 2020), con mayores contagios en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cartagena, Nariño, Chocó, Valle del Cauca, Risaralda y Amazonas (Vargas, 2020). Adicionalmente, la salud mental de los trabajadores se vio afectada por el contacto con pacientes con Covid-19, lo cual incrementó el riesgo de tener problemas de salud mental en un 47%; trabajar sin protección individual en un 25%; y sin protocolos en un 29% (ASMEDAS, 2020).

Junto con lo anterior, también se hace importante mencionar que hubo otros estudios realizados a nivel mundial, como el desarrollado en Paraguay, por Samaniego et al (2020), que mencionan que la pandemia generada por La Covid-19, provocó mucho más que el colapso de los



sistemas de salud en el mundo, repercutiendo esto en la salud de los profesionales encargados de brindar atención a las personas infectadas. Exponiendo que dentro de las peticiones más importantes de los profesionales para hacer frente a la pandemia por Covid-19, se encontraban los Elementos de Protección Personal (EPP), justicia en la carga laboral y espacios para el descanso. Los mismos autores plantearon que el escenario donde se desempeñan los trabajadores de la salud, se puede considerar estresante (Samaniego et al, 2020).

De acuerdo con lo anterior, se han documentado problemas de salud mental de los profesionales sanitarios relacionados con la falta de concentración, trastornos del sueño, incapacidad para tomar decisiones, tensión e incapacidad para afrontar situaciones (ASMEDAS, 2020). Dicho de otro modo, el ámbito sanitario involucra de sus trabajadores una carga mental mayor que la de la población general (Fernández & Suárez, 2020), pues existe también “la preocupación de exponerse a distintas patologías y poner en riesgo a seres queridos”, lo cual se ha hecho más significativo en tiempos de pandemia (Burbano, 2020, citado por Arango et al., 2022: 52).

En concordancia con lo anterior, también se hace preciso mencionar que el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), pone en conocimiento las situaciones experimentadas por el personal de enfermería en diferentes lugares del mundo, donde se destaca que el 93% de estos experimentó estrés, el 76% agotamiento, hubo una triplicación de las ratios enfermera-pacientes, el 49% manifestaron tener ansiedad, el 25% depresión, el 60% se sentían agotadas y el 90% ansiosas (Consejo Internacional de Enfermería [CIE], 2021). Adicionalmente, ya se ha informado que los riesgos laborales se desarrollaron principalmente en el entorno hospitalario, debido a que los profesionales estaban expuestos rutinariamente a riesgos múltiples y variados, relacionados con agentes químicos, físicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos (Soares et al, 2020).

Lo anterior resulta algo paradójico, si de acuerdo con lo que expresa Ortega et al (2017), el recurso humano dentro de las organizaciones es el bien máspreciado cuando se considera su relevancia en el desarrollo socioeconómico de un país (Ortega et al, 2017). En este mismo sentido Santana (2012), comenta que el trabajo puede ser apreciado como un componente esencial de la vida humana, representa relaciones entre los seres humanos y la naturaleza, las cuales producen bienes y dan forma a las interacciones sociales, proporcionando las bases de la producción económica que se refleja en la vida social y política (Santana, 2012). Por tanto, vale la pena preguntarse ¿Estábamos preparados los trabajadores de la salud para una pandemia? ¿Por qué

pareciera que la pandemia traspasó nuestros límites laborales a nivel local, nacional y mundial? ¿La pandemia tuvo algún tipo de implicaciones en la salud de los profesionales que estuvieron en la primera línea de atención?

Intentando buscar una respuesta a los cuestionamientos anteriores, se hace preciso hablar de la salud de los trabajadores, la cual citando a Laurell (1993), se puede entender como la relación existente entre el trabajo y los factores de riesgo presentes en el lugar de trabajo que pueden causar daño a la salud (Laurell, 1993). En este sentido, la salud de los trabajadores tiene un vínculo directo con las condiciones de trabajo, concepto que, partiendo de los aportes realizados por Laurell (1993) y Minayo (2012), se relaciona con los aspectos del trabajo que pueden tener consecuencias negativas para la salud de los trabajadores, teniendo en cuenta aspectos ambientales, tecnológicos, organizacionales y propios del trabajo (Laurell, 1993; Minayo, 2012).

De acuerdo con todo lo anterior y teniendo en cuenta la precarización de las condiciones de trabajo a que se enfrentaron los trabajadores de la salud durante la pandemia, ratificado por ASMEDAS en agosto del 2020, momento en que la pandemia estaba en su máxima expresión, en el que se presentaba predominio de contratos indirectos e inestables; así como también la pérdida de condiciones laborales en relación con el incremento de la carga de trabajo, la jornada laboral y la disminución del salario (ASMEDAS, 2020); se hace necesario acercarse a la comprensión de la experiencia de los profesionales sanitarios con relación a su salud, durante la pandemia de La Covid-19. Por tanto, la pregunta del presente estudio es ¿Cómo fueron las experiencias de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, en la atención de pacientes con Covid-19 en la ciudad de Medellín?

## **1.2 Antecedentes**

Respecto a los estudios encontrados sobre la salud de los trabajadores sanitarios en la pandemia, en el ámbito mundial, el CIE, pone en conocimiento las situaciones experimentadas por el personal de enfermería en diferentes lugares del mundo, donde se destaca que, en Estados Unidos, el 93% de los trabajadores sanitarios experimentó estrés, el 76% agotamiento, además de una triplicación de las ratios enfermera-pacientes. En Brasil, el 49% de las enfermeras manifestaron tener ansiedad y el 25% depresión. En China, el 60% de las enfermeras se sentían agotadas y el 90% ansiosas (CIE, 2021).

En África, el panorama no fue diferente, una encuesta realizada en 13 países, reveló que el 20% de los trabajadores sanitarios experimentaron síntomas de depresión a diario durante la pandemia, en comparación con el 2% previo a la pandemia. En España, el 80% de las enfermeras manifestaron síntomas de ansiedad y creciente agotamiento. En Israel, más del 40% de las enfermeras tuvieron miedo de cuidar de los enfermos y pacientes de Covid-19. Mientras que, en Australia el 61% de los trabajadores sanitarios manifestaron agotamiento y el 28% depresión (CIE, 2021).

Por su parte De Andrés-Gimeno et al (2020), resaltaron la importancia que debe tener la seguridad de los profesionales en la atención de pacientes con Covid-19, destacando de manera inicial los Equipos de Protección Individual (EPI), los cuales deben prevenir la infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto. En segundo lugar, mencionaron la importancia de la formación para la realización segura de procedimientos; destacando como de obligatorio cumplimiento la formación sobre la colocación y el retiro de los EPI. En tercer lugar, mencionaron el apoyo emocional a los profesionales y sus familias; justificado en que “los profesionales que están en contacto con los pacientes infectados pueden sentirse vulnerables, experimentar un fuerte estrés psicológico, miedo, agotamiento físico y emocional o tener problemas para descansar/dormir. Así mismo, los familiares de los profesionales pueden vivir la experiencia con dificultad y afectación emocional” (De Andrés-Gimeno et al, 2020: S53).

En cuanto a la situación en Latinoamérica, un estudio en Cuba mostró que los riesgos laborales se desarrollaron principalmente en el entorno hospitalario, debido a que los profesionales estaban expuestos rutinariamente a riesgos múltiples y variados, relacionados con agentes químicos, físicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos. Frente al riesgo físico, se consideró que hubo un mayor uso de EPP, los cuales pueden ejercer presión constante sobre la piel y causar lesiones, como máscaras y gafas, además del uso de delantales y overoles que limitaban el acceso de los trabajadores de la salud a las eliminaciones fisiológicas y la ingesta de agua y alimentos (Soares et al, 2020).

Otro estudio en Paraguay, realizado por Samaniego et al (2020) mencionó que la pandemia generada por La Covid-19, provocó mucho más que el colapso de los sistemas de salud en el mundo, repercutiendo esto en la salud de los profesionales encargados de brindar atención a las personas infectadas. Exponiendo que dentro de las peticiones más importantes de los profesionales para hacer frente a la pandemia por Covid-19, se encontraban los EPP, justicia en la carga laboral

y espacios para el descanso (Samaniego et al, 2020). De igual manera, se mencionó que una de las consecuencias de las jornadas de trabajo extensas, la sobrecarga de pacientes y la alta mortalidad; es la fatiga por compasión. Entendida esta como el residuo emocional que resulta de la exposición al trabajo con aquellos que sufren eventos traumáticos (Samaniego et al, 2020). La cual surge de una relación de empatía y sensibilidad con personas que han estado expuestas a traumas, tensión o estrés.

Los mismos autores también plantearon que el escenario donde se desempeñan los trabajadores de la salud, se puede considerar estresante. Lo anterior asociado al continuo contacto con personas que sufren. El estrés, sería entonces el responsable de la aparición de la ansiedad y la depresión en el grupo de profesionales, principalmente en enfermeros y médicos (Samaniego et al, 2020). Otro estudio realizado en Perú, mostró que los profesionales tuvieron que enfrentarse a la falta de protección adecuada ante un posible contagio, al aislamiento, al incremento del trabajo, a la frustración y al cansancio. De igual manera a la pérdida de apetito, la fatiga, el insomnio, la irritabilidad, el déficit de atención, el miedo y la desesperación (Huarcaya, 2020).

En Colombia, el panorama no es tan diferente al de los demás países del mundo. Una publicación del diario colombiano El País, permitió conocer el testimonio de algunos profesionales que han enfrentado la pandemia desde la primera línea de atención. Exponiendo que los profesionales sin importar su profesión, habían pasado por momentos de ansiedad, depresión, insomnio, estrés físico, emocional, sobrecarga laboral y agotamiento (El País, 2021). Así mismo, una publicación realizada por la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), permitió entender que los problemas de sueño, ansiedad y depresión; a los cuales estuvieron expuestos los profesionales durante la pandemia, podrían ser responsables de errores médicos (Urbiña-Villarraga et al, 2021).

De igual manera, ALAMES (2020), en su boletín número 003, del mes de agosto de 2020, informaba que se mantenían condiciones de inseguridad, relacionados con ajustes en la infraestructura, incorporación de protocolos y entregas de EPP. También que en las condiciones de bioseguridad para el caso de los trabajadores con contrato directo y estable el índice general de cumplimiento es del 65% mientras para los trabajadores con contrato indirecto y a término fijo es de 54% (ASMEDAS, 2020).

Por su parte el estudio titulado “Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica”, muestra que El 79.6% de los

participantes sufrió de agresión o discriminación; siendo la calle o el transporte público los lugares mas frecuentes de agresión. En cuanto a las emociones, las más comunes fueron las alteraciones del sueño (33.4%), el miedo a enfermarse (73.7%) y el miedo de contagiar a sus familiares (33.4%). Frente a la salud mental, fue relevante la ansiedad (29.2%), la tristeza (10.4%) y aumento del apetito (8.8%) (Sánchez-De La Cruz et al, 2023).

De acuerdo con lo anterior, se podría decir que, respecto a la salud de los trabajadores durante la pandemia, las investigaciones se han realizado en mayor medida desde la salud mental y también en relación con el cumplimiento de las normas de bioseguridad. Así mismo se identifica que en la ciudad de Medellín, han sido pocas las investigaciones realizadas por el personal sanitario frente al tema y más desde el paradigma cualitativo. Por eso, es importante realizar un estudio que permita ahondar en las experiencias que los profesionales sanitarios han vivido con relación a su salud en la atención a pacientes con Covid-19.

## 2. Justificación

Realizar un estudio que permita conocer la experiencia de los profesionales sanitarios en relación con su salud, en la atención de pacientes con Covid 19, resulta necesario e importante porque le podemos apuntar a las líneas de trabajo que según Lizarazoa et al (s.f.), son las que promueven y cuidan la salud de los trabajadores. La primera se refiere a la protección y conservación; y la segunda se relaciona con los ambientes de trabajo.

De manera inicial, en lo referente a la protección y conservación, la investigación brinda la oportunidad tener información de primera mano, acerca de la experiencia subjetiva de los profesionales sanitarios, lo cual puede conducir a la apertura o mejora de una ruta de atención o intervención en crisis emocional o unos primeros auxilios psicológicos para los profesionales, sin importar las características de la IPS donde estos laboran. Entendiendo los primeros auxilios psicológicos como un proceso de intervención inmediato y de corta duración, dirigido a cualquier persona que haya sido impactada por un evento peligroso o un incidente crítico, buscando restablecer la estabilidad emocional y generar estrategias de afrontamiento (Universidad Industrial de Santander, 2014).

Por su parte, en relación con los ambientes de trabajo, es pertinente porque al conocer desde los profesionales como fueron sus experiencias sería posible realizar propuestas generales dirigidas a las instituciones prestadoras de servicios de salud y hospitales en general; que permitan mejorar su ambiente laboral y las condiciones de trabajo para los profesionales.

Además, en el tiempo de pandemia, fueron múltiples las experiencias que se derivaron de la atención en salud, algunas investigaciones dejaron al descubierto situaciones como la sobrecarga laboral, las arduas jornadas de trabajo, el estrés, cambios en la condición física de los trabajadores, la inadecuada alimentación por prolongados ayunos, el temor al contagio propio y de sus familias, la escasez de elementos de protección personal y el uso de estos, así como el aislamiento social al cual fue sometido el personal asistencial (El País, 2021; CIE, 2021). Por consiguiente, realizar la investigación, permite conocer lo experimentado tanto físico como emocional por cada participante, y así poder contribuir en la creación de guías de respuesta y manejo ante una pandemia o una crisis en particular.

Desde un punto de vista disciplinar, conocer la experiencia vivida por los profesionales, propicia la generación de un nuevo conocimiento que puede aportar al saber de la Salud Colectiva

(SC), para la comprensión de los fenómenos sociales y subjetivos que tienen lugar en la práctica profesional y que están directamente relacionados con el cuidado del otro. Sin olvidar que para cuidar de otros también es importante cuidar de sí mismo, por ende y partiendo de lo mencionado por Laurell (1993) y Minayo (2012) la salud de los trabajadores, se relaciona con los aspectos del trabajo que pueden tener consecuencias negativas para la salud de estos. De igual manera, Minayo (2012) también menciona que el trabajo debe entenderse desde la economía política, como un escenario primario de explotación y de confrontación de clase, el cual tiene un elevado poder explicativo de la génesis de los agravios a la salud en los diferentes colectivos de trabajadores.

Además, el proceso Salud Enfermedad (SE), no es aquel que se localiza solamente en el cuerpo individual, hacen parte también de este las condiciones sociales que empeoran o desencadenan procesos riesgosos; resultantes de una estructura compleja de determinación, sin articulación entre los procesos protectores y los procesos de deterioro.

Por lo tanto, el valor de la SC para la sociedad, radica en que por medio de sus aportes como tema en construcción de conocimientos, puede brindar herramientas que aporten elementos importantes para hacer frente a los problemas de salud asociados al trabajo de una población o grupo determinado. En este caso particular se interesa por conocer la vulnerabilidad del colectivo de los trabajadores sanitarios, en búsqueda de esos elementos que contribuyen a la aparición de la enfermedad laboral, entendida como aquella que es contraída resultante de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o al medio donde se realiza el trabajo (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Así entonces, la SC podría contribuir con el cuidado del colectivo de los trabajadores sanitarios, dando paso a la construcción de políticas nacionales que puedan generar mayores reivindicaciones a un modelo hegemónico en el cual se encuentra inmerso el sistema de salud y que tanto ha afectado a los profesionales.

Por último, el aporte de esta investigación cualitativa desde su enfoque fenomenológico, permite recoger las experiencias del personal asistencial y así poder contar de manera subjetiva cada participación, dando fielmente voz a cada uno de los participantes y contando de manera fidedigna sus vivencias.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Comprender las experiencias de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, durante la atención de pacientes con Covid-19.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar las condiciones de trabajo, en las que los trabajadores de la salud, realizan la atención a los pacientes con Covid-19.
- Describir las experiencias en relación con su salud, de los trabajadores sanitarios durante la atención del Covid-19.
- Analizar la relación entre las experiencias respecto a su salud, de los trabajadores sanitarios y las condiciones de trabajo a la luz de la Salud Colectiva.



#### 4. Referentes teóricos

La propuesta de los referentes teóricos, presenta de manera inicial un acercamiento a los antecedentes de la legislación en salud y seguridad laboral en el país, luego se tiene un acercamiento a los términos trabajo, trabajadores y condiciones de trabajo: experiencias de salud; para dar paso finalmente a el proceso Salud-Enfermedad de los trabajadores de la salud en perspectiva de la SC.

##### 4.1 Normatividad (legislación en salud y seguridad laboral).

Teniendo como punto de partida la reglamentación que se ha preocupado por la salud de los trabajadores en el país, se tiene que las primeras referencias encontradas datan de los inicios del siglo XX, cuando en el año de 1904, se habla por primera vez de Seguridad en el trabajo. Lo anterior dio paso a la Ley 57 de 1915, conocida como la “Ley de Uribe”, la cual hacía referencia a la accidentalidad laboral y a las enfermedades profesionales (Congreso de Colombia, Ley 57 de 1915). Nombrada así, porque su precursor fue el entonces líder liberal Rafael Uribe Uribe. Para el año 1918 con la Ley 46 de ese año, se incluyeron además medidas de Higiene y Sanidad para empleados y empleadores (Congreso de Colombia, Ley 46 de 1918).

La preocupación por la salud de los trabajadores, no se circunscribió solamente al ámbito nacional. Para el año de 1919, Colombia pasa a ser parte de los países miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); que es un organismo especializado de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual tiene por objetivos la promoción de la justicia social y el reconocimiento de las normas del trabajo, la creación de oportunidades de empleo y la mejora de las condiciones laborales en el mundo (Cancillería de Colombia, s.f.). Hasta la fecha, se han logrado ratificar 61 convenios que buscan promover el empleo y proteger a los trabajadores; de los cuales 52 aún tienen vigencia (Organización Internacional del Trabajo [OIT], s.f.).

Posterior a ello, se generaron nuevas normas de protección y garantía para la salud de los trabajadores. Es así como para el año de 1921, con la Ley 37 de ese año, se estableció un seguro de vida colectivo para empleados (Congreso de Colombia, Ley 37 de 1921); y se reglamentaron la enfermedad profesional, auxilios de cesantías, vacaciones y contratación laboral, con la Ley 10 de 1934 (Congreso de Colombia, Ley 10 de 1934). Además, en 1938, el Ministerio de Industria y Trabajo, se fusiona con el Departamento Nacional de Higiene y pasa a denominarse el Ministerio

de Higiene y Previsión Social, con lo cual se integraron los sectores de Salud y Trabajo (Congreso de Colombia, Ley 96 de 1938). Esta Ley marcó un momento importante para la salud de los trabajadores, pues este Ministerio se convirtió en lo que ahora se conoce como el Ministerio de Salud y Protección Social (ASTURIAS, 2017).

Ya para los años siguientes se incluyeron nuevas normas relacionadas con la seguridad en el trabajo. Con la Ley 44 de 1939 se creó el seguro obligatorio e indemnizaciones para accidentes de trabajo; y con el Decreto 2350 de 1944, se promulgaron los fundamentos del Código Sustantivo del Trabajo y la obligación de proteger a los trabajadores en su trabajo (Decreto 2350 de 1944). Así mismo, se consolidaron unas normas que fueron el punto de partida para la organización gremial y sindical en nuestro país (Decreto 2350 de 1944), las cuales garantizaban la libre asociación de los trabajadores. En 1945 se aprueba la Ley 6, la cual promulgó las disposiciones relativas a las convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial de los asuntos del trabajo (Congreso de Colombia, Ley 6 de 1945). Esta Ley tuvo una reforma con la Ley 64 de 1946 entre lo que se destacan algunas precisiones sobre los recargos nocturnos, los contratos temporales y las indemnizaciones de los accidentes laborales (Congreso de Colombia, Ley 64 de 1946).

Para finales de la década de los 40's, se crearon algunos organismos y normas para garantizar la prestación de los servicios de salud y pensiones de los trabajadores. En 1946 se crea el Instituto de Seguros Sociales (ISS) (Congreso de Colombia, Ley 90 de 1946); en 1948, mediante el Acto Legislativo número 77, se crea la Oficina Nacional de Medicina e Higiene Industrial (Congreso de Colombia, Ley 77 de 1948); y finalmente con el Decreto 3767 de 1949, se crean las políticas de seguridad industrial e higiene para los establecimientos de trabajo (Decreto 3767 de 1949).

En la década de los 70's, la normatividad en Colombia se caracterizó por hacer un seguimiento a los modelos europeos, particularmente el alemán y el británico, por tanto, se actualizó la legislación en función del riesgo ocupacional. Dando paso entonces en 1979, a la Ley 9 del mismo año, considerada la primera aproximación real del gobierno, en búsqueda de la protección de la salud del trabajador. Dicha Ley, en su artículo 81 señala que la salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico del país; su preservación y conservación son actividades de interés social y sanitario, en la que participarían el gobierno y los particulares. Por su parte, el artículo 111 hace referencia a que todo lugar de trabajo

debe establecer un programa de Salud Ocupacional (SO), que permita efectuar actividades para prevenir accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo (Lizarazoa et al, s.f.). De igual manera, a través de la Resolución 2400 de 1979, se crea el estatuto de seguridad industrial (Resolución 2400 de 1979). Luego, en 1984 con el Decreto 614, se crean las bases para la organización de la Salud Ocupacional (Decreto 614 de 1984).

La década de los 80's, dio paso a normativas relacionadas con la protección de la salud ocupacional. La Resolución 2013 de 1986, estableció la creación y el funcionamiento de los Comités Paritarios de Salud Ocupacional (COPASO) como organismos de promoción y vigilancia de las normas respecto a la salud ocupacional dentro de las empresas (Resolución 2013 de 1986). La Resolución 1016 de 1989, reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los programas de salud ocupacional en las empresas para preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores durante sus ocupaciones de forma integral e interdisciplinaria; estos programas consistían en la planeación, organización, ejecución y evaluación de las acciones de medicina preventiva, medicina del trabajo, higiene industrial y seguridad industrial (Resolución 1016 de 1989).

En la década de los 90's, con la aprobación de la Ley 100 de 1993, que crea el sistema de seguridad social integral, se instauran los primeros lineamientos para el Sistema General de riesgos profesionales (Ley 100 de 1993), reglamentado con el Decreto Ley 1295 de 1994, que determinó la organización y administración de este sistema definido como “el conjunto de entidades públicas privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan” (Artículo 1. Decreto 1295 de 1994). La misma Ley se refiere a la enfermedad profesional como el estado patológico derivado de la clase de trabajo desempeñado por el trabajador y que este determinado como enfermedad profesional por el gobierno nacional (Artículo 11. Decreto 1295 de 1994). De igual manera el Decreto 1530 de 1996, establece la investigación del accidente de trabajo y enfermedad profesional con muerte del trabajador a cargo de la empresa (Decreto 1530 de 1996).

Al parecer para inicios del siglo XXI, según García (2008), el Sistema General de Riesgos Profesionales no funcionaba adecuadamente en cuanto al reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas por parte de las aseguradoras, y también en relación con el cumplimiento de la afiliación por parte de los empleados; a esto se suman algunas carencias de

vigilancia y control por parte del Ministerio de Protección Social. Lo anterior parece indicar que para esta época, las condiciones para la garantía de la salud de los trabajadores no eran suficientes. En este mismo sentido, la Ley 879 de 2000, conocida también como Ley de Flexibilidad Laboral (Ley 879 de 2000) permitió la contratación a través de cooperativas de trabajo, lo cual, en muchos casos desfavorece las normas mínimas para los trabajadores relativas a la seguridad social (Lizarazoa et al, s.f.).

Aún así, en los años siguientes se promovieron algunas regulaciones encaminadas a la protección de la salud de los trabajadores. Entre estas se destacan la Ley 1010 de 2006 que adopta medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral (Ley 1010 de 2006); la Resolución 2346 que regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales; y la Resolución 2646 de 2008 que pretenda dar respuesta y manejo a los riesgos psicosociales y al estrés, a los que están expuestos los trabajadores (Lizarazoa et al, s.f.).

En el año 2009 se expidió el Decreto 2566, en el cual se actualizó la lista de enfermedades profesionales, relacionando cuarenta y dos enfermedades profesionales reconocidas por la OIT y la OMS (Lizarazoa et al, s.f.). Dentro de las enfermedades listadas en el Decreto, se pueden mencionar la número 38; que hace referencia a “Enfermedades Infecciosas y parasitarias en el trabajo con exposición a riesgos biológicos”, asociadas con el trabajo en el campo de la salud. Por su parte, la número 42; se relaciona con las “patologías causadas por el estrés en el trabajo”, asociada con trabajos con sobrecarga, turnos nocturnos, estresantes físicos con efectos psicosociales, que produzcan ansiedad y depresión (Lizarazoa et al, s.f.).

Con la Ley 1562 de 2012, se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dio origen al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). También se modifica el nombre de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y pasan a ser llamadas Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). De igual manera, se cambia el término de Salud Ocupacional y se reemplaza por Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Este último se define como aquella disciplina que busca prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, buscando mejorar el ambiente laboral por medio de la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores, sin importar cual sea su ocupación (Sánchez, 2021). Además, en el 2014 los COPASO pasan a ser denominados Comité Paritario en Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST (Decreto 1443 de 2014).

Actualmente, las normas que rigen lo relacionado con la salud de los trabajadores, son el Decreto 1072 de 2015, con el cual se consolida la importancia de la salud y seguridad de los trabajadores colombianos, como pilar fundamental en el desarrollo económico del país y es el encargado de regular el SG-SST, considerado de obligatorio cumplimiento para todas las empresas. En segundo lugar, se encuentra la Resolución 0312 de 2019, con la cual se definen los estándares mínimos del SG-SST.

Con la llegada de La Pandemia al país, se vio la necesidad de emitir algunos decretos, circulares y resoluciones, encaminados a salvaguardar la integridad de los colombianos, para la conservación del orden nacional y la salud pública. Entre estas se destacan el cierre de fronteras con todos los Estados limítrofes de Colombia, buscando reducir el ingreso de nuevos casos portadores del virus (Decreto 412 de 2020). El aislamiento preventivo obligatorio de todos los habitantes, con 34 excepciones para garantizar la prestación de los servicios básicos, entre ellos la atención en salud (Decreto 457 de 2020).

Mediante el Decreto 538 de 2020, se declara la emergencia sanitaria por el Ministerio de Salud y Protección Social, con asignación de recursos que garanticen la atención a los afectados por La Covid-19; por lo que se insta a “la prestación de servicios fuera de las instalaciones convencionales, ampliar la capacidad del sistema de salud habilitado, prestar servicios mediante otras modalidades, de igual forma centraliza la gestión de las Unidades de Cuidado Intensivo y de las Unidades de Cuidado Intermedio, en caso de alta demanda, las entidades territoriales por medio de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE-, quien asumirán el control de la oferta y disponibilidad de camas de Unidades de Cuidados Intensivos y de Unidades de Cuidados Intermedios” (Decreto 538 de 2020). Lo anterior se complementó con la Resolución 846 de 2020, la cual “establece los criterios y condiciones para la asignación, transferencia y entrega de los ventiladores adquiridos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de fortalecer la oferta de servicios de salud para la emergencia sanitaria causada por la COVID-19” (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 846 de 2020).

Como medida complementaria, el Decreto 539 de 2020, determinó “que durante el término de la emergencia sanitaria, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, el Ministerio de Salud y Protección Social será la entidad encargada de determinar y expedir los protocolos que sobre bioseguridad se requieran para todas las actividades económicas, sociales y

sectores de la administración pública, para mitigar, controlar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia” (Decreto 539 de 2020).

En concreto sobre la salud de los trabajadores, el Decreto 676 de 2020, promovió la “inclusión del COVID 19 como enfermedad laboral directa para los trabajadores de la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio del Trabajo, Decreto 676 de 2020). Como consecuencia, “las entidades Administradoras de Riesgos Laborales ARL, deberán asumir los costos que se deriven de las pruebas de tamizaje y pruebas diagnósticas que se realicen a los trabajadores dependientes o independientes vinculadas a través de un contrato de prestación de servicios del sector salud. Adicionalmente, se indica que los elementos de protección personal de los trabajadores independientes vinculados mediante contrato de prestación de servicios serán proporcionados por la empresa o entidad contratante” (Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio del Trabajo, Decreto 676 de 2020).

También en favor de la salud y el bienestar de los trabajadores, se promulgaron otras medidas específicas, como la Circular 27 de 2020, que prohibió a los empleadores ejercer coacción sobre los trabajadores para que estos tomaran licencias no remuneradas, (Ministerio del Trabajo, Circular 27 de 2020). De igual manera, con la Resolución 1172 de 2020, en la cual “se definen los términos y condiciones del reporte de información del talento humano en salud que presta sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de coronavirus COVID-19 o que realiza vigilancia epidemiológica con el objetivo de determinar el reconocimiento económico temporal”. (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1172 de 2020). Además, la vacunación fue una prioridad para estos según el Decreto 109 de 2021, por el que “se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19” (Decreto 109 de 2021).

Para afrontar el déficit de profesionales para la atención en salud, se dispuso la Resolución 127 de 2021. Por medio de la cual se asignan nuevas plazas de Servicio Social Obligatorio en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 127 de 2021).

#### **4.2 Trabajo, trabajadores y condiciones de trabajo: experiencias de salud.**

Frente al tema de trabajo, lo primero a mencionar, tiene que ver con la concepción que por diferentes entes o instituciones se ha dado a la palabra, desde unas posturas tradicionales. El trabajo

es definido por la OIT como: las actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, satisfacen las necesidades de una comunidad y proveen los medios de sustento necesarios para los individuos (OIT, 2004). Así mismo, el Código Sustantivo del Trabajo colombiano, propone que el trabajo debe entenderse como toda actividad humana material o intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra, la cual se efectúa en ejecución de un contrato de trabajo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011). Por su parte, desde una postura crítica Minayo (2012), plantea que el trabajo debe entenderse desde la economía política, como un escenario primario de explotación y de confrontación de clase, el cual tiene un elevado poder explicativo de la génesis de los agravios a la salud en los diferentes colectivos de trabajadores (Minayo, 2012).

Lo anterior es inherente a la necesidad humana que cada trabajador posee, pues siempre existirá esa transversalidad de las clases sociales, donde el que tiene la manera de controlar algo, bien sea por poder o por dinero, tendrá trabajadores dispuestos a subsanar cada una de sus necesidades, pues por la parte trabajadora igual habrá un lucro que en la mayoría de los casos es monetario, y siendo estos además quienes poco se van a preocupar por cuidar de su salud (Minayo, 2012). Es por lo anterior entonces, que los trabajadores deben considerarse como agentes esenciales de acciones transformadoras, y a la SC le corresponde comprender las tensiones resultantes de la relación salud y trabajo (Minayo, 2012).

Partiendo de esa noción de trabajo tradicional revisada anteriormente, y mencionando lo descrito en el informe “What Workes Want 2019”, el cual fue elaborado por la consultora de recursos humanos Hays, se presentan a continuación los factores que esperan encontrar los empleadores en los trabajadores. Entendiendo que el trabajador debe ser considerado como toda persona que de manera voluntaria ejecuta una obra o presta unos servicios intelectuales o manuales para un empresario; al cual se encuentra subordinado, y de quien recibe una remuneración salarial (Hay, 2019). Lo primero, es tener presente que las compañías buscan que sus futuros empleados tengan competencias transversales, entre las cuales destacan la resolución de problemas, la adaptación y la comunicación. Como segundo, se destaca la experiencia, considerando que esta vale más que la formación. En tercer lugar, se menciona la proactividad y el dinamismo. Y finalmente, en cuarto lugar, se ubica ser ambicioso (Bosada, 2019).

Las condiciones de trabajo son entendidas por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), como cualquier aspecto del trabajo con posibles consecuencias negativas para la



salud de los trabajadores, que además incluye los aspectos ambientales, los tecnológicos y los organizacionales (ISTAS, s.f.). En concordancia, La OIT (2016), hace referencia a los factores que constituyen el ambiente físico y social del trabajo, actuando sobre la salud del trabajador, e incidiendo en las facultades intelectuales y las potencialidades creadoras del trabajador (Ocsa y Huayra, 2017). Dichos factores son: el tiempo trabajado, corresponde este a las horas que debe estar el trabajador en su lugar de trabajo, los períodos de descanso, donde se destacan los tiempos de alimentación en el sitio de trabajo, la posibilidad de poder tener pausas activas y las vacaciones anuales a las que cada trabajador tiene derecho, la remuneración, corresponde al salario económico que recibe el trabajador por parte del empleador, las condiciones físicas y mentales que se imponen en el lugar de trabajo. Estas condiciones tienen que ver con las características propias de cada empleo, puesto que algunas profesiones son más exigentes que otras (OIT, 2016).

Chiavenato (2007), citado por Ocsa y Huayra (2017), señala que las condiciones de trabajo son las circunstancias en las que el empleado se encuentra cuando ocupa un cargo en la organización. Por su parte, Cortez (2002), citado por Ocsa y Huayra (2017), menciona que “la condición de trabajo se define como cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador” (Ocsa y Huayra, 2017: 21). En este sentido, La Pandemia de la Covid-19 dejó al descubierto la vulnerabilidad de los trabajadores de la salud, en cuanto a esas condiciones laborales, pues se reportó que la salud de los trabajadores se vio afectada, ya que se presentó desgaste físico, mental y emocional, relacionado con situaciones estresantes o exigencias sociales, laborales y personales excesivas. Es decir, los profesionales de la salud fueron quienes vivieron en carne propia y experimentaron en perspectiva de su salud las transformaciones en las condiciones de trabajo que tuvieron lugar durante la pandemia.

La experiencia es un aspecto fundamental no solo para el empleador sino para el desarrollo propio del trabajador. El término experiencia proviene del latín *experientia*, que significa el hecho de presenciar, conocer o sentir por alguien una cosa; en sí mismo, por sí mismo o por él mismo. De igual manera, también se refiere a haber realizado algo de manera repetida, lo cual genera habilidad para volverlo a hacer. Así mismo, se refiere a los sucesos por los que pasa una persona y con los cuales adquiere conocimiento de la vida (Vivas, 2009). Por consiguiente, para hablar de la experiencia, con relación a los trabajadores de la salud, se hace importante recordar que para Larrosa (s.f.), es definida como “eso que me pasa”, refiriéndose al “eso” como un acontecimiento.



En cuanto al “me”, propone que la experiencia es algo propio, que le ocurre a cada persona y no en frente de cada persona. Así mismo, sugiere que no hay experiencia en general, que no hay experiencia de nadie, que la experiencia es siempre de alguien, propia o para cada cual. Finalmente, el autor hace referencia a ese “pasa” como un pasaje, un recorrido, un paso; algo que al pasar por mí o en mí deja huella, una marca, un rastro, una herida. (Larrosa, s.f.).

Para Williams (1983), citado por Scott (1992), la experiencia es el conocimiento recolectado de eventos pasados, bien sea por observación consciente o por consideración y reflexión (Scott, 1992). Mientras que Collingwood (1956), también citado por Scott (1992), se refiere a la experiencia como una fuente confiable de conocimiento, porque se apoya en el contacto directo entre la percepción del historiador y la realidad (Scott, 1992). La experiencia es vivida por personas que están en unos contextos determinados, en este caso, el presente trabajo se va a encargar de hablar de un grupo de personas que están en un contexto laboral y con unas condiciones determinadas, los cuales son los trabajadores sanitarios, definidos como un colectivo de profesionales con un título oficial, que poseen conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención en salud y que para la presente investigación serán los médicos, enfermos y terapeutas respiratorios (Martín, 2019).

Lo anterior da pie para mencionar entonces, que el análisis del proceso salud-enfermedad, es una forma de dejar al descubierto la vulnerabilidad de los trabajadores de la salud, pero también la manera como hacen resistencias frente a la forma como experimentaron su salud durante la atención de La Covid-19, pues desde su que hacer profesional existieron condiciones, procesos y respuestas que tuvieron que ver con su integridad y junto con esta su vida misma.

#### **4.3 El proceso de salud-enfermedad de los trabajadores de la salud en perspectiva de la Salud Colectiva**

En América Latina, ha sido prácticamente inexistente el área de la salud de los trabajadores; y en los pocos casos donde se logró su desarrollo, fue en el marco hegemónico de la medicina del trabajo, la higiene y la seguridad industrial (Cabezas y Feo, 1994). Es entonces cuando los aportes de la medicina social, plantean la necesidad de un contexto integral que permita el conocimiento en salud de los trabajadores, ubicando los factores de riesgo, los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales dentro de la totalidad social; partiendo de que el trabajo, además de ser un

proceso de producción de bienes materiales es un proceso de valorización del capital, el cual sugiere estudiar “no sólo los componentes técnicos del proceso productivo, sino su historicidad y los factores relacionados con la organización del trabajo” (Cabezas y Feo, 1994: 131).

Se hace importante entonces retomar la definición de salud dada por la OMS, donde se concibe esta como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948), que permite a los trabajadores de la salud, adquirir habilidades y herramientas en los ambientes de trabajo, que contribuyen al mejoramiento y cuidado de su salud. Por su parte Sigerist (1945), citado por Lizaraso (2012), afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” (Lizaraso, 2012: 6). El mismo autor, plantea cuatro funciones básicas de la medicina, entre las cuales se encuentran: “la prevención de la enfermedad”, “la restauración de los enfermeros”, “la rehabilitación” y la “promoción de la salud”; esta última hace alusión a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida y a las acciones basadas en la educación sanitaria (Lizaraso, 2012).

Para lograr entonces la promoción de la salud, el autor invita a un esfuerzo coordinado entre políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Sin embargo, la salud de los trabajadores no se puede leer solo en clave de ausencia de la enfermedad, sino que es necesario entenderla desde la SC como un proceso complejo, situado, histórico y social, como se verá a continuación.

Para Franco (1993), la salud y la enfermedad no deben ser consideradas como fenómenos aislados, deben ser vistos como polos de un proceso histórico y social que se desenvuelve al interior de la polaridad mayor vida-muerte y en el ámbito de las colectividades (Franco, 1993). El mismo autor, plantea que la naturaleza social de la enfermedad debe ser verificada en el modo de enfermar y morir de los grupos humanos, en particular de las clases sociales (Franco, 1993).

Continúa el autor expresando, que existe una probabilidad de sobrevivir y un riesgo de enfermar y morir, relacionado con la clase social, es decir, la vinculación al proceso de reproducción social y a la organización social por este generada (Franco, 1993). Así mismo, que la medicalización de la salud y como tal del proceso salud-enfermedad, ha producido como consecuencias la concentración del poder, el saber y el qué hacer sanitario en manos de una jerarquía encabezada y dominada por los médicos y compartida de alguna manera con los demás trabajadores de la salud. Por lo anterior, el autor hace un llamado a los médicos y trabajadores de

la salud, a replantear su ubicación y papel dentro de la problemática de la salud de los trabajadores. Maccanaro, citado por Franco (1993), menciona que la salud de los trabajadores debe constituirse en el centro de cada problema médico, científico y político.

En el mismo sentido Sacchi et al (2007), mencionan que la enfermedad puede ser descrita como una dolencia personal, como una construcción social y cultural; teniendo presente que cada persona vive la enfermedad a partir de sus características individuales y la construcción sociocultural del padecimiento (Sacchi et al, 2007). La enfermedad involucra distintos aspectos, no se limita solamente al hecho de estar enfermo. Lo anterior lleva a que la salud debe entenderse como un medio para la vida, no como un fin en sí mismo; por lo tanto, su cuidado es algo incorporado a la vida cotidiana como natural, no como un objeto de preocupación permanente.

Laurell (1986), se refiere al proceso “Salud-Enfermedad”, y plantea que dicho proceso debe mirarse no solo desde un proceso biológico, sino también desde un proceso social. Y así se podría hablar de un proceso “salud-enfermedad colectiva” (Laurell, 1986). Dicho término ha sido trabajado por la Medicina Social latinoamericana, invitando a no pensar solo en los factores de riesgo, sino que debe ser en función del contenido de los procesos sociales que transforman los procesos biológicos. La posición anterior de la autora, se fundamenta en que al analizar el proceso “salud-enfermedad” desde lo biológico, sólo se explora el terreno de las ciencias naturales y se estaría desarticulando en su totalidad dicho proceso de lo social. Por su parte, analizar el proceso desde lo social unido con lo biológico, permite conocer los perfiles de morbi-mortalidad de las distintas colectividades, asociados a la exposición a determinados factores de riesgo (Laurell, 1986). Es decir, el riesgo de enfermar y morir está asociado a cada individuo, los cuales pueden variar entre una sociedad y otra y de una clase social a otra.

#### **4.4 La salud de los trabajadores: un abordaje desde la Salud Colectiva**

Para el análisis de problemas de salud mundiales, como el caso de La Pandemia, se podría retomar a Cabezas y Feo quienes plantean que se requiere asumir los problemas de salud desde una perspectiva integradora y totalizante, que “interprete el proceso salud-enfermedad colectiva como un proceso dinámico”, donde las manifestaciones biológicas de la salud y la enfermedad sean entendidas en estrecha relación con los fenómenos y leyes sociales que rigen la sociedad humana (Cabezas y Feo, 1994: 131).

Los autores anteriores, también plantean que para asumir con criterio científico la salud-enfermedad a nivel colectivo, se debe entender que esta es la expresión de las formas de vida y de trabajo de los grupos sociales dentro de la población y no solo la sumatoria de fenómenos biológicos individuales (Cabezas y Feo, 1994). Por lo anterior, la salud debe entenderse como un fenómeno socialmente determinado, que depende además de los esfuerzos sanitario-asistenciales, de las modificaciones en los niveles de vida y trabajo que puedan superar la inequidad que se vive en la mayoría de los sectores del mundo contemporáneo (Cabezas y Feo, 1994).

Lo anterior da pie entonces para mencionar que lo “biológico y lo social son dos momentos indispensables del proceso salud-enfermedad” (Cabezas y Feo, 1994: 131), partiendo de que es un proceso dialéctico, dinámico e integrado, que permite analizarse en tres diferentes dimensiones:

La primera es la singular, considerada de tipo individual y se interesa por estudiar los procesos biológicos que llevan a enfermar o morir. La segunda dimensión es la de lo particular, esta centra su análisis en los grupos sociales o agrupaciones homogéneas de la población; considerando los procesos de reproducción social en cuanto a la “manera de producir y consumir que caracteriza a cada grupo social”. La tercera y última dimensión es la de lo general, la cual analiza los fenómenos en la sociedad como totalidad social; “está formada por los procesos de desarrollo de la capacidad productiva y de relaciones sociales que operan en el contexto más general de la sociedad” (Cabezas y Feo, 1994: 131).

En resumen, se trata de hacer una interpretación de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Para ello, Laurell retoma los aportes hechos por Breilh y Granda (1980), quienes proponen que los niveles de determinación más complejos sobredeterminan los de menor complejidad (Breilh & Granda, 1980). Se presenta entonces que el nivel social determina o subsume el nivel biológico y psicológico, demostrando que lo más complejo imprime un nuevo orden y una nueva lógica a lo menos complejo. Lo anterior entonces, demuestra que el estudio de lo social es imprescindible para explicar la constitución del proceso salud-enfermedad y poder detectar sus determinantes, los cuales son los mismos en lo colectivo y en lo individual (Breilh & Granda, 1980).

Además, se hace importante mencionar que el proceso “Salud-enfermedad”, busca establecer la manera como dicho proceso se produce en el marco de las relaciones capitalistas, pues es producido a partir de la determinación social en una dinámica que devela las relaciones entre

producción, propiedad y poder, las cuales se sustentan en el modelo de acumulación capitalista; dando pie a las inequidades (Casallas, 2019).

Basada en lo anterior, Laurell plantea una relación entre los términos adaptación y plasticidad, la cual parte al intentar desde una mirada crítica reconstruir el concepto de adaptación; proponiendo que la historicidad de los procesos biológicos humanos se “deriva de la capacidad que tiene el cuerpo y la mente de responder con plasticidad contra y a través de sus condiciones de desarrollo” (Herrera & Molinar, 2011: 26). La plasticidad le permite entonces al cuerpo y a la mente responder a las “condiciones de desarrollo” o al “ambiente”. Dichas condiciones son socialmente producidas en una sociedad determinada, sin embargo, no son las mismas para todos los grupos sociales en una sociedad; puesto que asumen formas particulares dependiendo del vínculo específico en el proceso global (Herrera & Molinar, 2011)

Otro asunto que tiene relevancia en el proceso salud-enfermedad, tiene que ver con la formación profesional, donde prevalece la formación del personal de salud en el modelo biologicista, que es dominada por las corrientes filosóficas neopositivistas; las cuales están orientadas a los aspectos curativos y poco a los preventivos dirigidos a la colectividad (Cabezas y Feo, 1994). Adicionalmente, la práctica en salud impide la articulación de lo biológico y lo social, puesto que esta es una práctica medicalizada, biologicista y curativa, la cual sustenta “como premisa básica, no explícita, que la salud individual y colectiva es una mercancía de la cual debe obtenerse ganancia” (Cabezas y Feo, 1994: 131).

Parafraseando a Valencia et al (2021), se demostró que durante la pandemia los profesionales sanitarios manifestaron afecciones de su salud, entre las que se destacan la falta de atención, pérdida de memoria, mala calidad de sueño, insomnio, ansiedad, depresión, estrés y fatiga. Los cuales podrían variar dependiendo de los factores relacionados, es decir, si hay casos de contagios o fallecidos dentro de su círculo cercano. Además, lidiar con situaciones como emergencias sanitarias, falta de insumos, medicación y camas, incrementó la impotencia y la frustración (Valencia et al, 2021). Así mismo Urgilés (2020); citado por Valencia et al (2021), informó que el personal sanitario presentó depresión, ansiedad y otros trastornos psicológicos con mayor severidad, debido a la exposición de riesgo que experimentaron en su entorno laboral, asociado a tener un mayor nivel de responsabilidad y exigencia (Urgilés 2020, citado por Valencia et al., 2021, p. 144).

Las situaciones experimentadas por los profesionales, relacionadas con su salud durante la atención en la pandemia de La Covid 19, pueden ser cuestionadas desde la SC, pues esta tiene en las crisis la oportunidad de un cuestionamiento del orden social. Donde la comprensión del proceso salud - enfermedad, es abordado como un proceso social y biológico, que afectan la determinación social de la salud, y buscan incidir en las condiciones estructurales que producen inequidades sociosanitarias (López, 2017)

Adicionalmente Paim, citado por Granda (2004) se refiere a la SC, como aquella que se construye a través de proyectos, sueños, luchas, subjetividades, ingenio trabajo y arte (Granda, 2004). Mientras que Tájer, citado por Gaviria (2017) menciona que es la que permite valorar y comprender los determinantes económicos, políticos, subjetivos y sociales del proceso salud-enfermedad y la atención de colectivos humanos (Tájer, citado por Gaviria 2017, p. 62). Además, la SC tiene un papel político, que permite la transformación social (Gaviria, 2017).

Así mismo, Murillo (2017), coincide con el pensamiento de Tájer, al mencionar que la SC contribuye con el estudio del fenómeno salud-enfermedad en poblaciones de carácter social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, buscan su explicación y se organiza para enfrentarlos (Murillo 2017).

Por su parte Breilh (1996), menciona que la vida humana se construye “entrefuegos”, y hace énfasis en que no existe ningún aspecto de la condición del ser humano que no este permeado por el disfrute de aspectos benéficos o satisfactorios y por el padecimiento de aspectos destructivos; situaciones peligrosas y deteriorantes (Breilh, 1996). Lo anterior se corresponde con lo que planteó el mismo autor en 1987, al referirse al “perfil epidemiológico” como: el conjunto integrado por el sistema de contradicciones o “reproducción social”, el cual modela la calidad de vida y los patrones de salud-enfermedad resultantes (Breilh, 2013).

Es así como el “perfil epidemiológico” al cual se refiere el autor, tiene relación con la calidad de vida de las personas. Explica además, que la calidad de vida y la salud se forjan en términos globales, desde una lucha permanente y dinámica, en la cual interviene el interés privado y la necesidad colectiva (Breilh, 2013). Dicha lucha involucra los procesos destructivos, generados en lo que el autor denomina dimensiones (general, particular e individual) y los procesos

protectores posibles en las dimensiones de la realidad socioepidemiológica con sus grupos y familias (Breilh, 2013).

También resalta el autor que las contradicciones resultantes de los procesos destructivos y los procesos protectores o benéficos para la vida, son típicos de cada espacio social, tienen características productivas, organizativas, culturales y de relación con el medio ambiente; los cuales se presentan en situaciones concretas e interdependientes de clase social-género-etnia (Breilh, 2013). Tienen relación entonces con el “perfil epidemiológico”, los siguientes elementos determinantes:

- Determinantes estructurales, entre los cuales se resaltan la organización y división del proceso laboral, que a su vez contempla las formas de subsunción del trabajo, las características favorables y destructivas del proceso, sus elementos y microambiente; las contradicciones del consumo, dinámicas en bienes del mercado, bienes del salario social y valores de uso naturales.
- Determinantes político organizativos, dentro de los cuales se encuentra la organización y el poder de convocatoria, las redes y estrategias gremiales, de género y de grupo.
- Determinantes culturales ideológicos, los cuales tienen como finalidad el desarrollo de la conciencia general y específica sobre salud, las formas culturales y los patrones de subjetividad.
- Determinantes familiares y de la vida cotidiana, enmarcados por las contradicciones de la práctica social doméstica.
- Determinantes singulares, los cuales integran las normas de reacción del genotipo de la/del trabajadora/or y las capacidades fisiológicas de defensa y vulnerabilidad del fenotipo.

## 5. Metodología

### 5.1 Tipo de estudio

Este estudio se desarrolló desde el paradigma interpretativo o fenomenológico (Fúster 2019). La propuesta fenomenológica en la perspectiva de la SC, para este caso en particular se justifica en lo siguiente:

- En primer lugar, cabe mencionar que a pesar de que la fenomenología dista del paradigma socio-crítico propio de la SC, esta brinda la oportunidad de hacer una crítica radical al naturalismo científico; el cual asume que la ciencia tiene como objeto el hallazgo de aquellas leyes que gobiernan lo tangible (real) (Fúster 2019). Así mismo, desde el naturalismo científico, la persona se concibe como un objeto de la naturaleza, donde puede insinuarse desde dicha postura que la psicología por ejemplo puede caer en el supuesto; intentando tratar la conciencia como una Ley (Fúster 2019). Mientras que la fenomenología, permite comprender por qué la subjetividad humana es el fundamento del conocimiento científico, ya que es un enfoque que hace explícito el comportamiento, las formas verbales y no verbales de la conducta, la cultura y los sistemas de organizaciones; revelando los significados que encierra y conservando la singularidad (Vélez y Galeano 2002).
- En segundo lugar, es preciso mencionar que el naturalismo científico parte de una postura objetivista de la ciencia, la cual concibe al objeto del conocimiento como un producto apartado de la subjetividad (Fúster 2019). Mientras que la Fenomenología, se centra en demostrar que no puede existir el objeto sin conciencia (Fúster 2019). Además, la fenomenología es entendida también como una metodología que admite una nueva posibilidad de aproximarse al conocimiento, aplicando sus frutos a las ciencias humanas y a las ciencias sociales (Fúster 2019), pues acompaña todo el proceso investigativo, pasando por la construcción, el diseño metodológico y teórico, la interpretación y la discusión de los resultados (Vélez y Galeano 2002).

Particularmente, este trabajo se inscribió en la corriente cualitativa fenomenológica. La investigación cualitativa según Taylor y Bogdan (1987), es aquella que produce datos descriptivos; desde las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable, buscando comprender fenómenos y el por qué de estos. En el caso particular de esta investigación se hizo un



acercamiento a las voces de los profesionales de la salud, respecto a su salud cuando atendieron pacientes con Covid 19.

En la investigación cualitativa Taylor y Bogdan (1987) sugieren que el investigador tiene una visión de los sujetos y su entorno a partir de una perspectiva holística, teniendo en cuenta su todo para poder identificar significados y experiencias. Para el caso de esta investigación, se realizó un acercamiento integral a los sujetos, entendiéndolos en los contextos en los cuales trabajaron durante la pandemia, para poder identificar todas estas experiencias en relación con su salud durante la atención de los pacientes con Covid-19.

De acuerdo con lo anterior, a través de estos métodos cualitativos fue posible acercarse al mundo empírico de los participantes, asegurando un estrecho ajuste entre los datos y lo que los participantes realmente dijeron y sus narraciones con relación a lo que hacían. Así mismo, siguiendo a Flick (2007), con esta investigación se pretendió acercarse al mundo de “ahí fuera” de los profesionales de la salud, entender y describir estos fenómenos sociales “desde el interior” (Flick, 2007). Entender lo que ellos vivieron con relación a su salud en tiempos de pandemia.

Como estudio fenomenológico, se centró en los postulados metodológicos propuestos por Van Manen (2003), quien se refiere a la fenomenología, como la posibilidad de transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia, de manera que el efecto del texto represente un vivir reflejo y una aproximación reflexiva de algo significativo. Por tanto, el objetivo que persigue la fenomenología es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno. En este caso son esas experiencias en relación con su salud que los profesionales sanitarios tuvieron mientras atendieron a los pacientes con Covid-19; y con ello presentar elementos que aporten a la comprensión de los procesos protectores y malsanos en relación con el perfil epidemiológico crítico de los profesionales de la salud.

Para el desarrollo se siguió la ruta metodológica guiada por Van Manen (2003) en cuatro etapas para ejecutar el proceso investigativo. La primera, es llamada Etapa Previa, la cual permitió diseñar la propuesta de la investigación. Se resalta de esta etapa la elaboración del estado del arte y, además, la realización de todos los trámites administrativos para iniciar la ejecución de la investigación. El segundo paso metodológico, tiene que ver con recoger la experiencia vivida, ya en este punto se realizó el trabajo de campo y se hizo la recolección de la información mediante la entrevista en profundidad y el diario de campo. El tercero hace referencia a la etapa estructural o

reflexión acerca de la experiencia vivida, que permitió realizar el primer análisis de la información, con la identificación de temas o declaraciones temáticas. Finalmente, se plantea la construcción de la reflexión acerca de la experiencia vivida, en esta se hizo un acercamiento tanto individual como grupal, buscando tener un análisis y resultados claros de la información recolectada.

## **5.2 Memoria metodológica**

### ***5.2.1. Etapa previa***

La idea de realizar esta investigación tuvo como punto de partida mi experiencia, puesto que en el momento de la pandemia me desempeñaba como enfermero de una Unidad de Cuidado Intensivo, y de forma coincidental, para el momento en que decido presentarse al posgrado, ya hacía parte de ese grupo de profesionales que tuvieron que enfrentar La Pandemia de la Covid-19, desde esa llamada primera línea de atención. Fui motivado entonces, por el pensamiento de querer comprender cómo era trabajar antes de un suceso caótico como lo fue la pandemia y como empezó a ser el trabajo con la llegada de esta; situación por ejemplo de la cual no podía tener un referente porque mi inicio laboral en UCI fue justamente en plena pandemia, sin haber tenido una experiencia previa en dicho servicio, porque antes había sido enfermero del servicio de hospitalización durante un poco más de un año.

Lo anterior, me permitió entonces pensar en la pregunta de investigación, para la cual Van Manen (2003) recomienda que esta implica preguntarse “cómo es algo”, ¿cuál es la naturaleza de esa experiencia vivida?; el autor también hace énfasis en que la pregunta debe plantearse de forma clara y comprensible y que debe ser vivida por el investigador; pues así podrá conducir al lector de esta, a un cuestionamiento profundo sobre el tema que la pregunta plantea, y no habrá lugar por parte del lector, para una malinterpretación o una subestimación de la naturaleza investigativa (Van Manen 2003). No obstante, el haber vivido la experiencia, al mismo tiempo se constituyó en todo un reto, por lo que, durante todo el proceso investigativo, siempre hice a un lado mi experiencia propia y garanticé en todo momento que la experiencia contada y posteriormente la narrada en los hallazgos de la investigación fuera la de los participantes, reduciendo así la posibilidad de tener sesgos y conflictos de interés en la investigación.

La construcción de la pregunta de investigación, pude llevarla a cabo y refinarla en compañía de mi docente asesora y las profesoras de los cursos de seminario de investigación; los cuales permitieron ir recogiendo los elementos de la SC necesarios para querer comprender ¿Cómo fueron las experiencias de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, en la atención de pacientes con Covid-19 en la ciudad de Medellín? Pregunta que, desde este enfoque, permitiera comprender que la experiencia de cada profesional, era diferente a la de los demás profesionales, sin importar que algunos tuvieran la misma profesión.

Después de tener el tema de investigación definido, continué con la construcción del protocolo, el cual dando cumplimiento a los requisitos éticos que cobijan la investigación, fue presentado al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, entidad que de manera inicial realizó una devolución para refinar y aclarar algunos asuntos relacionados con la investigación, lo cual fue importante, porque permitió identificar esos aspectos que no se había considerado para la protección de los participantes en la investigación. Posterior a la entrega de las aclaraciones y/o correcciones a que hubo lugar, el Comité de Ética, dio aval al proyecto el 04 de marzo de 2022, mediante Acta No CEI-FE 2022-15 (Anexo 1). Lo cual me permitió empezar la búsqueda de los participantes y poder realizar el ejercicio investigativo.

Una vez se tuvo el aval del Comité de Ética de Investigación, y se comenzó a avanzar en el trabajo investigativo, se realizó un coloquio entre los estudiantes de la maestría, que contó con la participación de evaluadores externos al programa y quienes, a partir de la lectura del trabajo, realizaron preguntas y dejaron sugerencias para el desarrollo de la investigación. Ejercicio que contribuyó con la estructuración del trabajo investigativo y el desarrollo de la problemática, permitiendo tener una mirada adicional del problema objeto de investigación.

Posteriormente, pude participar en el 18° Coloquio de Investigación en Salud Pública, denominado “El cuidado de la vida y la salud pública”; el cual se llevó a cabo los días 17, 18 y 19 de noviembre de 2022, en la Universidad de Nariño sede Torobajo, de la ciudad de Pasto. Participación que me permitió comprender diferentes puntos de vista sobre la forma en que deben ser entendidos los datos, y cómo estos deben ser encaminados en todo momento a la resolución de los objetivos propuestos para la investigación.

## **5.2.2. *Recogiendo la experiencia vivida***

### **5.2.2.1. Acceso a los participantes**

De acuerdo a lo que se tenía proyectado, pude contactar varios profesionales de enfermería colegas y/o compañeros de trabajo; quienes refirieron a los participantes a través de la técnica bola de nieve. La cual en palabras de Martínez-Salgado (2012), se entiende como la identificación de un posible participante, a partir de la referenciación de un participante previo. Con esta técnica se identificaron todos los participantes de este estudio. También pude elaborar y difundir un volante en redes sociales, que compartían grupos de profesionales de la salud (Anexo 2). De esta estrategia, logré contactarme con dos profesionales interesados en participar en la investigación, con quienes por dificultades de compatibilidad horaria y/o porque no cumplían con los criterios de inclusión no se realizaron con ellos las entrevistas.

Para la participación en la investigación se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que se habían definido previamente, los cuales son nombrados a continuación: participantes profesionales de la salud (médicos, enfermeros y terapeutas respiratorios), de instituciones tanto públicas como privadas de la ciudad de Medellín, que al mes de mayo de 2021 hubieran cumplido mínimo un año atendiendo pacientes con Covid-19 desde el inicio de la pandemia, y que además tuvieran como mínimo dos años de experiencia como trabajadores de un mismo servicio, bien fuera urgencias, UCI u hospitalización. Lo anterior, además de haber aceptado de manera voluntaria su participación en la investigación por medio de la firma del consentimiento informado (Anexo 3). De la selección, se excluyó al personal sanitario que no había atendido pacientes con Covid-19 y aquellos que, al mes de mayo de 2021, llevaran menos de dos años en el mismo servicio. Cabe aclarar que no se excluyeron participantes por motivo de etnia, religión o posturas políticas. El primer contacto con los participantes, se dio por medio de una llamada y también por un mensaje de WhatsApp, lo cual permitió coordinar el espacio, la fecha y la hora para la realización de las entrevistas.

### 5.2.2.2. Estrategias de recolección

Para la recolección de la información se empleó la entrevista en profundidad, la cual en palabras de Taylor y Bogdan (1984) es aquella que sigue el modelo de una conversación entre iguales, en la cual el rol del investigador implica no solo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas. Partiendo de la propuesta de los autores, previamente se construyó un guion con algunas preguntas, que de manera inicial fueron la guía para el desarrollo de la entrevista (Anexo 4).

Retomando lo planteado por Van Manen (2003), estos encuentros se apoyaron en la entrevista fenomenológica, con la cual se profundizó en información acerca del objeto de estudio, y que estuviera presente en la biografía del individuo entrevistado, para recopilar la interpretación que los participantes sujetos de esta investigación poseían con referencia a la experiencia sobre su salud al ser profesionales que atendieron la Pandemia de La Covid-19.

Se realizó de manera inicial una entrevista a cada participante, la cual tuvo una duración en promedio de 50 minutos. Luego de hacer una revisión detallada de los datos obtenidos, fue necesario programar un segundo momento con los participantes; en esta ocasión las entrevistas tuvieron una duración más corta, con un tiempo promedio de unos 35 minutos, durante los cuales se pudo ampliar y aclarar la información obtenida en la entrevista inicial. Sin embargo, con una de las enfermeras entrevistadas no fue posible tener este segundo espacio. De acuerdo con lo anterior se realizaron un total de 11 entrevistas. Para el desarrollo de algunas entrevistas, se contó con el acompañamiento de la docente asesora.

Cada una de las entrevistas fue registrada con una grabadora periodística, los audios fueron descargados a una nube personal para ser transcritos. La transcripción de estas, fue realizada procurando que fuera en las 72 horas siguientes a su realización, repitiendo cada una por lo menos en cuatro ocasiones, buscando no solo lograr la transcripción en su totalidad, sino en darle sentido al escrito con las puntuaciones hechas por los participantes y también poder corregir posibles errores de transcripción.

Después de las dos entrevistas a profundidad realizadas a cada participante, se construyó una narrativa de cada uno de ellos (Anexo 5), con la cual se realizó la devolución, que a su vez permitió complementar la información en otro espacio más corto que tuvo una duración

aproximada de 7 minutos; donde los participantes por medio del WhatsApp y el correo electrónico, pudieron dar respuestas a las preguntas propuestas.

También es importante mencionar que inicialmente pensé en realizar las entrevistas de manera presencial con cada uno de los participantes, sin embargo, por la misma situación de la pandemia no fue posible realizarlo de esta manera con todos ellos. De las 11 entrevistas, se realizaron 5 presenciales y 6 virtuales. Cabe aclarar que las entrevistas presenciales se llevaron a cabo en espacios institucionales, garantizando un ambiente que resultara cómodo o familiar para los participantes; y el uso en todo momento de los elementos de protección personal. Se realizó también previo a cada entrevista un acuerdo para la ejecución y el desarrollo de esta, dejando claro que si fuera el caso se podría incluso hacer una pausa o suspender la entrevista.

En resumen, se contó con la participación de 6 profesionales de la salud, destacándose en mayor número los enfermeros, con un total de 4 participantes, una médica y un terapeuta respiratorio. Con edades promedio entre los 27 y los 39 años. De estos tres fueron mujeres y tres fueron hombres, tal como se describe a continuación:

El primer enfermero, finalizó sus estudios de pregrado en una universidad pública, a la cual regresó después para realizar su posgrado de Maestría. Este enfermero es especialista en cuidado crítico adulto y en sus 14 años de experiencia profesional al momento de la entrevista, había tenido la oportunidad de trabajar principalmente en servicios de urgencias y cuidado intensivo adulto. La pandemia la vivió en una institución pública. Dentro del texto este participante correspondió a las entrevistas 2 y 7, y se identificó como Enfermero 1.

El segundo enfermero, también es egresado de una universidad pública, en la cual al momento de la entrevista se encontraba también realizando su posgrado de Maestría. Este enfermero tenía 4 años de experiencia y había tenido la oportunidad también de estar en servicios de urgencias y cuidado crítico adulto. La pandemia la pasó en una institución privada de la ciudad, lugar donde pudo formarse como enfermero Ecmólogo. Dentro del texto este participante correspondió a las entrevistas 4 y 9, y se identificó como Enfermero 2.

Continuando con el grupo de enfermería, la primera de las enfermeras terminó su pregrado en una universidad privada, posterior a ello se especializó en cuidado crítico adulto y al momento de la entrevista contaba con 8 años de experiencia trabajando en unidades de cuidado intensivo. La pandemia la vivió en una institución del sector privado, lugar donde llevaba trabajando alrededor

de 7 años. Dentro del texto este participante correspondió a la entrevista 5 y se identificó como Enfermera 3.

La segunda enfermera, realizó su pregrado en una universidad pública, institución a la cual regresó para continuar con sus estudios de posgrado, donde al momento de la entrevista se encontraba matriculada en una maestría. La participante contaba con 5 años de experiencia como enfermera, rol que le había permitido trabajar en servicios de Cirugía, cuidado crítico neonatal y adulto. La pandemia la vivió en una institución pública. Dentro del texto este participante correspondió a las entrevistas 6 y 8, y se identificó como Enfermera 4.

La médica participante, terminó su pregrado en una universidad privada, al momento de la entrevista contaba con 5 años de experiencia como médica general en servicios de hospitalización, unidad de cuidado especiales y unidades de cuidado intensivo, también había tenido la oportunidad de trabajar como médica de urgencias y como médica de traslado aéreo. La pandemia la vivió en una institución privada. Dentro del texto esta participante correspondió a las entrevistas 1 y 10, y se identificó como médica 1.

Finalmente, el terapeuta respiratorio terminó su pregrado en una institución privada, contaba con una trayectoria laboral de casi 18 años, en los cuales siempre se había desempeñado como terapeuta respiratorio en unidades de cuidado intensivo. La pandemia la vivió en una institución pública. Dentro del texto este participante correspondió a las entrevistas 2 y 11, y se identificó como Terapeuta 1.

### ***5.2.3 Reflexionar acerca de la experiencia vivida - etapa estructural.***

#### **5.2.3.1. Estrategias de análisis**

La reflexión fenomenológica implica intentar aprehender el significado esencial de una experiencia determinada (Van Manen 2003), buscando así la explicación del significado de la experiencia vivida; la cual en este caso es “La experiencia de los profesionales en relación con su salud, en la atención de pacientes con Covid-19”. En este sentido el análisis de la información, también se apoyó en la recomendación dada por Fuster (2019), quien plantea la importancia de realizar una aproximación selectiva, lo cual permitió delimitar las unidades temáticas, junto con la

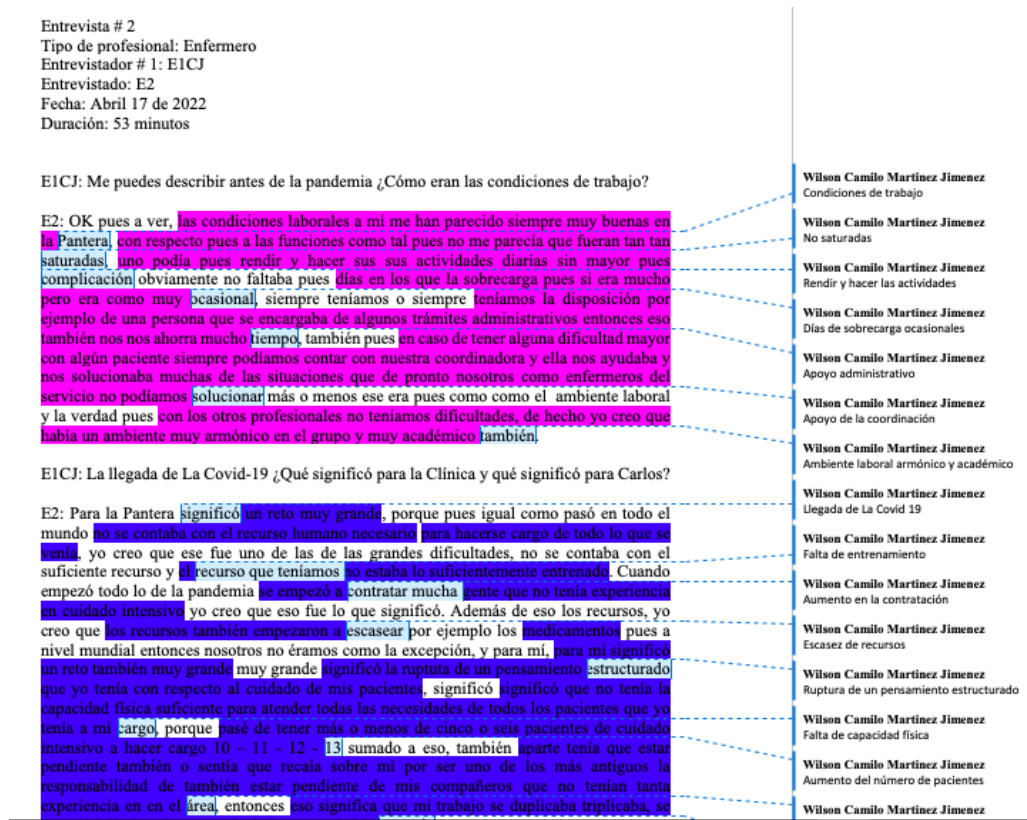


determinación del tema central dominante en cada unidad temática, para integrar finalmente los temas en una estructura particular (Fuster, 2019).

En consecuencia, se dio inicio al análisis de la información en primer lugar realizando una aproximación selectiva o de marcaje, en la cual Van Manen propone realizar una lectura del texto en repetidas ocasiones, e ir formulando la pregunta ¿qué frase o frases parecen particularmente esenciales o reveladoras sobre el fenómeno o la experiencia descrita? (Van Manen, 2003); dichas frases fueron las que se subrayaron o marcaron en el texto.

Realicé entonces el abordaje propuesto por Van Manen, en el archivo con el nombre “revisada”, dicho ejercicio me llevó a la selección de las frases que consideré significativas en cuanto a la experiencia de los profesionales; las cuales fueron resaltadas con un color diferente dentro del texto, tal como se muestra en la imagen siguiente (Figura 1). Después de la selección de cada frase, realicé un comentario que de manera inicial representaba el motivo por el cual era significativa. Realizar dicho abordaje me tomó en promedio de cuatro a cinco horas por entrevista.

**Figura 1**  
Aproximación de marcaje





Después de finalizar el abordaje selectivo, se continuó con la aproximación detallada o línea a línea, para lo cual Van Manen propone que es pertinente mirar cada frase o grupo de frases una por una y preguntarse ¿qué revela esta frase o dicho grupo de frases sobre el fenómeno o la experiencia que se está describiendo? Intentando dar respuesta a la pregunta que sugiere el autor, y que debe realizar el investigador en el proceso, se construyó un cuadro en Excel que permitiera consignar las frases que destacaron en la entrevista y así mismo, agruparlas por subtema (Tabla 1).

**Tabla 1**  
Aproximación detallada

Frases	Subtema
<i>Un reto muy grande</i> (Enfermero 1)	Hacer frente a la pandemia
<i>Nunca se está preparado para hacer frente a una pandemia</i> (Enfermero 1)	
<i>Día a día se intentaban cosas nuevas; se diseñaron nuevos protocolos y el hospital tuvo la necesidad de disponer de servicios de hospitalización y adaptarlos para convertirlos en UCIS</i> (Enfermero 1 – Terapeuta 1)	Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos protocolos</li> <li>• Adecuación de nuevas UCI</li> <li>• Nuevos elementos de protección personal</li> </ul>
<i>Los trajes de protección daban mucho calor, causaban deshidratación y muchas veces me tocó ver a mis a compañeros desmayados por el exceso de trabajo</i> (Enfermero 1).	
<i>Uno se quería desmayar, o sea si uno tenía una reanimación, si uno tenía que intubar, incluso simplemente trasladar al paciente uno se quitaba esa ropa y uno solamente sudaba aguas abajo, uno quedaba mareado, estaba muy deshidratado</i> (Médica 1).	
<i>Era muy incómodo estar de mascarilla y gafas todo el tiempo, al punto muchas veces de no poder ver bien, porque las gafas se empañaban</i> (Enfermero 2).	
<i>Sentíamos que era demasiado riguroso tener que cumplir como con el uso de todos esos elementos de protección personal, sin embargo, lo hacíamos por cuidado de nuestros pacientes, por cuidado nuestro y por cuidado pues de nuestros compañeros y nuestros familiares</i> (Terapeuta 1).	
<i>En el hospital por ejemplo, los protocolos para el manejo de la pandemia estuvieron a cargo de los médicos infectólogos y los médicos epidemiólogos</i> (Enfermero 1)	
<i>La necesidad desbordante de personal</i> (Terapeuta 1)	Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de personal</li> <li>• Personal sin entrenamiento</li> </ul>
<i>Contratar gente sin experiencia en cuidado intensivo y a estudiantes del último semestre, que estaban terminando su última práctica, incluso fue necesario contratarlos sin tener aún el diploma, terminaban práctica, materias, los contrataban, y empezaban a trabajar mientras les entregaban el diploma</i> (Enfermero 1, Terapeuta 1)	

Frases	Subtema
<i>El personal se empezó a contagiar, entonces ya no los podíamos tener en ese momento en las UCI porque estaban incapacitados, casi que volvíamos al punto inicial en el que no teníamos personal (Enfermero 1)</i>	
<i>El hospital reclutó las enfermeras con entrenamiento en UCI, pero que estaban en otras áreas; por ejemplo, las administrativas, a las cuales les tocó volver a las Unidades a tener pacientes después de estar 5 años por fuera (Enfermera 3)</i>	
<i>El recurso humano que se tenía no estaba lo suficientemente entrenado (Enfermero 1).</i>	
<i>Se nos vinieron encima todos esos casos y no teníamos el personal suficiente ni lo suficientemente preparado (Terapeuta 1).</i>	
<i>Uno de los golpes iniciales más duros de la pandemia (Terapeuta 1).</i>	
<i>Se usaban pocos EPP, era seguro atender a los pacientes y no se sentía las manos apretadas (Enfermero 1)</i>	Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de la pandemia</li> </ul>
<i>Ni se usaban esas medidas extremas de barrera que dificultaban el trabajo (Terapeuta 1).</i>	
<i>No había escasez de insumos como se presentó con la llegada de la pandemia (Terapeuta 1).</i>	
<i>Era un poco más organizado, uno sabía a qué tipo de pacientes se enfrentaba y qué era básicamente lo que tenía que hacer con cada paciente (Enfermero 2)</i>	
<i>Nos podíamos preparar un poco mejor, anticiparnos a ciertas situaciones que teníamos que enfrentar (Terapeuta 1)</i>	
<i>No se presentaban tantas situaciones de imprevisto o no se presentaba de forma tan frecuente eso de vernos atados, de vernos limitados por la escasez de insumos, de medicamentos o de personal como ocurrió con la pandemia (Terapeuta 1)</i>	
<i>Todos los días eran los mismos, teníamos mucho trabajo, era mayor intensidad, era mayor sobrecarga, eran actividades que a veces no podía ni siquiera realizar (Enfermero 3)</i>	Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la pandemia</li> <li>• Trabajo interdisciplinario</li> </ul>
<i>No había tiempo de identificar otras necesidades, generando un disparo grandísimo en la aparición de úlceras por presión e infecciones (Enfermero 1)</i>	
<i>Hubo una ruptura de un pensamiento estructurado que tenía con respecto al cuidado de mis pacientes, significó no tener la capacidad suficiente para atender las necesidades de los pacientes que tenía a cargo, porque pasé de tener 5-6 pacientes a tener 10-13 pacientes (Enfermero 1).</i>	
<i>El trabajo interdisciplinario, digamos que fue un poco más agradable, porque los médicos eran profesores, esos manes no, pues uno les preguntaba, le explicaban, había buena comunicación con la mayoría, entonces eso era muy agradable (Enfermero 2)</i>	
<i>Dentro de esas situaciones precarias se encuentran: el salario, el tipo de contratación, la carga laboral, las funciones, los horarios y el valor que le dan al trabajo (Enfermera 4)</i>	Situaciones precarias

Frases	Subtema
<i>Sentíamos muchas diferencias porque la empresa en la que trabajaba tenía personal vinculado directamente y personal tercerizado, entonces digamos que <b>el salario emocional</b> de unos y otros era muy diferente (Enfermera 4)</i>	Diferente salario <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emocional</li> </ul>
<i>Cuando inició la pandemia, las renuncias eran el pan de cada día; muchas clínicas ofrecían mejores salarios o mejores condiciones y gustaban de médicos y enfermeras que tuvieran experiencia, lo que hizo que en muchos lugares, renunciaran diario hasta 10 personas (Médica 1)</i>	Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotación de personal</li> </ul>
<i>Se considera que era un virus impredecible, que la virulencia es impresionante, que muta demasiado rápido y no se deja conocer, un virus impredecible que dificultó el trabajo diario, los planes de manejo y se marcó esa evolución desconocida pero generalmente hacia lo tórpido, con mejoría lenta, pero en caso de deterioro, rápido y marcado (Terapeuta 1).</i>	Impredecibilidad del virus
<i>Fue un tiempo sombrío, de paros constantes, intubaciones, mortalidad de 5,6,7 pacientes por turno, que hizo sentir en cierta medida que las personas son fútiles, porque no se sabía a ciencia cierta qué es lo que podía funcionar o en qué momento se lograría la estabilización de la propagación de la pandemia (Terapeuta 1).</i>	Tiempo sombrío <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse en soledad</li> </ul>
<i>Entrabamos al área Covid y ya nadie nos volvía a hablar o nadie nos apoyaba, estar aislados era muy horrible, era siempre pensar en los peores escenarios y asimilar que iba a ser uno solo contra el mundo (Médica 1).</i>	
<i>Sobrepasó nuestra visión, sobrepasó nuestras capacidades humanas, mentales, físicas, no sabíamos cómo actuar (Enfermero 1)</i>	Trabajo desbordante
<i>Nunca había trabajado tanto en mi vida como trabajamos en ese momento, porque al inicio eran los ingresos constantes (Enfermero 3).</i>	
<i>El cubrimiento de los turnos, fue muy difícil para todos, porque teníamos que cubrir ese trabajo tan desbordante que vivimos en ese momento (Enfermero 1)</i>	
<i>Los pacientes se desbordaron, en total la institución abrió unas 150 camas para estos pacientes, el desbordamiento de los pacientes fue una cosa compleja (Enfermero 1).</i>	
<i>Aproximadamente 20 días, un mes después, la curva se desbordó, se desbordó el crecimiento, el aumento de los casos, fue incontrolable, la complejidad de los casos fue exageradamente difícil de manejar y de predecir (Terapeuta 1).</i>	
<i>Tenía que cumplir las funciones de dos o tres terapeutas, porque era hacer lo mío y adicionalmente entrenar a otros terapeutas respiratorios nuevos, acompañarlos y apoyarlos en lo que fuera necesario, por lo que en ese proceso sentía que mi trabajo terminaba siendo el triple (Terapeuta 1).</i>	Aumento de las funciones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga laboral</li> </ul>
<i>La sobrecarga de trabajo en parte fue por cubrir las incapacidades de los compañeros infectados, porque hubo un brote por 2 o 3 meses donde mucho personal se contagió y tenían incapacidades de 14 días (Enfermero 3)</i>	
<i>Era llegar uno a las unidades, a encontrar un montón de gente estresada, que se inventaban un montón de formas para no estar en contacto permanente con los pacientes (Enfermera 4).</i>	Nuevas emociones y sensaciones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés</li> </ul>

Frases	Subtema
<i>Yo un día llegué a mi casa a bañarme, pues obviamente después de cada turno, pero era tal la situación que yo no sé, yo colapsé y me metí a bañar con pijama y todo, chillando, y yo, yo no estudié pa esto, sáquenme de aquí (Médica 1).</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temor por el comportamiento de los pacientes</li> <li>• Estar a la defensiva</li> <li>• Quedamos rayados</li> <li>• Necesidad de pedir ayuda</li> <li>• Frustración</li> <li>• Llanto constante</li> <li>• Rabia</li> <li>• Miedo a morir</li> <li>• Sentimiento de culpa</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
<i>Me afectó bastante, cambié mis hábitos de alimentación, aumenté de peso, comía de más por la ansiedad y la depresión que sentí en el momento, siento que dejé de tener una vida responsable, tuve trastorno del sueño y en muchas oportunidades despertaba llorando en la madrugada (Enfermero 1).</i>	
<i>Yo no usaba el uniforme por fuera de la clínica porque sentía miedo de que me identificaran y me hicieran algo (Médica 1)</i>	
<i>Me voy a morir por una persona que que no le importa su vida, que se va a rumbear a escondidas, que se va a hacer todo y que es una irresponsable, que viene a urgencias y niega las cosas, eso lo frustraba a uno y le daba mucha mucha rabia (Médica 1).</i>	
<i>Era normal sentirse culpable por la muerte de las personas conocidas (Médica 1).</i>	
<i>Inicialmente todos los que se contagiaban se morían (Enfermero 1),</i>	
<i>Tenía mucha rabia, con el sistema, con la vida inclusive, porque sentía que su vida, la del chileno, no valía nada, que para la sociedad era un número, pero en mí se generó la transferencia de que más que un paciente, había sido alguien que había dejado su país por cumplir el sueño de casarse con el amor de su vida (Médica 1).</i>	
<i>Siempre llegaba estresada, rendida a la casa sin querer saber absolutamente nada de nada, me ponía de mal genio, me angustiaba y lloraba, sin embargo, había que tratar de soliviar y volver a calmarse (Enfermero 3).</i>	
<i>Se lloraba casi que día por medio, en ocasiones todos los días (Enfermero 3)</i>	
<i>El temor de ir a cuidar un paciente aislado, sino que los pacientes en ECMO pueden permanecer muchos meses en la UCI, y el reto era enfrentarse a diario al mismo paciente, quien en un día podía estar bien, al otro complicarse, un día alegre, al otro queriéndole pegar a todo el mundo; eso era muy desgastante mentalmente, al punto de no querer cuidar más de esa paciente (Enfermero 2).</i>	
<i>Me desmoroné, hubo una oportunidad donde dije no más, necesito acompañamiento psicológico, me siento deprimido, frustrado y ansioso (Enfermero 1).</i>	
<i>Yo creo que todos nosotros quedamos muy rayados después del Covid, creo que sí hubo cosas para bien o para mal, creo que sí necesitábamos más apoyo (Médica 1).</i>	
<i>Siempre me había considerado una persona tranquila y amable, sin embargo, con la pandemia uno ya como con esas situaciones tendía a estar siempre como a la defensiva, siempre como de mal genio (Enfermero 2).</i>	
<i>En muchas oportunidades me sentí estresada y angustiada, porque sentía que no podía ayudarle a las personas, era</i>	

Frases	Subtema
<i>siempre pensar en que fuera lo que Dios quisiera, las personas estaban pidiendo tubo y verme maniatada por la falta de oxígeno, muchas veces generó que yo me viera como la culpable de algunas muertes de los pacientes (Medica 1)</i>	
<i>La pandemia influyó en que usted no pudiera solucionar sus necesidades básicas, comer, hacer chichi, hacer una nota, no tenerse que quedar hasta tarde en el trabajo. En la calidad de vida de todos, influyó ese asunto (Enfermera 4)</i>	No poder gestionar las necesidades básicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comidas a destiempo</li> <li>• Aumento de peso</li> </ul>
<i>Hubo una variación en el peso y hubo incluso un momento en que para mí fue muy fuerte eso, me chocaba mucho y decía puta, o sea, tengo todas las mil oportunidades de morir, simplemente por ser gordita y eso sí me parecía muy muy miedoso. “Nosotros nos decimos a nosotros mismos pollitos de colores que en cualquier momento nos íbamos a morir (Médica 1)</i>	
<i>Había momentos en que no podía ir a comer a tiempo y empecé a sufrir dolores de gastritis (Enfermero 2).</i>	
<i>Era normal sentirse constantemente cansado, la verdad sin ganas de ir a trabajar (Enfermero 4)</i>	Falta de motivación para ir a turno
<i>Muchas veces pensaba en que debía volver a turno al otro día o por la noche y de sólo imaginar lo que había que hacer y al riesgo que uno se exponía, eso ya le quitaba a uno las ganas de ir a trabajar Enfermera 4</i>	
<i>Pacientes a los cuales se les trabajó mucho y a pesar de darlo todo fallecían (Enfermero 2).</i>	Muerte de los pacientes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embalaje de los cuerpos</li> </ul>
<i>No se está acostumbrado a ver tanta gente fallecer; era una cosa terrible tener que embalar un cuerpo, la familia no lo veía, no lo podía enterrar (Enfermero 3)</i>	
<i>Debíamos tomar una foto al cuerpo y guardarla como evidencia con el nombre, la foto era impactante, el cuerpo era tratado como algo riesgoso y por eso debía embalsarse, tenía que cremarse (Enfermero 1).</i>	
<i>Los íbamos a hacer pasar por Covid y les empezaron a hacer procedimientos y sólo a mitad del procedimiento se acordaba de decir que tenían síntomas (Medica 1).</i>	Paciente que mentían
<i>Yo desde hace mucho tengo un insomnio, pero eso hizo que me lo agudizara aún más (Enfermero 2)</i>	Consecuencias de la pandemia
<i>Yo me fui de mi casa, busqué un apartamento por internet; llegué y empaqué en el carro lo que me cabía, un colchón, compré dos ollas, una escoba, una trapeadora y me fui a vivir a Rionegro (Médica 1).</i>	Aislamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección a los familiares</li> </ul>
<i>Afectaba directamente la salud mental del personal, porque nadie se quería ir a enfermar a su familia o nadie se quería enfermar (Enfermero 4).</i>	

Las frases consignadas en la tabla 1, resultaron ser en algún momento un tema complicado de comprender para mí, pues era la primera vez que me enfrentaba a una investigación fenomenológica, y aún no tenía claro cómo proceder con el análisis de la información. El siguiente paso dado, se encaminó a realizar una agrupación por temas significativos, identificando en cada

uno de los textos cuáles eran esas frases que se repetían o podrían encajar en un tema determinado, para lo cual fue necesario emplear un sistema de resaltado dentro de los textos, asignado un color a cada unidad temática. En este punto, las frases iniciales se vieron reducidas a unidades temáticas más específicas (Tabla 2).

**Tabla 2**  
Unidades temáticas

Tema	Subtemas
Situación cambiante: Antes y después de la pandemia	Hacer frente a la pandemia Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos protocolos</li> <li>• Adecuación de nuevas UCI</li> </ul> Nuevos elementos de protección personal Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de personal</li> <li>• Personal sin entrenamiento</li> </ul> Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de la pandemia</li> </ul> Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la pandemia</li> <li>• Trabajo interdisciplinario</li> </ul> Situaciones precarias Diferente salario Emocional Situación cambiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotación de personal</li> </ul>
Atención de pacientes con Covid en tiempos sombríos: del desconocimiento de manejo al desgaste de los profesionales	Impredecibilidad del virus Tiempo sombrío Sentirse en soledad Trabajo desbordante Aumento de las funciones Sobrecarga laboral No poder gestionar las necesidades básicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comidas a destiempo</li> <li>• Aumento de peso</li> </ul> Consecuencias de la pandemia
Experimentar la muerte: entre el miedo a la muerte y morir para el mundo	Nuevas emociones y sensaciones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés</li> <li>• Temor por el comportamiento de los pacientes</li> <li>• Estar a la defensiva</li> <li>• Quedamos rayados</li> <li>• Necesidad de pedir ayuda</li> <li>• Frustración</li> <li>• Llanto constante</li> <li>• Rabia</li> <li>• Miedo a morir</li> <li>• Sentimiento de culpa</li> </ul>

Tema	Subtemas
	Ansiedad
	Falta de motivación para ir a turno
	Muerte de los pacientes
	• Embalaje de los cuerpos
	Paciente que mentían
	Aislamiento
	• Protección a los familiares

El ejercicio de comprensión de cada unidad temática, requirió de mi parte realizar una lectura de los textos en dos y hasta en tres oportunidades, buscando siempre la comprensión de estos y verificando la posibilidad de una nueva unidad temática. Lo anterior permitió entonces cuáles eran los temas y subtemas que habían resultado de la agrupación de las frases significativas, para finalmente dar paso a tres grandes temas fenomenológicos que se convirtieron en el producto final de los textos y con los cuales se pudo dar cuenta de los objetivos planteados para la investigación. Dichos temas fenomenológicos fueron: “Situación cambiante: antes y después de la pandemia”, “Atención de pacientes con Covid en tiempos sombríos: del desconocimiento de manejo al desgaste” y “Experimentar la muerte: entre el miedo a la muerte y morir para el mundo”.

Es importante mencionar que, para el análisis de la información, de manera inicial se pensó en el uso del software Atlas.ti el cual permitía la identificación de unidades significativas en los textos de las entrevistas, crear memos, redes y grupos, y poder de esta forma tener la información consolidada en un solo lugar, tal como se ilustró en la tabla anterior. Sin embargo, la licencia usada para la instalación del Software en el computador portátil tuvo un problema de compatibilidad con el sistema operativo, así que solo fue posible el uso de una versión de prueba del programa, lo cual al final representó una limitante para continuar con el análisis de la información.

Como segunda opción, se tuvo entonces el uso de los mapas conceptuales (Anexo 6), los cuales fueron diseñados con la ayuda del Software Cmaptools, partiendo de la codificación previa realizada en cada uno de los textos transcritos.

Una vez finalizado el proceso anterior, se dio paso a la saturación teórica de la información, la cual se logró con las once entrevistas realizadas. Es de recordar, que hubo un primer bloque de entrevistas, que hicieron posible identificar los temas fenomenológicos que daban cuenta de los objetivos de la investigación, y así mismo conocer los vacíos que debían complementarse con el segundo bloque de entrevistas. Los dos bloques de entrevistas y los textos resultantes de estas,



dieron paso a la construcción de las narrativas que enmarcaron la experiencia de cada participante, las cuales fueron discutidas con cada uno de ellos.

#### **5.2.4. Escribir-reflexionar acerca de la experiencia vivida**

En este punto se debe realizar la escritura del texto fenomenológico, temas que serán presentados en los hallazgos y la discusión. Van Manen (2003) considera que la escritura en sí, es el acto de la investigación fenomenológica, y así mismo, que crear un texto fenomenológico representa el objetivo principal del proceso investigativo; siendo entonces la escritura un elemento que se desarrolla a lo largo del acto investigativo (Van Manen, 2003).

### **5.3 Consideraciones éticas**

Este proyecto fue avalado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia el 04 de marzo de 2022, mediante Acta No CEI-FE 2022-15. Desde el ámbito internacional, la presente investigación se realizó siguiendo las pautas éticas para la investigación con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, se consideraron los siguientes principios de la bioética:

- **Respeto a la autonomía:** A cada participante se le explicó lo necesario en cuanto a la investigación, resaltando la lectura del consentimiento informado, riesgos y beneficios derivados de su participación en la misma, forma de recolectar y hacer devolución de la información. Lo anterior, esperando que el participante decidiera acceder a la misma de manera completamente voluntaria, o si fuese el caso, no participar o retirarse en medio de la entrevista sin ninguna consecuencia.
- **Respeto a la confidencialidad:** Se garantizó la identificación de las entrevistas con una codificación establecida para cada una de ellas, empleando la letra mayúscula E, y el número correspondiente según las entrevistas realizadas del 1 al 11, de esta manera se evitó el uso de nombres propios durante el proceso de recolección, sistematización, análisis de



información y presentación de resultados. De igual manera, la información se manejó en un documento en Word guardado en el disco duro del computador personal del investigador y con requerimiento de contraseña para acceder al mismo, por un periodo de cinco años.

- **Beneficencia:** Los resultados obtenidos de la investigación, tendrán un beneficio directo para los trabajadores de la salud, porque permitirá adoptar las medidas pertinentes para la continuidad en la atención de pacientes con Covid-19.
- **Justicia:** Todos los participantes, según los criterios de inclusión, tuvieron la misma posibilidad de participar en la investigación.

Por su parte, en el ámbito nacional, se tuvo en cuenta la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Que, a su vez, dentro de sus recomendaciones, establece que toda investigación debe pasar por la revisión de un comité de ética de investigación institucional (Ministerio de Salud Y protección Social, 1993).

Otra de las recomendaciones de la anterior Resolución, tiene que ver con la identificación del riesgo, el cual, teniendo en cuenta el artículo 11 de la misma, se puede decir que esta investigación fue de riesgo mínimo, debido a que en su desarrollo no tuvo implícita ninguna modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en el estudio (Ministerio de Salud Y protección Social, 1993).

La investigación también se fundamentó en el apartado desarrollado por Ezequiel Emanuel, quien plantea siete requisitos para que la investigación sea ética, con el objetivo de salvaguardar la integridad de los participantes en el desarrollo del trabajo investigativo (Emanuel, 1999). Estos requisitos son:

- **Asociación colaborativa:** La asociación colaborativa tiene relación con los actores involucrados en la investigación, los cuales, en este caso fueron; el investigador, la asesora, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y los profesionales de la salud.
- **Valor social y científico:** Al entender el valor social de la investigación, como la pertinencia de la misma a partir de las necesidades de un grupo en particular, que para el presente proyecto de investigación son los trabajadores sanitarios. Se pretende dar voz a los participantes, con la intención de mostrar cómo fue su experiencia en relación con su salud,

en la atención de pacientes con Covid-19. Lo anterior podrá lograrse haciendo públicos los resultados de la investigación al finalizar, para contribuir con el tema objeto de estudio.

- **Rigor científico:** Se logra dando uso a una metodología pertinente y aplicable que se articule con los instrumentos y técnicas de recolección de la información. Para el caso de esta investigación se empleó la fenomenología, la cual permitió la comprensión del fenómeno a estudiar, obteniendo información a través de entrevistas a profundidad, aplicando con rigurosidad el cumplimiento de la metodología descrita, la cual fue construida a partir de la pregunta y objetivos planteados para la investigación.
- **Selección equitativa del sujeto:** La elegibilidad de los sujetos se da a partir de los objetivos planteados para la investigación. Para el caso de la presente investigación, los participantes fueron trabajadores sanitarios, que al mes de mayo de 2021 hubieran cumplido mínimo un año atendiendo pacientes con Covid-19 desde el inicio de la pandemia, y que además tuvieran mínimo dos años de experiencia como trabajadores de un mismo servicio, y que aceptaron de forma voluntaria su participación en la investigación por medio de la firma del consentimiento informado.
- **Evaluación independiente:** Teniendo presente el artículo 8 de la resolución 8430 de 1993, emitida por el Ministerio de Salud colombiano se garantizó la protección de la privacidad de los participantes en la investigación. Por lo cual se buscó una evaluación externa al proceso y al investigador. En este caso, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, y su programa de Maestría en SC, desarrolló previo al inicio de trabajo de campo un coloquio, donde fue evaluado el proyecto por personas externas, lo cual permitió tener en cuenta las observaciones de la evaluación como aportes pertinentes al proceso investigativo. De igual manera, este proyecto contó con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería.
- **Consentimiento informado:** Para el desarrollo de la investigación, se tuvo un consentimiento informado escrito, según lo indican los artículos 6, 14, 15, 16, 30 de la Resolución colombiana 8430 de 1993. El propósito por el cual se aplicó el consentimiento informado, fue asegurar que los participantes hicieran parte de la investigación bajo su aprobación, considerando así que el proceso es compatible con sus valores, intereses y preferencias (Emanuel, 1999). El investigador a través del consentimiento informado escrito, brindó una información clara, comprensible, necesaria y suficiente para los posibles

participantes, permitiéndole a estos realizar una lectura completa del consentimiento, con la intención de conocer los objetivos, riesgos y beneficios de la investigación, y así realizar las preguntas que consideraron pertinentes para tomar la decisión de su participación en la investigación. El registro de la Declaración de Consentimiento, se llevó a cabo mediante la firma del participante, y el investigador responsable de esta investigación.

#### **5.4 Criterios de rigor**

Retomando las palabras de Noreña et al (2012), el rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación, el cual permite valorar los métodos de investigación y las técnicas de análisis para obtener y procesar los datos. Por lo anterior se tuvieron en cuenta algunos criterios de rigor: los cuales permitieron dar mayor calidad a la investigación. Es por lo anterior que en el desarrollo de la investigación se buscó:

- La credibilidad: entendida como un requisito que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas. Se logra cuando los hallazgos son conocidos como “reales” o “verdaderos”, por las personas que participaron de la investigación (Noreña et al, 2012). Para garantizar la credibilidad en la investigación, se realizó una transcripción textual de las entrevistas, manteniendo el discurso natural de los participantes. Así mismo, se realizó una devolución a cada participante del texto transcrito, validando la información de cada uno de los testimonios, y verificando la necesidad de realizar aclaraciones o correcciones frente a lo que cada uno expresó.
- La validez: la cual hace referencia a la interpretación correcta de los resultados, lo cual se convierte en un soporte fundamental para la investigación cualitativa. Esta puede obtenerse a través de métodos como la triangulación, la saturación y el contraste con otros investigadores (Noreña et al, 2012). En la presente investigación, se empleó la triangulación por datos (actores), buscando siempre recolectar la información necesaria brindada por los participantes y enfocada en el cumplimiento de los objetivos propuestos para la investigación.
- La transferibilidad o aplicabilidad: en palabras de Noreña et al (2012), la transferibilidad consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Lo cual pudo

lograrse realizando una descripción exhaustiva del contexto, los hallazgos de la investigación y de los participantes, que para el caso fueron los trabajadores sanitarios que trabajaron de manera asistencial en la atención de pacientes con Covid-19 durante la pandemia.

- La auditabilidad o confirmabilidad: la cual permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo, e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los juicios o críticas que puedan suscitar del fenómeno a investigar o de los participantes (Noreña et al, 2012). En la investigación, a pesar de que el investigador también hizo parte del grupo de profesionales que atendieron pacientes con Covid-19, se logró siendo imparcial con los aportes dados por los participantes, dando mayor valor al rol de investigador que al de profesional sanitario y evitando realizar juicios de valor al tener una posición neutra frente a los relatos de los participantes.

## 6. Hallazgos

Para comprender las experiencias de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, durante la atención de pacientes con Covid-19, se identificaron tres temas principales; el primero denominado “Situación cambiante: antes y después de la pandemia”, el cual describe las condiciones de trabajo en las que los profesionales de la salud realizaron la atención de los pacientes durante la pandemia Covid-19. Por tanto, con este tema se da respuesta al primer objetivo del trabajo. El segundo tema llamado “Atención de pacientes con Covid en tiempos sombríos: del desconocimiento de manejo al desgaste”, y el tercero llamado “Experimentar la muerte: entre el miedo a la muerte y morir para el mundo”. Con los temas dos y tres, se muestra cómo la experiencia de vivir la pandemia de La Covid-19 tuvo relación con la salud de los profesionales sanitarios que participaron en esta investigación, dando así respuesta al segundo objetivo del trabajo.

Antes de desarrollar los temas, a modo de contexto es importante tener presente que la manera como se desarrolló la pandemia tuvo relación con las experiencias y las condiciones de trabajo. En este sentido, los participantes durante las narraciones hicieron énfasis en lo que ellos nombraron como los tres picos, los cuales tuvieron características diferentes desde la vivencia de cada uno. Es así como el primer pico de la pandemia, que en el país inició el 09 de julio de 2020 y terminó el 10 de agosto de 2020 (Arias-Barahona & Vanegas-Giraldo, 2022), es decir a los 4 meses de haberse confirmado el primer caso de la enfermedad en el país, fue considerado por algunos de los participantes como el más difícil, asociado al desconocimiento sobre el manejo de la enfermedad, también por el miedo que representaba frente al contagio y porque no se tenía personal profesional suficiente en el país para hacer frente a los requerimientos y exigencias de la pandemia.

El segundo pico de la pandemia, comprendido entre el 12 de octubre del 2020 hasta el 1 de enero de 2021 (Arias-Barahona & Vanegas-Giraldo, 2022), fue difícil para los participantes por lo impredecible del virus y por la escases de oxígeno medicinal en los hospitales.

Por su parte el tercer pico de la pandemia, que se vivió entre el 21 de marzo de 2021 hasta el 19 de abril de 2021 (Arias-Barahona & Vanegas-Giraldo, 2022), generó en algunos participantes un colapso mental, asociado a la edad de las personas que estaban falleciendo; pues muchas de las víctimas tenían edades entre los 25 y los 40 años, que es el rango de edad en el que se encuentran los participantes, lo cual generó que este pico fuera considerado como el peor tiempo de la vida en unos participantes.

## 6.1 “Situación cambiante: antes y después de la pandemia”.

Este apartado presenta el contexto de unas situaciones que cambiaron y afectaron las condiciones de trabajo, las cuales representaron un choque para los participantes, por tanto, en sus relatos refirieron el contraste de dos momentos: uno antes y otro al inicio de la pandemia. Dicha situación, implicó para los participantes afrontar la pandemia, desde situaciones como: los cambios en las condiciones de trabajo y los nuevos desafíos en la atención de los pacientes. En primer lugar, se puede referenciar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS-S) y a los Hospitales de la ciudad de Medellín, lugares donde la llegada de la pandemia generó cambios, que debieron asumirse como “un reto muy grande” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). En el comienzo, desde “el desconocimiento” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022) general de cómo manejar una pandemia como la de La Covid-19, se generó la necesidad de diseñar nuevos protocolos, así como adecuar los servicios en muchos casos de hospitalización para convertirlos en UCIS: “día a día se intentaban cosas nuevas; se diseñaron nuevos protocolos y el hospital tuvo la necesidad de disponer de servicios de hospitalización y adaptarlos para convertirlos en UCIS” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022; Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

De acuerdo con los participantes, se requirieron nuevos profesionales, tal como lo describió uno de ellos al nombrarlo como “la necesidad desbordante de personal” (*Terapeuta 1* comunicación personal, 19 de abril, 2022), lo que llevó en muchas ocasiones a

Contratar gente sin experiencia en cuidado intensivo y a estudiantes del último semestre, que estaban terminando su última práctica, incluso fue necesario contratarlos sin tener aún el diploma, terminaban práctica, materias, los contrataban, y empezaban a trabajar mientras les entregaban el diploma (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022; Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

Esto sumado a que “el hospital reclutó las enfermeras con entrenamiento en UCI, pero que estaban en otras áreas; por ejemplo, las administrativas, a las cuales les tocó volver a las Unidades a tener pacientes después de estar 5 años por fuera” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022), lo cual generaba que “el recurso humano que se tenía no estaba lo suficientemente

entrenado” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Lo anterior fue narrado como “uno de los golpes iniciales más duros de la pandemia” (Terapeuta 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

En segundo lugar, se pueden nombrar los profesionales sanitarios responsables de la atención directa de los pacientes; quienes para la presente investigación hacían parte de servicios como urgencias y UCI, los cuales también tuvieron que asumir cambios importantes relacionados con sus condiciones de trabajo y con su cotidianidad en las instituciones. Dichos cambios tuvieron relación con: la hora de salida, el disfrute de las vacaciones, la carga laboral, el uso de nuevos EPP, el entrenamiento y acompañamiento a los compañeros nuevos sin experiencia en cuidado crítico, no poder atender las necesidades de los pacientes, no saber qué hacer y el desbordamiento de la capacidad de respuesta. Particularmente, frente a los EPP y a los insumos empleados en el día a día, uno de los participantes menciona que antes de la pandemia se “usaban pocos EPP, era seguro atender a los pacientes y no se sentía las manos apretadas” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022), “ni se usaban esas medidas extremas de barrera que dificultaban el trabajo” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022). “No había escasez de insumos como se presentó con la llegada de la pandemia” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022). La llegada de la pandemia no fue igual para los profesionales en todas las instituciones, pues algunas de ellas no recibieron pacientes Covid desde su inicio, lo cual “permitió que se tuviera más tiempo para prepararse en aspectos como el manejo de los elementos de protección personal; que la bata, que el doble guante y todo esto, lo cual generaba cierta tranquilidad para nosotros” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022).

Narran los profesionales que sus prácticas asistenciales, se desarrollaban antes de la pandemia a partir de unas funciones claras, las cuales fueron nombradas como “rutinas diarias” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). A pesar de que una de las enfermeras comentó que en su perspectiva “el rol de la enfermera está sobrecargado de un montón de cosas” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022), estas implicaban ciertas actividades cotidianas en las que había unas tareas establecidas, las cuales determinaban el desarrollo con cierta certeza de todas las actividades relacionadas con la planeación, la ejecución y la evaluación de sus labores asistenciales para la atención y el cuidado de los pacientes y sus familias. Algunas de estas actividades superaban el ámbito disciplinar, pues se realizaban en conjunto con otros profesionales,

incluyendo también actividades académicas; siendo este el caso de las rondas médicas. Lo anterior es narrado por uno de los enfermeros entrevistados de la siguiente manera:

Antes de la de la pandemia nosotros teníamos funciones muy claras en la clínica, en un turno normal siempre llegamos 10 - 15 minutos antes a los servicios, hacíamos el conteo del carro de paro, del maletín de transporte, nos disponíamos después a recibir uno a uno los pacientes, siempre en la cabecera del paciente; después de eso nos disponíamos a hacer un chequeo con respecto a algunos puntos específicos de los pacientes, sus infusiones, sus signos vitales, sus cosas pendientes para empezar a gestionarlas en el transcurso del día. Posterior a ello verificábamos las curaciones que había para el día y las procedíamos a realizar, se empezaba a hacer la ronda multidisciplinaria más o menos como a las 10/10:30 de la mañana, ahí se hacían varias discusiones académicas entorno a los pacientes y algunos temas se sacaban ahí para ser revisados. Ya por la tarde nuestras funciones eran como más de acompañamiento de pronto a los familiares, de estar pendiente de las visitas, de pronto alguno que otro ingreso, alguna alta o cosas así, ya ahí se disponía como a terminar el turno, era como la rutina diaria sin complicaciones de los pacientes, sin situaciones estresantes o inesperadas diría yo... Eso es como lo que hacíamos normalmente. (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022)

En otras palabras, según lo narra otro enfermero con amplia experiencia en UCI, el trabajo de las “rutinas diarias”, antes de pandemia “era un poco más organizado, uno sabía a qué tipo de pacientes se enfrentaba y qué era básicamente lo que tenía que hacer con cada paciente” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022), lo cual permitía “no salir tan tarde ni tan cansado” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022). En cuanto a las condiciones en las que se desarrollaban estas “rutinas diarias” antes de pandemia, “se podría decir que la carga laboral era menor” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022), asunto que permitía que “nos podíamos preparar un poco mejor, anticiparnos a ciertas situaciones que teníamos que enfrentar” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022), porque “no se presentaban tantas situaciones de imprevisto o no se presentaba de forma tan frecuente eso de vernos atados, de vernos limitados por la escasez de insumos, de medicamentos o de personal como ocurrió con la pandemia” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022). Sin embargo, con la pandemia,



como lo narra una de las enfermeras “todos los días eran los mismos, teníamos mucho trabajo, era mayor intensidad, era mayor sobrecarga, eran actividades que a veces no podía ni siquiera realizar” (Enfermero 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022)

Sobre este cambio en las rutinas diarias, la calidad de la atención a los pacientes también presentó modificaciones; primero, porque se podía proveer un cuidado que en alguna medida era integral; al respecto uno de los enfermeros entrevistados comentó que antes de pandemia “uno alcanzaba a brindar la mayoría de los cuidados que los pacientes requerían, generando que la calidad del cuidado fuera un poco mayor” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022). Mientras que con la pandemia hubo un aumento de las úlceras por presión y las infecciones en los pacientes, tal como lo expresa uno de los enfermeros porque “no había tiempo de identificar otras necesidades, generando un disparo grandísimo en la aparición de úlceras por presión e infecciones” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

Segundo porque había mayor certeza en el proceso salud-enfermedad y en el manejo de algunos pacientes, pues tal como lo expresa un terapeuta respiratorio, antes de la Covid-19 “uno ya más o menos iba sabiendo cómo iba a ser en determinadas situaciones la evolución de algunos pacientes, es decir, se tenían pacientes más predecibles” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022). Mientras que con la llegada de la pandemia y tal como lo expresa otro de los enfermeros participantes, no era posible satisfacer las necesidades de los pacientes, ya que

hubo una ruptura de un pensamiento estructurado que tenía con respecto al cuidado de mis pacientes, significó no tener la capacidad suficiente para atender las necesidades de los pacientes que tenía a cargo, porque pasé de tener 5-6 pacientes a tener 10-13 pacientes (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

De igual manera, como lo menciona la médica participante, también existió un auto cuestionamiento constante sobre algunas decisiones que se tomaban y el manejo dado a algunos pacientes:

Cuando uno pensaba en intubar, no siempre sabía si era la mejor decisión, yo pensaba a futuro, me cuestionaba todos los escenarios posibles: si el paciente vivía, si iba a estar bien, iba a quedar con traqueostomía, iba a quedar con mucho déficit motor; sino lo intubaba

pensaba que le estaba generando una sentencia de muerte, sin darle la opción de al menos intentar vivir (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Situaciones como las anteriores generaban que para la participante existiera un

debate moral, ¿Yo lo maté intubándolo? ¿O no lo maté? ¿Le ayudé? ¿Qué hice yo ahí?, ¿Soy una mala persona que lo estoy poniendo a sufrir, porque no teníamos medicamentos para intubarlos adecuadamente?, sino que los estábamos intubando casi que despiertos, ¿Yo lo tengo sufriendo? O ¿Le estoy ayudando? ¿Qué estoy haciendo? (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

En cuanto a las condiciones de trabajo, uno de los enfermeros también menciona que antes de la pandemia estas “siempre me han parecido muy buenas, no me parecían saturadas en la medida que era posible rendir y ejecutar las actividades diarias sin complicaciones, el salario era bueno y el contrato que tenía era a término indefinido” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Mientras que otra enfermera participante, afirma que antes de la pandemia también existían condiciones de “precariedad” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022), bajo las cuales los profesionales han tenido que prestar sus servicios. Puntualmente, menciona que “dentro de esas situaciones precarias se encuentran: el salario, el tipo de contratación, la carga laboral, las funciones, los horarios y el valor que le dan al trabajo” (Enfermero 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

La enfermera destaca, además que la carga laboral aumentaba incluso antes de la pandemia por el desarrollo de actividades, tales como:

Ingeniera de sistemas, mantenimiento, generación de proyectos y cuidado directo; tiene que ser administrativa, tener un montón de virtudes que no se ven reflejadas, por ejemplo, en el salario emocional, ni tampoco con la retribución económica, porque no se da el valor al trabajo que uno hace (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

Sumado a lo narrado por la enfermera, los terapeutas respiratorios coinciden en que antes de la pandemia ya se evidenciaban algunas formas de sobrecarga, pues “en la UCI siempre hemos

tenido demasiado trabajo, porque en la mayoría de las UCIS solo hay un terapeuta respiratorio para 10 y hasta 20 pacientes críticos” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

Esas situaciones anteriores, identificadas antes de la pandemia como “precarias” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022), se aumentaron con la llegada de esta, generando que los contratos de trabajo y la remuneración por el trabajo realizado no fueran buenos; al punto de que una de las enfermeras sintiera que no se le pagaba lo que debían pagarle por el número de horas que trabajaba mensualmente. Lo anterior se puede apreciar en el siguiente texto:

Desde el inicio de la pandemia hasta que se terminó la emergencia sanitaria, tuve contrato por cooperativa; contrato tercerizado, el salario digamos que no era un salario bueno, estuve entre los 2'800.000 y los 3'500.000, cuando trabajamos mucho y te estoy hablando de 222 a 236 horas al mes, nos llegaba un salario alrededor de los 4'000.000, pero digamos que no era un salario bueno, no era bueno económicamente hablando porque permanentemente sentíamos que no nos estaban pagando lo que nos deberían pagar. (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022)

Para el caso de esta enfermera con contrato tercerizado, las condiciones de trabajo fueron también diferentes según lo narra durante la pandemia, respecto al personal vinculado a la institución, pues “sentíamos muchas diferencias porque la empresa en la que trabajaba tenía personal vinculado directamente y personal tercerizado, entonces digamos que el salario emocional de unos y otros era muy diferente” (Enfermero 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022). Dentro de las principales diferencias, se encuentran las actividades de promoción de la salud mental y el impacto al riesgo emocional, pues

Las actividades que se hacían por ejemplo para la promoción de la salud mental y la mitigación del riesgo emocional psicológico en medio de la pandemia tenían diferencias entre el personal contratado directamente por la empresa y el tercerizado, entonces salarios tanto emocional como económico digamos que no me sentí bien remunerada (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

El testimonio de la enfermera permite entender por qué para las instituciones la rotación de personal fue algo incontenible, pues muchos de los profesionales con experiencia renunciaban para llegar a otra institución, en algunas oportunidades con mejores condiciones laborales o con la oferta de mejores salarios, al punto de tener hasta 10 renunciaciones en un día y hasta 5 o 6 cuadros de turno en un mes. Tal como lo menciona uno de los participantes:

Cuando inició la pandemia, las renunciaciones eran el pan de cada día; muchas clínicas ofrecían mejores salarios o mejores condiciones y gustaban de médicos y enfermeras que tuvieran experiencia, lo que hizo que en muchos lugares, renunciaran diario hasta 10 personas; eso llevó a que en un mes pudiéramos tener hasta 5 o 6 cuadros de turnos diferentes, en algunos meses nos daban el cuadro de turno cada 2 días, porque no se sabía si al día siguiente iban a estar todos completos o no (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Estas condiciones determinaron las experiencias que tuvieron que vivir y enfrentar los profesionales sanitarios durante la atención del Covid al hacer parte de esa primera línea de atención, caracterizadas por presentar cambios desde lo estructural de las IPS, hasta la manera en cómo se ejecutaban las tareas asistenciales por cada profesional, y así mismo, estas fueron el contexto en que se dieron las experiencias que se presentan a continuación, con las cuales se describe cómo experimentaron esas situaciones que enfrentaron día a día los profesionales y que de alguna manera repercutieron en sus vidas, generando cambios importantes que debieron ser asumidos paulatinamente desde lo personal y lo profesional. Con los siguientes temas se da respuesta al segundo objetivo del trabajo y se muestra, cómo la experiencia de vivir la pandemia de La Covid-19 tuvo relación con la salud de los profesionales sanitarios que participaron en esta investigación.

## **6.2 Atención de pacientes con Covid en tiempos sombríos: del desconocimiento de manejo al desgaste de los profesionales**

Como se había explorado en el apartado anterior, la pandemia se caracterizó por crear el precedente de unos cambios nunca imaginados ni por el personal asistencial, ni por el personal administrativo de las diferentes IPS, ni siquiera por el gobierno a nivel nacional. Esto porque como

lo expresó un participante “nunca se está preparado para hacer frente a una pandemia” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022), pese a que para poder hacer frente al virus, las instituciones, en este caso los hospitales y las IPS, tuvieron que elaborar nuevos protocolos, que debieron ser implementados por todo el personal asistencial involucrado en la atención de los pacientes con Covid 19, los cuales en la mayoría de los casos estuvieron a cargo de los epidemiólogos, médicos infectólogos y coordinadores de área respectivamente;

En el hospital por ejemplo, los protocolos para el manejo de la pandemia estuvieron a cargo de los médicos infectólogos y los médicos epidemiólogos, quienes constantemente se reunían para actualizar la forma en como poder hacer frente al virus desde la institución (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

Por tanto, una de las principales experiencias narradas por los participantes se caracterizó por vivir permanentemente en un tiempo sombrío, pues el trabajo, según narran más adelante se aumentó sustancialmente porque aumentaron los números de casos y no se tenía una certidumbre en el manejo y, también, porque no todo el personal estaba capacitado. Esto como consecuencia de que

Se considera que era un virus impredecible, que la virulencia es impresionante, que muta demasiado rápido y no se deja conocer, un virus impredecible que dificultó el trabajo diario, los planes de manejo y se marcó esa evolución desconocida pero generalmente hacia lo tórpido, con mejoría lenta, pero en caso de deterioro, rápido y marcado (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

Esto hizo que los participantes experimentaron mucha incertidumbre, sobre todo en el primer pico de la pandemia, porque no sabían “qué hacer” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022), lo que propició que este fuera considerado como “el más difícil” para algunos de los participantes (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022). Algunos de ellos lo nombraron como un “un tiempo sombrío” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022), que fue descrito de la siguiente manera:

Fue un tiempo sombrío, de paros constantes, intubaciones, mortalidad de 5,6,7 pacientes por turno, que hizo sentir en cierta medida que las personas son fútiles, porque no se sabía a ciencia cierta qué es lo que podía funcionar o en qué momento se lograría la estabilización de la propagación de la pandemia (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

Un enfermero narró que mientras continuaba la pandemia y a pesar de tener protocolos establecidos y de experimentar diferentes medidas encaminadas al control de la enfermedad, esto no era suficiente para las instituciones. Algunos incluso recibían asesorías de los comités de ética, como lo menciona uno de los participantes “que ayudara al personal de urgencias mirando que pacientes eran los que íbamos a subir o no, porque llegaban demasiados pacientes” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022). Al punto de tener que vivir un trabajo desbordante el cual “sobrepasó nuestra visión, sobrepasó nuestras capacidades humanas, mentales, físicas, no sabíamos cómo actuar” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022), por lo tanto, el “cubrimiento de los turnos, fue muy difícil para todos, porque teníamos que cubrir ese trabajo tan desbordante que vivimos en ese momento” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Lo anterior fue debido al número de pacientes y a la apertura de nuevas UCI en las diferentes instituciones; “los pacientes se desbordaron, en total la institución abrió unas 150 camas para estos pacientes, el desbordamiento de los pacientes fue una cosa compleja” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

Sumado al aumento de “casos no predecibles y difíciles de manejar” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022), se generó también un desbordamiento de la enfermedad, tal como lo describe otro de los participantes “aproximadamente 20 días, un mes después, la curva se desbordó, se desbordó el crecimiento, el aumento de los casos, fue incontrolable, la complejidad de los casos fue exageradamente difícil de manejar y de predecir” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022). Al punto que “se nos vinieron encima todos esos casos y no teníamos el personal suficiente ni lo suficientemente preparado” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

Un asunto tan importante como el personal, fue algo también muy difícil de afrontar para las instituciones, pues en muchas de ellas fue necesario la contratación de personal sin experiencia en cuidado intensivo; porque estaban recién graduados o porque siempre habían trabajado en servicios como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (PyP), devolver al

personal administrativo con entrenamiento en cuidado crítico a las UCI; lo cual generaba que a nivel de carga laboral, esta se duplicara o en ocasiones hasta se triplicara para el personal con experiencia en las unidades de cuidado intensivo, porque debían cumplir con sus funciones y adicionalmente estar pendiente del entrenamiento de los compañeros nuevos, tal como lo expresa un terapeuta respiratorio

Tenía que cumplir las funciones de dos o tres terapeutas, porque era hacer lo mío y adicionalmente entrenar a otros terapeutas respiratorios nuevos, acompañarlos y apoyarlos en lo que fuera necesario, por lo que en ese proceso sentía que mi trabajo terminaba siendo el triple (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

Por su parte, una de las enfermeras expresó que “nunca había trabajado tanto en mi vida como trabajamos en ese momento, porque al inicio eran los ingresos constantes” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022).

Así mismo, algunos de los participantes entrevistados narraron que experimentaron indirectamente la inexperiencia de sus compañeros en cuidado intensivo. Por una parte, reconocen que el inicio para esos compañeros que fue muy difícil, porque el tiempo de entrenamiento en algunas instituciones fue muy poco, comparado con el entrenamiento en algún otro momento de la historia. Hubo instituciones donde solo se contaba con tres días de entrenamiento en el servicio y después ya era enfrentarse solo a los pacientes y al virus, por lo cual en muchos de los participantes fue común encontrar la incertidumbre y la ansiedad, a raíz de tener que “asumir la pandemia, de acuerdo al poco conocimiento que había en ese momento y al desconocimiento frente al manejo de la enfermedad” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022), también por el hecho de “enfrentarse por primera vez a un paciente crítico” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022) y por “el aumento de los pacientes día a día” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

Por otra parte, identificaron cierta resistencia del personal nuevo,

Quienes muchas veces expresaban que se sentían agotados, ansiosos, deprimidos y frustrados, era llegar uno a las unidades, a encontrar un montón de gente estresada, que se

inventaban un montón de formas para no estar en contacto permanente con los pacientes (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

Era como “listo yo sé, nos da miedo, a mí también me da miedo, pero era el mismo personal el que tenía que perder ese miedo” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022). Adicional la situación de la pandemia generó angustia en todos los participantes, al punto que algunos se preguntaran “¿Cómo acompaña uno esa angustia de esa gente?, que también creo que son responsabilidades que nos hemos autoasignado los enfermeros y las enfermeras”. Y “¿cómo tramita uno la propia?” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

Reconocen los participantes que, al mismo tiempo, también sintieron el apoyo de algunos compañeros pues con el cierre parcial de algunos servicios en las diferentes instituciones, se pudo contar con el apoyo de más personal profesional, siendo este el caso “del hospital, donde los ortopedistas y los anestesiólogos se involucraron en el paso de la ronda médica y en el apoyo a la pronación y supinación de los pacientes” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022). Por su parte, la enfermera 3 mencionó que

Hubo la necesidad de acudir a los anestesiólogos del hospital al momento como del cierre, que ya no se hacían cirugías electivas, ese cierre de quirófanos permitió que la parte de anestesia también nos ayudara en el paso de la ronda de parte de los intensivistas, aunque fue muy difícil, es supremamente raro trabajar con anestesiólogos, entonces los intensivistas también les tenían que ayudar muchas veces (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022).

Situaciones como las mencionas en el párrafo anterior, resaltan el trabajo interdisciplinario, el cual tuvo un gran protagonismo en la pandemia, pues como lo menciona uno de los participantes resultaba ser algo agradable: “el trabajo interdisciplinario, digamos que fue un poco más agradable, porque los médicos eran profesores, esos manes no, pues uno les preguntaba, le explicaban, había buena comunicación con la mayoría, entonces eso era muy agradable” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022)

Con el desbordamiento de pacientes y con el aumento de la carga de trabajo, cuando parecía que se estaba perdiendo “la lucha contra algo invisible” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19



de abril, 2022), empezaron las consecuencias físicas y el desgaste emocional y físico a cobrar importancia en los trabajadores sanitarios. Algunos de los participantes mencionan como muchas veces a “mitad de un turno de doce horas se desmayaban, o incluso pasaban las doce horas sin poder salir de las habitaciones a consumir alimentos, a hidratarse un poco o ir al baño” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Para otra enfermera por ejemplo “la pandemia influyó en que usted no pudiera solucionar sus necesidades básicas, comer, hacer chichi, hacer una nota, no tenerse que quedar hasta tarde en el trabajo. En la calidad de vida de todos, influyó ese asunto” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022). Otro participante también menciona que “había momentos en que no podía ir a comer a tiempo y empecé a sufrir dolores de gastritis” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022).

También empezaron a aumentarse los casos de contagio del personal, generando un número importante de incapacidades médicas y con ello nuevamente la sobrecarga de trabajo, uno de los enfermeros participantes expresa frente a esto que: “la sobrecarga de trabajo en parte fue por cubrir las incapacidades de los compañeros infectados, porque hubo un brote por 2 o 3 meses donde mucho personal se contagió y tenían incapacidades de 14 días” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022). Lo anterior, generó que en las instituciones a pesar de tener el personal completo, se volviera al punto inicial donde no se tenía personal, tal como lo expresa otro enfermero participante “el personal se empezó a contagiar, entonces ya no los podíamos tener en ese momento en las UCI porque estaban incapacitados, casi que volvíamos al punto inicial en el que no teníamos personal” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

Otro de los participantes, también refiere frente al tema que, en la época de los contagios del personal, vivía con una angustia constante, generalmente cuando llegaba el compañero y decía “[salió positiva no sé quién], y ya eso a uno le daba síntomas. Si marica estoy tragando, me duele, yo nunca tuve diagnóstico de Covid, ni tuve sintomatología real que me llevara como a consultar, pero era una angustia constante” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

Además, se empezaron a presentar situaciones que para la médica eran consideradas como “absurdas” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022), lo anterior asociado al recambio de personal que se presentó en el momento. También hubo oportunidad para que los participantes experimentaran miedo e incertidumbre, asociados a que “no era posible hacer la entrega de los pacientes con los intensivistas” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). Por su parte, uno de los enfermeros se llenó de incertidumbre debido a “la ruptura de un

pensamiento estructurado frente al cuidado de los pacientes” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022), al tener que renunciar a ver su paciente de una manera integral como estaba acostumbrado, teniendo que priorizar esa situación o situaciones que en realidad estaban poniendo en riesgo la vida de los pacientes.

También cuidar de los pacientes en la pandemia, fue para algunos un reto muy grande, al punto de generar un desgaste mental en el personal, porque no solo estaba

El temor de ir a cuidar un paciente aislado, sino que los pacientes en ECMO pueden permanecer muchos meses en la UCI, y el reto era enfrentarse a diario al mismo paciente, quien en un día podía estar bien, al otro complicarse, un día alegre, al otro queriéndole pegar a todo el mundo; eso era muy desgastante mentalmente, al punto de no querer cuidar más de esa paciente (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022).

A medida que avanzaba la pandemia, también lo hacían los picos de esta. Con la llegada del segundo pico, hubo una situación particular que también fue difícil para los participantes. Dicha situación fue la escasez de oxígeno medicinal en las instituciones, lo cual limitaba la atención de los pacientes. Particularmente, la médica, empezó a experimentar sentimientos de culpa, estrés y angustia, debido al aumento en el número de las personas fallecidas:

En muchas oportunidades me sentí estresada y angustiada, porque sentía que no podía ayudarle a las personas, era siempre pensar en que fuera lo que Dios quisiera, las personas estaban pidiendo tubo y verme maniatada por la falta de oxígeno, muchas veces generó que yo me viera como la culpable de algunas muertes de los pacientes. (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Otro asunto del cual fue responsable la pandemia tiene relación con el estado de ánimo de los participantes, frente al tema uno de estos expresó que “siempre me había considerado una persona tranquila y amable, sin embargo, con la pandemia uno ya como con esas situaciones tendía a estar siempre como a la defensiva, siempre como de mal genio” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022). Uno de los aspectos que sumaron a ese desgaste tuvo relación con la disminución del tiempo de descanso entre los turnos:

Y encima de eso pues vos salías de tu turno y tenías que hacer una fila larguísima para bañarte, desinfectarte antes de irte para tu casa y entre que terminabas tu turno a las 7:00 o 7:30 de la noche y podías tener un cupito en el baño para poder desinfectarte ya iban siendo las 8:00, 8:30 9:00 de la noche, entonces uno entraba a trabajar antes de las 7 de la mañana porque teníamos que llegar antes para uno poder ponerse esos trajes que era una rutina como de media hora y estábamos terminando el turno dos horas después, porque casi que uno iba saliendo como a las 9 de la noche mientras lograba bañarse, desinfectarse bueno todo eso (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022)

En consecuencia, al parecer, era “normal sentirse constantemente cansado, la verdad sin ganas de ir a trabajar” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022), también

Era normal llegar muerta a la casa, solo quería dormir, había mucho estrés y cansancio laboral, sufría de espasmos musculares, era como una tensión causada por el estrés o el cansancio, y saber que había que ir a trabajar lo agudizaba más; por momentos se sentía como un mico encaramado (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022).

Esa “normalidad” entonces desató un aumento del estrés, situación que debió asumirse “como a los juegos del hambre, que la suerte nos acompañe” (Enfermero 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

Las secuelas fueron cada vez mayores, la salud mental también se vio afectada, uno de los participantes mencionaba que “yo creo que todos nosotros quedamos muy rayados después del Covid, creo que sí hubo cosas para bien o para mal, creo que sí necesitábamos más apoyo” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). Mientras que otro expresó: “me desmoroné, hubo una oportunidad donde dije no más, necesito acompañamiento psicológico, me siento deprimido, frustrado y ansioso” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

Adicional a las situaciones sobre la salud antes descritas, el uso de los elementos de protección personal marcó las experiencias de los participantes de este estudio, en tanto representaron desgaste en el desempeño de su labor. A pesar de lo cual, según manifestaron, hicieron el esfuerzo de adaptarse a ellos para prevenir el contagio:

Sentíamos que era demasiado riguroso tener que cumplir como con el uso de todos esos elementos de protección personal, sin embargo, lo hacíamos por cuidado de nuestros pacientes, por cuidado nuestro y por cuidado pues de nuestros compañeros y nuestros familiares (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

Los elementos de protección personal fueron considerados por algunos participantes como “extremos” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022), pues transitaron de “sentirse desnudos” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022) hasta la claustrofobia. Con relación a lo primero, algunas instituciones utilizaron una protección básica, pues

Nosotros no utilizamos, como en otras instituciones que se ponían trajes de plástico que parecían como astronautas, [...sino] que era era pues una pijama azul y los elementos de protección personal eran realmente una careta, el tapabocas N-95; y la bata desechable, que eso sí, se utilizaba bata por cada paciente para entrar o salir, o sea, era una bata que se usaba y usted botaba antes de salir de la habitación (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022).

En otras instituciones, estos elementos básicos se utilizaron al inicio de la pandemia. Sobre esto, la médica afirmó que: “cuando empezamos con Covid, al principio [...] por ejemplo, no nos dejaban salir a ayudar a los que estaban afuera porque estábamos con ropa Covid y pues prácticamente estábamos desnudos” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Con relación a lo segundo, con la implementación de mayores medidas de seguridad “los trajes de protección daban mucho calor, causaban deshidratación y muchas veces me tocó ver a mis a compañeros desmayados por el exceso de trabajo” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Continúa otro de los participantes mencionando que “uno se quería desmayar, o sea si uno tenía una reanimación, si uno tenía que intubar, incluso simplemente trasladar al paciente uno se quitaba esa ropa y uno solamente sudaba aguas abajo, uno quedaba mareado, estaba muy deshidratado” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). Sobre esto, un participante narra el desgaste que ocasionaba al cuerpo el uso de estos elementos:

La verdad el uso excesivo de todos esos EPP también fue un poco angustiante y generaba mucha fatiga en todos nosotros, entre todo el personal porque mientras uno se ponía todo eso pasaba mucho tiempo y cuando uno tenía que quitarse todo eso pues también gastaba mucho tiempo y encima el desgaste de que vos salís del turno, de atender tus pacientes, de que estas mamáo, de que estas deshidratado, porque esos trajes lo hacían a uno sudar muchísima y nos producían mucha deshidratación, era difícil (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022)

Para otro participante, por ejemplo, el uso de la mascarilla todo el tiempo le generaba mucho malestar, “porque era muy incómodo estar de mascarilla y gafas todo el tiempo, al punto muchas veces de no poder ver bien, porque las gafas se empañaban” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022). A parte del malestar, “el rostro se me empezó a llenar de barritos, empecé a tener una cara pero súper barrosa y bueno y eso a la final lo hace sentir a uno incómodo” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022). Así mismo, el uso de los gorros, la mascarilla y las gafas, le generaban “dolores de cabeza muy fuertes y difíciles de controlar, y solo era posible hacerlo cuando llegaba a la casa y ya no tenía nada de esas cosas” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022), lo cual afectaba la concentración para cuidar a los pacientes. En general, los participantes coincidieron en que el desgaste que generaron los EPP interfirió en la acción profesional de cada uno de ellos, así lo relata el terapeuta respiratorio:

Pero eso si nos dificultaba mucho el trabajo porque el solo entrenamiento para quitarnos y ponernos los EPP era muy desgastante, porque fueron muchos días de preparación previo, fueron muchas veces de mire los videos, fueron muchas veces de interiorice toda esa secuencia de pasos de ponerse y quitarse los EPP de forma correcta, era difícil y ya cuando uno tenía puesto todo eso ir a hacer las intervenciones con los pacientes también nos dificultaba mucho, porque nos tocaba ponernos mínimo tres pares de guantes, entonces obviamente uno sentía las manos muchísimo mas apretadas, los movimientos eran mas lentos, eran mas torpes, sentíamos demasiado calor, porque entonces tenias que ponerte la pijama de la clínica y encima el traje ese que era como una tela impermeable súper sofocante, la sensación de tener esas gafas empañadas que a muchos les producía cierta

sensación de claustrofobia, pero aun así uno era tratando de cumplir como con lo que tenía que hacer con sus pacientes (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

A pesar de lo anterior, el tiempo sombrío dejó enseñanzas que evidencian la resistencia y el compromiso de los profesionales con su labor, pues “yo pienso que esta experiencia sirvió para ser resilientes, para nunca dejar de trabajar, nunca dejar de creer de que pueden cambiarse las cosas” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Así mismo, los participantes reconocen que el apoyo y la colaboración, fueron aspectos fundamentales para lograr esa resistencia, y para poder dar tregua a la pandemia, pues

Nos dimos cuenta que el trabajo en equipo era formidable, si nosotros hubiésemos pensado o si nosotros hubiésemos sido egoístas con lo que sabíamos o con las personas que eran nuevas, yo pienso que no hubiésemos podido dar tregua pues en la pandemia (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022)

También tuvo importancia en este asunto, lo que uno de los participantes describe como “la camaradería” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022); asunto que llevó a los profesionales a establecer un “lema” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022) entre los compañeros de trabajo, donde el principal objetivo era sacar adelante el turno de trabajo, diciendo: [...] “¡venga, tenemos que salir adelante todos, o salimos todos o nos hundimos todos!, entonces yo creo que ese era como el lema de nosotros, o todos nos vamos o todos nos hundimos” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Además de la camaradería, también hubo un asunto de apoyo al otro, pues muchos de los “compañeros por ejemplo, habían sido contratados y no tenían experiencia en cuidado intensivo, incluso algunos no tenían ni siquiera experiencia en áreas de alta complejidad, por lo que era necesario poder ser ese apoyo para muchos” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022)

Finalmente, y en concordancia con lo anterior, otro de los participantes describe como “una experiencia positiva” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022), el hecho de poder ser paciente con los compañeros nuevos y transmitirles lo que sabía:

siempre que me asignaban una persona para entrenar durante el turno, yo siempre traté como de dar lo mejor de mí en cuanto a aptitud, en cuanto a compartir conocimiento y en cuanto a hacerle sentir como confianza a la persona, me parecía muy importante esas tres cosas, era paciente, a pesar de que yo sabía que cuando ese día tenía a alguien al lado mío, al que yo estaba entrenando, yo iba a salir tarde, y trataba pues, de que la persona le quedara claro lo poquito que yo sabía (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022)

### **6.3 Experimentar la muerte: entre el miedo a la muerte y morir para el mundo**

La experiencia más significativa de los participantes de esta investigación tuvo relación con la cercanía permanente a la muerte, lo que generó miedo a la propia y a la de sus familiares. Miedo que paradójicamente fue el que los llevó a la exclusión y “morir para el mundo” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022), algunas veces para protección de los otros. Estar cerca de la muerte fue significativo para los participantes porque resultaba triste y en algunos casos era “devastador” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022) atender a los pacientes que llegaban al hospital “y no era posible hacerles nada” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022), o en caso contrario, los pacientes “a los cuales se les trabajó mucho y a pesar de darlo todo fallecían” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022).

También se generó un choque y un colapso mental muy fuerte, asociado a la edad que tenían los pacientes; quienes, en su mayoría, sobre todo en el tercer pico eran menores de 30 años,

Yo un día llegué a mi casa a bañarme, pues obviamente después de cada turno, pero era tal la situación que yo no sé, yo colapsé y me metí a bañar con pijama y todo, chillando, y yo, yo no estudié pa esto, sáquenme de aquí (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Además, hubo un número importante de profesionales fallecidos, lo que significó por ejemplo para la médica participante que “la muerte de los colegas” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022) fuera dolorosa e inaceptable, y más porque muchas veces se exponían para ayudar a los pacientes, “¿cuántos se infectaron porque llegaban los pacientes sin querer decir la verdad?, porque los íbamos a hacer pasar por Covid y les empezaron a hacer procedimientos y

sólo a mitad del procedimiento se acordaba de decir que tenían síntomas” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

La muerte de las personas en la pandemia no fue selectiva, toda la población estuvo en riesgo, hubo pacientes que perdieron la vida y tenían más de 75 años, así como hubo otros que tenían menos de 30; lo cual generó ansiedad y miedo para algunos participantes aumentando con esto situaciones como el trastorno del sueño y el insomnio; “yo desde hace mucho tengo un insomnio, pero eso hizo que me lo agudizara aún más” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022). Además de las muertes de los pacientes, hubo otras situaciones que también generaron angustia para los participantes, en este caso preguntas como “[¿se va a morir?]”, generaban que la respuesta hiciera “sentir como una mentirosa, y contestar: esta estable, esa situación lo golpeaba mucho a uno, además de tener que convivir con una carga que no sé cómo soltar” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022)

Así mismo, la cercanía a la muerte fue impactante, porque como lo menciona uno de los participantes, en las UCI “no se está acostumbrado a ver tanta gente fallecer; era una cosa terrible tener que embalar un cuerpo, la familia no lo veía, no lo podía enterrar”(Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022), por tanto, para notificar a las familia de los pacientes sobre la muerte de estos, debido a que los cuerpos debían incinerarse “debíamos tomar una foto al cuerpo y guardarla como evidencia con el nombre, la foto era impactante, el cuerpo era tratado como algo riesgoso y por eso debía embalsarse, tenía que cremarse” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022).

Fueron muchas las circunstancias que se dieron alrededor de experimentar la muerte. La mayoría de ellas, se dieron con los pacientes, ya que muchas de las personas que perdieron la vida, recibieron “la muerte en soledad” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022), pues en las instituciones no había “oportunidad de recibir visitas” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Al respecto, una participante mencionó que fue frustrante el hecho de tener que realizar una videollamada a los familiares de los fallecidos, debido a que estas eran consideradas como “terribles” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022), además de que resultaba bastante doloroso entender que esa era la última oportunidad de muchas personas para despedirse de sus familiares.



Ese momento para uno [¡vea me da escalofrío!] era muy teso, [“yo sé que yo no me voy a volver a despertar”], y uno por dentro, pensando tal vez que no. Entonces ¿uno cómo media esa situación? Es como un parte de esperanza, porque hasta uno estaba desesperanzado (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

Siempre iba en aumento el tema de “la carga emocional, se lloraba casi que “día por medio, en ocasiones todos los días” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022), porque era muy difícil ver a las familias donde fallecían personas en ocasiones muy jóvenes, “familias que llegaban y decían “[niña sálvemelo, es que mi mamá se murió antier]”, entonces, es un drama familiar muy grande, muy complejo, realmente esa carga emocional si fue muy difícil” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022).

Con el riesgo a la muerte como experiencia permanente durante la pandemia, las secuelas aumentaban, uno de los participantes expresó que generalmente “siempre llegaba estresada, rendida a la casa sin querer saber absolutamente nada de nada, me ponía de mal genio, me angustiaba y lloraba, sin embargo, había que tratar de solivarse y volver a calmarse” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022). Así mismo, un segundo participante expresó que

Muchas veces pensaba en que debía volver a turno al otro día o por la noche y de sólo imaginar lo que había que hacer y al riesgo que uno se exponía, eso ya le quitaba a uno las ganas de ir a trabajar (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

Otra emoción que estuvo presente en los participantes fue la rabia, de manera inicial como lo expresa la médica por el sistema de defensa de salud del país, el cual para ella tuvo mucho que ver con la muerte de un paciente que había llegado de Chile y que ella atendió,

Tenía mucha rabia, con el sistema, con la vida inclusive, porque sentía que su vida, la del chileno, no valía nada, que para la sociedad era un número, pero en mí se generó la transferencia de que más que un paciente, había sido alguien que había dejado su país por cumplir el sueño de casarse con el amor de su vida (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Además de la rabia la participante, expresó que la muerte del chileno fue de “esas cosas que si lo rayan a uno feo” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). Lo anterior es un ejemplo de lo inequitativo y desigual que puede llegar a ser la muerte para algunos.

Ver morir a las personas fue experimentar la situación riesgosa de la pandemia y dejar de pensar que “es una gripa que esta al otro lado del mundo, y no nos va a pasar nada” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022), a reconocer que ya era una realidad porque “inicialmente todos los que se contagiaban se morían” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022), lo que incrementó que muchos tuvieran “miedo al contagio” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022). Lo anterior generó que en algún momento la participante pensara en “irme de la clínica, porque me decía que no quería salir en un ataúd y que me hicieran camino de honor, dejando a mi familia, sin ningún otro mérito” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). También implicó hacer una introspección de su propia situación:

Hubo una variación en el peso y hubo incluso un momento en que para mí fue muy fuerte eso, me chocaba mucho y decía puta, o sea, tengo todas las mil oportunidades de morir, simplemente por ser gordita y eso sí me parecía muy muy miedoso. Nosotros nos decimos a nosotros mismos pollitos de colores que en cualquier momento nos íbamos a morir (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Miedo que se trasladaba a su círculo familiar: “no me asustaba tanto, como si me asustaba que se pudiera morir mi pareja o mi mamá o mi abuelo, ya que todos tenemos sobrepeso” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Por lo anterior, al tener que hacer parte de esa llamada primera línea de atención y tener que enfrentarse al virus, el participante se dio cuenta que en realidad se trataba de un virus letal y fue entonces cuando empezaron a tomar medida de aislamiento más radicales como irse de su casa. Así fue descrita dicha situación por una participante: “fue muy fuerte y yo me fui de mi casa, busqué un apartamento por internet; empaqué en el carro lo que me cabía, un colchón, compré dos ollas, una escoba, una trapeadora y me fui a vivir a Rionegro” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). La decisión de irse de la casa inicialmente fue un asunto de protección para sus seres queridos, situación similar a la que muchos otros trabajadores sanitarios vivieron con la

pandemia, porque para muchos era importante proteger a sus padres, esposos(as) o hijos(as). Lo cual se convirtió en un “asunto que afectaba directamente la salud mental del personal, porque nadie se quería ir a enfermar a su familia o nadie se quería enfermar” (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

En consecuencia, los participantes se encontraron en un dilema. Por una parte, ese miedo a la muerte generaba algo de culpa, pues al parecer “era normal sentirse culpable por la muerte de las personas conocidas” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). Y por otra parte, se generaba un sentimiento de impotencia y rabia por aquellas personas que actuaban “como si no importara, como si no pasara nada” (Médico 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022), al referirse a quienes no guardaron las estrictas medidas del confinamiento y, quienes, se especulaba contagiaban a otras personas:

Me voy a morir por una persona que que no le importa su vida, que se va a rumbear a escondidas, que se va a hacer todo y que es una irresponsable, que viene a urgencias y niega las cosas, eso lo frustraba a uno y le daba mucha rabia (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

Situaciones como la anterior, empezaron a generar que a nivel emocional vayan quedando huellas en los profesionales, porque para muchos fue difícil separarse de sus familias y adaptarse a ese nuevo espacio de soledad. Como lo describe otro de los participantes “irse a vivir solo” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022), generaba “incertidumbre” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). El tiempo de la pandemia fue difícil, muchos profesionales tuvieron que dejar solas a sus familias, ya no era posible recibir visitas ni visitar a sus familiares, y el único recurso para saber de estos eran las llamadas, frente a esto uno de los participantes menciona que cuando hablaba con su abuela esta le decía

[mija se está muriendo mucha gente, ya se murió fulanita, ya se murió la señora del frente, ya se murió no sé quiensito], si mita, se está muriendo mucha gente, [mija cuídese mucho, yo la mantengo en mis oraciones], “era como si estuviéramos en una especie de guerra real, porque todo el mundo, todo el tiempo, pensaba que uno era el otro, el próximo, el que seguía (Enfermera 4, comunicación personal, 21 de noviembre, 2022).

Con ese primer pico de la pandemia, también tuvieron que vivir los profesionales, situaciones que los hacían sentir y verse vulnerables frente a la enfermedad, tal como lo narra uno de los participantes, “ser médico Covid significaba morir pal mundo” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022), era asumir un gran reto porque “entrabamos al área Covid y ya nadie nos volvía a hablar o nadie nos apoyaba, estar aislados era muy horrible, era siempre pensar en los peores escenarios y asimilar que iba a ser uno solo contra el mundo” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). Ya el tercer pico de la pandemia, el cual fue vivido por uno de los participantes como “el peor tiempo de mi vida” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022), se caracterizó porque las personas estaban muy violentas, “al punto de vernos casi golpeados, yo no usaba el uniforme por fuera de la clínica porque sentía miedo de que me identificaran y me hicieran algo” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

En cuanto a los profesionales que de infectaron con el virus del Covid, tuvieron que hacer frente a la enfermedad en soledad, lo cual generó angustia y temor para estos, además de las secuelas permanentes nombradas por un uno de los participantes “físicamente hubo mucho cansancio y tos residual, una sensación de disminución en la capacidad pulmonar, y mucho discomfort” (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022). Continúa otro de los participantes que se infectó con el virus expresando que

Me afectó bastante, cambié mis hábitos de alimentación, aumenté de peso, comía de más por la ansiedad y la depresión que sentí en el momento, siento que dejé de tener una vida responsable, tuve trastorno del sueño y en muchas oportunidades despertaba llorando en la madrugada (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de marzo, 2022).

Las experiencias anteriores mostraron lo difícil que fue para casi todos los participantes poderle hacerle frente a la pandemia, porque esto conllevó a realizar renuncias importantes para cada uno. Sin embargo, la pandemia también dejó algunos aprendizajes y experiencias que a pesar de lo no tan bueno fueron positivas. En primer lugar, cabe mencionar lo que uno de los participantes expresó y es que “todos somos un antes y un después de la pandemia” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). Destacando, la misma participante, que la atención de los pacientes con Covid y el ejercicio de su profesión esta fundamentado en un “tema de vocación, y lo hago porque me gusta” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

En segundo lugar, otro de los participantes, refirió que: “aprendí a ser un poco más tolerante, a querer más la vida, a ver pues que muchas cosas tienen soluciones, a tratar de ponerme los zapatos del otro con mayor intensidad en los problemas que cada uno vive” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022). Así mismo, otro de los participantes mencionó que “la pandemia fue de mucho aprendizaje, el Covid me sirvió para repensarme como profesional, para transformar mi cotidianidad, para transformar mi que hacer en pro de las necesidades de las personas” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). Mientras que un tercer participante expresó que su aprendizaje lo tuvo desde ser, porque: “al verme tan afectado, tan ansioso, me tocó buscar alternativas para mí; la meditación, clases de yoga, consulté con programadores neurolingüísticos, entonces pienso que todas esas alternativas también las podría usar en el futuro, pues son aprendizajes para saber controlarme” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022).

En tercer lugar, puede mencionarse lo gratificante que terminó siendo la atención de los pacientes para algunos de los participantes, puesto que “al final fue posible aprender a manejar mucho mejor a los pacientes y enfrentar el miedo al Covid, lo cual pudo hacer posible que los pacientes tuvieran menos complicaciones y salieran más rápido y funcionales de la UCI” (Enfermero 1, comunicación personal, 17 de abril, 2022). En la misma línea, un segundo participante mencionó que fue gratificante ver a los “pacientes mejor, poder acompañarlos durante este proceso de despertar a veces siéndose solos, entonces nos contábamos toda la vida, nos sentábamos a hablar un rato, como para que también se entretuvieran e hicieran otra actividad diferente”. (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022)

En cuarto lugar, puede mencionarse la preparación que la pandemia le dejó a los participantes para enfrentar una situación similar, destacando que “si fuera otra pandemia, pues con las mismas características, si estaríamos más preparados y si sabríamos cómo enfrentarla de cierta manera” (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022). Por su parte otro de los participantes, destacó el aprendizaje como más técnico; desde “la manera de trabajar, de organizarse, de protegerse, de tal vez no enfermarse y de cómo proteger a los compañeros” (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022)

En quinto lugar, uno de los participantes menciona frente al desbordamiento vivido con el Covid, que

Un desbordamiento es muy difícil, porque en las Instituciones de salud, no vamos a tener donde suplir las necesidades de la gente, entonces, aunque pienso que sí tendría más herramientas, si hubiera un desbordamiento a pesar de tener las herramientas, no tendríamos los recursos para lidiar con la situación (Enfermera 3, comunicación personal, 10 de mayo, 2022).

Así mismo, otro de los participantes expresó que

Siempre habrá incertidumbre, porque es enfrentarse a algo desconocido, entonces yo pienso que aun así uno haya vivido la experiencia de una pandemia y tenga de pronto algunos elementos técnicos desde el aprendizaje, no, yo pienso que sería nuevamente una incertidumbre y nuevamente un sometimiento a nuevos sentimientos y a nuevas emociones (Enfermero 2, comunicación personal, 04 de mayo, 2022).

En concordancia un tercer participante mencionó que: “en caso de un contrataque del virus o en caso de una nueva pandemia, el país no estaría aún preparado para hacer frente a esta”. (Terapeuta 1, comunicación personal, 19 de abril, 2022).

Finalmente, la médica participante mencionó que es importante fortalecer el Sistema de Salud del País, pues en muchas instituciones hubo un menor número de profesionales que se unieran a la llamada “primera línea” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022). De igual manera, considera que, a pesar de recibir bonos o prebendas por parte de la presidencia del país, esto nunca será suficiente para reemplazar “las muertes, el cansancio y las dobladas de turno, a los cuales nos tuvimos que enfrentar” (Médica 1, comunicación personal, 25 de marzo, 2022).

## 7. Discusión.

El siguiente apartado, busca dar respuesta al tercer objetivo planteado en la investigación, con el cual se busca analizar la relación entre las experiencias respecto a su salud, de los trabajadores sanitarios y las condiciones de trabajo a la luz de la SC. Lo cual espera poder lograrse desde los diferentes existenciales que propone Van Manen. Se plantea entonces la discusión desde los existenciales, porque estos permiten ampliar las experiencias vividas por los participantes y mostrarlas desde diferentes escenarios y contextos; destacando la relación con el otro y con el sujeto mismo, el cuerpo, el tiempo, el espacio y las cosas vividas.

Dicho análisis aporta a la salud de los trabajadores sanitarios, porque permite identificar desde las diferentes categorías, cuáles fueron esas situaciones que de alguna u otra manera afectaron su salud, dando oportunidad a la creación de propuestas en pro de la mejora de esas situaciones que pudieran ser intervenidas en el ámbito laboral. También, porque se convierte en un referente para los demás profesionales, a quienes quizás se les ha negado o no han tenido la oportunidad de pertenecer a agremiaciones o grupos que procuren por la defensa de sus derechos en el ámbito laboral.

En cuanto al aporte que genera el análisis a la SC, este permite identificar esos factores del trabajo que van en contra de salud de los trabajadores, además, de reconocer los factores que como lo menciona Breilh, son malsanos o deteriorantes y que de alguna manera podrían intervenir con la participación de los gobiernos.

### 7.1 Relacionalidad: el yo – otro vivido

Van Manen (2003), nombra la relación humana como relacionalidad; es decir, “el otro vivido”, que consiste en las relaciones vividas que el sujeto mantiene con otros en el espacio interpersonal que comparten (Van Manen, 2003). En esta experiencia, el ser humano busca lo común y lo social como forma de encontrar un propósito en la vida, por medio del intercambio de significados (Guerrero-Castañeda, González-Soto, 2022).

Con La Pandemia de la Covid-19, en esta investigación se muestra que las relaciones con el otro y el compañerismo entre colegas, fueron factores importantes que permitieron a muchos sacar adelante un turno difícil, comprender la muerte, aceptar el dolor de una pérdida, por nombrar

solo algunas de las muchas situaciones que de cierta manera fueron complejas para los profesionales durante La Pandemia. Tal como lo mencionaron Salinas-Rehbein y Ortiz (2020), y dan fuerza a los comentarios de los participantes; las relaciones interpersonales ayudaron a cuidar la salud y a afrontar situaciones como una pandemia. (Salinas-Rehbein, Ortiz 2020). Así mismo y en concordancia con los hallazgos, para el personal de enfermería del Hospital Clínico San Borja Arriaran, el trabajo en equipo, acompañado por la unión, el cariño y la empatía, son factores fundamentales que contribuyen a sacar adelante una tarea difícil. (Hospital Clínico San Borja Arriaran, HCSBA, 2021).

Lo anterior, porque además se tuvo la oportunidad de que profesionales que nada tenían que ver con Cuidado Intensivo, prestaron sus servicios como personal de apoyo para algunas actividades asistenciales. Cabe resaltar también, que para los participantes siempre fue importante el acompañamiento del personal antiguo al personal nuevo, porque para muchos era su primera vez enfrentando a un paciente crítico en una UCI. En situaciones como las anteriores, tal y como lo resaltan González-Gil et al (2022); y dan fuerza a los hallazgos, el personal con experiencia, desempeña un rol de liderazgo que se convierte en algo fundamental para la gestión del cuidado (González-Gil et al, 2022). Dicho rol, tiene relación con la visión “de la enfermera con respecto a los procesos asistenciales, la perspectiva multidimensional del cuidado, el conocimiento profundo del paciente, la capacidad de interconectar a diferentes profesionales para trabajar bajo un mismo objetivo común, sus habilidades comunicativas y docentes” (González-Gil et al, 2022: 82).

Sin embargo, en este estudio se identificó que no fue solo una relación entre colegas la que se fortaleció con La Pandemia, sino que, en la búsqueda por el bienestar de los pacientes, las tareas tomaron un aire interdisciplinario, donde cada integrante del equipo aportaba su granito de arena, esperando siempre una mejoría a corto o mediano plazo de los pacientes. Tal como lo mencionaron Lascano et al (2022), en tiempos de Pandemia, “el trabajar en equipo es de vital importancia, ya que si uno de los integrantes del equipo multidisciplinario hubiese fallado todo lo planificado hubiese fracasado” (Lascano et al, 2022: 15), lo expresado por los autores, confirma la importancia del trabajo interdisciplinario, tal como se vivió por los participantes de este estudio. De igual manera, Uriarte y Pomares (2022), amplían lo anterior, mencionando que: el trabajo en equipo, la disciplina, el liderazgo y el humanismo, fueron factores fundamentales para lograr un buen desempeño en el grupo de trabajo en el tiempo de Pandemia (Uriarte y Pomares 2022).



Las relaciones con los otros también se presentaron en los participantes de este estudio con los pacientes, con quienes se tuvieron interacciones protagónicas que evidenciaron la compasión, la empatía y la solidaridad. Al respecto, para algunos de los participantes era difícil concebir la muerte en soledad de estos pacientes, o aceptar que a pesar de haber trabajado tanto para su mejoría, esta no sucedía. Las situaciones que vivieron los participantes, son diferentes a las descritas por Llerena y López (2021), quienes mencionan que cuando los trabajadores de la salud están sometidos a estrés prolongado, miedo o ansiedad; estos pueden sufrir de agotamiento emocional; manifestado en la falta de entusiasmo en el trabajo, en el desarrollo de una actitud negativa hacia sus colegas o en el trato indiferente para sus pacientes (Llerena y López 2021).

Uno de los aspectos que se destaca también en esta investigación, es que ese sentido de la solidaridad y el apoyo, se fortaleció con las experiencias vividas en la pandemia, y por tanto, marcó un cambio en las interacciones entre los profesionales. Lo anterior, tiene relación con lo planteado por Casabella et al (2020), quienes ratifican lo expresado por los participantes, y hacen referencia a las modificaciones que sufrieron las UCI durante la pandemia, en las cuales cambió la forma de relacionarse entre profesionales, pacientes y familias (Casabella et al, 2020).

Los profesionales que participaron en este estudio, también mostraron rupturas relacionales, dado que introdujeron cambios en sus estilos de vida, al estar separados, por ejemplo, de sus seres queridos y en general de todas las actividades de su vida cotidiana por representarse como un riesgo para el otro. Es decir, el sentido de solidaridad y de protección para su familia y amigos fue lo que al mismo tiempo los aisló. En otras palabras, a los participantes también les tocó experimentar un estilo de vida diferente, se habían terminado las salidas con los amigos, con la familia, con los compañeros de trabajo y no era posible tampoco, salir a practicar deporte. En concordancia, y dando fuerza a lo mencionado por los participantes, Salinas-Rehbein y Ortiz (2020), mencionaron frente al aislamiento que “la ausencia total de relaciones interpersonales se denomina aislamiento social, y ha sido vinculada con desenlaces negativos en salud mental y física, como lo son un aumento en los trastornos ansiosos y depresivos” (Salinas-Rehbein, & Ortiz 2020: 1533). Situaciones que fueron comunes en los participantes.

En la misma línea, Arango, Arango y Bernal (2022), coincidieron con los participantes, al mencionar que en los países golpeados por el COVID-19, el talento humano en salud ha sido de los más afectados; donde las consecuencias sufridas por dicho personal no se evidencian exclusivamente en el hecho de ser contagiados por el virus o no, puesto que se intuye la presencia

de secuelas en la salud mental, las relaciones familiares y sociales, las actividades de cuidado personal y el aprovechamiento del tiempo (Arango et al, 2022).

Así como lo mencionó Mora (2021), y amplía las vivencias de los participantes, emplea el término de “micro pérdidas” para hacer referencia a las situaciones que durante la pandemia generaron estrés y ansiedad en las personas, destacando: el distanciamiento social, el cambio en las formas de saludo, la pérdida de confianza en el otro, el miedo al contagio, a la enfermedad y a la muerte, el cierre de fronteras, la imposibilidad de viajar y de desplazarse, el no poder recibir clases presenciales, los toques de queda, el confinamiento residencial y las restricciones de circulación (Mora, 2021).

En concordancia con lo anterior, y en la línea del aislamiento, Brooks et al (2020), hacen referencia a la cuarentena o aislamiento, y dan fuerza a lo mencionado por los participantes, exponiendo que: ha sido una medida exitosa adoptada a nivel mundial en brotes de enfermedades infecciosas; sin embargo, representa una experiencia desfavorable para la población (Brooks et al 2020). Tal como lo vivieron los participantes, hubo un asunto de solidaridad y de protección con el otro, que los llevó a quedarse solos, y se vieron obligados a cambiar su estilo de vida. Los autores también destacan que la restricción de movimiento, la separación de familiares o amigos, la libertad limitada y el miedo a un futuro incierto son factores que pueden exacerbar el impacto psicológico negativo (Brooks et al 2020)

En consecuencia, el cambio en las relaciones, tanto el fortalecimiento de la soledad como el aislamiento, generó en los profesionales de esta investigación sentimientos y emociones nuevas, tales como: ansiedad: asociada a enfrentarse a lo desconocido y al pensar en el comportamiento que podría tener la pandemia, frustración: por las videollamadas y porque muchos perdieron la lucha contra un enemigo invisible, impotencia: relacionada con asumir la muerte de las personas conocidas, incertidumbre: porque inicialmente todo el que se contagiaba se moría, miedo: por el contagio de los familiares, rabia: por el sistema de salud y por las mentiras de los pacientes, y tristeza por la cantidad de pacientes que perdieron la vida. En concordancia y como lo mencionan Morales y Palencia (2020), ratifican que la pandemia fue responsable de vivencias como: el miedo, la angustia, la ansiedad, el desosiego, el estrés, la paranoia, la desesperación, la desconfianza, la incertidumbre: fundados principalmente en la muerte, el contagio, el desconocimiento, la discriminación familiar y las complicaciones de los pacientes (Morales y Palencia, 2020). Por su parte, Idrovo (2021), amplían lo narrado por los participantes frente al tema de las emociones y los

sentimientos que les generó La Pandemia, y plantean que el distanciamiento social generado por la pandemia, llevó a la aparición de estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor (Idrovo, 2021).

Por su parte, otro estudio, que ratifica lo experimentado por los participantes, evidenció que la pandemia de La COVID-19 generó problemas de salud mental en la población, asociando a estos; niveles severos de estrés, trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, reducción de la calidad de vida percibida e incluso mayor tasa de suicidios (Esteban-Sepúlveda et al, 2022). Precisando finalmente, que la tasa más elevada en cuanto al número de casos, corresponde al personal de enfermería.

Finalmente cobra importancia la forma en que muchos decidieron enfrentar la pandemia, frente a esto Morales y Palencia (2020), destacan: la fe, la oración, la sobreprotección familiar, el aislamiento de la familia y la solidaridad con los compañeros (Morales y Palencia, 2020). Por su parte, para algunos de los profesionales participantes en la investigación, enfrentarse a la pandemia fue una situación que se corresponde a lo mencionado por los autores, pues algunos pudieron volver a conectar con ese ser supremo, donde siempre hubo un parte de esperanza en pensar que la situación cambiaría en el momento menos esperado y que fuera lo que Dios quisiera.

## **7.2 Corporeidad – el cuerpo vivido**

Para Van Manen la corporalidad se concibe como la conciencia del cuerpo en el mundo, su relación con las experiencias y la percepción de estas (Guerrero-Castañeda, González-Soto, 2022).

La corporeidad en los participantes de la investigación, los llevó a entender que su cuerpo podría ser vulnerable, principalmente al contagio por el virus, por lo que para muchos representó una razón suficiente para tomar medidas extremas, asociado esto al uso de los elementos de protección personal, los cuales en el inicio de la pandemia y mientras se creaban protocolos frente al manejo de los pacientes infectados, no era claro cuales debían usarse. Sin embargo, la OMS, citado por Saltos-Llerena (2023), en un comunicado emitido en el año 2020, recomendaba los Elementos de Protección Personal necesarios para la atención de los pacientes con Covid-19, los cuales fueron: guantes, mascarilla, gafas de protección, pantalla facial, bata médica y zapatos tapados (Saltos-Llerena, 2023). Lo anterior, daba claridad a lo planteado por los participantes.

Pero el uso de los elementos de protección personal no fue una garantía para no infectarse, pues varios de los participantes salieron positivos para Covid-19 incluso en más de una oportunidad. Además, como lo mencionó la Organización Mundial de la Salud, OMS (2021), y dando fuerza a lo mencionado por los participantes; hubo un momento de la pandemia donde se empezó a presentar una escasez de los EPP, lo cual generó que estuviera en peligro la salud del personal sanitario (OMS, 2021). En concordancia, Saltos-Llerena (2022), coincide con la situación vivida por los participantes, al resaltar que la falta de condiciones seguras de trabajo, tiende a ocasionar problemas de salud, lo cual puede agudizarse en el personal sanitario, quienes están expuestos al contagio; debido a las características propias de la labor que realiza (Saltos-Llerena, 2022). También Velásquez-Jiménez (2020) y Vargas (2020), ratificaron la situación de los participantes, puesto que al personal de salud le tocó enfrentarse a unas medidas de bioseguridad insuficientes, a la falta de elementos de protección personal, el desabastecimiento y la escasez de recursos, a la sobrecarga laboral, entre otras (Velásquez-Jiménez, 2020; Vargas, 2020)

Por su parte, frente al tema del contagio, Bazán (2020), ponía en contexto una situación vivida por las enfermeras en la ciudad de Guayaquil, quienes se declararon agotadas de pedir ayuda para desarrollar sus labores, sin encontrar respuestas a sus súplicas; asociado esto al no poder acceder a las pruebas del coronavirus, pese a tener síntomas, destacando además, que de un total de 400 enfermeras y enfermeros, sospechosos de portar el nuevo virus, 80 ya habían sido confirmadas como positivas y 5 habían fallecido (Bazán, 2020). Lo vivido por las enfermeras en el vecino país, permite ampliar el panorama de los participantes, pues algunos siempre tuvieron miedo al contagio, a pesar de tener claro el uso de los EPP.

Otra situación que demostró la vulnerabilidad de los cuerpos en los participantes al enfrentarse a La Pandemia, tuvo relación con las exigencias físicas generadas por esta, pues algunos de los participantes sufrieron deshidratación y desmayos en la atención de los pacientes con Covid-19. Lo anterior, asociado al enfrentarse a largas horas de trabajo, el aumento de la carga laboral, a temperaturas extenuantes y al uso de trajes que no les permitían un control adecuado de sus fluidos corporales y fisiológicos. Tal como lo mencionó Valeriano (2022), y coincide con lo vivido por los participantes, el soportar la indumentaria del equipo de protección personal, el uso permanente del barbijo, el no poder ingerir algún hidratante mientras se está en la jornada laboral, es asfixiante, genera sobrecarga mental y física (Valeriano, 2022).

Asuntos similares se encontraron en la investigación y fueron ratificados por Esteban-Sepúlveda et al (2022), quienes mencionaron que los profesionales sanitarios, se vieron expuestos a un elevado número de estresores físicos y emocionales, como por ejemplo el aumento en las cargas de trabajo, el agotamiento físico, los elementos de protección inadecuados y la toma de decisiones que pudieron llegar a plantear desafíos éticos (Esteban-Sepúlveda et al, 2022).

También, Dosil-Santamaría et al (2021), soportan las vivencias de los participantes y precisaron que ante la pandemia de La COVID-19, el personal sanitario se enfrentó a estresores laborales intensos, cobrando mayor importancia las jornadas laborales prolongadas, la sobrecarga de trabajo, las medidas de seguridad estrictas, la necesidad permanente de concentración, la escasez de elementos de protección y la reducción del contacto social, sin olvidar el tener que realizar tareas para las que muchos no estaban preparados (Dosil-Santamaría et al, 2021).

Otro estudio realizado en Perú, y que coincide con los hallazgos de la investigación, frente a la vulnerabilidad de los cuerpos, mostró que la mitad del personal sanitario del país trabajaba más de doce horas por turno en la atención de pacientes diagnosticados con COVID-19. Donde las principales causas de dicha situación se debieron a la necesidad de cubrir turnos del personal en cuarentena por el virus y a la escasez de personal por la alta demanda (Raraz-Vidal et al, 2021). Además, otro estudio coincide con los hallazgos de la investigación en que las horas de trabajo excesivamente largas (mayor de doce horas) deterioran el estado de la salud mental de los trabajadores, generando síntomas de ansiedad, depresión y trastornos del sueño (Vanttola et al, 2020). Mientras que Canova-Barrios et al (2023), hacen referencia a esas variables que tuvieron influencia en la salud psíquica y física de los profesionales sanitarios durante la pandemia, las cuales coinciden con las vivencias de los participantes, destacando las cargas de trabajo (cantidad de pacientes a cargo), el contacto con la muerte y la duración de las jornadas laborales (Canova-Barrios et al, 2023).

Otra situación que dejó en evidencia la vulnerabilidad del cuerpo para los participantes, tuvo relación con que muchas veces debieron dejar de usar sus uniformes, pues muchas personas en la calle los señalaban, incluso en algunos casos se presentaron situaciones de agresión y violencia en contra del personal sanitario. Por su parte, Valdez et al (2020), ampliaban lo vivido por los participantes, haciendo mención al esfuerzo y el papel protagónico asumido por el personal de salud; lo cual los llevó a tener un reconocimiento de la población (Valdez et al, 2020). Sin

embargo, los autores coinciden con los participantes en que: el personal de salud también fue blanco de actos de violencia, rechazo y discriminación (Valdez et al, 2020).

Otro asunto que dejó en evidencia la vulnerabilidad del cuerpo de los profesionales que participaron de la investigación, tuvo relación con las condiciones de trabajo, las cuales en la mayoría de los casos no fueron favorables, pues debieron enfrentarse a situaciones como: contratos de trabajo a término fijo o por cooperativas, a las bajas remuneraciones y a la escases de los EPP. Lo anterior, tiene similitud con lo planteado por Ortiz et al (2020), quienes mencionaron que La Pandemia tuvo un efecto importante en el personal sanitario, partiendo de las condiciones laborales descritas como no favorables; destacando la sobrecarga, la baja remuneración y la presión laboral (Ortiz et al, 2020).

Así mismo, tuvo lugar la percepción del cuerpo para los participantes como cansado y contaminado, pues en algunos de sus lugares de trabajo, los nuevos protocolos encaminados al cumplimiento estricto de las normas de bioseguridad, exigían que si los profesionales salían al baño, o a consumir alimentos o simplemente terminaban su turno laboral, debían bañarse antes de retomar sus actividades o simplemente de poder salir para cada uno de sus hogares, reduciendo así el contacto con el otro y condenando al cuerpo a una fuente de contagio para el virus. Lo anterior tiene relación con lo que menciona Ilapa et al (2021), y amplían lo encontrado en la investigación, al referirse a las normas de bioseguridad, destacando que son un conjunto de normas que buscan reducir los riesgos laborales para los trabajadores de salud, a la vez que fomentan un entorno seguro para los pacientes y usuarios del sistema hospitalario, reduciendo la posibilidad de desarrollar infecciones asociadas con la atención en salud (Ilapa et al, 2021).

Otra de las medidas básicas de precaución y de bioseguridad, que tienen relación con lo planteado por Ilapa et al (2021), ampliando lo encontrado en la investigación y que busca reducir los riesgos laborales, fue el autocuidado, destacando como lo mencionan los participantes en este sentido, el uso de los EPP y el lavado de manos principalmente. En concordancia, y dando fuerza a lo expresado por los participantes, Escobar-Escobar y García-García (2020) mencionaron que “La práctica del lavado de manos es un elemento sustancial dentro de los procesos de alfabetización en salud” (Escobar-Escobar & García-García, 2020: 313). Por su parte, la OMS (2013) menciona que realizar una adecuada higiene de manos, permite ofrecer una atención segura a los pacientes. Mientras que la iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente, afirma que “una atención limpia, es una atención más segura” (OMS, 2013).

Por otra parte, a raíz de la ansiedad que para los participantes generó el enfrentar la situación, el cuerpo pasó a ser visto por estos en el tiempo de pandemia, como un cuerpo gordo y feo, pues no había posibilidad de ir al gimnasio, de hacer ejercicio, les tocaba muchas veces comer a destiempo, enfrentar ayunos prolongados o simplemente consumían más alimentos de lo normal. Autores como Pappa et al (2020), coinciden con los participantes y mencionaron que en los profesionales de la salud, durante la pandemia de COVID-19, uno de cada cuatro estaba sufriendo depresión y ansiedad (Pappa et al, 2020), lo cual ayuda a explicar las consecuencias asociadas a la salud mental en los participantes. En concordancia con lo expresado por los autores, la OMS (2020), ratifica que

Además de los riesgos físicos, la pandemia ha ejercido niveles extraordinarios de estrés psicológico sobre los trabajadores de la salud expuestos a entornos de gran demanda durante largas horas, los cuales viven con el temor constante de estar expuestos a la enfermedad mientras están separados de sus familias y se enfrentan a la estigmatización social (OMS, 2020).

Lo anterior se relaciona con lo expresado con los participantes al concebir el cuerpo como aislado, al no poder ir al gimnasio o simplemente al no poder salir a hacer ejercicio como se estaba acostumbrado.

Otra percepción de los participantes sobre su cuerpo, tiene relación con el uso de los EPP, pues estos para algunos participantes generaron que sus movimientos fueran torpes, lo cual tiene relación con la falta de habilidad, de agilidad, de apoyo y de motivación, para la realización de procedimientos y tareas que en La Pandemia debían hacerse de manera inmediata y con la concentración necesaria para evitar errores que podían tener desenlaces fatales. Tal como lo mencionaron Ybaseta-Medina y Becerra-Canales (2020), quienes coinciden con los hallazgos de la investigación, el personal sanitario enfrentó en mayor medida riesgos, estrés, largas, tensas y sobrecargadas jornadas de trabajo, en las que se requirió de una permanente concentración y vigilancia para mantener las medidas de protección (Ybaseta-Medina & Becerra-Canales, 2020). Mientras que Ortiz et al (2020), amplían lo mencionado por los participantes y sostienen que, para reducir el impacto de una pandemia, es necesario contar con un personal de salud apropiado, bien distribuido, que cuente con motivación y apoyo (Ortiz et al, 2020).

Por su parte, ver el cuerpo de los pacientes fallecidos para los participantes de la investigación, fue algo difícil, pues en muchas de las instituciones el cuerpo fallecido fue tratado como un objeto, o fue marginado; al calificarlo siempre como una fuente de contagio para la enfermedad y al estar en ausencia de sus familiares. Tal como lo mencionó Sánchez (2020) y complementa lo expresado por los participantes, desde el inicio de La Pandemia, las defunciones se presentaron en circunstancias de aislamiento familiar, lo cual generó desconcierto, separación obligada e impedimento para rituales como el sepelio; lo cual incrementó el riesgo de duelos patológicos (Sánchez, 2020). En concordancia, Erazo-Muñoz et al (2021), también coinciden con los participantes, al mencionar que la segmentación de los servicios en las instituciones, sumado al uso de múltiples elementos de protección personal; tuvo consecuencias como la falta comunicación e interacción física entre el paciente y el familiar, lo cual incrementó la muerte de los pacientes en soledad (Erazo-Muñoz et al, 2021).

### **7.3 Espacialidad – el espacio vivido**

Para Van Manen (2003), la espacialidad tiene relación con el espacio sentido, es decir, la dimensión donde existe la experiencia; el cual va más allá de un espacio matemático, ya que tiene que ver con la forma en la que dicho espacio afecta la forma en que se sienten los seres humanos y tiene relación con la experiencia, por lo tanto, es subjetivo (Guerrero-Castañeda, González-Soto, 2022).

En esta investigación, las experiencias de los profesionales se desarrollan en el espacio laboral, el espacio personal; es decir el hogar y el espacio social. El primero condiciona la forma en la que cada participante debió asumir su rol profesional; para algunos, dicho espacio tuvo relación en la pandemia con un tema de oscuridad, de sombras, donde la lucha más frecuente siempre fue contra un enemigo invisible, que aún sin tener certeza de su apariencia causaba daño, dolor y muerte cada día. Lo descrito por los participantes, tiene relación y es ampliado con lo que plantean De Rosa y Mannarini (2020), quienes mencionan que la enfermedad infecciosa invisible aumentó la conciencia de la vulnerabilidad humana a nivel mundial, donde el miedo que experimentaron las personas reside en la capacidad del virus para mutar, multiplicarse e invadir sin ser visto por el ojo humano, (De Rosa & Mannarini, 2020).



Otro asunto que tuvo relevancia en el espacio laboral para los participantes de la investigación, es la sobrevivencia; evitando a toda costa contagiarse con el virus, porque más allá del deber de cumplir con sus funciones y obligaciones profesionales, que permitieron en todo momento velar por el bienestar de los pacientes; hubo un asunto de acompañamiento, donde la única compañía para los pacientes fueron ellos, pues por la magnitud de la pandemia, muchas de las IPS y los hospitales tuvieron que prohibir el acompañamiento y las visitas de los familiares en los diferentes servicios de estos, principalmente en las UCI. Tal como lo mencionan Erazo-Muñoz et al (2021), las principales medidas de bioseguridad tomadas a nivel hospitalario en la pandemia, han sido el aislamiento de pacientes, la restricción de las visitas familiares y de la presencia del familiar del paciente en la institución, con la intención de evitar nuevas infecciones en los pacientes y así mismo, nuevos casos entre los familiares (Erazo-Muñoz et al, 2021). Lo expresado por los autores, da fuerza a la experiencia de los participantes, coincidiendo en que el espacio tuvo relación con un asunto de aislamiento y soledad.

De igual manera, el espacio laboral según Aggarwal et al (2020) es un factor predisponente que puede aumentar el riesgo de propagación del virus, al no contar este con una ventilación natural y al generar esto que el aire recircule en el mismo espacio durante mucho tiempo (Aggarwal et al, 2020). A raíz de lo anterior, lo cual da fuerza a los hallazgos de la investigación, es preciso mencionar que los profesionales participantes de la investigación, tuvieron mayor riesgo de contagio, debido a que en muchas de las instituciones fue necesario adecuar servicios de hospitalización para convertirlos en UCI, y donde la distribución de las camas pasó de ser de 2 a 3 por habitación, convirtiendo el espacio en algo sobrecargado y desbordante.

El mismo espacio laboral, representó también para los participantes un importante vínculo con la muerte, pues para muchos a pesar de siempre haber trabajado en servicios críticos como lo son urgencias y UCI, que son lugares donde normalmente fallecen pacientes; no habían tenido la experiencia de ver tantos pacientes fallecer al mismo tiempo como ocurrió en La Pandemia. Como lo mencionan Torres-Cantero et al (2022), y amplían lo mencionado por los participantes, hasta el mes de octubre de 2021 globalmente se habían notificado casi 250 millones de infecciones y 5 millones de defunciones (Torres-Cantero et al, 2022). Mientras que, en Colombia, según información tomada del INS, las muertes reportadas al 07 de junio de 2023 ascendieron a un total de 142780 (INS, 2023).

En concordancia con lo anterior, es preciso mencionar que los riesgos a los cuales están más expuestos los trabajadores sanitarios, se originan en el entorno hospitalario; lo cual lo convierte en un espacio riesgoso y peligroso, tal como lo evidencia una publicación realizada en la Revista Cubana de Enfermería, la cual da fuerza al planteamiento y confirma que los profesionales están expuestos rutinariamente a agentes químicos, físicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos (Soares et al, 2020).

Debido a lo anterior otra de las características que tenía el espacio para los participantes en la pandemia, era verlo como desde los extremos entre un lugar frío o un lugar con altas temperaturas, considerando en este punto el frío de la muerte por un lado; y el aumento de la temperatura corporal asociada al uso de los EPP por el otro lado, al estar encerrados muchas veces en una habitación realizando un procedimiento durante horas porque no había una segunda oportunidad de ingresar a la habitación; lo cual no permitía al personal sanitario poder hidratarse de manera constante y limitaba la oportunidad de salir de la unidad y hacer uso de los baños. En concordancia, Soares et al (2020), dan fuerza a la experiencia de los participantes y coinciden en que el uso de delantales y overoles limitan el acceso de los trabajadores de la salud a las eliminaciones fisiológicas, la ingesta de agua y alimentos (Soares et al, 2020).

El segundo espacio, nombrado también como el espacio personal, tiene relación con los cambios experimentados desde el hogar de cada participante, el cual para muchos representaba la oportunidad de compartir con sus seres queridos; de quienes debieron alejarse pensando siempre en su protección, ocasionando esto que ese espacio cálido pasara a ser un espacio habitado por la soledad y la ausencia, donde los participantes aprendieron a comprender en soledad la magnitud de la de la situación. Sin embargo, y dando fuerza a la experiencia de los participantes, estar solos o aislados no siempre fue lo más conveniente, pues como lo mencionaron León y Olivera (2022), la situación de aislamiento y los malestares emocionales; aumentaron la posibilidad de padecer traumas y problemas psicológicos (León & Olivera, 2022).

Finalmente, el tercer espacio tiene lugar con el mundo de afuera de la vida de cada participante, es decir aquel que tiene relación con lo social, con la oportunidad que tenía cada uno de compartir con sus amigos, de visitar a sus familiares, con la posibilidad de realizar sus actividades rutinarias del día a día, destacando por ejemplo una salida a un cine, a cenar, al gimnasio a realizar ejercicio, a sentarse a leer un libro o disfrutar un café. En concordancia, Ramirez-Ortíz, Fontecha-Hernandez y Escobár-Cordoba (2020), mencionaron que el estrés

relacionado con el confinamiento también se presenta por la incapacidad para participar en actividades gratificantes, como visitar familiares y amigos, ir de compras, visitar restaurantes, asistir a eventos culturales y deportivos (Ramirez-Ortíz et al, 2020).

Sin embargo, ese mundo de afuera para los participantes fue el responsable de que emociones como el miedo, la incertidumbre y la angustia, también tuvieran un gran impacto en estos, pues situaciones como el cierre de fronteras en algunos países, la falta de consciencia de las personas frente a las recomendaciones de aislamiento y los contagios masivos, por nombrar solo algunos, se empezaron a incrementar con el paso de los días.

#### **7.4 Temporalidad – el tiempo vivido**

Tiene que ver con la condición del significado a partir del momento en que se reflexiona sobre la experiencia vivida (Guerrero-Castañeda, González-Soto, 2022). Así mismo, representa el tiempo subjetivo en oposición al tiempo de reloj o tiempo objetivo (Van Manen, 2003).

Para los participantes, inicialmente la percepción del tiempo era sentir este como eterno, al relacionarlo con el no estar preparados para enfrentar una pandemia, los diferentes momentos por los que esta transitó y su duración; la cual se caracterizó por tener unos picos u olas donde hubo un aumento importante en el número de personas fallecidas y donde curiosamente se correspondían con unos rangos de edades determinadas. Lo anterior lo confirmó Díaz-Pinzón (2020), al compartir las cifras recolectadas por el INS cinco meses después de haberse confirmado el primer caso de Covid-19 en el país, mediante el cual se evidenció que de manera inicial, la población con mayor tasa de mortalidad fue la adulta mayor, con un rango de edad entre los 90 y 99 años; y con un número de 338 muertes por cada 100.000 habitantes, seguido por el grupo con edad comprendida entre los 80 y 89 años; los cuales sumaron un total de 335 muertes por cada 100.000 habitantes. Mientras que los grupos con menor tasa de mortalidad fueron los que tenían un rango etario entre los 0 y los 19 años; quienes no alcanzaron a tener una sola muerte por cada 100.000 habitantes (Díaz-Pinzón, 2020).

Con el tema de los picos, el tiempo para los participantes también se caracterizó porque este se convirtió en algo finito, es decir, muchos sentían que en algún momento podía terminar la vida para cualquiera de ellos, y es que el tercer pico se caracterizó porque la edad de las personas que fallecían estaba comprendida entre los 25 y los 40 años, edades en las que la mayoría de los

participantes se encontraba. Lo anterior, representó para algunos una guerra por la supervivencia. Lo cual puede apreciarse en lo mostrado por Arias-Barahona y Vanegas-Giraldo (2021), quienes realizaron un análisis de la información de las bases de datos del INS, y evidenciaron que la mayor probabilidad de contagio se presentó para las personas con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años, y donde la probabilidad de fallecer fue mayor para las personas con edades entre 20 y los 69 años; la cual para el tercer pico propiamente, tuvo un incremento del 5% para las personas con edades comprendidas entre los 20 y los 44 años (Arias-Barahona & Vanegas-Giraldo, 2021)

También los participantes relacionaron el tiempo con angustia, preocupación y miedo, primero por el desconocimiento para enfrentarse al virus, y segundo porque las horas de trabajo se hacían cortas y todo debía hacerse mucho más rápido con los pacientes, limitando la oportunidad de brindar un cuidado integral a estos. Lo anterior coincide con lo mencionado por Ybaseta-Medina y Becerra-Canales (2020), quienes mencionaron que el personal de salud se enfrentó a estresores laborales intensos propios de la pandemia, resaltando las largas jornadas de trabajo y la sobrecarga laboral (Ybaseta-Medina & Becerra-Canales, 2020). Lo anterior deja en evidencia que a pesar de que las jornadas de trabajo eran largas y había una evidente sobrecarga laboral, el tiempo era corto en cuanto al poder garantizar un cuidado integral a los pacientes, quienes, por la complejidad de la enfermedad, requerían que se priorizaran los asuntos que ponían en riesgo sus vidas.

En cuanto a la llegada de La Pandemia al país, se puede decir que significó para los participantes tener menos tiempo, es decir, este se empezó a agotar, pues los nuevos retos para hacer frente a la pandemia exigieron enfrentarse a la muerte, estar aislados de la sociedad y mayor carga laboral; aumentando esto el estrés en los participantes y convirtiéndose en eterno el tiempo transcurrido a nivel laboral.

### **7.5 Materialidad - las cosas vividas**

La materialidad, hace alusión al “cómo se vivencian las cosas respecto al fenómeno estudiado” (Van Manen, 2016). Para explicar dicho existencial, se retomará la propuesta de “perfil epidemiológico” de Breilh; el cual es entendido como: el conjunto integrado por el sistema de contradicciones o “reproducción social”, que modela la calidad de vida y los patrones de salud-enfermedad resultantes, y tienen relación con los procesos destructivos o deteriorantes, y los procesos protectores de cada individuo; presentados a nivel general, grupal o particular e individual

(Breilh, 2013). Por tanto, este apartado intenta hacer una mirada transversal en términos de los procesos protectores y deteriorantes que experimentaron los profesionales sanitarios, durante la atención de pacientes con Covid en relación con su salud, lo cual para muchos, significó tener que enfrentar cambios importantes en sus vidas, y en la calidad de vida misma. Algunos de los cambios tuvieron relación con las actividades de ocio y recreación, las relaciones inter personales y familiares, el aislamiento social y la estigmatización social. Y es que como lo plantea Breilh (2013), la calidad de vida debe ser forjada desde una lucha permanente y dinámica, en la cual deben intervenir tanto el interés privado como la necesidad colectiva (Breilh, 2013).

En primer lugar, se tiene el nivel general; en el cual se encuentran las políticas, las normas y la ideología. De este nivel, como procesos protectores en esta investigación se encontraron: las normas creadas en el transcurso de la pandemia, las medidas de aislamiento, la introducción de las vacunas en el país; factores que buscaron en todo momento proteger la vida tanto de la población como de los profesionales sanitarios. Lo anterior, permite mencionar algunas de las normas creadas con el fin de proteger a la población y a los profesionales, destacando: el Decreto 412 de 2020; responsable de amparar el cierre de fronteras con los Estados limítrofes del país (Decreto 412 de 2020), el Decreto 457 de 2020; mediante el cual se establece el aislamiento preventivo obligatorio y el cual cuenta con algunas excepciones (Decreto 457 de 2020), y el Decreto 109 de 2021; por el cual se adopta el plan nacional de vacunación contra el Covid (Decreto 109 de 2021)

En cuanto a los procesos deteriorantes, cabe mencionar el sistema de salud del país; el cual en concordancia con lo que plantea Vargas (2020), se trata de un modelo de salud orientado a la curación, que convirtió la salud en un negocio fundamentado en el aseguramiento y la intervención (Vargas, 2020). Lo anterior, puede tomarse como ejemplo, y ayuda a dar fuerza a una situación vivida por uno de las participantes en la investigación, quien tuvo la experiencia de ver como a un ciudadano extranjero, le negaron la posibilidad de una remisión a una clínica especializada solo por ser de otro país. Por su parte, Velásquez-Jiménez (2020), mencionan que el sistema de salud del país, tenía problemas desde mucho antes de la Pandemia, y que estos se exacerbaban con la llegada de esta; dentro de los cuales se destacan: las condiciones laborales críticas para el personal sanitario, deficientes condiciones de bioseguridad y el manejo financiero centrado en empresas intermediarias (Velásquez-Jiménez, 2020)

Otro asunto que puede mencionarse como un proceso deteriorante, tiene relación con la falta de preparación a nivel nacional para hacer frente a un evento como una pandemia, pues como

lo mencionó Habermas (2020), “nunca habíamos sabido tanto de nuestra ignorancia” (Diario La Capital de Mar del Plata, 2020: 1). Refiriéndose el autor a esa ignorancia global, y de la población, que coincide con lo planteado por Cardenas (2020), quien mencionó que en México “luchamos contra la ignorancia de la población, la cual ha provocado que el personal sanitario sea agredido verbal y físicamente, pasando de usar el uniforme blanco que nos caracteriza a ropa de civil para evitar estas agresiones” (Cárdenas, 2020: 67).

Continuando con lo que expresó Habermas (2020), también se evidencia la incapacidad de los sistemas de salud para responder a la Pandemia, y menciona que “Cada individuo aislado es informado de los riesgos de la pandemia, porque para luchar contra ella el autoaislamiento del individuo es la variable más importante en consideración de los sistemas sanitarios saturados” (Diario La Capital de Mar del Plata, 2020). Lo que plantea el autor, desde la SC evidencia la falta de organización y trabajo comunitario, pues el aislamiento prácticamente fue una medida extrema para la población, además, no se tuvieron programas organizados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que permitieran respaldar situaciones como las vividas con la Pandemia. Por su parte, Noah (2020), mencionó que

Lo que comenzó con el llamado a frecuentar medidas de higiene como el lavado recurrente de manos y estornudar y toser contra pañuelos o el antebrazo, escalaron rápidamente a la cancelación de eventos masivos, el teletrabajo, cierre de fronteras y confinamiento (La Tercera, 2020: 1).

Otro asunto que puede resaltarse como un proceso deteriorante con la pandemia, fue la sobrecarga laboral, donde inicialmente existió un déficit de profesionales, que no permitía suplir la necesidad del personal necesario para poder hacer frente a la pandemia, y además, porque como lo mencionaron los participantes de la investigación; en el momento de contar con el personal necesario, tuvo inicio las incapacidades del personal; lo cual generó que de nuevo la falta de personal fuera un asunto de suma importancia para el país y las instituciones de salud. Lo anterior toma fuerza con lo mencionado por Vargas (2020), al afirmar que al personal sanitario le tocó enfrentarse a situaciones como la sobrecarga laboral (Vargas, 2020).

En segundo lugar, se encuentra el nivel particular o grupal, dentro del cual pueden destacarse como procesos protectores la solidaridad y la colaboración; que fueron factores que se

vivieron con fuerza en la interacción de los participantes a lo largo de la atención de los pacientes con Covid-19. Tal como lo expresó uno de los participantes, al mencionar que en los turnos difíciles o salían adelante todos o se hundían todos. Sobre esto, la directora de la OPS, y da fuerza a lo narrado por los participantes de esta investigación, al afirmar que “una de las lecciones más importantes que nos dejó la pandemia por COVID-19 en este 2021 es la importancia de la solidaridad y de trabajar juntos” (OPS, 2021).

También, cabe mencionar como proceso protector, el hecho de pensar en el bienestar de la familia; situación que llevó a muchos de los participantes a vivir solos y a estar aislados de sus seres queridos, buscando siempre la protección para estos y evitando ponerlos en riesgo frente a un posible contagio con el virus. En concordancia, y reforzando lo expresado por los participantes, Morin (2020), mencionó que “la emergencia del virus y las medidas que nos obligan a quedarnos en casa han terminado por estimular nuestro sentimiento de fraternidad” (El País, 2020: 1)

Otro asunto que puede mencionarse a nivel particular como proceso protector, tiene que ver con la contratación, pues para algunos participantes representaba una garantía, la posibilidad de contar con un contrato de trabajo a término indefinido; lo cual tiene una estrecha relación con la estabilidad laboral. Sin embargo, la contratación para otros de los participantes fue un asunto que se convirtió en un proceso deteriorante, pues representaba una de las condiciones precarias a las cuales tuvieron que enfrentarse en el tiempo de Pandemia. Tal como lo mencionaron Cortes-Cantillo & Castañeda-Orjuela (s/f),

El tipo de contratación que se tenía para los médicos, para la mayoría de la gente, no solo los médicos, para la mayoría del talento humano en salud, es precaria, o sea la mayoría está por orden de prestación de servicios; la mayoría son malos salarios (Cortes-Cantillo & Castañeda-Orjuela, s/f: 10).

También, como procesos deteriorantes, se encuentra la falta de elementos de protección personal, los cuales se fueron agotando a medida que iba avanzando la pandemia. Dando fuerza a lo anterior, es importante citar de nuevo a los autores anteriores, quienes mencionaron que: “las donaciones, la adquisición por cuenta propia y un proceso de exigencia para la entrega de los EPP, que incluyó acciones judiciales por vía tutela, fueron las alternativas para mitigar de algún modo la insuficiencia de estos elementos” (Cortes-Cantillo & Castañeda-Orjuela, s/f: 6).

Así mismo, cobra importancia la tercerización; situación que a nivel laboral significó para muchos un tema de incertidumbre laboral, pues no tenían certeza de una estabilidad laboral y adicional porque la remuneración variaba en comparación con los compañeros de trabajo que tenían otro tipo de contrato laboral. Frente al tema, ASMEDAS, citado por Cortes-Cantillo y Castañeda-Orjuela (S/f), mencionó que

La contratación se realiza a través de intermediarios y tercerizadores, que es lo que nosotros denominamos contratos basura, ya que ni siquiera les permiten a los trabajadores vacaciones, cotizan por debajo de la seguridad social, sin prestaciones sociales, sin horarios definidos, etc. Es decir, no es una contratación digna (Cortes-Cantillo & Castañeda-Orjuela, s/f: 10).

Al respecto, Tourine (2020), mencionó que “esta crisis empujará hacia arriba la categoría de los cuidadores: no pueden seguir estando mal pagados” (El País, 2020: 1). El planteamiento del autor, permite identificar la importancia que tienen los trabajadores sanitarios dentro del sistema de salud, pues hacen parte de ese núcleo esencial para el cuidado, tanto de las colectividades como de los individuos. Logrando así una especie de victoria para los profesionales, logrando hacer más visible su rol profesional.

En tercer lugar, se encuentra el nivel individual, donde cobra sentido lo planteado por Laurell y Noriega, cuando hablan de “plasticidad”, lo cual se evidenció en la experiencia de los profesionales al descubrir cada uno, esa capacidad de poder adaptarse y resistir a las condiciones que se presentaron con la pandemia. Pues la plasticidad según la autora, le permite al cuerpo y a la mente responder a las “condiciones de desarrollo” o al “ambiente en el cual se encuentra (Herrera & Molinar, 2011). Es importante entonces, poder resaltar como procesos protectores, el autocuidado; tema que cobró relevancia con cada uno de los participantes de la investigación en su entorno laboral, donde procuraban en todo momento seguir con los protocolos establecidos por las instituciones para la atención de los pacientes. En concordancia el Ministro de Salud y Protección Social del país, mencionó que: “en estos momentos el autocuidado es una habilidad que tienen los individuos, las familias o las comunidades y hace referencia a cómo pueden mantener o mejorar su estado de salud y prevenir la enfermedad” (Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia 2020). Así mismo, tiene relevancia la vacunación, pues era un asunto de decisión propia el acceder



a esta o no. Tal como lo estipuló el Ministerio de Salud y Protección Social del país, y amplía los hallazgos de la investigación;

El objetivo en el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 es en su primera fase reducir la mortalidad y la incidencia de casos graves por este virus, así como proteger a los trabajadores de la salud; mientras que en la segunda fase es reducir el contagio para generar inmunidad de rebaño (Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia 2021).

En cuanto a los procesos deteriorantes, se puede mencionar el aislamiento, pues fue una situación que llevó a los participantes a estar solos, alejados de sus familias y que imposibilitaba la oportunidad de compartir con amigos o simplemente de hacer ejercicio, que era una situación importante para la mayoría de los participantes. Tal como lo mencionaron Campillay et al (2021), y da fuerza a los hallazgos de la investigación, la medida de distanciamiento social implementada en Chile, también fue considerada como una medida de distanciamiento físico personal y de aislamiento social, se implementó desde el inicio de la pandemia, buscando disminuir el contacto físico entre las personas, y mitigar el contagio (Campillay et al, 2021). También mencionaron los autores, que dentro de las consecuencias mas relevantes asociadas a la medida se encontraron los cambios psicosociales y la incertidumbre; resaltando dentro de las consecuencias psicosociales el deterioro de la salud mental (Campillay et al, 2021).

El análisis del perfil epidemiológico, lo que muestra: es que la salud de los trabajadores durante la atención del Covid, estuvo siempre vulnerable y además expuesta a factores que generaron tanto un desgaste físico como emocional en el personal, pues el desgaste laboral; se entiende según Balseiro (2010), citado por Barrios y Illada (2013), como “la sensación de alteración del equilibrio del organismo, ocasionada por la percepción que tiene el individuo sobre los estresores asociados al sistema de trabajo y condicionada por la capacidad de respuesta que este presente” (Barrios & Illada, 2013: 70). De igual manera, el perfil epidemiológico también permite comprender que se ha tenido un sistema sanitario y laboral precario e inequitativo, el cual con la Ley 100 de 1993 convirtió a los hospitales en Empresas Sociales del Estado (ESE), autosostenibles; “en correspondencia con los preceptos de las leyes del mercado y no para responder a las necesidades en salud de las personas y comunidades en los territorios” (Bayona, 2021: 44).



## 8. Conclusiones

- Las condiciones de trabajo de los trabajadores sanitarios durante la atención a pacientes con Covid-19, estuvieron marcadas por el cambio en la rutinas diarias, a las cuales estaban acostumbrados, la sobrecarga laboral; asociada al alto número de pacientes y a la gravedad de los casos, jornadas extenuantes; con turnos prolongados y en muchas ocasiones con poco personal; pues los nuevos contaban con poco o nulo entrenamiento en cuidado crítico, la falta de recursos; resaltando en este caso la escasez de los EPP, camas y ventiladores que garantizaran la atención de la población, disminución en los tiempos de descanso, la tercerización laboral; con salarios económicos y emocionales precarios, un ambiente de trabajo estresante; marcado por la constante exposición al virus y la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad y la alta mortalidad de esta.
- Los profesionales de la salud, experimentaron un tiempo sombrío, que estuvo acompañado de problemas en su salud tanto mental como física; resaltando el estrés, la ansiedad y el desgaste; el cual estuvo relacionado con la fatiga, el agotamiento y el no poder suplir sus necesidades básicas como alimentarse, hidratarse y descansar adecuadamente. Lo anterior generó que las necesidades del personal sanitario se fueran desdibujando y perdieran importancia en una nueva normalidad, donde ejercían su rol con un agotamiento constante, miedo a la muerte, culpa por las personas fallecidas y con la impotencia de no poder hacer más para ayudar a los pacientes.
- Esta investigación mostró que el desgaste fue una de las principales afectaciones a la salud de los trabajadores, que dan cuenta de la relación entre las experiencias y las condiciones de salud; las diferentes experiencias extenuantes provocaron no solo un agotamiento físico, sino también, un desborde emocional y un colapso mental que irrumpió en su bienestar, revolucionó sus cotidianidades, su ambiente laboral y la forma de relacionarse con sus pacientes, consigo mismo, con su cuerpo y especialmente con su salud mental. Sin embargo, lo vivido a raíz de la Covid-19, también sembró esperanza y resiliencia en el personal de salud, les demostró su capacidad de sobreponerse a la adversidad, caminar hacia adelante pese a los obstáculos; y la valía de la colaboración, el trabajo en equipo y el apoyo mutuo. Así mismo, les recalcó la importancia de su salud física, emocional y mental, de cuidarse, para así poder cuidar a los demás, de gestionar sus emociones, angustias y temores para

ayudar a sus pacientes con ese proceso. Los enfrentó contra la muerte y los obligo a morir para el mundo y a su vez, los impulso a amar la vida y a trabajar para que esa vida continuara.

- La experiencia de los trabajadores sanitarios en relación con su salud en la atención de pacientes con Covid-19, se convirtió en un reto, que no solo transformó las dinámicas de atención brindadas en los hospitales y en las IPS, sino que también, revolucionó la vida de los trabajadores de la salud; su ambiente laboral, la forma de relacionarse con sus pacientes y en especial su salud mental. Al punto, que La Covid-19, trajo consigo reformas al entorno hospitalario; modificaciones a las rutinas de trabajo, nuevos protocolos de atención, necesidades desbordantes de personal, sobrecarga laboral y colapsos en la salud mental, lo anterior, debido a que no solo hubo un aumento en las tasas de mortalidad, sino que también, hubo un aumento de casos como depresión, estrés y ansiedad, en los profesionales sanitarios, es claro que se necesita realizar planes y herramientas de atención dirigidos a dar respuesta al impacto en salud física y mental del colectivo asistencial en tiempos de crisis como lo fue La Pandemia de La Covid-19.

## 9. Limitaciones

Como limitación para la ejecución de la investigación, estuvo el poder concretar los espacios para la realización de las entrevistas, pues con algunos de los participantes fue necesario realizarla virtual y así poder cumplir con los objetivos propuestos. Lo anterior por los turnos de trabajo de los participantes y el propio, en calidad de investigador principal.

Otra limitación fue poder contar con más trabajadores sanitarios con profesiones diferente a enfermería, pues el mayor número de participantes fueron enfermeras y enfermeros, lo cual redujo un poco la posibilidad de conocer más experiencias de otro grupo de profesionales.

## Referencias

- Aggarwal, S. Aggarwal, S. Aggarwal, A. Jain, K. Minhas, S. (2020). *High Viral Load and Poor Ventilation: Cause of High Mortality From COVID-19*. Asia Pacific Journal of Public Health. 32(6-7), 377-378. doi:10.1177/1010539520944725
- Arango, JM., Arango, LA. Bernal, CA. (2022). *Repercusiones del COVID-19 en el personal de salud: análisis desde la prensa colombiana*. Rev Esp Comun Salud. 13(1). <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/6164/5454>
- Arias-Barahona, MX. Vanegas-Giraldo, JJ. (2021). *Comparación de la distribución de probabilidad en pacientes fallecidos por COVID-19 en tres picos de la pandemia en Colombia*. Rev. acad. colomb. cienc. exact. fis. nat. 45(177). <https://doi.org/10.18257/raccefyn.1474>
- Asociación Medica Sindical Colombiana Seccional Antioquia [ASMEDAS]. (2020). *Monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad*. <https://asmedasantioquia.org/2020/08/18/monitoreo-critico-de-las-condiciones-de-bioseguridad/>
- ASTURIAS Corporación Universitaria. (2017). *Marco Legal y Normativo sobre Seguridad y Salud en el Trabajo: Colombia*. <https://www.centro-virtual.com/recursos/2019a07m06dc@v3p@r@1v3st1g@c10n/gesti@nss.pdf>
- Barrios, M. Illada, R. (2013). *Valoración del desgaste laboral como riesgo psicosocial*. Rev Ingeniería Industrial. 12(1). <https://revistas.ubiobio.cl/index.php/RI/article/view/20/3264>
- Bayona, HA. (2021). *En cuidados intensivos. Derecho a la salud y pandemia en colombia. Sistema de salud en cuidados intensivos*. Pag. 43. <https://victordecurrealugo.com/wp-content/uploads/2021/10/Libro-Informe-Salud-pandemia.pdf#page=43>
- Bosada, M. (2019). *Qué valoran las empresas y qué buscan los trabajadores en una contratación*. <https://www.educaweb.com/noticia/2019/06/19/valoran-empresas-buscan-trabajadores-18843/>
- Breilh, J. (1996). *El género entrefuegos: inequidad y esperanza*. En CEAS (Eds). (pp. 17-18).
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 31(1). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002)
- Brooks, SK., Webster, RK., Smith, LE., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, JL. (2020). *El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión de casos*. Lancet. 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cabezas, GA. Feo, O. (1994). *Desarrollo del conocimiento científico biológico y social en la teoría y la práctica de la salud de los trabajadores*. In. Organización Panamericana de la Salud. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington, D. C, OPS, 1994. p.129-42.
- Campillay, M. Burgos, C. Calle, A. Araya, F. Dubó, P. Anguita, V. (2021). *Comunicación de medidas sanitarias de distanciamiento por COVID-19 en medios de comunicación: Un análisis cualitativo*.

Rev. Psicoperspectivas individuo y sociedad. 20(3). DOI: 10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue3-fulltext-2231

Cancillería de Colombia. (s.f.). Organización Internacional del Trabajo (OIT). <https://www.cancilleria.gov.co/international/multilateral/united-nations/ilo>

Canova-Barrios, CJ., Ramos-de la Cruz, E., Álvarez-Miño, L., González-Noguera, TC., Osorio-Durán, EM. (2023). *Relación entre condiciones de trabajo con la calidad de vida relacionada con la salud de trabajadores de enfermería y medicina de unidades de cuidados intensivos durante la pandemia COVID 19 en Santa Marta, Colombia*. Rev Enferm glo. 22(70). <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.540111>

Cárdenas, MC. (2020). *COVID-19: la lucha invisible contra la ignorancia y el estigma*. Index Enferm. 29(1-2). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000100016](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100016)

Casabella, CA., Pálizas, F., Solano, CA., Guantay, ME., Garay, CD. (2020). *Cambios en las visitas a cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19*. Rev. Medicina. 80(6). <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v80s6/1669-9106-medba-80-s6-119.pdf>

Casallas, AL. (2019). *Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana una perspectiva histórica*. [tesis de Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, Universidad Andina Simón Bolívar]. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6828/1/TD123-DSCAS-Casallas-Aportes.pdf>

Colombia, [Ministerio del Trabajo]. Circular 27 de 2020. *Por la cual se prohíbe a los empleadores de coaccionar a los trabajadores a tomar licencias no remuneradas. 29 de marzo de 2020*. <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/Circular+0027.pdf/947401a7-109c-9f8b-3d01-275e12dc9df7?t=1585516874523>

Colombia, [Presidente de la República]. Decreto 2350 de 1944. *Por el cual se dictan algunas disposiciones sobre Convenciones de Trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo*. 30 de septiembre de 1944. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1872277>

Colombia, [Presidente de la República]. Decreto 3767 de 1949. *Por el cual se reglamenta la Ley 77 de 1948; el funcionamiento de la Oficina Nacional de Medicina e Higiene Industrial del Ministerio del Trabajo; el inciso 2° del artículo 8° de la Ley 95 de 1946; el artículo 9° del Decreto-Ley 320 de 1949, y se dictan otras disposiciones*. 29 de noviembre de 1949. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1536392#:~:text=Las%20empresas%20estar%C3%A1n%20obligadas%20a,ex%C3%A1menes%20y%20conceptos%20de%20especialistas>.

Colombia, [Presidente de la República]. Decreto 614 de 1984. *Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país*. 14 de marzo de 1984. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1357>

Colombia. Decreto 1295 de 1994 [Ley]. *Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales*. 22 de junio de 1994. D.O. No. 41405. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=2629>

- Colombia, Decreto 1530 de 1996 [Ley]. *Por el cual se reglamentan parcialmente la Ley 100 de 1993 y el Decreto-ley 1295 de 1994.* 26 de agosto de 1996. D.O. No. 42864. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=8804>
- Colombia, [Presidente de la República]. Decreto 1443 de 2014. *Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).* 31 de julio de 2014. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=58841>
- Colombia, [Ministerio del Trabajo]. Decreto 1072 de 2015. *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.* 26 de mayo de 2015. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=72173>
- Colombia, [El presidente de la República]. Decreto 412 de 2020. *Por el cual se dictan normas para la conservación del orden público, la salud pública y se dictan otras disposiciones.* 16 de marzo de 2020. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=110354>
- Colombia, [Presidente de la República]. Decreto 457 de 2020. *Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público.* 22 de marzo de 2020. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=110674#:~:text=Ordenar%20el%20aislamiento%20preventivo%20obligatorio,causa%20del%20Coronavirus%20COVID%2D19.>
- Colombia, [Presidente de la República]. Decreto 538 de 2020. *Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.* 12 de abril de 2020. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934>
- Colombia, [Presidente de la República]. Decreto 539 de 2020. *Por el cual se adoptan medidas de bioseguridad para mitigar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.* 13 de abril de 2020. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=112279>
- Colombia, [Presidente de la República]. Decreto 676 de 2020. *Por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones.* 19 de mayo de 2020. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=124100>
- Colombia, Ley 57 de 1915. *Sobre reparaciones por accidentes de trabajo.* 15 de noviembre de 1915. D.O. No. 15646. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=12998>
- Colombia, Ley 46 de 1918. *Por la cual se dicta una medida de salubridad pública y se provee a la existencia de habitaciones higiénicas para la clase proletaria.* 19 de noviembre de 1918. D.O. No. 16549. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=86147>
- Colombia, Ley 37 de 1921. *Por la cual se establece el seguro colectivo obligatorio.* 19 de noviembre de 1921. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1592694>
- Colombia, Ley 10 de 1934. *Sobre pérdida y rehabilitación de derechos políticos y por la cual se establecen algunos derechos de los empleados.* 20 de noviembre de 1934. D.O. No. 37. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=86139>



- Colombia, Ley 96 de 1938. *Por la cual se crean los Ministerios de Trabajo, Higiene y Previsión Social y de la Economía Nacional*. 06 de agosto de 1938. D.O. No. 23845. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73115>
- Colombia, Ley 6 de 1945. *Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial de trabajo*. 19 de febrero de 1945. D.O. No. 25790. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1167>
- Colombia, Ley 64 de 1946. *Por la cual se reforma y adiciona la Ley 6 de 1945 y se dictan otras disposiciones de carácter social*. 20 de diciembre de 1946. D.O. No. 26317. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=269>
- Colombia, Ley 90 de 1946. *Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales*. 26 de diciembre de 1946. D.O. No. 23112. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1631247>
- Colombia, Ley 77 de 1948. *Por la cual se crea la Oficina Nacional de Medicina e Higiene Industrial y se provee a su sostenimiento*. 06 de diciembre de 1948. D.O. No. 26900. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1624011>
- Colombia, Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. 23 de diciembre de 1993. D.O. No. 41148. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Colombia, Ley 1010 de 2006. *Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo*. 23 de enero de 2006. D.O. No. 46160. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=18843>
- Colombia, Ley 1562 de 2012. *Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional*. 11 de julio de 2012. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>
- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. (2020). *Colombia confirma su primer caso de COVID-19*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. (2020). *La pandemia está favoreciendo la cultura del autocuidado*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-pandemia-esta-favoreciendo-la-cultura-del-autocuidado.aspx>
- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. (2021). *Vacunación contra COVID-19*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>
- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. (s.f.). *Enfermedad laboral*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/enfermedad-laboral.aspx>

- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. (2011). *Código Sustantivo del Trabajo*. <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1539/CodigoSustantivodelTrabajoColombia.pdf>
- Colombia, [Ministerio del trabajo]. Resolución 2400 de 1979. *Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo*. 22 de mayo de 1979. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53565>
- Colombia, [Ministerio del Trabajo]. Resolución 2013 de 1986. *Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo*. 06 de junio de 1986. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5411>
- Colombia, [Ministerio de Trabajo]. Resolución 1016 de 1989. *Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país*. 31 de marzo de 1989. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5412>
- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. Resolución 8430 de 1993. *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. 4 de octubre de 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Colombia, [Ministerio del Trabajo]. Resolución 0312 de 2019. *Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*. 13 de febrero de 2019. <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59995826/Resolucion+0312-2019-+Estandares+minimos+del+Sistema+de+la+Seguridad+y+Salud.pdf>
- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. Resolución 846 de 2020. *Por la cual se establecen los criterios y condiciones para la asignación, transferencia y entrega de los ventiladores adquiridos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de fortalecer la oferta de servicios de salud para la emergencia sanitaria causada por la Covid-19*. 26 de mayo de 2020. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20846%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20846%20de%202020.pdf)
- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. Resolución 1172 de 2020. *Por la cual se definen los terminos y condiciones del reporte de información del talento humano en salud que presta sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de coronavirus Covid-19 o que realiza vigilancia epidemiológica con el objeto de determinar el reconocimiento económico temporal*. 17 de julio de 2020. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.1172%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.1172%20de%202020.pdf)
- Colombia, [Ministerio de Salud y Protección Social]. Resolución 127 de 2021. *Por la cual se asignan nuevas plazas de Servicio Social Obligatorio en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por Covid-19*. 8 de febrero de 2021. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20127%20de%202021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20127%20de%202021.pdf)

- Consejo Internacional de Enfermeras [CIE]. (2021). *El Efecto de la COVID-19: Las enfermeras del mundo se enfrentan a trauma colectivo, un peligro inmediato para la profesión y el futuro de nuestros sistemas de salud*. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-efecto-de-la-covid-19-las-enfermeras-del-mundo-se-enfrentan-trauma-colectivo-un-peligro>
- Cortes-Cantillo. Castañeda-Orjuela. (s/f). *Garantías de protección al personal sanitario durante la pandemia: un análisis de la respuesta gubernamental a los trabajadores de la salud*. [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/informe\\_131/pdf/cap4\\_2.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/informe_131/pdf/cap4_2.pdf)
- De Andrés-Gimeno, B., Solís-Muñoz, M., Revuelta-Zamorano, M., Sánchez-Herrero, H., Santano-Margariño, A., Grupo de Cuidados COVID-19 HUPHM. (2020). *Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19*. *Rev Enfermería Clínica* 31(2021). P, S49-S54. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.016>
- De Bortoli, SH. Munar, EF. Umpiérrez, A. Peduzzi, M. Leija, C. (2020). *La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19*. *Rev Panam Salud Publica* 44(64). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>
- De Rosa, AS. Mannarini, T. (2020). *The “Invisible Other”: Social Representations of Covid-19 Pandemic in media and Institutional Discourse*. *Papers on Social Representations*. 29(2). P, 5.1-5.35. <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/548/478>
- Diario La Capital de Mar del Plata. (2020). *Habermas: “Nunca habíamos sabido tanto de nuestra ignorancia”*. <https://www.lacapitalmdp.com/habermas-nunca-habiamos-sabido-tanto-de-nuestra-ignorancia/?fbclid=IwAR1uiJulTIIj82Hi01QnRgho12dHWrtfCa95W7PrKxPeJs7LiF6Jaoj0mjM>
- Díaz-Pinzón, J. (2020). *Estimación de las tasas de mortalidad y letalidad por COVID-19 en Colombia*. *Rev. REPERT MED CIR* 29(1). <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1103>
- Dosil-Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo, I., Alboniga-Mayor, JJ., Picaza, M. (2021). *Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 14(2). <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- El País. Bassets, M. (2020). *Alain Touraine, sociólogo: “Esta crisis va a empujar hacia arriba a los cuidadores”*. <https://elpais.com/ideas/2020-03-28/alain-touraine-esta-crisis-va-a-empujar-hacia-arriba-a-los-cuidadores.html>
- El País. Ordine, N. (2020). *Edgar Morin: “Vivimos en un mercado planetario que no ha sabido suscitar fraternidad entre los pueblos”*. <https://elpais.com/cultura/2020-04-11/edgar-morin-vivimos-en-un-mercado-planetario-que-no-ha-sabido-suscitar-fraternidad-entre-los-pueblos.html>
- Emanuel, E. (1999). *¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos*. [https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel\\_Siete\\_Requisitos\\_Eticos.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf)
- Erazo-Muñoz, M., Benavides, J., Cantor-Cruz, F., Acosta, A., Castillo, AM., Aranguren, D. (2021). *Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19 en Colombia*. *Rev Panam Salud Publica*. 45(97). doi: 10.26633/RPSP.2021.97
- Escobar-Escobar, MB. García-García, N. (2023). *Conocimientos sobre La Covid-19 y el lavado de manos*. *Rev. salud pública* 22 (3). <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n3.88152>

- Esteban-Sepúlveda, S., Terradas-Robledo, R., Castro-Ribeiro, T., García-Pagès, E., Sobregrau-Sangrà, P., Lacueva-Pérez, L. (2022). *Pandemia COVID-19 sobre profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel en España: cambios laborales durante la primera ola, salud mental a los 4 meses y seguimiento a los 9 meses*. Rev. Enfermería Clínica. 32(3). <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.12.009>
- Flick, U. (2007). *El diseño de investigación cualitativa*. Morata. <https://dpp2017blog.files.wordpress.com/2017/08/disec3b1o-de-la-investigac3b3n-cualitativa.pdf>
- Franco, S. (1993). *Proceso vital humano proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva*. [https://www.parquedelavida.co/images/contenidos/el\\_parque/banco\\_de\\_conocimiento/proceso\\_vital\\_humano.pdf](https://www.parquedelavida.co/images/contenidos/el_parque/banco_de_conocimiento/proceso_vital_humano.pdf)
- Fuster, DE. (2019). *Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico*. Rev Propós. represent. 7(1). <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Gaviria, DL. (2017) *Un debate producto de la experiencia y la construcción académica en Antioquia*. En Morales, MC (Ed.). Cuadernos del doctorado 18. Salud colectiva y salud pública ¿Se está hablando de lo mismo? Primera edición. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-18.pdf>
- González-Gil, MT., Oter-Quintana, C., Martínez-Marcos, M., Alcolea-Cosín, MT., Navarta-Sánchez, MV., Robledo-Martín, J., Palmar-Santos, A., Pedraz-Marcos, A., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, AI., Otero-García, L. (2022). *El valor del recurso humano: experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19*. Rev. Enfermería Intensiva. 33(2). <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.005>
- Guerrero-Castañeda, RF. González-Soto, CE. (2022). *Experiencia vivida, Van Manen como referente para la investigación fenomenológica del cuidado*. Rev Ciencia y Cuidado UFPS. 19(3). <https://doi.org/10.22463/17949831.3399>
- Granda, E. (2004). *¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?* Rev Cubana Salud Pública, 30(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es).
- HAYS. (2019). *Search join stay. What Workers Want Report 2019*. <http://image.email.hays.com/lib/fe4515707564057c751477/m/1/e34fc0a4-4203-4eba-87d3-6d2786ab3755.pdf>
- Herrera, MR. Molinar, P. (2011). *Algunas reflexiones sobre el camino andado dentro de la antropología física*. Rev. Cuicuilco. 18(52).
- Huarcaya, J. (2020). *Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19*. Rev Peru Med Exp Salud Publica 37(2). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Idrovo, AJ. (2021). *El confinamiento como estrategia sanitaria y error de política pública*. Salud UIS. 53(e21001). doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21001>
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud [ISTAS]. (s.f.). *Condiciones de trabajo y salud*. <https://istas.net/salud-laboral/danos-la-salud/condiciones-de-trabajo-y-salud>

- La Tercera. Garrido, M. (2020). *"El mundo después del coronavirus" según Yuval Noah Harari*. <https://www.latercera.com/culto/2020/03/24/mundo-despues-coronavirus-harari/#>
- Larrosa, J. (s.f.). *Sobre la experiencia*. [http://files.practicadesubjetivacion.webnode.es/200000018-9863d9a585/\\_la\\_experiencia\\_Larrosa.pdf](http://files.practicadesubjetivacion.webnode.es/200000018-9863d9a585/_la_experiencia_Larrosa.pdf)
- Lascano, AdR., Salguero, CM., Guzmán, SB., Díaz, BP., Tirado, RdlA., Rivera, CM. (2022). *Liderazgo de enfermería en tiempos de covid-19: una revisión sistemática*. *Rev. Ciencia Latina*. 6(1). [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i1.1966](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1966)
- El País. (2021). *Las grandes secuelas que deja en el personal de la salud la lucha contra el Covid*. <https://www.elpais.com.co/calilas-grandes-secuelas-que-deja-en-el-personal-de-la-salud-la-lucha-contrael-covid.html>
- Laurell, AC. (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos médico sociales No 37. [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el\\_estudio\\_social\\_del\\_proceso\\_salud\\_enfermedad\\_en\\_america\\_latina\\_\\_autora\\_\\_asa\\_crsitina\\_laurell.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina__autora__asa_crsitina_laurell.pdf)
- León, CN. Olivera, ES. (2022). *Revisión sistemática sobre la salud mental en el contexto COVID-19*. *Rev. Investigaciones ULCB*. 9(1). <https://doi.org/10.36955/RIULCB.2022v9n1.006>
- Lizaraso, F. (2012). *Promoción de la salud: un tema pendiente*. *Rev Horiz Med*. 12(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8878153>
- Lizarazoa, CG. Fajardo, JM. Berriora, S. Quintana, L. (s.f.). *Breve historia de la salud ocupacional en Colombia*. [https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/11/2-Breve\\_historia\\_sobre\\_la\\_salud\\_ocupacional\\_en\\_Colombia1.pdf](https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/11/2-Breve_historia_sobre_la_salud_ocupacional_en_Colombia1.pdf)
- Llerena, AA., López, OE. (2021). *Medidas de bioseguridad y miedo a la COVID-19 asociado a calidad de vida en el trabajo en personal asistencial de salud de un hospital*. *Revista Médica Basadrina*. 15(4). <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1250/1422>
- Martin, EM. Consumoeca. (2019). *Profesional Sanitario*. <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/profesional-sanitario/>
- Martínez-Salgado, M. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*. *Ciênc. saúde coletiva* 17(3). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Minayo, C. (2012). *Historicidad del concepto "salud del trabajador" en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil*. *Rev Salud Colectiva*. 8(3). [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652012000400001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000400001&lng=es&nrm=iso)
- Mora, E. (2021). *Los duelos del Covid-19: Acompañamiento pastoral desde la Teología práctica*. *Teología Práctica Latinoamericana*. 1(1). <https://revistas.ubl.ac.cr/index.php/tpl/article/view/164>
- Morales, BN. Palencia, JJ. (2020). *Reflexiones del cuidado enfermero en tiempos de covid-19*. *Enferm Inv*. 5(3):71-78. <https://orcid.org/0000-0001-7675-6304>



- Murillo, AL. (2017). *La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional*. Rev Cienc Salud, 15(3), 397-408. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Noreña, AL. Alcaraz-Moreno, N. Rojas, JG. Rebolledo-Malpica, D. (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. Aquichan. 12(3).
- Ocsa, CM. Huayra, YP. (2017). *Condiciones de trabajo del personal del área de mantenimiento de la empresa dcr minería y construcción de arequipa 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Archivo digital. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5752/Riocmacm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2004). *¿Qué es el trabajo decente?* [https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS\\_LIM\\_653\\_SP/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm)
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2016). *23 condiciones de trabajo* <https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/working-conditions/lang--es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1948). *¿Cómo define la OMS la salud?* <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes*. <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *La estrategia de la OMS sobre higiene de las manos demuestra ser viable y sostenible en entornos asistenciales de todo el mundo*. <https://www.who.int/es/news/item/23-08-2013-who-hand-hygiene-strategy-feasible-and-sustainable-for-health-care-settings-around-the-world>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS]. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. (4a Ed).
- Organización Panamericana de la Salud [PAHO]. (2020). *Informe de situación COVID-19, n.27*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52988>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional*. <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas*.

<https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>

- Organización Panamericana de la Salud [PAHO]. (2020). *Reporte de Situación COVID-19 Colombia No. 146 - 23 de septiembre*. <https://www.paho.org/es/documentos/reportesituacion-covid-19-colombia-no-146-23-septiembrede-2020>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Solidaridad y trabajo en equipo, las lecciones de COVID-19 en 2021: OPS*. <https://coronavirus.onu.org.mx/solidaridad-y-trabajo-en-equipo-las-lecciones-de-covid-19-en-2021-ops>
- Ortega, JA. Rodríguez, JR. y Hernández, H. (2017). *Importancia de la seguridad de los trabajadores en el cumplimiento de procesos, procedimientos y funciones*. *Revista Academia & Derecho* 8(14), 155-176.
- Pirutinsky, S., Cherniak, A.D. & Rosmarin, D.H. (2020). *COVID-19, mental health, and religious coping among American orthodox Jews*. *Journal of Religion and Health*, 59, 2288-2301. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01070-z>
- Radio Nacional de Colombia. (2020). *Ya son 306 los trabajadores del sector salud contagiados con Covid-19: INS*. <https://www.radionacional.co/cultura/ya-son-306-los-trabajadores-del-sector-salud-contagiados-con-covid-19-ins>
- Ramírez-Ortiz, J. Fontecha-Hernández, J. Escobar-Córdoba, F. (2020). *Efectos del aislamiento social en el sueño durante la pandemia covid-19*. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.801>
- Raraz-Vidal, JG., Allpas-Gómez, HL., Torres-Salome, FK., Cabrera-Patiño, WM., Alcántara-Leyva, LM., Ramos-Gómez, RP., Aldea-Chihuantito, FK., Colona-Risco, V. Raraz-Vidal, OB. (2021). *Condiciones laborales y equipos de protección personal contra el Covid-19 en personal de salud, Lima-Perú*. *Rev. Fac. Med. Hum.* 21(2). <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3608>
- Sacchi, M. Hausberger, M. Pereyra, A. (2007). *Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta*. *Salud Colectiva*. 3(3), 271-283. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n3/271-283/es>
- Saltos-Llerena, IJ. (2022). *Condiciones de trabajo del personal de salud que enfrenta la pandemia en Latinoamérica: revisión integrativa*. *Rev. Sanus Rev Enf* 7(18) <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.311>
- Samaniego, A. Urzúa, A. Buenahora, M. Vera-Villaruel, P. (2020). *Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto Covid-19*. *Revista Interamericana de Psicología*. 54(1). [https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload\\_editores/u454/Sintomatologia-Salud-Mental-COVID-19.pdf](https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload_editores/u454/Sintomatologia-Salud-Mental-COVID-19.pdf)
- Sánchez-De la Cruz, JP. González-Castro, TB. Pool-García, S. López-Narváez, ML. Tovilla-Zárate, CA. (2023). *Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica*. *Rev colomb psiquiat*. 52(S1). <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006>

- Sánchez, E. (2021). *La Historia de la Salud Ocupacional en Colombia. El mundo del SGSST*. <https://elmundodelsgsst.com/la-historia-de-la-salud-ocupacional-en-colombia/>
- Sánchez, T. (2020). *Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19*. Rev Studia Zamorensia. 19(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718179>
- Santana, VS. (2012). *Empleo, condiciones de trabajo y salud. Salud Colectiva*. 8(2), 101-106. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2012.v8n2/101-106/es>
- Scott, JW. (1992). *Experiencia*. <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana13/ventana13-2.pdf>
- Soares, J. Batista, AR. Carvalho, HD. Neves, HM. (2020). *Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19*. Revista Cubana de Enfermería. 36(2). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3738/599>
- Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación [SCARE]. (2020). *¿Está preparado el sistema de salud colombiano para enfrentar el COVID-19?* <https://scare.org.co/noticias/esta-preparado-el-sistema-de-salud-colombiano-para-enfrentar-el-covid-19/>
- Taylor, SJ. Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (J. Piatigorsky, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1984).
- Taylor, SJ. Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Paidós. [https://metodos.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/03/taylor\\_4\\_entrevistaprofundidad.pdf](https://metodos.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/03/taylor_4_entrevistaprofundidad.pdf)
- Torres-Cantero, AM., Álvarez, EE., Morán-Sánchez, I., San Lázaro, I., Bernal, E., Hernández, M., Martínez-Morata, I. (2022). *El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud. Informe SESPAS 2022*. Rev Gaceta Sanitaria. 36(1). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.008>
- Torres-Tovar, M. (2021). *COVID-19: Pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemias*. 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso : Universidad de Valparaíso, 2021. <https://redsacsic.org/wp-content/uploads/2021/04/2021-America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf#page=291>
- Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención paciente en crisis emocional – primeros auxilios psicológicos*. [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.80.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf)
- Urbiña-Villarraga, JA. Velandia-Puerto, SM. Gómez-Lora, MC. Cañón-Ramirez, DS. Vargas-Montoya, TMM. Harnache-Bustamante, DH. (2021). *Síndrome de Burnout y la psiconeuroendocrinoinmunología: consecuencias en el personal de salud durante la pandemia por Coronavirus*. MedUNAB. 24(1), 9-12. [https://doi.org/10329375/01237047.3997i-SSN\\_0123-7047e-ISSN\\_2382-4603](https://doi.org/10329375/01237047.3997i-SSN_0123-7047e-ISSN_2382-4603)
- Valencia, EG. Correa, DA. Pazmiño, VK. (2021). *Síndrome de Burnout en personal de salud que brinda atención a pacientes con COVID-19*. Revista Cientific. 6(21), 144-162.



- Valeriano, KC. (2022). *Nivel de estrés y su relación con la carga laboral en el profesional de enfermería frente a la pandemia covid-19 en los servicios de la unidad de cuidados intensivos (área covid-19) y emergencia del hospital III salud - puno 2021. Tesis para optar el grado académico de licenciada en enfermería. Universidad Privada San Carlos.* [http://34.127.45.135/bitstream/handle/UPSC%20S.A.C./44/Katty\\_Carol\\_VALERIANO\\_TACCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://34.127.45.135/bitstream/handle/UPSC%20S.A.C./44/Katty_Carol_VALERIANO_TACCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida.* (O. Miro. Trad.) Idea Books.
- Van Manen, M. (2016). *Fenomenología de la práctica, Métodos de donación de sentido en la investigación y la escritura fenomenológica.* Universidad del Cauca (Ed). (pp. 339-354).
- Vargas, C. (2020). *Situación de los trabajadores de la salud durante el COVID-19.* Epicrisis.org. <https://epicrisis.org/2020/12/29/situacion-de-los-trabajadores-de-la-salud-durante-el-covid-19/>
- Velásquez-Jiménez, CM. (2020). *Enfermería en Colombia en tiempos de la pandemia por coronavirus.* Rev. cienc. cuidad. 17(2), 5-7. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2332/2323>
- Vivas, MS. (2009). *La experiencia como validación epistemológica del conocimiento en general y en particular en sujetos específicos.* Revista de las ciencias del espíritu. LI(151), 181-206. <https://www.redalyc.org/pdf/3435/343529805008.pdf>
- Wang, S., Xie, L., Xu, Y., Yu, S., Yao, B. Xiang, D. (2020). *Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019.* Rev Occupational Medicine. 70(5). <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa074>
- Ybaseta-Medina, J. Becerra-Canales, B. (2020). *El personal de salud en la pandemia por covid-19.* Rev méd panacea. 9(2). DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.322>

## Anexos

### Anexo 1. Acta Aval Comité de Ética de Investigación



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE INVESTIGACION

Acta N° CEI-FE 2022-15

#### COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

**Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004.**

**Lugar y fecha:** Medellín, 04 de marzo de 2022.

**Nombre del proyecto:** *"Experiencia de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, en la atención de pacientes con COVID-19 en la ciudad de Medellín".*

**Nombre del estudiante investigador de Maestría en Salud Colectiva:** Wilson Camilo Martínez Jiménez. **Asesora:** Marcela Carrillo Pineda.

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia luego de revisar el proyecto de investigación con fundamento en los requerimientos de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), las normas internacionales que regulan la ética de la investigación (Declaración de Helsinki, 2013; Pautas de la CIOMS, 2016) y los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica (Ezequiel Jonathan Emanuel), evalúa lo siguiente:

• **Criterios para la conducción responsable de la investigación:**

1. **Asociación colaborativa:** No se indica asociación colaborativa con una institución específica de salud. El investigador inicialmente contactará a un profesional que trabaje en la IPS donde él trabaja y se difundirá a otras instituciones a través de la estrategia de bola de nieve. Se desarrollará prueba piloto para validar los instrumentos, cuyo resultado no será incluido en la investigación principal.

2. **Validez científica:**

Estudio cualitativo con herramientas de la fenomenología, utilizarán técnicas de recolección de información como la entrevista en profundidad y el diario de campo. Se complementará con una revisión minuciosa de la literatura, con el objetivo de comprender las experiencias de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, durante la atención de pacientes con Covid-19. Se tienen previsto realizar 12 entrevistas; la finalización de estas será determinada por la construcción y profundidad de los temas. Las entrevistas podrán ser realizadas de manera presencial o virtual, tendrán una duración aproximada entre 40 a 60 minutos y serán grabadas en formato audio, previa autorización del participante. En la modalidad presencial se realizarán en un aula o biblioteca de la Facultad de Enfermería. Anexan guía con preguntas orientadoras para la entrevista.

3. Validez social: Suficiente sustentación.

4. Selección equitativa de los participantes: Se determinan criterios de inclusión y exclusión.

5. Razón riesgos/beneficios:

La presente se considera como una investigación de riesgo mínimo y se establecen mecanismo para su contención.

En cuanto al beneficio se señala que los participantes serán invitados a una presentación presencial o virtual de los resultados. Sin embargo, mencionan que *“tendrán un beneficio directo para los trabajadores de la salud, porque permitirá adoptar las medidas pertinentes para la continuidad en la atención de pacientes con Covid-19”* (pág. 24), pero no es claro cómo se logrará esto. Ajustar

6. Evaluación independiente: La evaluación del proyecto de investigación será revisada y avalada por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

• **Protección de los derechos de los sujetos involucrados en la investigación.**

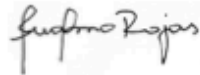
1. Respeto a la autonomía: Está contemplada.

2. Respeto a la confidencialidad: Está contemplada.

3. Consentimiento informado: Se anexa formato de consentimiento informado el cual cumple con los requisitos.
4. Custodia: Se indica que estará a cargo del investigador, en computador personal, bajo contraseña, por un periodo de cinco años.

**Conclusión: Se concede aval.**

Esta acta se discutió en reunión extraordinaria virtual el 4 de marzo de 2022 con la participación de Johana Giraldo (Abogada), Patricia Jaramillo (Representante externa), María Angélica Arzuaga (Representante de los profesores) y Juan Guillermo Rojas (Representante de los investigadores). Cualquier cambio o modificación al proyecto de investigación debe ser informada al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia para su revisión.



Firma

**Juan Guillermo Rojas**

c.c. 71.706.884

Presidente CEI-FE

Profesión: Enfermero, Mg. y PhD en Enfermería.

Cargo actual: Docente

Institución: Universidad de Antioquia

Comité para la evaluación del componente ético en las investigaciones

Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia

Anexo 2. Volante

**¿Quieres contar tu experiencia?**

Si eres enfermero (a), médico general o terapeuta respiratorio y al mes de mayo de 2021 llevabas trabajando 2 años en un servicio como hospitalización o UCI y estuviste en la atención de pacientes con Covid-19 en la ciudad de Medellín. Te invito a que participes en la investigación titulada:



**“EXPERIENCIA DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS EN RELACIÓN CON SU SALUD, EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN”.**

**Contacto:**

Wilson Martínez. Estudiante de la Maestría en Salud Colectiva,  
Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.  
Correo electrónico: [wcamilo.martinez@udea.edu.co](mailto:wcamilo.martinez@udea.edu.co) Celular: 3128029730



### Anexo 3. Consentimiento informado

Apreciado participante, lo saluda Wilson Camilo Martínez Jiménez, estudiante del Programa Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Quien en compañía de la asesora Marcela Carrillo Pineda, me encuentro realizando la investigación titulada “Experiencia de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, en la atención de pacientes con covid-19 en la ciudad de Medellín”, la cual tiene como objetivo general comprender las experiencias de los trabajadores sanitarios en relación con su salud, durante la atención de pacientes con Covid-19. Y se justifica en que permitirá conocer la experiencia vivida por usted como profesional, lo cual puede contribuir con la posibilidad de abrir una ruta de atención o intervención en crisis emocional o unos primeros auxilios psicológicos. También, al conocer de los ambientes de trabajo, permitiría a futuro dar lineamientos encaminados a mejorar dichos espacios. En relación con la pandemia, se puede contribuir a establecer el manejo de pacientes con Covid, en caso de una reinfección o un nuevo pico. A manera disciplinar se puede aportar al saber de la Salud Colectiva. Finalmente se podrá dar voz a su experiencia de una manera subjetiva, lo cual es posible con la investigación cualitativa.

Usted ha sido invitado a participar por ser un profesional sanitario y reunir los criterios de inclusión. Se espera entonces tener su consentimiento para realizar una entrevista, que tendrá una duración aproximada de 40 a 60 minutos, la cual será grabada por medio de una grabadora periodística, que permita luego hacer la transcripción de manera fidedigna de la información aportada por usted, y que partirá de unas preguntas encaminadas direccionadas al cumplimiento de los objetivos. Para llevar a cabo la entrevista se sugiere un espacio que le genere comodidad y tranquilidad, para lo cual se sugiera la biblioteca o un aula de La Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. En caso de presentar algún inconveniente con la realización de la entrevista grabada, se podrá recolectar la información en un diario, lo cual implicaría la toma de notas de las diferentes respuestas suministradas.

Es importante que durante la entrevista se puedan guardar las normas de bioseguridad, dadas por la situación de salud actual y por las condiciones laborales; principalmente el uso del tapabocas. Adicional, también cabe mencionar que la entrevista puede evocar temas sensibles o revivir situaciones molestas, de llegar a presentarse alguna de dichas situaciones, tiene la libertad de solicitar la suspensión de la entrevista, o expresar la molestia. O si usted lo considera pertinente,

la entrevista también se podría realizar de manera virtual. Su participación en la investigación, será de gran beneficio para la producción de conocimientos, de igual manera se hará una devolución de los resultados.

En caso de existir alguna duda sobre la investigación, puede ponerse en contacto con el investigador Wilson Camilo Martínez Jiménez en el correo: wilsonmartinez9140@gmail.com o en el número de teléfono: Celular 3016182848. También puede contar con la garantía de que va a recibir una copia del consentimiento informado, que le permita hacer una relectura y acceder libremente al documento si se considera necesario.

Si en algún momento de la investigación usted desea retirarse de la misma, puede hacerlo; del mismo modo, es libre de abstenerse a responder preguntas cuando usted como participante lo decida. Recuerde que su participación ha sido voluntaria y que no existe nada que lo coaccione para participar en ésta. En cuanto a la información recolectada, esta se obtendrá solamente para fines de la investigación, garantizando que no será puesta en riesgo y que se conservará el anonimato de la identidad y la información suministrada.

Dicha información, será manejada con estricta confidencialidad en un documento en Word guardado en el disco duro del computador personal del investigador y con requerimiento de contraseña para acceder al mismo, por un periodo de cinco años. La identificación de las entrevistas, se establecerá una codificación para cada una de ellas, empleando la letra mayúscula E, y el número correspondiente según las entrevistas realizadas, de esta manera se evita el uso de nombres propios durante el proceso de recolección, sistematización, análisis de información y presentación de resultados.

Como investigador, me comprometo a realizar la devolución de los resultados de la investigación, idealmente en una reunión que podría ser virtual, usando una plataforma gratuita que permita la asistencia y participación de todos los profesionales que participen de la presente investigación. De igual manera, mantendré en todo momento un trato de respeto para los participantes, evitando hacer juicios de valor frente a las diferentes respuestas o aportes dados en la entrevista.

Cada consentimiento será diligenciado haciendo una lectura completa del mismo, de forma sencilla y empleando un lenguaje claro, para garantizar la comprensión de los objetivos, los riesgos, los beneficios y la participación en la investigación. El registro de la Declaración de

Consentimiento, se llevará a cabo mediante la firma del participante, dos testigos y el investigador responsable de esta investigación.

Como participante, usted se compromete a brindar información correcta al investigador, garantizando que las respuestas dadas a las preguntas son veraces. Adicional, cabe aclarar que la participación en la investigación no implica ningún gasto para usted.

Participante: manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la estoy tomando en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre. He leído o me han leído, y he comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que me han permitido entender el de que se trata el estudio, y me han respondido satisfactoriamente. He recibido una copia de este documento y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Testigo 1: He sido testigo de la lectura del documento de consentimiento informado al potencial participante, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el consentimiento para la participación en la investigación por parte del participante, ha sido tomada de manera voluntaria.

Firma: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Testigo 2: He sido testigo de la lectura del documento de consentimiento informado al potencial participante, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el consentimiento para la participación en la investigación por parte del participante, ha sido tomada de manera voluntaria.

Firma: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_



Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Investigador: he leído con exactitud y claridad, el documento de consentimiento informado al participante, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el participante ha dado consentimiento libremente.

Wilson Camilo Martínez Jiménez

Firma: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: 15519140

Teléfono: 3016182848

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

#### **Anexo 4. Guía de la entrevista**

*Entrevistadores:* Wilson Camilo Martínez Jiménez (E1CJ)

Marcela Carrillo Pineda (E2CP)

*Entrevistado:* profesional sanitario

*Propuesta de preguntas*

¿Hablemos de su experiencia como profesional?

¿Describa en qué consiste su labor cotidiana como profesional en el servicio en que se desempeña?

¿Qué ha significado La Covid-19 para usted?

¿Cómo ha sido su experiencia, en la atención de pacientes con Covid-19?

¿Cómo se trabajaba antes de la pandemia?

¿Qué ha cambiado en la forma de trabajar en la pandemia, comparado con el trabajo antes de la pandemia?

¿Qué ha sido lo más difícil, positivo o rescatable de la pandemia?

¿Qué condiciones de trabajo has tenido que enfrentar en el tiempo de pandemia?

¿Ha experimentado cambios en su salud (física, mental y social) durante la experiencia de atender pacientes con Covid? Descríbalos.

¿Desea agregar algo más?

## Anexo 5. Narrativas

### 5.1. Médica 1

La participante es mujer, médica, egresada de una universidad de la ciudad de Medellín, con experiencia en transporte medicalizado terrestre y en hospitales de primer, segundo y cuarto nivel de complejidad. Ha sido médico de hospitalización, consulta externa, urgencias y UCE. Describe que al inicio de la pandemia tenía un contrato sindical, donde ganaba un millón de pesos menos al que terminó ganando en la institución donde vivió gran parte de la pandemia, y además estaba contratada directamente con la clínica y tenía todas las prestaciones. “Las horas de trabajo eran en 192 y 200 dependiendo de los médicos, como hubo tanta migración en pandemia los horarios eran variados”.

El inicio de la pandemia es descrito por la participante como “para mí fue un choque, decíamos: es una gripa, está al otro lado del mundo y no va a pasar nada”. Sin embargo, al ver la realidad de la enfermedad y la letalidad causada por el virus, su pensamiento cambió, al punto de tener un “choque mental, fue muy fuerte y yo me fui de mi casa, busqué un apartamento por internet; llegué y empaqué en el carro lo que me cabía, un colchón, compré dos ollas, una escoba y una trapeadora y me fui a vivir a Rionegro”. “Mi novio se fue a vivir conmigo, entonces fue el doble karma; Primero sola y luego viviendo con una persona de la nada, cuando siempre habíamos dicho que no, jamás, hasta que no hubiera matrimonio jamás. Pero bueno, fue la convivencia. Creo que el tenerlo a él fue un apoyo muy importante”.

La participante tuvo la experiencia de ser médico Covid, estar en contacto con estos pacientes significaba que “llegaba mi casa y me hacían bañar, cambiar en las escalas y toda la cosa, pero era como incómodo”. Ser médico Covid, también representó que tuviera que trabajar con unas pijamas que describe como “desechables”. Además, sus compañeros de trabajo no se hacían con ella, por lo cual sentía que “moríamos pal mundo, nos entramos al área Covid y ya nadie nos volvía a hablar o nadie nos apoyaba, tenía que ser que la situación se ponía muy fea, que empezábamos a decir: bueno tiene que entrar alguien y era casi que braveado, necesitamos apoyo, estamos llevados, no lo hacían así pues de buena gente, ni los compañeros entraban, tenía que ser un desastre para que entraran, un desastre entiéndase que tuviéramos más de 15 pacientes”.

En el servicio de urgencias, generalmente trabajaban tres médicos, y entre ellos se apoyaban. Cuando empezó la pandemia, el hospital tenía 18 camas en el servicio para pacientes que necesitaban valoración por alguna especialidad, pero “cuando empezó todo el temor o toda la zozobra sobre el Covid los pacientes no iban, entonces las primeras 3 semanas había noches donde en toda la noche veíamos 2 pacientes y 3 médicos mirándonos la cara para 2 pacientes”. Las personas no consultaban y los médicos podían pasar la noche sin atender a ningún paciente, jugando cartas o durmiendo. Sumado a lo anterior, también está el punto de no poder salir a apoyar a los demás compañeros porque estaban con ropa Covid, y “prácticamente estábamos desnudos”. Sin embargo a la tercer semana del inicio de La pandemia en el país “se dio un choque, como estábamos empezando abril y abril es una época de lluvias, obviamente empezaron a haber exacerbaciones del EPOC, las fallas cardiacas a descompensarse porque no habían consultado, empezaron a haber neumonías y cualquier cosa que tosiera o tuviera dificultad para respirar era de Covid, ya empezamos a tener una cantidad exagerada de pacientes que no tenían criterios para pensar en Covid y tuvimos fue el choque contrario”. Lo anterior generó que los pacientes debían cumplir con un aislamiento de 7 a 10 días esperando un resultado que sería negativo.

Buscando continuar con la atención de todos los pacientes, lo que hizo el hospital fue dividir el servicio de urgencias en dos alas, una Covid y una no Covid. Lo cual permitió tener menos camas para pacientes no Covid y aumentar el número de camas para los pacientes Covid. En total quedaron en el ala de urgencias Covid 16 camas, de las cuales cuatro fueron usadas como camas de UCI, pues permitían monitorizar a los pacientes y la gobernación de Antioquia facilitó dos de los cuatro ventiladores mecánicos.

Dentro de los elementos de protección personal, el hospital le había dado “un traje de motos de plástico”. “Nos ponían el traje de motos y encima nos ponía unas batas que había donado alguna empresa antifluido, entonces uno era con el traje de moto más la bata especial, pues la bata antifluido, la N95, gafas que nosotros habíamos comprado, que las habíamos comprado como de motos, así todas pegadas y gorro, que también era gorro personal, que lo cubrimos con un gorro desechable. Esa primera medida fue un desastre. Uno se quería desmayar, o sea si uno tenía una reanimación, si uno tenía que intubar, incluso simplemente trasladar al paciente uno se quitaba esa ropa y uno solamente sudaba aguas abajo, uno quedaba mareado, estaba muy deshidratado”.

En medio de la pandemia, la participante tuvo un cambio de institución, lo cual le permitía estar más cerca de su familia. Sin embargo, el cambio le generó “un choque total, primero conseguir

casa, segundo no sabía cuánto tiempo más iba a pasar, entonces yo decía que no me quería meter en un contrato de un año porque al mes ya iba a volver a mi casa, supuestamente. Entonces pues fue un chicharrón por ese lado”.

En la nueva institución, como médico general la participante debía cumplir con funciones mixtas, donde debía dedicar un tiempo a la auditoría y otro a la asistencia, en una relación aproximada 70/30 o 20/80, lo cual representaba “aprender desde cero toda la función administrativa”. La nueva institución tuvo la oportunidad con “la Ley de emergencia sanitaria de crear 16 Unidades de Cuidados Especiales de la nada, eran 8 UCE no Covid y 8 UCE Covid, eran habitaciones de pacientes normales, que permitían la monitorización a través de telemetría externa, adicional en la UCE Covid tenía uno la opción de tener videocámaras para ver a los pacientes porque había un protocolo de mínima manipulación y enfermería solamente podía entrar 4 veces al día, entonces 2 veces cada turno y el resto de la vigilancia era a través de cámaras y nada más”.

La UCE también fue un choque para la participante, el personal de enfermería de la unidad tenía preparación en cuidados especiales, todas eran jefes de hospitalización y habían tenido poco contacto con los medicamentos de alto riesgo, “uno hablaba de medicamentos y convulsionaban o uno decía vamos a intubar y todo el mundo corría en círculos”. Adicionalmente llegaron las olas de la pandemia, “y las olas fueron un desastre total. La rotación de personal se volvió incontenible, incontenible es que en un mes pueden renunciar 30 personas, ni siquiera tenían tiempo de inducción, sino que entraban y al otro día ya tenían turno y buena suerte que la virgen los acompañe”. Es así como “todos pasamos por una sobrecarga laboral, porque el recambio de la falta de personal dentro de las clínicas es absurdo”. La situación anterior significó “tener pacientes en condiciones muy malucas sin personal que te apoyara”. Tampoco se tenía servicio de farmacia satelital y tocaba esperar la ronda de entrega de medicamentos, la cual empezaba en el tercer piso.

En cuanto a los elementos de protección personal, “me pareció un poco chocante, porque allá si eran muy diferentes las medidas, simplemente nos daban una bata de tela de cirugía”, una bata manga larga, un par de guantes, la mascarilla y el gorro que cada uno compraba y era opcional usarlo, con eso, “normalmente uno se sentía un poquito a la deriva”

La clínica no tenía sistemas de alto flujo de ventilación, entonces se tenían “dos opciones, si el paciente empezaba a pedir oxígeno primero le colocábamos una cánula nasal, más la máscara de no Re-inhalación, si uno es objetivo, eso solamente da una FIO<sub>2</sub> del 90%, pero no está dando peep objetiva, pues una peep máxima de 4 y si el paciente no salía con eso se intubaba. Nosotros

no teníamos alto flujo, nosotros no teníamos ningún otro sistema disponible para el paciente, porque los sistemas de oxigenación no daban, y pues porque no se podía”.

“La clínica tenía una capacidad para 37 ventiladores simultáneos, al llegar al número 37, que era el número mágico, las reservas de oxígeno se apagaban, entonces todos los pacientes con oxígeno se quedaban sin oxígeno”. Siempre la idea era llevar las reservas de oxígeno al mínimo, porque todos los pacientes mínimamente tenían máscara de no reinhalación y no había como intubar, avisaron que ya tenían 36 pacientes conectados y apenas eran las 10 de la mañana, hubo necesidad de activar urgencia institucional y se dio la orden de intubar a partir de ese momento a personas menores de 60 años, habían dos personas “pidiendo tubo”, pero como ninguno era menor de 60 años “se les empezó sedación consciente para que fuera lo que Dios quisiera”.

La participante describe la tercera ola como “una gonorrea y como “el peor tiempo de mi vida, yo un día llegué a mi casa a bañarme pues obviamente después de cada turno pero era tal la situación que yo no sé, yo colapsé y me metí a bañar con pijama y todo chillando y yo, yo no estudié pa esto sáquenme de aquí”. Además “todos eran personas de mi edad, o sea literalmente, [yo acabo de cumplir 29 años] y llegué a recibir un turno donde de los 5 intubados 4 tenían mi edad, “¡MÍ EDAD!”. La participante también menciona que se le murieron personas, no de su familia, pero pacientes con los que había hecho una relación de cercanía, y eso le daba muy duro. Hubo una situación particular con un ciudadano de Chile que viajó al país para casarse con su esposa, porque la intención era llevársela para Chile. “El único factor de riesgo que tenía era la obesidad, pesaba 120 kg creo, no estoy segura de ese peso”. Cuenta que el paciente llegó normal, con dificultad respiratoria, “en 24 horas escaló a máscara de no Re inhalación, pero hizo una frecuencia respiratoria muy perversa y una PAFI de 50, se le hizo intubación orotraqueal, duró intubado 7 días”. El chileno no tenía seguridad social y su esposa estaba aislada en casa, hubo que esperar que ella cumpliera el aislamiento para hacer una afiliación en caliente, junto con una familiar que trabaja en el CRUE departamental se le empezó a gestionar una UCI al chileno, pero primaban los pacientes con seguridad seccional de Antioquia y por eso no lo iban a recibir tan fácil. Finalmente, el “chileno murió, murió necesitando una ECMO que no se la dieron porque era chileno, no tenía seguridad social, no tenía contactos, entonces son esas cosas que si lo rayan a uno feo”.

Algo que comenzó a surgir en la tercera ola fue la violencia, “había demasiada violencia y todo era falso y nosotros lo estamos inventando y vamos a quitarle los órganos y que se nos pagaba

por paciente y toda esa mierda, la gente era muy violenta. Nos tocó llamar a la policía antes de que nos golpearan”.

Con la pandemia “Los intensivistas se reventaron a tal parte, que por ejemplo, cuando uno estaba en la UCE, uno estaba a la mano Dios, el intensivista te recibía el paciente telefónicamente, o si subía, no conocían la cara del paciente, solamente conocían los registros de la historia, uno era jugando a ser Dios y uno le decía profe venga, yo quiero ponerle esto, quitarle esto, hacerle esto, y eso que porque a uno le interesaba el paciente, porque otra persona, a bueno Igual manejo”

En cuanto a la parte física “hubo varios cambios. Tuve que dejar de entrenar, pues yo siempre iba al gimnasio, no podía entrenar, entonces hubo como una variación en el peso y hubo incluso un momento en que para mí fue muy fuerte eso, me chocaba mucho y decía puta, o sea, tengo todas las mil oportunidades de morir, simplemente por ser gordita y eso sí me parecía muy muy miedoso”. “Nosotros nos decimos a nosotros mismos pollitos de colores que en cualquier momento nos íbamos a morir”.

En cuanto a lo social “no me gustaba salir, y soy muy exigente con la mascarilla de no quitármela a pesar de que me invitaran a fiestas, pues sí, he estado asistiendo, así como el cumpleaños de la hija de mi mejor amiga, o eso, entonces toda la familia nos miraba raro porque ni mi novio ni yo nos quitábamos la mascarilla y ya todos eran como si nada. De hecho, para saludar a mi mamá, para estar en la casa con mis abuelos para lo que sea, incluso aún, que viajo con mi mamá de vez en cuando no me quito la mascarilla para nada”.

Dentro de las emociones que experimentó la participante se encuentra la frustración, acompañada por un sentimiento de culpa porque su novio no podía ver a la familia, y era algo como: “que cagada por venir a cuidarme a mí se quedó sin su familia”. “Cansancio, era como ¡ay! otra vez, y a veces uno sentía como mucha impotencia de ver a todo el mundo como si no importara como si no pasara nada y uno viendo a otra gente a morir en el hospital, da mucha impotencia, y más porque la gente estaba muy violenta”. Otra de las emociones fue la “rabia, porque a veces llegaban los pacientes muy graves en paro, nosotros entrábamos a hacer la organización y sólo cuando estábamos intubando, se acordaban de que tenían síntomas Covid”.

La salud mental también se vio afectada, la participante mencionaba que “yo creo que todos nosotros quedamos muy rayados después del Covid, creo que sí hubo cosas para bien o para mal. Creo que sí necesitábamos más apoyo, o sea eran muy buenas las líneas que montó la alcaldía, pero nunca teníamos tiempo para acceder a ellas”.

Dentro de los aprendizajes que le dejó la pandemia a la participante, es claro que: “Todos sentimos que somos antes o después de la pandemia, cierto, está muy bacano la vocación. Tenemos una vocación, la tenemos muy clara, hacemos esto porque nos gusta, pero entonces uno veía a los médicos que se morían y uno decía: que bien, que chimba les hacen una calle de honor ¿y? ¿Dónde quedaron sus sueños, dónde quedó su familia? y ¿por qué se murieron? Se murieron porque se infectaron y se infectaron en una fiesta ¡listo! ellos sabían a que fueron, pero ¿cuántos se infectaron porque llegaban los pacientes sin querer decir la verdad, porque los íbamos a hacer pasar por Covid y les empezaron a hacer procedimientos y sólo a mitad del procedimiento se les acordaba, se cortaban de decir que tenían síntomas? ¿Qué tanto vale mi vida? O ¿qué tan poquito vale? Que alguien me puede infectar y quitarme mi vida porque ajá”.

En cuanto a la atención de los pacientes, la participante también expuso que existía un “debate moral, ¿yo lo maté intubándolo? ¿o no lo maté? ¿le ayudé? ¿Qué hice yo ahí?, ¿Soy una gonorrea que lo estoy poniendo a sufrir, porque no teníamos medicamentos para intubarlos adecuadamente?, sino que los estábamos intubando casi que despiertos, ¿yo lo tengo sufriendo? O ¿le estoy ayudando? ¿Qué estoy haciendo?

Por su parte, frente al sistema de salud la participante concluye que “creo que necesitamos fortalecer el sistema de salud, me parece muy preocupante la ausencia de profesionales y no sé hasta que punto es una ausencia o mal distribución. ¿Qué me preocupa? La vocación”, porque es que siento que muchas de las personas que en este momento son del área de salud no lo hacen por vocación y eso me preocupa, me preocupa mucho porque siento que no hacen su trabajo porque quieren, sino porque les toca, entonces eso no nos permitiría poder vivir otra pandemia. Van a seguir renunciando, se seguirán yendo. Siento que hay algo que nos hace mucha falta, a los humanos y sobre todo al personal de salud, comunicación y comunicación efectiva. Entonces, tenemos líderes que no son capaces de comunicar sus pensamientos y que entre su crisis lo que hacen es empeorar las crisis y que ese es otro de los factores que llevó a que el sistema colapsara. Los líderes colapsaron, y ese colapso hizo que el que el personal alrededor también se viera muy afectado por esos cambios de mando, o por esos cambios de pensamiento.

Finalmente, la participante menciona con respecto al bono Covid que el gobierno le pagó a los trabajadores, que “no es suficiente, ese auxilio Covid demostró que tan corrupto puede ser este país. O sea, hay personas que en su vida tocaron a un paciente Covid, que hicieron siempre teletrabajo y les llegó primero el bono que a muchas personas que estamos en urgencias”. “Fue



poca su eficiencia, su efectividad en el sentido de que la mayoría se lo gastaron en un fin de semana, en un televisor, en algo que querían y no fue algo en el tiempo, que reemplazara las muertes, los cansancios, la doblada de turno, no fue, no es nada en comparación a lo que tenía que ser, pero una Ley, una norma en Colombia no sirve para nada, una más pa la lista”.

## 5.2. Enfermero 1

El participante es hombre, egresado de una Universidad Manizales, con 12 años de experiencia como enfermero, quien siempre se ha “desempeñado en áreas críticas”. ha “trabajado en unidades de cuidado intensivo; inicialmente en la ciudad de Manizales y luego me desplace a Medellín”. Es especialista en cuidado crítico adulto y Magíster en educación. Adicional se ha desempeñado como docente de la universidad tanto de Caldas, como de la de Antioquía.

El participante describe que trabaja en la Institución hace 10 años, y que “antes de la de la pandemia nosotros teníamos funciones muy claras”, las cuales consistían en llegar 10 o 15 minutos antes a los servicios, para hacer el conteo del carro de paro, del maletín de transporte, tenía la oportunidad de recibir a sus pacientes a la cabecera de estos y posterior a ello procedía a realizar un chequeo de los puntos específicos de cada paciente; dentro de los cuales menciona: sus infusiones, sus signos vitales, sus pendientes administrativos, las curaciones pendientes para el día. Después siendo las 10:00 - 10:30 horas, se empezaba la ronda de los pacientes, la cual era multidisciplinaria y permitía hacer discusiones académicas en torno a los pacientes; de donde se seleccionaban algunos temas con la intención de ser revisados. En horas de la tarde, las funciones eran más de acompañamiento a los familiares, de estar pendiente de las visitas, de pronto alguno que otro ingreso o alguna alta, finalmente se terminaba el turno. Lo anterior fue nombrado por el participante “como la rutina diaria, sin complicaciones de los pacientes, sin situaciones así estresantes o inesperadas”.

Continúa el participante mencionando que antes de la pandemia la Institución tenía varias UCIS, divididas en: una unidad cardiovascular, una médico-quirúrgica donde se recibían los pacientes postquirúrgicos, una de Neurocirugía, una de infectología; donde ingresaban los pacientes que debían ser aislados, ya fuera por aerosol, por contacto o por gérmenes panresistentes, y finalmente una Unidad de Cuidados Especiales (UCE). En las unidades se trabajaba fijo la mayor parte del tiempo, sin embargo, era posible ocasionalmente poder hacer cambios de turno con

compañeros de las demás unidades, lo cual no generaba ningún inconveniente. También se menciona que el personal de enfermería no superaba los 40 enfermeros, y que con ellos era posible suplir la necesidad de cada unidad. Las condiciones de trabajo siempre le han parecido muy buenas en la institución, destacando que las funciones no le parecían saturadas, que era posible rendir y hacer las actividades diarias sin complicaciones, aunque tuviera días en los que había mucha sobrecarga, se podría contar con el apoyo de una persona para los trámites administrativos de los pacientes; lo cual les permitía ahorrar tiempo, y cuando había alguna situación o dificultad mayor que como enfermero no podía solucionar, la coordinadora de UCI era quien brindaba el apoyo para resolver dicha situación. Finalmente, el participante menciona que “con los otros profesionales no teníamos dificultades, había un ambiente muy armónico en el grupo y muy académico también.

En cuanto a la llegada de la pandemia a la Institución, el participante menciona que significó un reto muy grande porque no se contaba con el recurso humano necesario para hacerse cargo de lo que se venía, porque el recurso humano que se tenía no estaba lo suficientemente entrenado y porque se contrató gente sin experiencia en cuidado intensivo. Además porque los recursos empezaron a escasear (medicamentos). Dentro de los temas que eran necesarios y urgentes para el personal de enfermería en la UCI, están: los medicamentos, la ventilación mecánica y el significado de las arritmias; las cuales son situaciones que se pueden identificar gracias a la agudeza que se desarrolla cuando se trabaja en Cuidado Intensivo. Resaltando también que todo era más difícil para los nuevos porque a parte del temor al Covid, tuvieron que enfrentar el temor de estar por primera vez con un paciente crítico.

El hospital tuvo la necesidad de disponer de servicios de hospitalización y adaptarlos para convertirlos en UCIS, generando una capacidad inicial de 45 nuevas camas para pacientes con Covid, sin embargo, no fue suficiente porque los pacientes se desbordaron, en total la institución abrió unas 150 camas para estos pacientes.

Por su parte, para el participante La pandemia también fue un reto muy grande, al principio la describe como difícil y compleja, porque no se sabía qué hacer. Además porque hubo una ruptura de un pensamiento estructurado que tenía con respecto al cuidado de sus pacientes, significó no tener la capacidad física suficiente para atender las necesidades de los pacientes que tenía a cargo; porque pasó de tener 5-6 pacientes a tener 10-13 pacientes, porque sintió la necesidad de estar pendiente de los compañeros sin experiencia en el área, por ser uno de los más antiguos en el servicio, lo cual implicaba que su trabajo se duplicara, triplicara o incluso se multiplicara 10 veces

más de los que él había pensado. Ese aumento de la carga laboral significó no tener la oportunidad de salir a vacaciones porque no se podía, primero porque no se tenía el personal suficiente y segundo porque había muchas personas contagiadas, lo cual también afectó de gran manera su salud. El hecho de estar pendiente de los compañeros nuevos y sin experiencia representaba una carga para el participante, pero refiere que lo asumió por el amor a lo que hacía, el amor por sus pacientes, el amor a la institución y porque era algo necesario; ya que muchos de los compañeros nuevos no tenían experiencia ni siquiera en áreas de alta complejidad, debido a que algunos venían de áreas de Promoción y Prevención (PyP) y la UCI era un mundo nuevo. Además, porque verles la cara de angustia y de preocupación, generaba que por camaradería se le dijera: “¡Venga tenemos que salir adelante todos, o salimos todos o nos hundimos todos!”, ese era como el lema que se adoptó por todos.

Lo anterior llevó al participante a enfrentar ese reto de tener que dejar de esquematizar a su paciente como un todo, e intentar suplir una sola necesidad en este, generando una disrupción en su mente con respecto al cuidado; porque tenía la enseñanza de que el cuidado es integral, es decir, debe darse en todas las esferas de la persona cuidada, interrumpiendo su pensamiento por el bien común. También menciona que la pandemia no le permitía identificar las necesidades de sus pacientes, porque no tenía tiempo, lo cual hacía que la prioridad fuera encontrar las necesidades que en realidad fueran vitales para sus pacientes; donde la más común fue la dificultad para respirar. Entonces no había tiempo de identificar otras necesidades, generando un disparo grandísimo en la aparición de úlceras por presión e infecciones.

Había días en los que escaseaban los medicamentos, llegaba personal nuevo de diferentes profesiones, sin embargo, el participante menciona que la experiencia le sirvió para ser resiliente, para nunca dejar de trabajar, nunca dejar de creer que las cosas pueden cambiar. Sin embargo, también fue una forma de entender que el trabajo en equipo era formidable, que si hubiesen sido egoístas con el conocimiento o con las personas nuevas no hubieran podido dar tregua en la pandemia

En cuanto a los picos de la pandemia, el participante menciona que para él el primer pico fue el más difícil, primero por el miedo que le tenía al Covid; lo cual lo hacía ser en exceso precavido y eso lo limitaba un poco intentando resguardar su salud. Menciona que se usaban trajes de protección completos y que eso le daba mucho calor y causaba deshidratación, al punto de ver a sus compañeros desmayados por el exceso de trabajo. El traje completo incluía: gorro, tapabocas,

máscara, monogafas, 3-4 pares de guantes: Sin embargo, luego de una reunión con el comité de infecciones de la institución se dejaron de usar los trajes, lo cual el participante considera un alivio. Después del cambio, se empezó a usar solamente la pijama institucional y bata para atender a los pacientes, junto con la protección para el rostro que incluía monogafas y mascarilla N-95. Además, porque como muchos de sus compañeros no tenían la suficiente pericia, su trabajo se recargaba. Desde el inicio de ese primer pico y después de que pasara un tiempo, se empezaron a organizar entre compañeros y fueron descubriendo sus virtudes y sus falencias, lo cual los llevó a mejorar las condiciones para enfrentar los demás picos de la pandemia, porque ya se tenía un personal más entrenado. Algo que se implementó entonces fue entregarles a los auxiliares de forma resumida sus funciones, las infusiones de medicamentos más usados en la UCI, lo cual generó grandes impactos en la atención de los pacientes. Adicionalmente, con la contratación de los nuevos compañeros disminuyó la carga de trabajo, teniendo la oportunidad nuevamente de tener 5-6 pacientes por profesional de enfermería.

El participante también expresa que él se desmoronó, que hubo una oportunidad donde dijo no más, necesitó acompañamiento psicológico y por medio de la institución pudo acceder a este, buscando suplir las situaciones psicológicas que lo afectaban, dentro de las cuales menciona: la depresión, la frustración y la ansiedad. Dichas situaciones lo afectaban porque desde su formación la enseñanza fue ver a sus pacientes de una manera rigurosa, esquemática, identificando sus necesidades e intentando ser un buen profesional. Lo cual sentía que no lograba ser con la pandemia, ocasionando un golpe fuerte para él, también el sentirse solo y por el miedo de visitar a su familia; la cual dejó de visitar más o menos por un año.

Otra situación fue el contagio por Covid que tuvo el participante, el cual lo afectó bastante y generó cambios en sus hábitos de alimentación. El haber cambiado sus hábitos de alimentación ocasionó un aumento de peso, el cual asocia también con los episodios de ansiedad que lo hacían comer más, o la depresión por la cual pasaba en ese momento. También afirma el participante que antes de la pandemia se cuidaba mucho, practicaba deporte, el cual dejó de practicar y menciona que dejó de tener una vida responsable, de estar pendiente de él a pesar de la época del Covid, menciona que se vio afectado su estado físico, que tenía trastorno del sueño; se trasnochaba pensando cosas o en otras oportunidades se despertaba a mitad de la noche tipo 2 - 3 de la mañana y empezaba a llorar para finalmente volver a conciliar el sueño.

El participante tuvo Covid en tres ocasiones, en la primera fue asintomático, por lo cual su salud no se vio tan afectada, sin embargo tuvo mucho temor y decidió no contarle a sus familiares, afirmando que sus papás eran capaces de venirse desde su ciudad para cuidarlo, lo cual era ponerlos en riesgo, por lo cual no contó nada, decidiendo mejor decirles mentiras cuando lo llamaban, diciendo que estaba trabajando o descansando, cuando en realidad estaba cumpliendo su aislamiento en casa. Ya para su segundo contagio, el cual considera como el más difícil porque si fue más sintomático, sin embargo nada respiratorio, presentó dolores de cabeza, diarrea, dolor abdominal, dolor articular, fiebre; lo anterior era difícil de manejar, eran síntomas muy inespecíficos, bastante complejos, a eso sumado el cumplir con el aislamiento, generó una adaptación y posterior una mejoría. Sin embargo, le parecía difícil la recuperación, porque el desacondicionamiento físico era complejo, y su recuperación física se vio muy afectada.

Por su parte, para en el tercer contagio, el participante menciona que les compartió la noticia a sus familiares y que sus papás estuvieron pendientes hasta que cumplió el aislamiento en casa sin problemas adicionales.

Otro tema mencionado por el participante tiene que ver con las emociones que experimentó durante el tiempo de pandemia, una de ellas fue la frustración, asociada a situaciones en las cuales los pacientes fallecían a pesar de haberles trabajado y dedicado mucho tiempo. En cuanto al embalaje de los pacientes fallecidos, el participante menciona que era una situación difícil, por protocolo institucional había que tomar una foto al cuerpo de los pacientes y guardarla como evidencia con el nombre, la foto era impactante, el cuerpo era tratado como algo riesgoso y por eso debía embalsarse, tenía que cremarse. Aparte del embalaje, se generaba un acoso para liberar la cama, porque ya iban a subir al siguiente paciente. Sin embargo, hubo días en los cuales se tenían pacientes entre 4 y 7 horas esperando poder ser trasladados a la sala de transición.

También sintió tristeza y ansiedad, por ver a las familias sin poder visitar a sus seres queridos, lo cual era muy impactante para él, al punto de ser uno de los temas más tratados con su psicólogo. Dicha situación es asociada por el participante a las videollamadas, lo cual consideraba como difícil y terrible, además siempre le causaba llanto, porque en las videollamadas permitía que todos se despidieran, lo cual le generaba una carga extra porque estas tenían una duración de 20 - 40 minutos, y escuchaba toda la tristeza de las personas involucradas en la videollamada, lo cual lo impactaba mucho. Otro tema que menciona el participante tiene que ver con las personas que

fallecieron y tenían su misma edad, lo cual era impactante para él, también afirma que esta situación lo cargaba mucho emocionalmente.

En cuanto a la experiencia con la pandemia, el participante menciona que al final logró ser algo muy gratificante, porque fue posible aprender a manejar mucho mejor los pacientes y el miedo al Covid había disminuido, sin embargo era importante seguirse ciudadano y protegiendo. Lo anterior en cuanto al manejo de los pacientes hacía posible que estos salieran más rápido y tuvieran menos complicaciones. También era gratificante el hecho de poder devolver funcionales a los pacientes a la sociedad. Además, menciona que el Covid le sirvió para aprender, para repensarse como profesional, transformar su cotidianidad y su qué hacer en pro de las necesidades de las personas. Sin embargo, de la pandemia piensa que nunca se va a estar preparado pero que se tiene la capacidad para manejarla y cumplir de buena manera los retos que esta representa y se podría actuar mejor que al inicio de la pandemia por Covid

### 5.3. Enfermero 2

El participante es masculino, egresado de una Universidad Pública en el año 2017, tiene cuatro años y tres meses de experiencia en UCI. Se formó como enfermero Ecmólogo en uno de sus trabajos y actualmente es estudiante de la Maestría en Enfermería de la UdeA.

El trabajo en UCI antes de la pandemia era un poco más organizado, “ya uno sabía a que tipo de pacientes se enfrentaba” y que era lo que tenía que hacer con cada paciente. No se tenía la incertidumbre que generó la nueva enfermedad del Covid. Además, la carga laboral era menor, se “alcanzaba a brindar todos los cuidados” o “la mayoría de los cuidados que los pacientes requerían”. Generalmente se sale tarde, pero antes de la pandemia no se salía ni tan tarde ni tan cansado, como se salía después de la pandemia. También es importante mencionar que antes de la pandemia la calidad del cuidado era un poco mayor, “porque después de la pandemia entró mucha gente nueva”, sin tanta experiencia, “sin muchos conocimientos necesarios para estar en una UCI”; también porque antes de la pandemia el grupo ya estaba consolidado, había mucha gente de edad con mucha trayectoria y eso facilitaba que uno empezando no hiciera las cosas tan de afán como lo exigió la pandemia.

Lo más difícil para el participante al ingresar a la UCI, fue que no tenía experiencia y lo que para él era novedoso, nuevo o difícil, para la mayoría de las personas era algo básico. Por eso

en UCI siempre es importante aprender lo básico, que en su caso particular no tenía que ver con el paciente, eran temas como aprender a manejar una línea arterial, tomar exámenes a través de la línea, aprender a usar las llaves y como poner la jeringa; porque eso le generaba estrés y ansiedad. También después de pasar dos años en la unidad, entendió que muchas veces el paciente tenía necesidades puntuales diferentes a las que ellos como personal de la UCI decían que tenían, como por ejemplo ser escuchado, que lo hagan reír, “que le explique cualquier bobadita”, lo cual era igual de importante que hacerle una curación. Había personas que no le tenían paciencia a los nuevos, entonces a la hora de explicar hacían mala cara y el personal auxiliar con mucho tiempo en la unidad, algunas veces tendía a medirle el aceite a los nuevos, sin embargo siempre les preguntaba, lo cual prefería hacer en vez de embarrarla. A pesar de ser difícil en algunas ocasiones, el trabajo interdisciplinario “fue un poco más agradable, porque los médicos eran profesores”, explicaban y había una buena comunicación con la mayoría.

El participante también mencionó con relación al entrenamiento del personal que llegaba nuevo a la institución que “siempre he sido partidario de que todos empezamos alguna vez y yo trato de tratar al otro como a mí me gustaría que me trataran”, y por tanto “siempre que me asignaban una persona para ese día, para entrenar durante el turno, yo siempre traté pues como de dar lo mejor de mí en cuanto a aptitud, en cuanto a compartir conocimiento y en cuanto a hacerle sentir como confianza a la persona, me parecía muy importante esas tres”, también “era paciente, a pesar de que yo sabía que cuando tenía a alguien al lado mío al que yo estaba entrenando y yo iba a salir tarde”. Sin embargo, no siempre estaba con todos los nuevos, “y hay personas que la verdad no tienen esa paciencia, no tienen ese don de enseñar”; lo cual generó muchas veces que “los compañeros nuevos eran como aburridos, como sin motivación, como ¡a que pereza!, que duro este servicio”.

Antes de la pandemia la asignación llegó a ser hasta de 8 pacientes por turno, fuera en el día o la noche, lo cual generaba que el cuidado directo fuera brindado por las auxiliares de enfermería, quienes tenían solo dos pacientes asignados. Luego hubo un cambio en el modelo de atención y “a mi cargo estaban máximo 3 pacientes”, 3 pacientes para un enfermero y un auxiliar de enfermería. Sin embargo, cuando en la institución empezaron a llegar pacientes con Covid, la asignación disminuyó a 2 pacientes por enfermero, pero a medida que fue progresando la pandemia y que el personal se empezó a incapacitar; hubo momentos en los que eran hasta 4 pacientes y en terapia ECMO. Cabe resaltar que en la institución un enfermero Ecmólogo tenía máximo 2

pacientes en esta terapia, por lo tanto, tener 4 pacientes ya era una mucha carga. En cuanto al cuidado de los pacientes con Covid, siempre fue un reto grande, porque no solo estaba el temor de ir a cuidar un paciente aislado, sino que los pacientes en ECMO pueden permanecer muchos meses en la UCI, y el reto era enfrentarse a diario al mismo paciente, quien en un día podía estar bien, al otro complicarse, un día alegre, al otro queriéndole pegar a todo el mundo; eso era muy desgastante mentalmente, al punto de no querer cuidar más de esa paciente.

La terapia ECMO que traduce Oxigenación por Membrana Extracorpórea, “es un dispositivo por fuera del cuerpo que permite reemplazar la función pulmonar o la función cardíaca, o ambas a la vez”. En el caso de los pacientes con Covid, que tuvieron tanta afectación de su parte pulmonar, lo que hacía la máquina era sacarle la sangre, oxigenarla, o sea, cumplir la función del pulmón y retornarla nuevamente al paciente.

La llegada del Covid, implicó asumirla con el poco conocimiento que se tenía para ese momento, lo cual generó mucha incertidumbre porque no se sabía muy bien qué se iba a hacer. El Covid significó que se empezara a andar con mascarillas, primero de tela y después de las quirúrgicas; “eso al principio era muy incómodo”, no se estaba acostumbrado a tener eso todo el tiempo, con algunos compañeros nos sentimos desprotegidos por usar esas mascarillas de tela, veíamos que en otras instituciones estaban dando esas mascarillas elastoméricas o N-95 y fue un momento de mucha ansiedad para todos. El uso de la mascarilla todo el tiempo le generaba mucho malestar, porque era muy incómodo estar de mascarilla y gafas todo el tiempo, al punto muchas veces de no poder ver bien porque las gafas se empañaban. A parte del malestar, ver que su rostro se le empezó a llenar de barro, también lo hacía sentir muy incómodo el tener la cara barrosa. También el uso de los gorros, la mascarilla y las gafas, le generaban dolores de cabeza muy malucos de controlar y solo era posible hacerlo cuando llegaba a la casa y ya no tenía nada de esas cosas, lo cual afectaba la concentración para cuidar a los pacientes.

A la institución por ser especializada en cardiología, se demoró en ingresar el primer paciente, lo cual permitió que se tuviera más tiempo para prepararse en aspectos como el manejo de los elementos de protección personal; “que la bata, que el doble guante y todo esto”, lo cual “generaba cierta tranquilidad”, aunque cuando llegó el primer paciente a la institución, la compañera que lo recibió estaba temblando a pesar de haber recibido el entrenamiento de cómo utilizar los equipos de protección y qué era lo que debía hacer. Para el participante fue algo más normal, estaba más tranquilo con el entrenamiento, además quedó claro que “con estos pacientes



con Covid primero es usted y después el paciente, lastimosamente era así porque era algo desconocido esta enfermedad”. También fue necesario estudiar, hubo que repasar bastante los “protocolos de actuación, es decir, si llega al paciente de urgencias ¿por donde lo deben entrar? ¿quién lo debe recibir? ¿Cuál era la tarea de cada quien?”, y “eso exigió tiempo, un tiempo adicional al laboral para poderse preparar, sin embargo al final valió la pena porque todos estábamos bien preparados. “En la institución hubo un servicio de hospitalización que estaba designado solamente para los pacientes de Covid, y en la UCI como tal eran 16 camas, es un servicio circular, entonces al inicio tratábamos de que las primeras 8 camas fueran pacientes sin Covid y las de la 9 a la 16 fueran pacientes aislados con Covid y eso fue lo que se hizo al inicio, después si todo estaba lleno”.

En cuanto a la salud, el participante consideró varias cosas importantes, lo primero es que la ansiedad por el desconocimiento lo afectó, agudizando el insomnio que ya tenía. Lo segundo fue la sobrecarga laboral generada por la pandemia, había momentos en que no podía ir a comer a tiempo y empezó a sufrir dolores de gastritis, por ejemplo cuando estaba en una habitación de pacientes aislados y “uno trataba de minimizar la entrada a esos cubículos”, no podía salir a comer hasta que terminara todo con el paciente, a pesar de tener los pies fríos y tener hambre, “por lo tanto, siempre fue como mucha aguantadera de hambre”.

También es mencionado por el participante que hubo cambios en su estado de ánimo, que él siempre se había considerado una persona tranquila y amable, sin embargo, con la pandemia “uno ya como con esas situaciones tendía a estar siempre como a la defensiva, siempre como de mal genio”. Por su parte el temor también hizo que se le agudizara el insomnio, un temor que no radica en pensar en enfermarse, sino en enfermar a su familia. Con su mamá tenía conversaciones donde le decía “mientras esto pasa, yo me voy a ir a vivir solo”, porque al vivir con ella representaba tener ese ese temor constantemente. Otro factor era que “constantemente mantenía cansado, la verdad sin ganas de ir a trabajar”, muchas veces pensaba en que debía volver a turno al otro día o por la noche y de “sólo imaginar lo que había que hacer y al riesgo que nos exponía, eso ya le quitaba a uno las ganas de ir a trabajar”. Además, como el Covid “hacía que se aumentaran las coagulopatías de los pacientes”, muchas veces tenía ansiedad y nervios pensando en que el sistema ECMO no se fuera a dañar y si se presentaba alguna complicación, era la ansiedad por resolver esa complicación.

Los pacientes lo hacían sentir muy triste, y más “el hecho de que eran pacientes que estaban muy solos”, no siempre todos estaban intubados o sedados y al verlos solos, “me impacientaba”, y

más porque existía “ese temor inicial de estar mucho con ellos, entonces, esa soledad de ellos a mí me hacía sentir mucha impotencia. “Usted no sabe cómo se sentía uno que de pronto le alzarón la mano para un poquito de agua y yo espérame un momentito, pero era como también ese temor y bueno eso me paso mucho”. Hubo pacientes a los cuales se les trabajó mucho y “lastimosamente no lograron recuperarse” y al final fallecían, lo cual “aparte de la impotencia que genera, eso lo marca a uno mucho”, al punto de no tener palabras para explicarlo, “eso me marcó muchísimo, ese fallecimiento de algunos pacientes, sobre todo con los que más hacía empatía, porque eran en su mayoría pacientes que querían vivir, que uno se veía también como reflejado, como en las ganas de ellos de salir adelante, entonces es como esa tristeza, es como ese sentimiento de que hijuepucha lo dimos todo y el paciente no salió, eso es muy duro, la verdad, eso es muy duro”.

En cuanto a los picos de la pandemia, considera que el segundo fue el que más lo marcó, porque fue en el que tuvieron más pacientes con Covid, más incapacidades de los compañeros, más salidas tarde, más llamados de atención; porque así se buscara siempre hacer las cosas bien, si algo mínimo quedaba mal, “más que una felicitación por hacer todo bien, era un regaño por esa cosa mínima que no se logró hacer bien”. Hubo momentos donde fue necesario hacer noche - noche, que normalmente en la institución no se trabajaba así, o hacer tres corridos seguidos; se generaba cierta desmotivación y decía: “juepucha hay que darle con toda”, toca cubrir las incapacidades, las cuales muchas veces se asociaban a contagios del personal. Ese exceso de turnos hizo que se agudizara más el insomnio, el cansancio, el sentimiento de rabia y de enojo, en la casa ni compartía con la mamá, porque sentía que estaba a la defensiva y lo mismo pasaba con los compañeros; hubo ocasiones en las que de pronto respondía de mala manera o hacía un mal gesto con la mirada.

Las situaciones vividas, generaron un desgaste mental, el hecho de ver a los pacientes tan abandonados, de conocer situaciones familiares que lo dejaban como en shock y lo hacían recapacitar en cuanto a la forma en que estaba dirigiendo su vida y las relaciones familiares. Al punto de pensar y reflexionar sobre la muerte propia o de su mamá por ejemplo.

Finalmente, de la pandemia quedaron aprendizajes desde la manera de trabajar, de organizarse, de protegerse; siempre buscando no enfermarse. Adicionalmente, siempre enfrentarse a lo desconocido va a generar incertidumbre y así se tengan conocimientos desde lo técnico, enfrentar una nueva pandemia también genera situaciones donde se deba aprender a comportarse, el caso del Covid sirvió para buscar alternativas como la meditación, el yoga y la programación

neurolingüística, las cuales podrían ser usadas ante una nueva situación para saber controlarse mejor.

#### 5.4. Enfermero 3

La participante es mujer, enfermera, egresada de la UPB y es especialista en cuidado crítico de la UdeA, quien cuenta con 14 años de experiencia y de los cuales 11 han sido en UCI. Trabajó ocho meses en cirugía en un hospital del municipio de Bello, tres meses en una institución del municipio de Medellín y en la institución actual lleva más de trece años; de los cuales dos años fueron en el servicio de hospitalización y los demás en la UCI. El hospital cuenta con cinco UCIS, dentro de las cuales están una UCI de cirugía cardio, una UCI de trasplantes y una de trauma, por las cuales ha tenido la oportunidad de rotar y las describe como muy polivalentes. Las contrataciones en el hospital en este momento son a término fijo, pero mi contrato desde que ingresé al hospital es a término indefinido”.

Describe el ambiente laboral como muy bueno, tranquilo, difícil en muchas oportunidades por los cuadros de turno; porque deben hacer demasiadas noches, lo cual genera que los descansos sean muy pocos. “El ambiente laboral es realmente muy bueno, se trabaja bien, el ambiente es chévere, uno va haciendo como sus amigos”. El trabajo en algunas ocasiones era pesado, generalmente había días tranquilos y otros muy boleados. La asignación de pacientes en el hospital depende de la UCI, son para 12, 14 y 18 pacientes, por lo cual pueden haber 2 o 3 enfermeras respectivamente.

La llegada del Covid, fue un tema que la tomo por sorpresa, el hospital en su momento inició la contratación de personal, también reclutó las enfermeras con entrenamiento en UCI, pero que estaban en otras áreas; por ejemplo las administrativas, a las cuales les tocó volver a las Unidades a tener pacientes después de estar 5 años por fuera. “El entrenamiento de todo ese personal fue demasiado complejo”. La estrategia que implementó el hospital, fue pasar al personal más antiguo a las unidades Covid, porque los pacientes llegaban muy críticos, muy delicados, principalmente al inicio de la pandemia, donde el auge de pacientes era muchísimo. El hospital abrió 60 camas de UCI Covid, lo cual generó la necesidad de contar con nuevos equipos como monitores, instrumentos, tecnología, ventiladores mecánicos, por lo tanto muchas cosas fueron nuevas.

Hubo la necesidad de acudir a especialistas de áreas diferentes, como por ejemplo los anesthesiólogos, porque el cierre de quirófanos permitió que dichos profesionales pudieran ayudar con la ronda por parte de los intensivistas. Lo que “fue otro problema también porque es muy difícil, no, es supremamente raro trabajar con anesthesiólogos” y muchas veces los intensivistas debían ayudarles. También pasó con las enfermeras que ya tenían entrenamiento, hubo necesidad de volverlas a entrenar, fue un entrenamiento muy rápido, más o menos de 15 días, por su parte el personal nuevo tuvo un entrenamiento de 20 días aproximadamente, “pero de todas maneras uno no espera, una pandemia y realmente no estamos preparados para vivirla”. A medida que fue avanzando la pandemia, se fueron implementando cosas nuevas, se crearon grupos nuevos, los cuales se fueron fortaleciendo. A pesar de la llegada de los compañeros nuevos, porque el estrés que ellos tenían, también era algo que se experimentaba como propio, teniendo presente que se debe poner cuidado del otro y la carga de trabajo aumentaba.

En las unidades Covid fue muy difícil el trabajo, por eso la mayoría del personal de estas unidades ya tenía algo de experiencia, había días en los que más se demoraba en salir un paciente que en ingresar el otro. Los aseos de las camas normalmente se hacían en media hora, en la pandemia los tiempos bajaron hasta 15 minutos, eran casi 10 personas para organizar la habitación porque ya iba a entrar el otro paciente.

Lo anterior generó una sobrecarga de trabajo, también desde lo emocional fue muy difícil, “uno no estaba preparado para que entraran tantos pacientes y ver fallecer realmente tantos pacientes, porque uno trabaja en una unidad de cuidados intensivos, pero realmente no le fallecen a uno tantos pacientes durante tan poco tiempo”. La sobrecarga de trabajo fue muy grande, “nunca había trabajado tanto en mi vida como trabajamos en ese momento, porque pues al inicio eran los ingresos constantes”, los médicos por ejemplo decían “no sabemos qué paciente recibir”, hubo necesidad de que un Comité de Ética ayudara al personal de urgencias “como tratando de mirar que pacientes eran los que íbamos a subir o no, porque llegaban demasiados pacientes”.

“Los pacientes que llegaron graves en ese momento si fueron muchos realmente, eran pacientes para intubar, para invadir, para pronar”, en realidad eran pacientes muy malucos y más porque no solo era tratar al paciente, también había que lidiar con la familia; a la cual había que decirle “no puedes entrar a la habitación, está prohibido”. Lo que hizo el hospital fue implementar que para esos pacientes podían ingresar los familiares durante unos 15 minutos, no a la habitación, pero si a las unidades y ver los pacientes a través de las puertas, las cuales eran de vidrio. Fue

“supremamente difícil también hablar con las familias”, por eso se decidió brindarles información realizando una llamada todos los días por parte del personal de enfermería, al igual que debía hacerlo el personal médico. “Hubo momentos en que nos quedaba supremamente imposible realizar las llamadas porque realmente no dábamos a basto, era una cosa de locos”, la carga emocional era mucha, se lloraba casi que “día por medio, en ocasiones todos los días”, porque era muy difícil ver a las familias donde fallecían pacientes en ocasiones muy jóvenes, “familias que llegaban y decían “niña sálvemelo, es que mi mamá se murió antier”, entonces es un drama familiar muy grande, muy complejo, realmente esa carga emocional si fue muy difícil”. Generalmente siempre llegaba estresada, rendida a la casa sin querer saber absolutamente nada de nada, se ponía de mal genio, se angustiaba y lloraba, sin embargo, había que tratar de solivarse y volver a calmarse. El grupo de trabajo ayudó muchísimo, eran grupos de trabajo muy buenos y muy estructurados, “entonces esos grupos de trabajo si ayudaron muchísimo, y yo creo que es eso, pues la sobrecarga laboral, más la tensión emocional, el ver tantas personas que sufrieron durante esa pandemia”

Dormía super bien, porque llegaba muerta a la casa, entonces solo quería dormir, había mucho estrés y cansancio laboral. Sin embargo, sufría de espasmos musculares, era como una tensión causada por el estrés o el cansancio. Lo que más sentía era cansancio, y saber que había que ir a trabajar lo agudizaba más. También hubo bastante estrés, por momentos se sentía como un mico encaramado y las ganas de quedarse en la casa con la familia. Por parte de la ARL, hubo una persona en el hospital que hacía masajes, los cuales eran cada 15 o cada 20 días, siempre se intentó priorizar las áreas Covid.

En cuanto al inicio de la pandemia, este es descrito como el más difícil para todo el hospital, desde el personal de urgencias, quienes eran los que veían entrar a los pacientes, “ingresaron muchísimos pacientes y se nos acababan las camas de UCI, hubo un momento que un fin de semana al iniciar la pandemia, en el día ingresaron como 10 pacientes y se acabaron las camas, ¿entonces qué vamos a hacer?”. Por más camas que se abrieran, estas inmediatamente se llenaban. Fue supremamente complejo ver todos los pacientes que llegaban y más que había unos a los cuales no se les podía hacer nada porque no había disponibilidad de un ventilador o la forma de soportarlo. Adicionalmente porque con la pandemia todos los días eran los mismos, había mucho trabajo, mayor intensidad, mayor sobrecarga, había actividades que no se podían si quiera realizar. Lo más difícil fue que al ingresar a una habitación podían pasar 3 horas con la atención de ese paciente,

porque realizar los procedimientos algunas veces se tardaba. Sin embargo, lo más demorado de todo fue hacer los registros, desatrasarse de los pendientes del sistema, escribir todo lo que se había hecho, porque eso quitaba mucho tiempo. También porque el hospital maneja bastantes protocolos para el ingreso de los pacientes, se deben hacer notas diarias que incluían: curaciones, evolución, registro de llamada, procedimientos, más unas 7 - 8 escalas de valoración por día. Hubo mucha ventaja al tener un equipo muy bueno en la pandemia, eran tres enfermeras para 18 pacientes y entre todas siempre hubo bastante ayuda.

En cuanto a las personas que fallecían, no se está acostumbrado a ver tanta gente fallecer, el dolor de las familias por no poder llevarse a su ser querido y enterrarlo, la embalada de los cuerpos fue bastante traumática; era “una cosa terrible tener que embalar un cuerpo”, la familia no lo veía, no lo podía enterar. Explicarle a las familias que no se le podía entregar a hijo, a su papá, su tío, porque era una época de pandemia, era complejo, se intentó mitigar esa situación con las llamadas, si el paciente estaba despierto, se hacía videollamada antes de intubar al paciente para que pudiera como hablar con su familia un momento, tratábamos de mirar los días de inicio de síntomas al momento de fallecer y cuando era posible se dejaba ingresar a la familia a despedirse. Hubo una situación muy compleja en la que una mamá de aproximadamente 39 años, con varias enfermedades se puso grave y fue necesario intubarla, ella tenía un niño de 10 años y me tocó ingresar con el niño a despedirse de su mamá porque nadie quiso entrar con él.

Ver el avance de los pacientes y su recuperación, generaba momentos de satisfacción, lo cual era una ayuda importante para uno. También era gratificante para las familias y para el profesional ver mejor a los pacientes, poder acompañarlos durante el proceso de despertar solos y sentarse con ellos a hablar.

En cuanto a Elementos de Protección Personal, en el hospital solo se usó el uniforme institucional de las UCIS que era una pijama azul, una careta, tapabocas N-95, guantes y una bata desechable que se usaba por cada paciente al entrar a la habitación. Esos elementos fueron suficiente, no fue necesario usar más, hubo capacitaciones por parte del hospital y entre los compañeros se hacía supervisión de como colocarse y retirarse los Elementos.

Durante la pandemia nunca hubo un diagnóstico de Covid para la participante, a pesar de que parte de la sobrecarga de trabajo fuera por cubrir las incapacidades de los compañeros infectados, porque hubo un brote por 2 o 3 meses donde mucho personal se contagió y tenían incapacidades de 14 días. No hubo periodo de vacaciones durante dos años, entonces el trabajo de

más y no poder tener vacaciones fue complejo, además los días que pedías para descansar algunas veces no se podían dar o también pasaba que estabas en casa descansando y entraba una llamada donde te pedían hacer un turno al día siguiente porque un compañero se había incapacitado. El hospital también implementó una estrategia que consistía en llenar una encuesta diaria con la intención de detectar síntomas de alarma para Covid y también síntomas de cansancio, fatiga. En caso de ser necesario, había un contacto telefónico con una psicóloga y se evaluaba la posibilidad de un cambio de unidad. Siempre hubo una preocupación por los papás, quienes son los cuidadores de su niña, porque con su esposo no había factores de riesgo o comorbilidades para Covid, mientras que los papás eran personas mayores y siempre se habían cuidado mucho, por lo que fue necesario dejar de ir a la casa de ellos.

Como aprendizaje, es importante resaltar la tolerancia, el querer más la vida, entender que muchas cosas tienen soluciones, que ponerse en los zapatos del otro con más frecuencia es necesario. También es claro que no tendría la capacidad de querer vivir tantos fallecimientos y tanto sufrimiento. Si hubiera que vivir otra pandemia con las mismas características, se tendría más preparación, aunque no se sabría cómo hacer frente al desbordamiento que fue tan difícil; porque a pesar de contar con herramientas no hay recursos para lidiar con la situación.

#### 5.5. Enfermero 4

La participante es de sexo femenino, tiene 8 años de experiencia como enfermera y específicamente como enfermera asistencial tiene 5 años trabajando en diferentes servicios. Ha transitado por dos instituciones públicas y dos privadas en lo asistencial. Cuando inicio la pandemia estaba trabajando en una institución privada, sin embargo, renunció para volver a trabajar en una institución pública en donde vivió todo el furor de la pandemia. Comenta que estos cambios se debieron a “asuntos de supervivencia”. Pasar de la pública a la privada estaba relacionado con “aparentes condiciones laborales mejores” en términos de “cantidad de salario devengado”. “En una especie de escape”, regresó a la pública, “en la que había trabajado por nada”, es decir con unas “condiciones totalmente precarias”, porque “tuve una situación particular personal que se juntó con algo laboral en la privada” relacionada con “unos mecanismos de liderazgo del personal de enfermería con los cuales yo me sentía todo el tiempo confrontada”: “no se sabe que determina las condiciones laborales, si es el carácter de la institución, el tipo de contrato, la interacción con

el personal auxiliar, los especialistas o los colegas, si es algo propio (cansancio, querer cambiar de profesión, no dormir), en conclusión no se sabe que es lo que ayuda a mantenerse cómodo y tranquilo con un trabajo específico”, “entonces donde yo sienta que tengo que ser agresiva, para ser la enfermera, la empoderada, no quiero estar. A pesar de que eso signifique ganarme menos plata, cambiar incluso mis condiciones de vida, apretarme en algunas cosas, no quiero estar en ese tipo de lugares”.

Dentro de esas situaciones precarias se encuentran: “el salario, el tipo de contratación, la carga laboral, las funciones, los horarios y el valor que le dan al trabajo”. En otras palabras, “el rol de la enfermera está sobrecargado de un montón de cosas”: “ingeniera de sistemas, mantenimiento, generación de proyectos y cuidado directo; “tiene que ser administrativa, tener un montón de virtudes que no se ven reflejadas, por ejemplo, en el salario emocional, ni tampoco con la retribución económica”, porque no se da el valor “al trabajo que uno hace”.

En cuanto a los salarios y el tipo de contrato en la institución pública, inicialmente son contratos de 2 meses por obra labor a través de una cooperativa. Después ya se continúa por prestación de servicios, sin embargo, hubo un momento donde no era posible reconocer el tipo de contrato, si era obra labor o prestación de servicios. Particularmente hubo una situación donde era evidente la tercerización, estando de turno, el contrato por prestación de servicios se terminaba el 31 de marzo y siendo las 2 de la tarde, a mitad del turno nos llamaron a una reunión en un sitio fuera de la institución, para definir si se firmaba o no. Tuvo que ser allí porque la institución no le prestó el auditorio a la cooperativa. Lo anterior fue una situación indignante, denigrante; porque sin importar el tipo de contrato son decisiones humanas, decisiones individuales, que sin importar cómo las presentan o cómo las comunican hacen que la situación sea más “pichurria”.

La pandemia según la participante inicialmente deterioró la calidad en la atención, porque aunque en la institución en la que laboraba “las caídas disminuyeron, hubo otras cosas que se aumentaron”. A diferencia de los análisis generales sobre este deterioro que se reducían más al aumento de los pacientes por el contexto de la pandemia, según la participante, este estaba relacionada más con la falta de capacitación del personal porque los periodos de entrenamiento del personal nuevo eran más cortos o no existieron. Al respecto narra que el personal vinculado a la institución y que era el que siempre había estado en las UCI no quería entrenar al personal que llegaba y solo iban a criticarlos: “usted está haciendo eso mal, no me mande por allá, esas viejas no saben preparar medicamentos”.



Sumado a lo anterior, comenta que muchos compañeros se iban incapacitados porque salía algún positivo. Entonces, le llegaba a uno el remolque con otro auxiliar, para ver si lo podían cubrir. Había días en los que llegaba el compañero y decía “salió positiva no sé quién”, y ya eso a uno le daba síntomas. “Si marica estoy tragando, me duele, yo nunca tuve diagnóstico de Covid, ni tuve sintomatología real que me llevara como a consultar, pero era una angustia constante”. Además de “estar pendiente del personal que no estaba entrenado”, uno ya ni sabía con quién estaba tratando, no se conocía el nombre del personal: “para mí es muy muy importante conocer el nombre de las personas con las que trabajo”, porque donde no hay una relación de confianza es importante llamar a las personas por su nombre. Sucedían todas esas cosas, uno salía de una habitación y entonces ya se había ido X o Y o Z. ¿Qué pasó?, o sea, todo el tiempo, todo en un solo día usted tenía que adaptarse a 50000 cambios que finalmente terminaban influyendo era en la atención del paciente.

“Porque entonces claro, mientras ya llegaba la auxiliar que llegó a cubrir al medio día, no conocía a los pacientes, no sabía si ya había estado en paro, no sabía que habíamos hecho, ni cuántos minutos lo habíamos reanimado y que le habíamos puesto, y si se le iba a acabar la noradrenalina. Entonces a las 2 había que cambiarla y se dio cuenta fue a las 2:20 cuando ya el paciente nos estaba haciendo la hipotensión, o sea un montón de cosas que para mí finalmente si influyeron, no necesariamente en las muertes, pues porque es como si tuviéramos que asumir la responsabilidad nosotros las personas que atendimos esas situaciones, pero indiscutiblemente si influyó en la calidad, en que un paciente estuviera cómodo, aseado, tuviera los medicamentos oportunamente, en que los familiares se sintieran acompañados o escuchados, tuvieran información a tiempo”.

Al principio las instituciones no estaban preparadas, pues no contaban con una estrategia para hacer un acompañamiento a las familias de los pacientes de manera no presencial. Por Ley no se puede brindar información por teléfono, sin embargo no se dejan entrar la familia, no pueden saber del paciente y no hay tiempo para decirles nada. Lo más difícil de todo era cuando los familiares preguntaban “¿se va a morir?”, tocaba responderles está estable, y los familiares de nuevo decían “pero es que él estaba muy mal, se iba a morir”, y de nuevo tocaba responder sigue igual. Entonces eso lo golpeaba a uno. Ya cuando empezaron las instituciones a tener alternativas para que los pacientes se comunicaran con sus familias, “se hacían videollamadas. Algunas instituciones compraron Tablets”, y sin embargo en la institución donde yo laboraba “a uno le

tocaba por medio de su celular”. En algunas oportunidades, cuando se daba cuenta que iban a intubar a un paciente, y “entonces uno hacía la videollamada del celular de uno”.

Ese momento para uno [¡vea me da escalofrío!] era muy teso, porque entonces es “yo sé que yo no me voy a volver a despertar”. Pues venga, si yo llamo a la esposa, llaman y al otro lado ellas como “no, mi amor, te vas a poner bien” y uno por dentro, pensando tal vez que no. Entonces “¿uno cómo media esa situación?”. Es como un parte de esperanza, porque hasta uno estaba desesperanzado

En las unidades la gente estaba estresada, y era algo como afrontarlo a los juegos del hambre, que la suerte nos acompañe. Muchas veces el personal estaba agotado, sumado a que “estábamos tercerizados”. En el servicio de cirugía llegaban pacientes con sospecha de Covid, o muchas veces no había forma de conocer si estaban infectados y había que manejarlos como pacientes infectados, entonces era un embale decirles a las auxiliares que tenían que recibir ese paciente. Era lidiar con la ansiedad que les generaba, con su presión, con su frustración.

“Entonces yo estaba en medio de un conflicto serio con un par de auxiliares porque se tenían que ir para el área a atender y no se querían ir, y llega al cirujano, y no llegó así a gritar a las auxiliares; “¿Estas por qué no se quieren ir? ¿Dónde está la jefe que no quiere subir el paciente? Vení pues, me vas a decir porque es que llevo 1 hora y media esperando que me pidan el paciente”. Doctor yo como le explicara que es que las auxiliares no lo quieren recibir. “Entonces resuelva, pues resuelva”. Pues claro, mientras que miro a mañana qué hago con la coordinación, porque eso fue en una noche, algunas no, es que no es mi asignación. Porque estaban las otras auxiliares”.

Un día llegó un paciente “yo estaba en dos servicios porque eran separados, físicamente, atendiendo allá, y atendiendo acá, ¿cómo organizó este chuzo para que, si pasa alguna emergencia, al menos alguien esté liderando y valle y me llame?” Después de eso, resolvíamos el paciente, y seguía hacer el traslado a la UCI Covid, había que esperar que en la UCI contestaran, algunas veces llevaba mucho tiempo y “mientras que todo eso pasaba, era como una eternidad de tiempo, literalmente”

“Entonces llegaba uno también a las unidades, a encontrar un montón de gente estresada, que se inventaban un montón de formas para no estar en contacto permanente con los pacientes”. Era como listo yo sé, nos da miedo, a mí también me da miedo, pero era el mismo personal el que tenía que perder ese miedo. Eso era un conflicto constante para el personal de enfermería profesional, conflicto constante con los especialistas, con los coordinadores, con los auxiliares, con

las señoras de servicios generales, con los vigilantes, con todo el mundo, porque todo el mundo tenía en su cabeza ¿Cómo no estar expuesto? Había cosas que uno no sabía cómo tramitar porque finalmente era un asunto que afectaba directamente la salud mental del personal que atendía, nadie se quería ir a enfermar a su familia o nadie se quería enfermar, porque casi que todos los primeros pacientes que tuvimos se morían.

Otra situación que narra la participante tiene que ver con las visitas a su mamita, dejó de ir donde ella y cuando su mamita la llamaba o le hacía videollamadas le decía “mija se está muriendo mucha gente, ya se murió fulanita, ya se murió la señora del frente, ya se murió no sé quiensito”, y la participante le decía, “si mita, se está muriendo mucha gente”, “mija cuídese mucho, yo la mantengo en mis oraciones”, “era como si estuviéramos en una especie de guerra real, porque todo el mundo, todo el tiempo pensaba que uno era el otro, el próximo, el que seguía”.

Era complicado también, mediar entre las situaciones del personal que se tenía a cargo, era algo como sus presiones emocionales y las propias, las cuales prácticamente no se podían exponer, es decir, “las propias, uno ¿a quién le decía? Entonces era ser receptor de todo, de los familiares, de los especialistas, de las señoras de servicios generales. Ese tipo de cosas fueron aporreadoras para mí como enfermera profesional, porque me preguntaba ¿lo tengo que acompañar o qué debo hacer?

Particularmente como hacía parte del grupo de cirugía la organización fue en una forma como militar; primera línea de atención, segunda línea de respuesta, donde estaba el personal de cirugía y urgencias, porque era el personal más entrenado para atender pacientes en estado crítico. Cosas que me afectaron, fue que finalmente nosotros en cirugía seguimos atendiendo a pacientes Covid, entonces separaron el servicio. Había unos quirófanos separados por drywall, que eran para la atención de pacientes Covid, y uno era el que tenía que orientar al personal. Entonces, era responsable de la asignación de auxiliares en caso de que se presentara emergencia con pacientes Covid. Era fácil estar desubicado, aun sabiendo que solo la ubicación espacial en un servicio es fundamental, eran situaciones como entró en paro y ¿dónde está el carro de paro? ¿para dónde corro? Aparecía un montón de personas, sin embargo, pienso que el tumulto estorba, que eso no ayuda en nada. “Entonces se juntaban en las puertas de las habitaciones un montón de personas y le estorbaban a uno. “Que esa jefe tan mandona”, entonces ¿Qué hacemos? Está en paro, hay que ir por el carro. Entonces, ese tipo de cosas si lo fueron recargando más a uno”. La pandemia influyó

en que usted no “pudiera solucionar sus necesidades básicas, comer, hacer chichi, hacer una nota, no tenerse que quedar hasta tarde en el trabajo. En la calidad de vida de todos, influyó ese asunto”.

Situaciones como la anterior siempre le generaban una sensación de miedo constante, miedo por ejemplo cuando les avisaban que llegaba un camillazo a urgencias, siempre el pensamiento era juepucha otro Covid, ¿cómo se va a organizar la gente? “¿la gente ya comió? Entonces siempre eso fue como lo primero, decirles a los auxiliares que comieran para que al menos a la hora de entrar ya hubieran comido.

Otro asunto difícil era “cuando la gente no se podía despedir”, recuerdo un paciente con una falla multiorgánica que debía entrara a cirugía, estuvo hospitalizado por Covid y murió en el quirófano, su familia no lo veía hacía más de 8 días y tampoco lo iban a ver. Nunca supe quien le informo a la familia de la muerte del paciente; si fue el cirujano, el intensivista o el personal de enfermería de la unidad. No había espacio para llevarlo a la morgue y la pregunta era del personal auxiliar era “¿quién se va a quedar con el paciente?” El paciente era re-obeso, la chica de la sala de transición me decía “jefe yo creo que ese señor no nos cabe en la cava ¿Qué vamos a hacer?”. Al intentar meterlo en las bolsas, [“les voy a decir algo muy horrible”], el paciente se cayó de la mesa quirúrgica, finalmente ya estaba muerto, pero la sola caída del paciente y que tocara con la ropa las áreas que no eran para Covid, “eso era un sacrilegio”. Donde la situación hubiera sido con cualquier otro paciente, sería algo muy grave porque también sería la familia casi que adentro, sin embargo, fue una situación que solamente dejamos pasar.

Una situación particular le generaba escalofrío a la participante, fue en la primera vez que apoyó en la UCI Covid, había un hombre joven, como de “40 y piola de años”, le preguntaba si ella creía que estaba bien que llamara a la esposa a despedirse. La participante había acabado de pasar por una separación, ella le decía: “no pues sí, claro, llámela”, “nosotros estamos bravos, jefe”, le decía, era ver su ahogamiento contándole su historia, y ella era como, “no, llámela, llamémosla, porque, además, tampoco podía salir como a preguntar que se hacía en esos casos o qué, llamémosla”. La llama; “bueno, mi amor”, ella le decía, “no, todo va a salir bien, vos te vas a aliviar”. La participante se sentía como una mentirosa, porque entonces, “cierto, ¿cierto que si doctora?”. “No le veían a uno la expresión, pero pues obvio a uno se le encharcaban los ojos”. “Yo normalmente no berriaba delante de ellos, pero si me iba a berriar a mi casa”. Era sentirse como una mentirosa. “¿Y si se muere, qué? Yo le dije que no se iba a morir. Yo sabía que se iba a morir y efectivamente se murió”. “Nunca vi a la familia, yo supe de la muerte como al tercer día de la

intubación”, porque eso fue otra cosa también muy dura, incluso con el personal auxiliar, y era que íbamos un día a apoyar y por ejemplo Ana me decía “miremos si ya se murieron los pacientes que tuve antier”. “Anita ¿por qué te pones a mirar?” “jefe es que no soy capaz de estar tranquila”. “Y yo nunca he tenido ese vicio, porque creo que es un vicio que coge el personal en pandemia, de seguir historias de pacientes”, “a mí eso nunca me ha gustado porque creo que la vida no me alcanza pa tanto”, a duras penas reviso las historias de los pacientes que tengo a cargo, como para seguirlos, pero se volvió un asunto como una necesidad, “necesito saber si ya se murió o si salió jefe, es que está muy joven jefe, era un niño jefe, es que tenía como veinte no sé cuántos años”. Se generaba entonces la pregunta “¿Cómo acompaña uno esa angustia de esa gente?, que también creo que son responsabilidades que nos hemos autoasignado los enfermeros y las enfermeras”. Y “¿cómo tramita uno la propia?”. “Con ese paciente, yo sentía que me recorría el frío todo el cuerpo, porque yo sentía que se me ponía rosuda hasta la frente, todo el tiempo me decía a mí misma, “les estás diciendo mentiras, se va a morir”, ¿pero entonces cómo soy más humana?

## 5.6. Terapeuta 1

El participante es masculino, terapeuta respiratorio desde hace más de 14 años quien trabaja en una institución de cuarto nivel de complejidad la ciudad; adicional tiene estudios en pedagogía y docencia con certificación internacional en terapia respiratoria, es docente de cuidado crítico de adultos y ha participado como asesor de investigación.

Describe su función dentro de su institución de trabajo como funciones complejas y avanzadas en el ámbito respiratorio que incluye: valoración integral, ronda clínica, análisis clínico de la condición de cada paciente, seguimiento, evolución, estabilización respiratoria desde lo agudo a lo crónico de aquellos pacientes con falla ventilatoria que llegan a requerir ventilación mecánica desde el proceso mismo de la intubación hasta el mantenimiento del soporte respiratorio y los cuidados posteriores como la liberación de la ventilación o cuidados crónicos en aquellos que quedan dependientes de la misma. También participa en la ronda y propone planes de manejo para los pacientes.

Manifiesta que la UCI para él “representa un lugar donde damos soporte orgánico a los pacientes que se encuentran en una condición fisiológica que compromete severamente su vida, o que puede llegar a comprometerla” en pro de recuperación de la funcionalidad en la medida de lo

posible, que en el caso particular de ventilación mecánica es para los pacientes con diferentes diagnósticos o manejos que requieren asistencia respiratoria, como es el caso de algunos pacientes posquirúrgicos o con afección pulmonar severa que lleva a trastorno de la oxigenación.

EL participante relata que para los terapeutas respiratorios el trabajo en la UCI siempre ha sido bastante complejo y arduo, por el compromiso, “se ha caracterizado por ser un trabajo bastante demandante en el sentido que exige mucho de nosotros tanto desde el punto de vista académico como desde el punto de vista de entrega personal, de compromiso, de la capacidad de estar pendiente del cuidado de otro u otros seres humanos”, porque los pacientes que están en ventilación mecánica dependen casi que en un 100% de todo el personal que trabaja en la UCI. Lo anterior se facilita porque “estamos acostumbrados a trabajar en situaciones de alto estrés y pare eso fue que nos formamos en el transcurso de nuestra carrera”.

Antes de la pandemia era diferente el volumen de pacientes, a pesar de que en la UCI “siempre hemos tenido demasiado trabajo, porque en la mayoría de las UCIS solo hay un terapeuta respiratorio para 10 y hasta 20 pacientes críticos, “ni punto de comparación a cuando empezó la pandemia y tuvimos esos picos consecutivos tan notorios, donde el trabajo fue desbordante”. También era diferente que atendíamos muchos pacientes con patologías diferentes, sin embargo “uno ya más o menos iba sabiendo cómo iba a ser en determinadas situaciones la evolución de algunos pacientes”, es decir, se tenían pacientes más predecibles. Además, con la pandemia las medidas de seguridad se volvieron más exhaustivas, había necesidad de portar todo el tiempo la mascarilla N-95 y las gafas de seguridad “que nos empañaban la vista”, se estaba “haciendo lavado de manos 200 veces al día”. En algunas ocasiones “teníamos pacientes muy complejos, pero no era tan frecuente tener esos pacientes en esas condiciones tan críticas que hemos tenido durante el transcurso de la pandemia”. Era diferente también que “nos podíamos preparar un poco mejor, anticiparnos a ciertas situaciones que teníamos que enfrentar, a veces no se presentaban situaciones de imprevisto o no se presentaba tan frecuente eso de vernos atados, de vernos limitados por la escasez de insumos, de medicamentos, de personal”.

Inicialmente “fuimos 7 terapeutas respiratorios” en el hospital, con la llegada de la pandemia el estándar debió aumentar hasta alcanzar 47, “y fue muy duro porque obviamente conseguir esa cantidad de personal en ese momento tan crítico cuando estalló el primer pico de la pandemia fue muy difícil”, “eso fue un de las situaciones que también nos puso a prueba, fue muy difícil porque no había personal suficiente para cubrir en ninguna parte del país”. El proceso de

búsqueda de personal fue arduo, pues todas las instituciones de salud buscaban personal, había muchas solicitudes de búsqueda pero se llegó un momento en el que se consideró agilizar el proceso de grados para cumplir con el requisito legal y poder avanzar en los procesos de contratación en las diferentes clínicas y hospitales (a nivel nacional). “Ese fue digamos uno de los golpes iniciales más duros de la pandemia, la necesidad desbordante de personal”. Además, porque el personal nuevo no estaba totalmente capacitado, les faltaba experiencia en la práctica y se sumaba el desconocimiento del personal antiguo que trabajaba en otras áreas y les daba miedo cubrir las vacantes de urgencias y UCI.

Hablando de picos, los dos primeros “fueron los más duros”, pues al inicio comparado con otros países se logró ver que la curva de ascenso de contagios inicial no fue tan notoria, fue más controlada, pero después de qué estalló el pico “aproximadamente 20 días un mes después, la curva se desbordó, se desbordó el crecimiento, el aumento de los casos fue incontrolable, la complejidad de los casos fue exageradamente difícil de manejar y de predecir”. “Se nos vino encima todos esos casos y no teníamos el personal suficiente o no todo el personal estaba lo suficientemente preparado, entonces era muy difícil porque casi que un terapeuta de los antiguos, dentro de los que me incluyo, teníamos que cumplir las funciones de dos o tres terapeutas”, porque era “hacer lo mío con mis pacientes y adicionalmente entrenar a muchos otros terapeutas respiratorios nuevos”, acompañarlos y apoyarlos en lo que fuera necesario por lo que en ese proceso sentía que su trabajo terminaba siendo el triple.

“El uso de los elementos de protección personal tan exagerado que tuvimos sobre todo en los primeros picos de la pandemia, fue una cosa muy impactante para todos los trabajadores de la salud, incluso no solamente para los trabajadores de la salud sino para los pacientes mismos, los familiares; la gente que nos veía desde afuera se asustaba”. Sentíamos que era demasiado riguroso tener que cumplir con el uso de todos esos elementos de protección personal, sin embargo, lo hacíamos, lo hacíamos por cuidado de nuestros pacientes, por cuidado nuestro y por cuidado de nuestros compañeros y nuestros familiares”. Pero eso si nos dificultaba mucho el trabajo porque el solo entrenamiento para quitarnos y ponernos los EPP era muy desgastante, fueron muchos días de preparación previos, fueron muchas veces de mire los videos, fueron muchas veces de interiorice toda esa secuencia de pasos de ponerse y quitarse los EPP de forma correcta. Era difícil, y ya cuando uno tenia puesto todo eso, ir a hacer las intervenciones con los pacientes también nos dificultaba mucho porque nos tocaba ponernos mínimo tres pares de guantes, entonces obviamente

uno sentía las manos muchísimo más apretadas, los movimientos eran más lentos, eran más torpes, sentíamos demasiado calor, porque tenías que ponerte la pijama de la clínica y encima el traje ese que era como una tela impermeable súper sofocante, la sensación de tener esas gafas empañadas que a muchos les producía cierta sensación de claustrofobia, pero aun así uno era tratando de cumplir como con lo que tenía que hacer con sus pacientes, la verdad el uso excesivo de todos esos EPP también fue un poco angustiante y generaba mucha fatiga en todos nosotros, porque mientras uno se ponía todo eso pasaba mucho tiempo y cuando uno tenía que quitarse todo eso pues también gastaba mucho tiempo y encima el desgaste de que vos salís del turno, de atender tus pacientes, de que estas mamáo (cansado), de que estas deshidratado, porque esos trajes lo hacían a uno sudar muchísimo y nos producían mucha deshidratación, incluso recuerdo que hubo compañeras y todo que se desmayaban ahí dentro de los cubículos por el calor excesivo que nos producían esos trajes, que se mareaban y tocaba sacarlas, era difícil y encima de eso vos salías de tu turno y tenías que hacer una fila larguísima para bañarte, desinfectarte antes de irte para tu casa y entre que terminabas tu turno a las 7:00 o 7:30 de la noche y podías tener un cupito en el baño para poder desinfectarte ya iban siendo las 8:00, 8:30 9:00 de la noche.

Termina el primer pico, pero inicia el segundo pico donde definitivamente se considera que era un virus impredecible, que la virulencia es impresionante, que muta demasiado rápido y no se deja conocer, un virus impredecible que dificultó el trabajo diario, los planes de manejo

y se marcó esa evolución desconocida pero generalmente hacia lo tórpido, con mejoría lenta, pero en caso de deterioro rápido y marcado. Fue un tiempo sombrío de paros constantes, intubaciones, mortalidad de 5,6,7 pacientes por turno, que hizo sentir en cierta medida que las personas son fútiles porque no se sabía a ciencia cierta qué es lo que podía funcionar o en qué momento se lograra la estabilización de la propagación de la pandemia

Aproximadamente 6 meses después del inicio de la pandemia en el país, a pesar de todas las medidas de bioseguridad extremas del momento el participante se contagió de la infección por Covid, al igual que gran parte del personal de salud, esto “fue un fenómeno muy desbordante, porque empezó uno, de uno pasamos a tres, de tres a cinco, luego ya éramos 10, entonces casi que salía uno a incapacidad por Covid 19 y mientras estaba él en incapacidad caían otros dos en esa incapacidad y cuando entraban esos tres entonces ya quedaron otros cinco contagiados y bueno empezamos a tener como esas bajas en ese momento”. En cuanto al cubrimiento de los turnos, fue muy difícil para todos, porque teníamos que cubrir ese trabajo tan desbordante, y encima teníamos



en teoría el personal que necesitábamos para atender los pacientes, pero el personal se empezó a contagiar, entonces ya no los podíamos tener en ese momento en las UCI porque estaban incapacitados, casi que volvíamos al punto inicial en el que no teníamos personal”.

Tener Covid era angustiante, “uno se empieza a cuestionar y a preguntar y uno decía, pero ¿qué habré hecho mal? ¿qué pasó? si yo usé todo y aun así me contagié”. “¿Dónde habrá sido? ¿Con qué paciente?”. Al final se consideró la opción de que algún compañero asintomático fuera quien esparciera el virus. Además “al principio para mi particularmente fue duro, no tanto por la sintomatología porque por fortuna yo no llegue a desarrollar la condición grave de la enfermedad, sino que me pude manejar con aislamiento en casa no tuve que estar hospitalizado ni siquiera ir al servicio de urgencias, solamente la consulta inicial para que me hicieran el diagnostico y me dieran la incapacidad y la orden de aislamiento en casa. Pero particularmente para mi fue duro porque yo vivía solo, en ese momento estábamos todavía en el primer pico de la pandemia y en esas medidas de cuarentena bastante estrictas, uno no podía salir todos los días a la calle, existía eso del pico y cédula en la que uno solamente salía algunos días a la calle de acuerdo al número de la cedula y aunque los trabajadores de la salud estábamos exentos para entrar a algunos supermercados uno como que procuraba no usar mucho esa fichita, estaba ese pánico colectivo que tenían las personas externas que no eran del ámbito de salud, pensaban que nosotros los íbamos a contagiar y que les llevábamos el bicho, siempre fueron como días en los que estuve muy solo y digamos el abastecimiento de mis insumos básicos fue un poquito difícil, porque uno procuraba abastecerse en los días que podía salir, pero como yo estaba en aislamiento por la Covid 19, no podía salir de mi casa.

Me tocaba pedir domicilios y en el caso de la unidad donde yo vivía en ese momento las medidas era muy estrictas y no dejaban entrar a los domiciliarios a la unidad, entonces simplemente te llamaban de la portería, llego el domicilio y a vos te tocaba ir a la portería y yo procuraba pues no salir en el día de la casa para no tener como contacto con los vecinos y esas cosas, pa que no se dieran cuenta que uno estaba contagiado por la Covid y segundo también para protegerlos a ellos, yo siempre cuando salía a recibir un domicilio o algo así, salía muy bien protegido, la N-95 y todo, yo siempre era pensando como que no me encuentre a nadie en el ascensor, que no me encuentra a nadie en los pasillos, como pa no tener contacto con vecinos ni nada y pues disminuir el riesgo de irlos a contagiar a ellos, eso para mi fue un poquito difícil porque yo generalmente tenía que hacer los pedidos de los domicilios en la noche cuando no había casi nada abierto o no habían muchos

lugares donde abastecerse, entonces como que no era lo que quisiera sino como lo que pudiera conseguir en ese momento. Eso era otra cosa que uno también vivía y decía bueno: pues tengo este Covid que me está golpeando por todos los lados, mi condición de salud, estoy solo, desabastecido de insumos, el riesgo de poder contagiar a las demás personas entonces era esa parte inicial si fue difícil, mas que los síntomas como tal de la enfermedad fue el manejo del aislamiento tan estricto que debíamos tener y pues obviamente uno por ser trabajador de la salud entendía que teníamos esa responsabilidad mayor de cuidarnos y cumplir muy estrictamente con ese aislamiento y no salir y tratar de no tener contacto con otras personas para no ir a contagiarlos, entonces esa otra parte también fue bastante difícil, también era con un poquito de angustia porque estábamos pensando que le estoy sobrecargando el trabajo a los otros compañeros y que todos estamos igual de cansados, entonces empezaron a ponerse muy de moda otra vez esos turnos de noche, haga turnos de 24 para cubrir poder cubrir los faltantes de personal y eso, esa otra parte que también fue difícil.

Los primeros días de aislamiento no fueron tan notorios, pero al pasar los días, no tener contacto con otros y permanecer encerrado, tuvo preguntas a cerca de la duración de la pandemia pero sin ver un fin pronto que llevaban a mas preguntas sobre si se iba a lograr vencer en algún momento o si era el final de todos.

Desde le punto de vista psicológico el participante manifiesta que su contagio no condicionó algún trastorno más severo como llegar a desarrollar depresión pos Covid o algo así, pero secuelas físicas sobre todo los primeros meses si, entre ellos muchísimo cansancio, tos residual, sensación de disminución en la capacidad pulmonar, que fue algo que lo llegó a preocupar pues el discomfort posterior al llegar a su casa en un sexto piso lo hizo hasta considerar llamar una ambulancia, sin embargo a pesar de todo indica que hubo poco tiempo de prestar atención a dicha sintomatología porque las condiciones del trabajo, deber regresar, saber de otras incapacidades y la carga de los otros compañeros limitaba la opción de volverse a incapacitar

La llegada de la vacunación ayudó notoriamente a disminuir la gravedad de la enfermedad, la mortalidad y los contagios, pero se sabía que se estaba ante un virus impredecible y cuando se creyó que las cosas iban bien o calmadas, se presentaban picos y picos más picos.

El sentimiento de impotencia llegó de forma colectiva pues los diferentes manejos no funcionaban, día a día se intentaban cosas nuevas sin resultados favorables; se venía trabajando según protocolos, metódicamente y de forma calculada, con la llegada de los picos no funcionaba esta técnica, pero tampoco se veían resultados favorables con los nuevos esquemas de trabajo. Se

intentaba revisar la literatura que iba saliendo sobre el Covid, lo que se podía porque también era información desbordante: Fue un gran desafío, el más duro y retador relatado por el participante.

A pesar que en cuidado intensivo en cada turno se lucha contra la muerte, no era la rutina la mortalidad. Sin embargo, al principio de la pandemia también se presentaba mucho que un paciente hacia paro y mientras alguien corría a atender ese paro, en el pasillo del frente había otro paciente que entraba en paro, entonces ahí al mismo tiempo, se tenían dos o tres paros que atender y todo el mundo corría de un lado hacia otro pero no se tenía mucho éxito en la reanimación porque las condiciones de hipoxemia tan severa hacían que las probabilidades de sacarlos de los paros fueran muy bajas. Situaciones descritas como desmoralizantes porque con el paso del tiempo se sabía que esas condiciones pre-paro o pre-intubación significaban muy bajas probabilidades de recuperación

Otro golpe fue empezar a darse cuenta de aquellas personas conocidas quienes se contagiaron y fallecían por la infección, dentro de la institución no hubo bajas, pero sí se podía conocer el caso de algún compañero, colega o simplemente que en cada familia de tus conocidos se tenía por lo menos un familiar muerto por covid-19.

Para resumir ese Covid 19 ha sido un desafío para todos y ha sido un desafío muy grande desde todos los puntos de vista, no solamente desde la parte clínica sino que eso ha implicado un desafío como desde todos los ámbitos, administrativos, logístico, operativo, clínico, desde los mismos recursos humanos, económicos todo, todo ha sido un desafío, de los recursos tecnológicos en los que al principio veíamos como la falta de personal, ingreso de nuevo personal, entrenamientos de dicho personal, entrenamiento adaptativo por los cambios y diferentes evoluciones, reto académico, literatura extensa sin embargo sin adecuados resultados.

Otra de las cosas que también fue importante y ha dejado como una enseñanza fue que no estuvimos preparados para el inicio de la pandemia y que aún quedan dudas si estamos preparados para una nueva

Este es un virus impredecible que surgen picos esporádicamente y que no hay una preparación eficiente en caso de que esto nos vuelva a golpear como al principio y no solamente desde nosotros como trabajadores de la salud o los directivos o a quienes corresponda, si no también desde los esfuerzos del gobierno y desde la misma conciencia ciudadana. Aún persisten personas sin vacunarse y eso preocupa demasiado porque todos sabemos que las personas que no

se han vacunado son una fuente potencial para mutación del virus, lo que dificulta el manejo posterior.

¿que se ha aprendido? Que esta es impredecible, que los trabajadores de la salud vivimos sometidos a estrés, a altos niveles de estrés con los cuales hemos tenido que ir aprendiendo a vivir, pero que aun así no hemos tenido una enseñanza significativa de los efectos de esta pandemia en términos de que tengamos algo ya estructurado para prepararnos en caso de que otro golpe como los que nos dio en el primer pico vuelva a suceder o incluso en caso de que haya otra pandemia, el otro año si llega otra pandemia por otro virus o por otro germen específico, ¿estamos preparados para eso? No.

### Anexo 6. Mapa conceptual

