

IMPACTO SOCIAL, LABORAL Y FAMILIAR EN EMPLEADOS DE LA E.S.E.
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO, A
PARTIR DE LAS MEDIDAS DE CONTINGENCIA IMPLEMENTADAS PARA
RESPONDER A LA PANDEMIA DEL COVID-19

ESTUDIANTES

LUZ STELLA ZULUAGA GÓMEZ
KAREN LISETH SUÁREZ RÍOS
LAURA CASTAÑO RESTREPO
ALEJANDRA ROMÁN MEJÍA
LUZ YANET LUJÁN CAMPO

ASESORA

MAITE CATALINA AGUDELO CIFUENTES

FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN ANÁLISIS DE IMPACTO DE MEDIDAS
CURATIVAS Y PREVENTIVAS EN SALUD
2020

TABLA DE CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. PANDEMIAS E HISTORIA.....	9
2.2. COVID-19	10
2.2.1 COVID EN EL MUNDO	11
2.2.2. COVID EN COLOMBIA Y ANTIOQUIA	12
2.2.3. MEDIDAS DE CONTINGENCIA A NIVEL NACIONAL	13
2.2. IMPACTOS DEL COVID-19 Y DE LAS MEDIDAS TOMADAS PARA SU CONTINGENCIA.....	14
2.3. IMPACTO DEL COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD	16
3. OBJETIVOS.....	18
3.2. OBJETIVO GENERAL.....	18
3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4. DISEÑO METODOLÓGICO	19
4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO	19
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	19
4.3. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	19
4.4. CRITERIOS DE OBSERVACIÓN Y MEDICIÓN.....	19
4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	23
4.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CONTROL DE SESGOS.....	23
4.7. PLAN DE ANÁLISIS	24
4.8. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	25
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	26
6. RESULTADOS.	29
7. DISCUSIÓN	46
8. CONCLUSIONES.....	49
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50

ANEXO 1	56
ANEXO 2	57
ANEXO 3	58

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Castillo, citado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, una pandemia es la propagación mundial de una enfermedad, siendo así que para que la enfermedad sea definida como tal, debe cumplir como criterio que se encuentre al menos un caso en cada uno de los continentes. En la historia han sido varias las pandemias que ha enfrentado la humanidad, presentando con ellas pérdidas humanas que superan en cifras las muertes oficiales reportadas, por ejemplo, en la segunda guerra mundial, la cual durante 6 años registra aproximadamente 80 millones de muertos. La peste negra dejó alrededor de 25 millones de víctimas mortales, representando la mitad de la población europea del siglo XVI, mientras que la gripe española superó por mucho la cifra y se considera una de las pandemias más letales de la historia, la viruela y el VIH/SIDA han sido reportadas como las más mortíferas, la primera ya fue erradicada, mientras que el VIH/SIDA continúa sin una cura, aunque sí con tratamientos de control y técnicas de prevención.

Por su parte, han sido varias las pandemias de influenza presentadas en la historia reciente: La gripe "asiática" y de "Hong Kong" en 1957, 1958 y 1968, la influenza aviar en 1997, la influenza N1H1 en 2009, el SARS, MERS y, por último, la que estamos viviendo actualmente, el Covid-19.

El Covid-19 presentó sus primeros casos en América Latina en Brasil y México, siendo el primero el más afectado hasta la fecha en toda la región. El primer caso de Covid-19 registrado en Colombia se dio el 6 de marzo de 2020, casi tres meses después de que apareciera el primer caso en el mundo y después de que ya estuvieran afectados 96 países, entre ellos, en la región de Latinoamérica, Brasil, México, Ecuador, Chile y Perú. Al 25 de abril de 2020 se tenían confirmados en el país 7.006 casos positivo para Covid-19 en Colombia, distribuidos en 32 entidades territoriales del país, afectando 274 municipios. El promedio de edad de los casos es de 41 años, el 70.2 % (4.917) de los casos se presenta en menores de 50 años, el 87,4% (6.123) de los casos se encuentra en casa, el 8,1% (565) hospitalizado y el 4,4% (314) falleció. El 72,7% (5.095) de los casos se presentan en Bogotá, Cali, Villavicencio, Medellín, Cartagena, Santa Marta, Barranquilla y Pereira².

La primera Resolución emitida por el gobierno adoptando medidas preventivas sanitarias al respecto se dio el 10 de marzo; la Resolución 380 resolvió implementar la medida de aislamiento y cuarentena de personas que hayan arribado al territorio nacional provenientes de China, Francia, Italia y España. Fue dos días después que se declaró, a través de la Resolución 385 del 12 de marzo del 2020, la emergencia sanitaria, seguida de varios decretos en los que fueron implementándose de a poco, medidas de contingencia como cierre de fronteras terrestres y marítimas, posteriormente también aéreas, cancelación de eventos masivos, cierre de establecimientos nocturnos, cuarentena para la población vulnerable y, finalmente,

el 22 de marzo, a través del Decreto 457 se ordenó el aislamiento preventivo obligatorio para todas las personas habitantes de la República de Colombia³.

Este aislamiento inició el 25 de marzo, y aunque inicialmente se consideró hasta el 13 de abril, ha sido postergado a través del Decreto 531 hasta el 27 del mes en mención y por medio del Decreto 593 del 24 de abril hasta el 11 de mayo. A la fecha, se continúa con la medida de aislamiento, aunque se reconocen algunas excepciones que deberán estar autorizadas, así como también se ha iniciado una apertura paulatina de algunos sectores económicos. Las Instituciones Educativas continúan cerradas y la población considerada vulnerable debe permanecer en cuarentena^{4,5}.

En el contexto de Antioquia, al 10 de mayo, el reporte del Ministerio de Salud indicaba que en este departamento se presentaban 468 casos, de los cuales 88 son casos activos distribuidos en 8 municipios así: Medellín 60, Bello 13, Copacabana 7, La Estrella 3, Envigado, El Carmen de Viboral y Rionegro 1 cada uno. Así las cosas, se presentan para la fecha 374 personas recuperadas⁶.

Antioquia se ha caracterizado durante la pandemia por mantener cifras controladas y por mantener gran parte del territorio libre del Covid-19, lo cual se debe al manejo inmediato que se le dio a los primeros casos, previniendo que la propagación del virus fuera mayor, además de 150 equipos móviles distribuidos por todo el departamento con un equipo de expertos de la Sala de Análisis del Riesgo, los cuales se encargan de identificar oportunamente a pacientes que puedan ser portadores del coronavirus⁷.

Ha influido también la capacidad de la capital del Departamento para dar respuesta a la emergencia a través de la implementación de herramientas tecnológicas de cuarta generación como la Big Data y las ha aplicado dentro de la estrategia global de “Medellín me cuida”, la cual busca realizar un mapeo de la ciudad a través de georreferenciación con información clave sobre comorbilidades y población vulnerable, así como mantener contacto constante con los pacientes. Esta estrategia se ha extendido indirectamente a otros municipios dado la obligatoriedad en el registro para poder ingresar y movilizarse en la capital⁸.

Los análisis económicos de las consecuencias de esta pandemia y las medidas que se han tomado a nivel mundial para contrarrestarla, están constantemente en las primeras líneas de diarios y noticieros; desde la misma Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial del Comercio (OMS) a nivel mundial^{9,10}, así como diferentes Organizaciones de empresarios y sindicatos a nivel nacional, como Fenalco, la ANDI, la Central Unitaria de Trabajadores (CUT) y la Confederación General del Trabajo (CGT)^{11,12}. Y así, dichos análisis, basados en cifras actuales de desempleo de la caída de la bolsa, del precio del petróleo, y del dólar, dan pie a múltiples estudios económicos y sociológicos que logran dilucidar un poco el escenario futuro ante la incertidumbre actual.

La UNICEF y la ACNUR también han presentado el balance de la situación para los niños y niñas y para los migrantes y refugiados de todo el mundo, así como también han iniciado campañas y programas para mitigar y atender la emergencia en estas poblaciones^{13,14}.

Todo estos balances y escenarios son fundamentales para realizar un diagnóstico y análisis que permitan darle frente a la situación actual de una mejor manera, para que desde cada uno de los ámbitos (económico, laboral, social, salud, político) se planteen soluciones que favorezcan a todas las poblaciones; sin embargo, es de reconocer que falta mayor fuerza en los análisis de lo que ha implicado a nivel social y familiar, especialmente para aquellas personas que no están confinadas en casa, sino que se encuentran diariamente en los hospitales y clínicas atendiendo la emergencia, pues no se encuentran fuentes bibliográficas ni suficiente información del que se pueda tener referencia para lograr comparar y reconocer dichos cambios.

Se han hecho algunas aproximaciones a los efectos que ha tenido la situación en la salud mental del personal médico, sin mencionar al personal de apoyo (servicios generales, vigilancia, conductores, camilleros) y administrativo (atención al usuario, admisiones, auxiliares administrativos) como parte del sector salud; estos estudios se han enfocado en aspectos de la salud mental tales como estrés y depresión y también en las condiciones laborales con las que cuentan para enfrentar la pandemia.

El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Trabajo, han implementado diferentes lineamientos y protocolos para orientar a los trabajadores de la salud en lo que respecta a la protección de sus derechos. El Lineamiento para prevención control y reporte de accidente por exposición ocupacional al covid-19 en instituciones de salud, tiene como objetivo principal “formular lineamientos de bioseguridad para prevenir la exposición ocupacional a la COVID-19”¹⁵. También se ha observado preocupaciones por la salud mental de los trabajadores de la salud, tal y como se menciona en el Lineamiento para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (Covid – 19), teniendo este como objetivo orientar a los empleadores y a las Administradoras de Riesgos Laborales en la prevención y mitigación de los problemas y trastornos mentales (salud mental) del personal de salud que atienden pacientes con coronavirus (COVID-19)”¹⁶.

La importancia de este estudio radica en reconocer los cambios que se han presentado en el personal que trabaja en instituciones de salud dentro de los contextos cotidianos a nivel familiar, social y laboral, a partir de las medidas de contingencia implementadas, siendo así que, al evidenciar las consecuencias que han traído para ellos y los sentires personales convertidos en colectivos, se pueden generar estrategias de acompañamiento, que, consecuentes con las apuestas de la salud pública, promuevan el bienestar de las personas, para el caso específico del personal de las instituciones de salud, favoreciendo con ello una mejor disposición en la atención a la comunidad y en la prestación de los servicios.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Considerando las medidas establecidas por el gobierno nacional para hacer frente a la pandemia del COVID-19, en la fase de contención, mucho se ha hablado de la necesidad de establecer hábitos y rutinas que favorezcan la salud física y mental de la población. Han sido varios los sectores: educación, comunicaciones, cultura, el de salud mismo, quienes se han encargado de visibilizar las necesidades surgidas a partir del confinamiento y de socializar estrategias que logren mitigarlas.

Se escucha y lee en los medios de comunicación, noticias sobre la afectación que ha tenido para los estudiantes, padres de familia, trabajadores del sector informal, comercial, de la construcción, pero ¿qué tanto se reconoce la afectación que ha tenido para los empleados de la salud? Si bien ha sido reconocido el papel que juegan los trabajadores del sector salud en esta crisis generada por la pandemia, y se ha hablado sobre la necesidad de mejorar sus condiciones laborales en lo que se refiere a bioseguridad, contratación y remuneración, no logran ser visibles las afectaciones a las que, al estar directa y diariamente en contacto con la atención del virus, se han tenido que enfrentar en el ámbito personal desde lo social, lo familiar y lo laboral.

Abordar dichas afectaciones, permite visibilizar las necesidades que han surgido en esta crisis para las personas que trabajan en las Instituciones de salud más allá de su quehacer laboral y más en un reconocimiento de su ser y su entorno, por eso la necesidad de estudiar el impacto social, laboral y familiar de los empleados de entidades hospitalarias a partir de las medidas de contingencia que se han implementado para responder a la pandemia del COVID-19, esperando además con este reconocimiento que la Institución pueda plantear estrategias de acompañamiento a su personal que respondan a dichas necesidades y que se siga ahondando en los efectos y consecuencias de la actual crisis en cada uno de los actores presentes en el sector salud.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál ha sido el impacto social, laboral y familiar en empleados de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia, a partir de las medidas de contingencia implementadas para responder a la pandemia del Covid-19?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. PANDEMIAS E HISTORIA

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁷ una pandemia es la propagación mundial de una enfermedad, más específicamente, es una epidemia ampliamente distribuida que abarca grandes grupos de países o varios continentes. Durante la historia, las pandemias han dejado innumerables víctimas y han dejado estragos en las sociedades, incluso “han influenciado directamente los hábitos de vida, los sistemas sanitarios y han convertido a la medicina en lo que la conocemos hoy en día”¹⁷.

El primer registro que se tiene de una epidemia lo hace Tucídides en “La guerra del Peloponeso”, la cual data del 430 a.C., y se repitió en la guerra entre Atenas y Esparta en el 425 a.C. Para aquel entonces las sociedades consideraban cualquier enfermedad como un castigo de los dioses, por lo que, una plaga que se presentó en Atenas para aquella época y por la cual murieron alrededor de 150.000 personas, (el 30% de sus habitantes), fue explicada como la furia de Hera ante la infidelidad de Zeus con la ninfa Egina. Se plantea que la epidemia de dicha época fue una viruela que se originó en Etiopía, atravesó Egipto y Libia, y llegó a Atenas, una ciudad atiborrada de personas refugiadas en combates^{17,18}.

La Peste Antonina o Plaga de Galeano apareció en varias ocasiones desde el 166 d.C. y el 270 D.C., y produjo millones de muertos, al parecer fue importada por las tropas del Imperio Romano desde lo que hoy es Irak y se extendió a lo largo de todo el Imperio Romano, China e India. Posteriormente, se registra la primera pandemia de peste bubónica, la plaga Justiniana, que se repitió en ciclos epidémicos cada 8 a 12 años hasta el 654 d.C. y afectó el mundo conocido para la época (norte de África, Europa, Arabia, Asia central y del sur), produciendo una disminución de la población mundial del 50 al 60%¹⁷.

Se atribuye a la viruela como la pandemia más antigua y que ha dejado la mayor cantidad de muertes infecciosas en la historia, presentándose incluso como arma de guerra durante diferentes momentos de la historia de las civilizaciones. El brote más severo se considera el traído en 1518 a América por los españoles y portugueses, el cual diezmo a las poblaciones indígenas y facilitó el proceso de conquista siendo el brote más severo.

En 1347 apareció en Italia, traída desde Asia Central por la ruta de la seda, la Peste Negra, la cual se esparció por toda Europa y mató a más de 28 millones de personas, generando una disminución de la población europea del 40%. La Peste Negra “tuvo un impacto enorme en la historia de Europa y de la humanidad entera, produjo grandes cambios en la sociedad, la cultura, la religión y la política. La medicina sufrió importantes transformaciones, surgieron muchas de las políticas y regulaciones de salud pública, se crearon los hospitales, la medicina y la cirugía se fusionaron en una sola profesión y se inició la investigación clínica”¹⁷. La peste

bubónica, el tifo, la tuberculosis, diferentes influencias, entre otras, han sido epidemias que han también jugado un papel importante en la historia de la humanidad.

Más reciente en la historia, fue declarada en 1981 el VIH como pandemia después de que se registraran casos en Los Ángeles y Nueva York, los cuales inicialmente se consideraron de transmisión sexual a través de prácticas sexuales entre hombres, pero posteriormente estudios concluyeron que también se contraía el virus por transfusiones de sangre contaminada, transmisión de madre a hijo durante el embarazo, o por el uso de agujas hipodérmicas; además de determinar que su procedencia es simiana y se diseminó en el continente africano antes de llegar a Norteamérica¹⁷. Hoy en día el VIH sigue siendo uno de los problemas más graves de salud pública en el mundo, se estima que hacia finales de 2018 había en el mundo unos 37,9 millones de personas infectadas, ese mismo año contrajeron la infección unos 1,7 millones de personas, y alrededor de 770.000 murieron por causas relacionadas con el VIH. Desde el inicio de la pandemia a la fecha, 74,9 millones de personas han contraído el virus y aproximadamente 32 millones han fallecido por causas asociadas¹⁹.

La pandemia de influenza más importante registrada dio lugar en 1918, hacia finales de la Primera Guerra Mundial, y fue conocida como la Gripe Española. La enfermedad fue transportada desde Kansas, Estados Unidos, por combatientes que llegaron a las costas de Francia y desde allí se esparció por todo el continente europeo y posteriormente al resto del mundo. La Gripe Española dejó en dos años alrededor de 100 millones de muertos¹⁷.

Después de la Gripe Española, se ha producido varias pandemias de influenza: La gripe "asiática" y de "Hong Kong" en 1957, 1958 y 1968, la influenza aviar en 1997, la influenza N1H1 en 2009 y por último, la que estamos viviendo desde finales de Diciembre de 2019 el SARS-CoV-2 o COVID-19.

2.2. COVID-19

En diciembre de 2019 se notificaron varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, China, la enfermedad fue llamada COVID-19, es altamente contagiosa y es causada por un coronavirus respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2). "Este virus, que es el séptimo coronavirus que se ha demostrado que infecta a los humanos, tiene una similitud genómica del 75-80% con el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV), 50% con el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) y 96% a un coronavirus murciélago y utiliza el mismo receptor celular, la enzima convertidora de angiotensina II (ACE2), que es utilizada por el SARS-CoV"²⁰. Los coronavirus son una familia que puede causar enfermedades tanto en animales como en humanos; en estos últimos causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado

común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19²¹.

En la alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa celebrada el 11 de marzo de 2020, se determinó al COVID-19 como la primera pandemia causada por un coronavirus²². A la fecha (mayo 09 de 2020) se cuenta en el mundo con 3.925.815 casos confirmados y al menos 274.488 muertes a causa del virus en 215 países²³.

2.2.1 COVID EN EL MUNDO

El 31 de diciembre de 2019 fue reportado en Wuhan un grupo de casos de neumonía de origen desconocido que pasó a confirmarse estaban relacionados con un nuevo virus de la familia de los coronavirus, denominado con las siglas COVID-19. Es posible que durante varias semanas este virus pasara desapercibido debido al inicio de la temporada estacional de gripe, hasta que se dio la alerta por el aumento de casos graves (neumonía)²⁴. Después de que la enfermedad generada por el COVID-19 se propagara rápidamente en la región, el 30 de enero la OMS lo catalogó como un problema de salud pública internacional. En el reporte número 10 publicado en dicha fecha, la OMS reportó 7.810 casos confirmados en todo el mundo, de los cuales solo 82 eran casos registrados en 18 países diferentes a China, la mayoría de ellos relacionados con personas que habían viajado al país asiático o que habían tenido contacto con personas que hubieran viajado a dicho país²⁵.

Para el 15 de febrero, la OMS había confirmado 50.580 casos confirmados en todo el mundo, de los cuales 526 se encontraban en 25 países diferentes a China, distribuidos en su mayoría en Asia y Europa, además de Estados Unidos, Canadá, Emiratos Árabes y Egipto²⁶. En los siguientes días el número de casos en todo el mundo aumentó dramáticamente, reportándose diariamente cada vez más casos y pasando de ser importados a casos locales en cada territorio. Para el 29 de febrero, el reporte de situación número 40 de la OMS informaba de 6.009 casos en 53 países fuera de China y un total de 85.403 en todo el mundo, siendo así que los registros de contagio en China ya habían comenzado a cesar.

El primer caso registrado en América Latina se reportó por la OMS el 26 de febrero, seguido dos días después por México. A pesar de que el virus ya llegó a la todos los países de la región, el número de casos hasta la fecha es relativamente bajo comparado con continentes como Asia y Europa e incluso Estados Unidos^{27,28}.

Para el 11 de marzo, la OMS declaró su profunda preocupación sobre los niveles alarmantes de propagación y severidad de la enfermedad, pero además, sobre la falta de acciones por parte de los Estados, declaró el COVID-19 como pandemia, a la fecha con 118.319 casos confirmados y 4.292 muertes en todo el mundo (114 países incluida China)²⁹.

El desarrollo que ha tenido el COVID-19 en el mundo y los desafíos a los que se ha visto enfrentados los sistemas de salud de todo el mundo, ha hecho que los gobiernos deban implementar medidas de prevención, mitigación y atención, que varían en cada país de acuerdo con la capacidad económica y social, a los conocimientos y posturas de los asesores y ministros de salud, a la voluntad política, entre otros factores. Inicialmente la OMS hizo un llamamiento para que se intensificaran las campañas de prevención a través del lavado de manos, de evitar saludar de mano o beso y posteriormente el uso del tapabocas, pero el aislamiento social ha sido considerada la medida más efectiva hasta el momento y varía el tiempo de la implementación así como la severidad de la medida entre cada país. La medida de confinamiento fue primero implementada por China y luego le siguieron otros países tales como Italia o España, quienes se vieron particularmente afectados en mayor medida en comparación con el resto de países.

2.2.2. COVID EN COLOMBIA Y ANTIOQUIA

El primer caso de coronavirus COVID-19 reportado en Colombia se dio el 6 de marzo en Bogotá, correspondiente a una mujer procedente de Italia; el caso fue clasificado como importado y desde entonces y hasta el 10 de mayo se han reportado en Colombia 11.063 casos confirmados y 463 muertes. El Boletín Epidemiológico Semanal número 18 (semana de abril 26 a mayo 2) emitido por el Instituto Nacional de Salud³⁰ informa que en Colombia cuenta con 9.456 casos de COVI-19 confirmados en 241 municipios del territorio nacional; del total de casos confirmados hasta la fecha, el 33,5% (3.169) están relacionados con la importación, 8,7 % (822) casos importados y 57,8 % (5.465) en estudio.

Por su parte, en Antioquia, el tercer departamento con más casos en Colombia, se han confirmado, desde el 9 de marzo cuando se registró el primer caso, a la fecha (mayo 10 del 2020), 468 casos y tan solo 6 fallecidos según el Instituto Nacional de Salud³¹. En entrevista de Caracol Radio con el Gerente para el coronavirus en Antioquia, Luis Gonzalo Morales, expuso que en 118 de los 125 municipios de Antioquia no hay casos de coronavirus y que en 95 localidades nunca se ha registrado ningún contagio³².

2.2.3. MEDIDAS DE CONTINGENCIA A NIVEL NACIONAL

A nivel nacional se han publicado dos planes de contingencia para responder ante la emergencia por covid-19, el primero en el mes de marzo y el último, con algunas modificaciones y respaldado en un marco normativo, en el mes de abril. Con la finalidad de evitar o reducir el daño que el COVID-19 puede ocasionar en la población colombiana, y a partir de la experiencia de otros países, de experiencias propias anteriores, del fortalecimiento del sistema de vigilancia y la respuesta en salud pública, estos planes establecen las directrices nacionales para implementar acciones durante las fases de preparación, contención y mitigación de la epidemia, partiendo de la identificación y escenarios de riesgo³³.

El plan puede ser y ha sido objeto de ajustes según lo requiera el desarrollo de la situación y debe adoptarse y adecuarse a nivel territorial; diferencia tres fases las cuales son: fase de preparación en donde se despliegan acciones relacionadas con los puntos de partida, la comunicación del riesgo en todos los niveles, los planes de contingencia, la capacitación de talento humano y las definiciones de protocolos de actuación técnicos y de gestión del riesgo. La fase de contención comprende las acciones de identificación y respuesta a la introducción de la amenaza al país y los esfuerzos ante la aparición de los primeros brotes, para contenerlos y evitar su propagación. Finalmente, las medidas de mitigación corresponden a la situación epidemiológica epidémica ante cadenas de circulación en la comunidad conocidas o desconocidas. Las acciones se encaminan a preservar los servicios y brindar la atención requerida a la población que ha sido afectada³³.

Se cuenta en este plan con 8 líneas de acción. 1. La Coordinación que contiene las acciones tendientes organizar sectorial e intersectorialmente la implementación de acciones con una instancia visible, con capacidad decisoria y ejecutiva, con carácter intersectorial y alcance nacional; 2. La vigilancia en Salud Pública y Control Sanitario; 3. La Red Nacional de Laboratorios; 4. La Reducción de la transmisión en la comunidad; 5. Red de servicios de salud; 6. Preservación de la continuidad en el funcionamiento de los servicios esenciales del país; 7. Comunicación y educación a la comunidad; 8. Evaluación.

En la línea de acción 4, sobre la reducción de la transmisión en la comunidad, se plantean las acciones dirigidas a reducir o contener la transmisión, extensión o propagación de la amenaza y se especifica la planificación, promoción e implementación de medidas de distanciamiento social: cierre de escuelas, prohibición de concentraciones multitudinarias, eventos masivos, restricciones para el transporte masivo o desplazamientos, modificación de los hábitos laborales y de control de la enfermedad (médicas y no médicas), de tipo personal, familiar para los casos presuntos y sus contactos en el domicilio.

Es en el marco de dicha línea de acción que se han implementado, a partir de diferentes Resoluciones y Decretos las acciones a llevar a cabo. La Resolución 380 fue la primera en salir el 10 de marzo, y resolvió implementar la medida de

aislamiento y cuarentena a personas que hubieran arribado al territorio nacional provenientes de China, Francia, Italia y España; dos días después se declaró la emergencia sanitaria a través de la Resolución 385, seguida de varios decretos en los que fueron implementándose poco a poco, medidas de contingencia como cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas, cancelación de eventos masivos, cierre de establecimientos nocturnos, cuarentena para la población vulnerable y, finalmente, el 22 de marzo, a través del Decreto 457 se inició el ordenamiento del aislamiento preventivo obligatorio para todas las personas habitantes de la República de Colombia.

El aislamiento que, inicialmente iba desde el 25 de marzo y hasta el 13 de abril, ha sido postergado a través del Decreto 531 y 593 llegando a extenderse, a la fecha, hasta el 11 de mayo. Igualmente, de a poco, se han reconocido excepciones y se ha iniciado una apertura de algunos sectores económicos. Por su parte, las Instituciones Educativas continúan cerradas y la población considerada vulnerable debe permanecer en cuarentena^{4,5}.

Así pues, este plan de contingencia nacional ha venido acompañado de un sin número de decretos, comunicados y alocuciones diarias por parte de la Presidencia de la República en la que diariamente informan sobre nuevas medidas o flexibilización de las mismas, sobre datos nacionales y sectoriales (educación, comercio, empleo, sistema de salud, entre otros) y se abre paso también a mostrar cómo se han venido implementando las medidas en los diferentes territorios del país. En general, pese a todas las medidas establecidas, continúa habiendo preocupación tanto por la mortalidad como por la capacidad limitada del sistema de salud para responder efectivamente a las necesidades de los pacientes infectados³⁴.

2.2. IMPACTOS DEL COVID-19 Y DE LAS MEDIDAS TOMADAS PARA SU CONTINGENCIA

La crisis se describe comúnmente como un momento de verdad, un momento decisivo en el que debemos emitir juicios sobre lo que es realmente importante y lo que no lo es, sobre lo correcto y lo incorrecto, y sobre moldear la situación actual hacia un futuro más brillante y más positivo. La crisis de COVID-19 cambiará fundamentalmente nuestro mundo, llevándonos a repensar nuestros sistemas políticos, de información / medios de comunicación, atención médica y sistema económico, normas sociales y religiosas, nuestra ciencia y nuestras relaciones con la naturaleza y el medio ambiente³⁵.

Mucho se ha expuesto sobre cómo el COVID-19 ha puesto en peligro la economía mundial. La OIT³⁶ reporta que debido a los confinamientos, parciales y totales en todo el mundo, se han visto afectados casi 2.700 millones de trabajadores, lo que representa alrededor del 81% de la población activa; y pronostica que para finales

del 2020 el desempleo podría ser significativamente mayor al contemplado al inicio de la pandemia, que hacía referencia a 25 millones; para el segundo trimestre de 2020 se habrán perdido a nivel mundial un número de horas de trabajo equivalentes a las de 195 millones de trabajadores a tiempo completo. Por su parte, el FMI ha anunciado una recesión global.

Las medidas de aislamiento han traído con sí la paralización de diferentes sectores económicos, poniendo en jaque a grandes y medianas empresas y a pequeños emprendedores, quienes han debido acudir a la emergencia económica para salvar sus nóminas, pero en muchos casos no ha sido posible y han debido prescindir de mano de obra; a su vez, los consumidores, muchos de ellos en el limbo con sus contratos laborales, o con la certeza de la terminación de éstos, han limitado sus compras a productos básicos de primera necesidad. Los mercados y los índices de la bolsa empiezan a desplomarse y los empleos informales a ser más visibles cada vez que no tienen cómo sostenerse sin la sociedad andando en la calle.

En el ámbito familiar se pueden evidenciar consecuencias negativas en tanto los ingresos económicos disminuyen, presentándose dificultades para la satisfacción de necesidades básicas; sin embargo, se presentan también otras afectaciones de tipo relacional, pues ante las necesidades económicas las tensiones y responsabilidades aumentan. Además, ahora los niños, niñas y adolescentes permanecen todo el día en el hogar, desafiando a los padres en su rol de maestros y en su responsabilidad de acompañar los aprendizajes más allá de las aulas de clase; ni qué decir de aquellas familias en las que uno o más de sus miembros cuenta con alguna condición de salud especial y requiere un acompañamiento especializado de profesionales, por ejemplo aquellos con diagnóstico de trastorno del espectro autista, alguna discapacidad mental o trastorno psiquiátrico.

También pone a prueba a los adultos que trabajan desde el hogar, pues aun estando con sus familias deben tener toda su disposición en las necesidades de sus empleadores; parejas que desde el momento en que formaron su hogar no habían tenido tanto tiempo para la convivencia; víctimas de violencia intrafamiliar que se encuentran compartiendo más tiempo con sus victimarios. De hecho, se ha hecho visible que con las medidas de confinamiento, han aumentado los casos de violencia intrafamiliar del que son objeto las mujeres y los menores de edad, pues la Fiscalía General de la Nación ha recepcionado 5.532 denuncias durante el confinamiento (datos del 23 de abril) y solicita más recursos económicos y técnicos para responder de manera ágil y proteger a las mujeres y familias³⁷.

Los impactos sociales por su parte se evidencian en las nuevas formas de relación que hemos establecido con el otro. Los estudiantes ahora comparten sus clases por medio de una sala virtual, método al que también se acogen grupos de amigos y familiares para reunirse a hablar y compartir. El contacto físico está eliminado, por lo que un saludo con quien se está frente a frente debe limitarse a un hola. Al encontrarnos en un espacio público oscilamos entre la necesidad de estar rodeados

de otros y el temor de que esos otros nos contagien, sospechamos ante un estornudo, nos cuidamos de las distancias y la lectura de un rostro se centra únicamente en la mirada.

Todos los cambios experimentados a nivel económico/laboral, familiar y social traen efectos en la salud, “Desde hace décadas se conoce que las relaciones sociales están vinculadas a la salud física y mental [...] Una red social satisfactoria promueve comportamientos y hábitos saludables. En consecuencia, la soledad aumenta el riesgo de sedentarismo, de tabaquismo, de consumo excesivo de alcohol y de alimentación inadecuada”³⁸, además, también puede verse afectado el sueño y el estado de ánimo. Desde que comenzaron las medidas de confinamiento han sido muchas las advertencias y el trabajo que desde los diferentes entes se ha hecho sobre salud mental toda vez que las personas pueden experimentar estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor.

2.3. IMPACTO DEL COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD

Reconociendo el impacto económico, familiar y social que deja el panorama mundial por el COVID-19, cabe hacer énfasis en las consecuencias que ha traído específicamente al personal de salud, pues este ha sido uno de los grupos más afectados, además de uno de los que mayor riesgo de contagio presenta. Incluso la OMS ha instado a los gobiernos no solo a garantizar las medidas de bioseguridad para el ejercicio de su labor, sino también a tomar medidas de apoyo psicológico³⁹.

El estrés laboral por la responsabilidad que implica atender a un paciente infectado, el riesgo de contagio y la falta de garantías que da el sistema de salud para la protección durante la ejecución de la labor, sumado a las medidas de cuarentena que deben cumplir, podrían causar estragos significativos en la salud mental de los profesionales de la salud frente a la actual pandemia⁴⁰.

“La frecuencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de emergencias causadas por epidemias virales es especialmente elevada: estimaciones obtenidas a través de la realización de diversos meta-análisis nos indican una elevada prevalencia de ansiedad (45%), seguida de depresión (38%), estrés agudo (31%), burnout (29%) y estrés postraumático (19%). Los análisis de subgrupos que llevamos a cabo mostraron una ausencia de diferencias significativas en cuanto a estas prevalencias durante vs. después de las emergencias sanitarias – lo cual nos sugiere que los efectos sobre la salud mental se podrían mantener a largo plazo”⁴⁰.

Lo anterior afirma lo planteado por la OIT y la OMS, para quienes los factores psicosociales en el trabajo se definen como interacciones entre el trabajo, su medio

ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento⁴¹.

Los trabajadores del sector de la salud, al igual que el resto de personas, sienten incertidumbre, confusión y fragilidad ante un fenómeno que ha sido complejo de explicar desde su origen, complejo en el manejo médico y social y en las consecuencias económicas, políticas y sociales, ante algo que desde el principio ha sido difícil de explicar, predecir y controlar. Pero es importante prestar especial atención al impacto que ha traído al personal médico y demás personas que trabajan en el sector salud, pues es en sus manos en las que se encuentra la salud del resto de la población, y se requiere garantizarles a ellos la atención necesaria para su bienestar integral.

3. OBJETIVOS

3.2. OBJETIVO GENERAL

Identificar el impacto social, laboral y familiar que ha traído las medidas de contingencia implementadas para responder a la pandemia del covid-19 a los empleados de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las consecuencias en el entorno social y familiar que han traído las medidas de contingencia por el COVID-19 a los empleados asistenciales, administrativos y de apoyo de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia.
- Identificar los cambios presentados a nivel laboral que han tenido las personas que trabajan en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia, a partir de las medidas de contingencia por el COVID-19.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque de este proyecto de investigación es de carácter cuantitativo puesto que se utilizan datos estadísticos arrojados por la encuesta aplicada para el posterior análisis de la información.

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto de investigación es de tipo exploratorio toda vez que se pretende examinar un fenómeno que se viene presentando hace varios meses y que permitirá abrir las perspectivas para otros estudios similares o de mayor profundidad. “Los estudios exploratorios generalmente no constituyen un fin en sí mismos, sino que determinan tendencias, identifican áreas, ambientes, contextos y situaciones de estudio, relaciones potenciales entre variables; o establecen el tono y dirección de investigaciones posteriores más elaboradas y rigurosas”⁴².

4.3. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La investigación se planteó inicialmente con la totalidad del personal administrativo, asistencial y de apoyo que trabaja en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia; sin embargo, durante la aplicación del instrumento no se obtuvo la respuesta esperada. De los 829 empleados que registran en las bases de datos de Talento Humano, se logró la participación de 495, lo que representa un 59,7%; según el cálculo de muestra simple, con un universo de 829 empleados y una muestra de 495, se obtiene un nivel de confianza del 97% y un error del 3%.

4.4. CRITERIOS DE OBSERVACIÓN Y MEDICIÓN

Se cuenta con una encuesta en la que inicialmente se diligencian los datos sociodemográficos de cada encuestado, facilitando con esto analizar los perfiles de las respuestas y aportar al análisis de las tendencias. La segunda parte de la encuesta está desarrollada desde cada uno de los ámbitos: social, familiar y laboral, que contienen las preguntas que permiten la identificación y análisis del impacto y cuyas respuestas se desarrollan en su mayoría en la escala Likert, y algunas otras respuestas serán de “sí” o “no”. (VER ANEXO 1).

Se realizó una prueba piloto con 10 profesionales de la salud del Hospital de Frontino, y posterior a ello se realizaron modificaciones, no de tipo estructural ni de

contenido, sino del manejo de la aplicación, tales como el permiso para escribir el número 0 y el título del instrumento.

Las variables, naturaleza, nivel y categorías de cada pregunta de la encuesta según los ámbitos, se presentan a continuación:

	VARIABLE	NATURALEZA	NIVEL	CATEGORÍAS
INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	Edad	Cuantitativa	De razón	1. Años cumplidos
	Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
	Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Viudo (a) 5. Divorciado o separado
	Municipio de residencia	Cualitativa	Nominal	1. Municipio
	Personas con las que vive	Cuantitativa	De razón	1. Número de personas
	Personas a cargo	Cuantitativa	De razón	1. Número de personas
	Personas que aportan económicamente	Cuantitativa	De razón	1. Número de personas
	Tenencia de la vivienda	Cualitativa	Nominal	1. Propia 2. Arrendada 3. Familiar 4. Otra
	Estrato de la vivienda	Cualitativa	Ordinal	1. Estrato
	Zona de residencia	Cualitativa	Nominal	2. Rural 3. Urbano
	Tiempo en el sector salud	Cuantitativa	De intervalo	1. Tiempo
	Tiempo en la E.S.E. San Juan de Dios de Rionegro	Cuantitativa	De intervalo	1. Tiempo
	Área de desempeño	Cualitativa	Nominal	1. Administrativo 2. Asistencial 3. Apoyo
	Tipo de contrato	Cualitativa	Nominal	1. Vinculado 2. Prestación de servicios

				3. Por agremiación
	Nivel educativo	Cualitativa	Ordinal	1. Bachiller 2. Técnico 3. Tecnólogo 4. Profesional universitario 5. Especialista 6. Subespecialista
ÁMBITO SOCIAL	Tiempo para compartir con amigos	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Temas diferentes al covid-19 como tema de conversación	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Frecuencia de información sobre el covid-19	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Esporádicamente 3. Semanalmente 4. Diariamente 5. Todo el tiempo
	Buena comunicación con las personas	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Facilidad de transporte	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Tiempo para compras	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Seguridad en el desplazamiento	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Rechazo de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces

				4. Con frecuencia 5. Siempre
ÁMBITO LABORAL	Angustia	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Tristeza	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Afectación estado emocional	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Desmotivación	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Exposición a contraer el covid-19	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Mayor carga laboral	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Información sobre medidas nacionales	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Capacitaciones	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Elementos de protección	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia

				5. Siempre
ÁMBITO FAMILIAR	Convivencia personas de riesgo	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
	Información de la situación	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
	Preocupación contagio	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Actividades de esparcimiento	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Siempre
	Expresión de sentimientos	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
	Familia orgullosa	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
	Sugerencia de renunciar	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
	Tiempo en el hogar	Cualitativa	Ordinal	1. Igual 2. Menor 3. Mayor

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inicialmente se consideró como único criterio de exclusión aquellas personas que no aceptaron el consentimiento informado y no deseen participar de la encuesta. Dado la facilidad que nos brindó la plataforma virtual que usamos para la recolección y análisis de datos, este estudio inicialmente no utilizó muestreo, sino que se proyectó para ser realizado con toda la población, la cual correspondía a 829 empleados. De los 134 empleados del área administrativa, se obtuvo la participación de 107; 355 de los 620 del área asistencial, y 33 de los 75 empleados del área de apoyo. Lo que evidencia un menor interés o falta de tiempo para el diligenciamiento de la encuesta por parte del personal del área asistencial.

4.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CONTROL DE SESGOS

Se realizó la encuesta para la recolección de la información, con los ajustes necesarios evidenciados durante la prueba piloto, garantizando que las preguntas

respondieran a los objetivos propuestos. La encuesta se desarrolló a través de la plataforma digital de Google Forms.

La encuesta estuvo disponible durante tres semanas, tiempo que se consideró suficiente para que todos los empleados de la Institución logaran ingresar al link y diligenciarla, de manera que cada empleado tuviera acceso a ella fácilmente y lo diligenciara en el tiempo que disponía y de manera privada.

La difusión de la encuesta se dio de manera inicial a través de la Jefe de Talento Humano de la ESE Hospital San Juan de Dios, y después también fue necesario la voz a voz a nivel interno, haciendo que tuviera mayor efectividad esta última estrategia, pues los empleados lograban compartirse entre ellos el link a través de sus números telefónicos.

El diligenciamiento de la encuesta fue confidencial y no revela la identidad de ningún encuestado. Lo primero que se encontraba al abrir el link, era el consentimiento informado, el cual debían aceptar para dar inicio a la encuesta, de lo contrario no era posible dar continuidad con la misma. Dicho consentimiento informado podía descargarse al final de la encuesta para que cada participante, si así lo deseaba, tuviera una copia del mismo, sin necesidad de solicitar el correo electrónico, facilitando que se garantizara con ello la privacidad de la identidad

La redacción de las preguntas estaba dada en términos sencillos y comprensibles para población general. Se tuvo en cuenta además que todos los participantes contaban con un nivel educativo mínimo de básica secundaria; sin embargo, se dejó el número telefónico de una de las investigadoras en caso de que el participante tuviera alguna duda.

4.7. PLAN DE ANÁLISIS

La plataforma digital Google Forms da la posibilidad al grupo de investigadoras de visibilizar las respuestas de manera individual, también genera una matriz automática con la totalidad de las respuestas por pregunta la cual puede ser descargada a Excel, además de visualizar las respuestas a través de gráficas.

Fue a partir de las frecuencias absolutas que arrojó cada variable, que se realizó un análisis descriptivo, teniendo en cuenta, y como categoría de análisis central, los subgrupos planteados en los objetivos específicos (administrativo, de apoyo y asistencial), así como también los subgrupos por tipo de contratación, transversalizando la información socio demográfica y cada uno de los ámbitos propuestos, de manera general y por subgrupos. Se hicieron análisis univariados y tablas cruzadas, utilizando frecuencias absolutas y relativas para

resumir la información, la cual se representó por medio de tablas y gráficos para su posterior análisis.

4.8. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los resultados serán socializados a la Institución a través de las directivas, mostrando no solo los datos de las encuestas, sino también el análisis de dichos datos, con el fin de que a partir de ello la Institución evalúe la pertinencia de un plan de intervención cuyas estrategias y acciones logren dar respuesta a las necesidades evidenciadas para un adecuado acompañamiento del personal que labora en el Hospital. Cabe resaltar que este espacio fue solicitado expresamente por los directivos de la Institución al momento de autorizar el estudio. La fecha para dicho espacio será concertada entre estudiantes y directivos una vez el análisis de resultados sea aprobado por la asesora académica.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este estudio se clasifica en un riesgo mínimo debido a que algunas de las preguntas contenidas en la encuesta podrían llegar a generar sensibilidad en los participantes.

Para mitigar dicho riesgo, las preguntas contenidas en la encuesta están redactadas en términos sencillos y generales para los participantes, además de contar con varias opciones de respuesta. Adicionalmente dentro del grupo, se cuenta con una profesional de trabajo social que estará dispuesta a realizar primeros auxilios psicológicos en caso de que algún participante considere que lo requiera como consecuencia del diligenciamiento de la encuesta. Cabe anotar que la atención no será psicológica ni terapéutica, pero se cuenta con la capacidad y conocimiento para derivar a algún servicio de atención psicológica según sea el caso.

El número telefónico de la trabajadora social estará disponible tanto en el consentimiento informado como en el link de la encuesta, de modo que el participante pueda contactarse en el momento que lo requiera. La ruta de atención comienza una vez ella recibe la llamada e indaga por lo que la motivó, estableciendo un espacio virtual o telefónico para la prestación de los primeros auxilios psicológicos. Desde el área se considerará si la intervención se da por concluida con la prestación de estos primeros auxilios, o si es necesario la remisión a otros servicios, en cuyo caso se realizará teniendo en cuenta la oferta institucional que haya en el municipio de residencia del participante o la EAPB a la que pertenezca.

En las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaborada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴³, se plantea que “la justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico” esto es que, al generar un conocimiento específico, se espera a partir de él llevar a cabo actividades, instar a nuevas investigaciones y/o tomar decisiones que repercutan directamente bien sea sobre la salud individual o la salud pública. Se expone además que cuando la investigación no ofrece beneficios individuales a los participantes, es necesario minimizar los riesgos y equilibrarse respecto al valor social de la información que se va a adquirir.

Esta investigación está justificada en el valor social, al visibilizar las necesidades que han surgido en esta crisis para las personas que trabajan en las Instituciones de salud más allá de su quehacer laboral y más en un reconocimiento de su ser y su entorno, esperando además con este reconocimiento que la Institución pueda

plantear estrategias de acompañamiento a su personal que respondan a dichas necesidades y que se siga ahondando en los efectos y consecuencias de la actual crisis en cada uno de los actores presentes en el sector salud. Lo anterior, considerando el riesgo mínimo a nivel individual que en cualquier caso es informado y mitigado a través de la manera cómo están formuladas las preguntas y la oportunidad de contactar telefónicamente a una de las investigadoras tanto en caso de duda como de necesidad de primeros auxilios psicológicos.

El consentimiento informado, no solo está explícito dentro de las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, sino que además fue la primera y más larga consideración del Código de Núremberg⁴⁴. El consentimiento informado presentado a los participantes de nuestra investigación, cuenta con la información básica del estudio, información que se considera debe ponerse en conocimiento del participante. Esta información se refiere al objeto del estudio, los beneficios del mismo tanto para los participantes como para la academia, los costos y riesgo; y enfatiza en el anonimato y privacidad de los datos y en la alternativa de abandonar la encuesta cuando lo desee. El consentimiento informado se presenta antes de iniciar la encuesta, y al final de la misma está disponible para que cada participante lo descargue y pueda tener copia de él.

Finalmente, teniendo en cuenta que los datos recolectados se obtendrán a través de una herramienta digital, se debe tener en cuenta la Pauta 22 del CIOMS y la OMS que exige “aplicar medidas de protección de la privacidad para resguardar a las personas de la posibilidad de que se revele directamente su información personal o esta pueda de alguna otra forma inferirse cuando los conjuntos de datos se publiquen, compartan, combinen o vinculen”⁴³.

En el caso de esta investigación, se puede acceder al link de la encuesta sin dejar registrado el correo electrónico, lo que garantiza que ninguna de las respuestas está vinculado a una persona específica. Adicionalmente, si la persona se niega a hacer parte de la investigación, o a continuar en ella, los datos ingresados hasta el momento de la decisión no quedarán registrados. El acceso a la base de datos generada por la plataforma, durante las semanas que esté disponible la encuesta, permitirá monitorear que los resultados se estén reflejando de manera segura y confidencial, tal como se tiene programado.

Para advertir sobre el objetivo de la investigación, sus beneficios, costos, riesgos y sobre la privacidad y el manejo de la información en línea, además del consentimiento informado, se desplegará dentro de las carteleras institucionales de la E.S.E. San Juan de Dios de Rionegro, un boletín informativo a nombre de las investigadoras.

Finalmente, consideramos una responsabilidad ética generar un espacio en la Institución, en el cual se realice devolución de los resultados obtenidos en esta investigación, esperando con ello que las necesidades evidenciadas dentro de nuestro trabajo, permita a la Institución plantear estrategias y acciones de acompañamiento a su personal.

6. RESULTADOS.

En esta investigación se contó con una mayor participación de mujeres, con un 71%, en comparación con el 29% de participantes hombres. La población masculina que más predomina se encuentra en edades comprendidas entre los 30 y 34 años con un 25%, en comparación con 23% de las mujeres con edades comprendidas entre los 25 a 29 años.

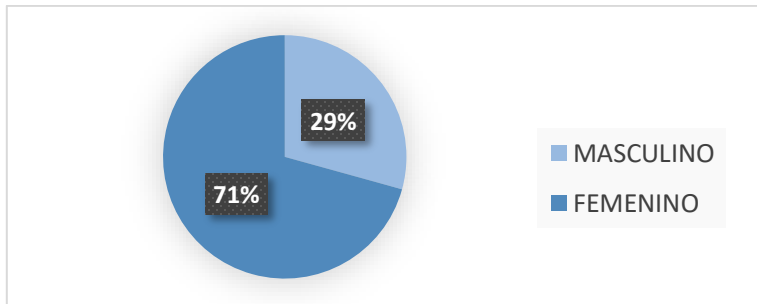


Figura 1. Distribución porcentual de participantes de acuerdo al sexo

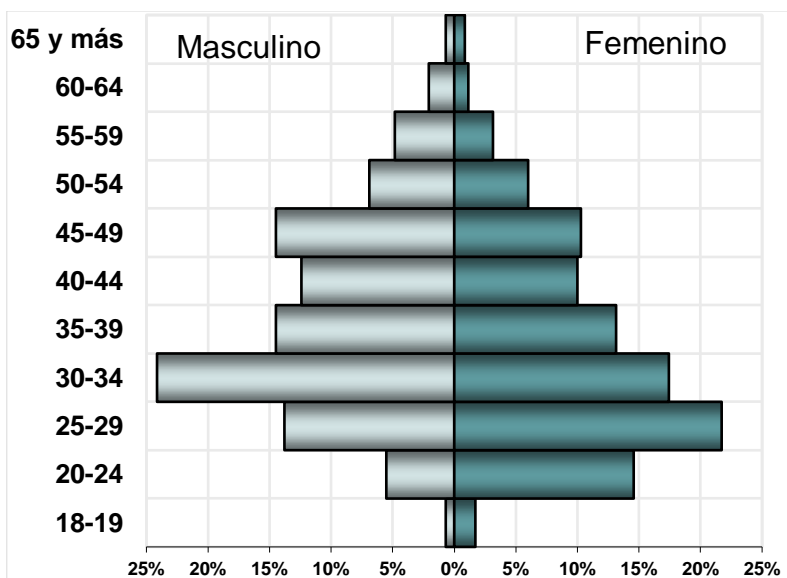


Figura 2. Distribución porcentual de participantes según edad y sexo.

La mayoría de los participantes reportaron estar solteros (45%), seguido del 33% quienes registraron ser casados, 18% vivir en unión libre, 4% separados o divorciados y 1% viudos.

Del total de encuestados, 71,7% pertenece al área asistencial, 21,6% al área administrativa y 6,7% al área de apoyo. Siendo los porcentajes de proporción de las áreas de desempeño entre la totalidad de los encuestados y el total de los empleados similares.

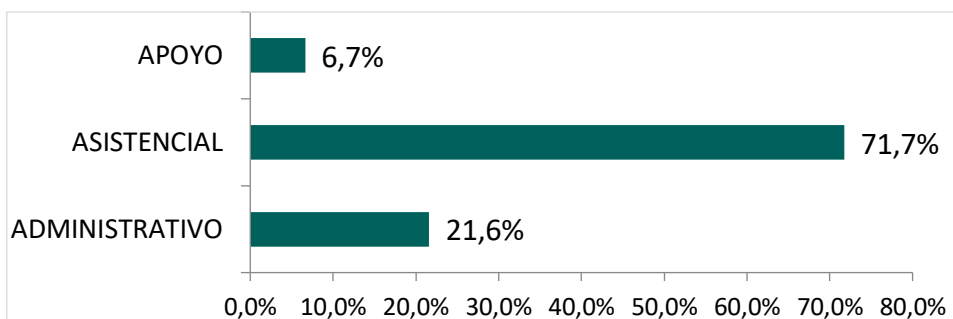


Figura 3. Distribución porcentual según área de desempeño

Frente al tipo de contrato que las personas encuestadas tienen con la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, prevalece el contrato por agremiación con el 76,8%, seguido del 13,3% de empleados vinculados y el 9,9% prestación de servicios.

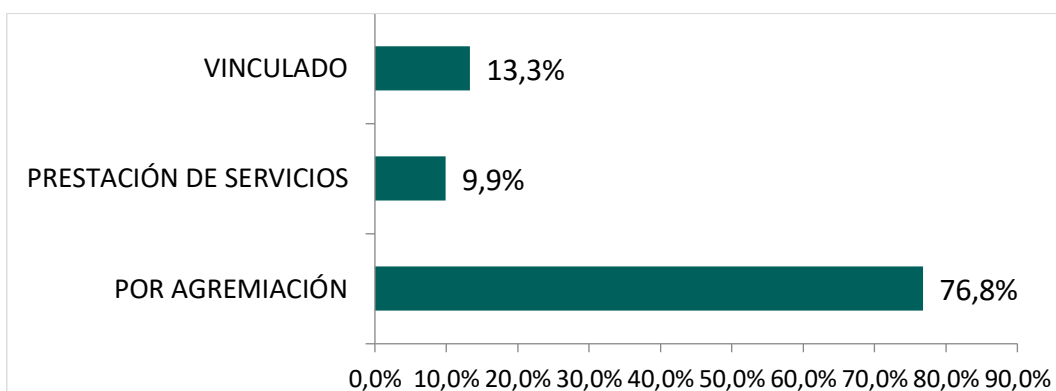


Figura 4. Distribución porcentual según tipo de contrato

El rango de años en el que los encuestados llevan trabajando en el sector salud es de 0 a 4 años representado en el 31,1%, seguido de 5 a 8 años con el 25,9%. El 19,4% lleva entre 9 y 12 años laborando en el sector salud, y el 11% lleva más de 20 años. El promedio de años laborados por las personas encuestadas es de 9,14 años.

En comparación, el tiempo laborado en la ESE San Juan de Dios de Rionegro que más se reporta entre los encuestados es de 0 a 4 años, representado en el 69,5%, seguido del 18% que lleva laborando en la Institución entre 5 y 8 años.

El 38,8% de los encuestados tiene un nivel técnico de educación, seguido del 26,9% profesional y el 14,7% nivel tecnológico. Solo el 11,7% de los encuestados cuentan con especialización y 1% con subespecialización. También se registra el 6,9% de los encuestados que tienen el bachillerato como nivel de educación.

Información laboral		
Tiempo trabajando en el sector salud	n	%
0 - 4 años	154	31.1
5 - 8 años	128	25.9
9 - 12 años	96	19.4

13 - 15 años	49	9.9
16 - 19 años	13	2.6
20 años o más	55	11.1
<hr/>		
Tiempo laborando en el Hospital San Juan de Dios de Rionegro	n	%
0 - 4 años	343	69.3
5 - 8 años	89	18
9 - 12 años	31	6.3
13 - 15 años	13	2.6
16 - 19 años	2	0.4
20 años o más	17	3.4
<hr/>		
Área de desempeño	n	%
Administrativo	107	21.6
Asistencial	355	71.7
Apoyo	33	6.7
<hr/>		
Tipo de contrato con el Hospital San Juan de Dios de Rionegro	n	%
Vinculado	66	13.3
Prestación de servicios	49	9.9
Por agremiación	380	76.8
<hr/>		
Nivel educativo	n	%
Bachiller	34	6.9
Técnico	192	38.8
Tecnólogo	73	14.7
Profesional universitario	133	26.9
Especialista	58	11.7
Subespecialista	5	1

Tabla 1. Datos absolutos y relativos de la información laboral de los encuestados

En cuanto al lugar de residencia, el 98% de los encuestados viven en municipios del oriente antioqueño, siendo Rionegro el municipio donde más residen con un 68,5% seguido de Marinilla un 7,7%. Del total de población encuestada, el 58% de ellos reside en vivienda arrendada, 23,2% en vivienda propia y 18,2% en vivienda familiar. La mayoría de los encuestados, representados en un 70,7%, pertenecen al estrato habitacional 3, seguido del estrato 2 con el 15,6% y el estrato 4 con el 10,3%. El 85,3% residen en zona urbana y el 14,7% restante, residen en zona rural.

El 50% de los encuestados convive con otras dos o tres personas en el hogar, 17,2% vive con una persona, 9,5% viven solas y 23% viven con cuatro personas o más. En comparación con el número de personas con las que viven los encuestados, la prevalencia de personas que tienen a cargo es de ninguna el 28,3%, seguida de dos personas a cargo el 26,7% y una el 23,4%. 244 de los 495 encuestados reportan que, incluyéndose ellos, hay dos personas aportando económicamente al hogar, lo que representa el 49,3% de los

encuestados, seguido del 35,6% que afirma que solo ellos aportan económicamente al hogar.

Información familiar		
Personas con las que vive	N	%
0	47	9.5
1	85	17.2
2	132	26.7
3 o más	116	23.4
Personas a cargo	N	%
0	140	28.3
1	116	23.4
2	132	26.7
3 o más	81	16.4
Personas que aportan económicamente en el hogar	N	%
0	3	0.6
1	176	35.6
2	244	49.3
3 o más	60	12.1
Tenencia de la vivienda	N	%
Propia	115	23.2
Arrendada	290	58.6
Familiar	90	18.2
Estrato de la vivienda	n	%
1	1	0.2
2	77	15.6
3	350	70.7
4	51	10.3
5	12	2.4
6	4	0.8
Zona de ubicación de la vivienda	n	%
Rural	73	14.7
Urbana	422	85.3

Tabla 2. Datos absolutos y relativos de la información familiar de los encuestados

ÁMBITO SOCIAL

Las preguntas formuladas en el ámbito social evidencian aspectos básicos en la relación de los empleados de la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro con su entorno y con la actualidad que el Covid-19 ha traído a la sociedad en las interacciones con la comunidad,

aspectos que pudieron verse afectados desde el mes de marzo, fecha en que se declaró la emergencia.

El 49% de los encuestados afirma que algunas veces tiene tiempo para compartir con amigos, el 30% con frecuencia dispone de este tiempo y el 17% solo rara vez. El 45% del personal administrativo y de apoyo manifestaron tener tiempo solo algunas veces para compartir con sus amigos y con frecuencia el 37% y 24% respectivamente; por su parte, el personal asistencial, presenta cifras similares con un 51% de algunas veces y 28% con frecuencia.

Si se analiza esta pregunta en función del tipo de contratación, la respuesta que presenta mayor frecuencia tanto en el personal vinculado, por agremiación y prestación de servicios es que algunas veces tienen tiempo para compartir con amigos. Las personas que están contratadas por agremiación y vinculadas manifiestan en un 31% y 33% respectivamente contar con este tiempo con frecuencia, en comparación con el 37% de aquellos contratados por prestación de servicios que aseguran contar rara vez con tiempo para compartir con amigos.

En cuanto a los temas de conversación que establecen en su vida social, el 42% de los encuestados afirma que algunas veces habla de temas diferentes al Covid-19 y 40% lo hace con frecuencia. Solo el 8% afirma que rara vez habla de temas diferentes y el 1% nunca.

Tanto el personal administrativo como asistencial plantea que, en su vida cotidiana, con frecuencia habla de temas diferentes al trabajo y al covid-19 con una prevalencia del 41%, en comparación con el 33% del personal de apoyo, siendo ésta la respuesta más frecuente en esta área de desempeño. Con mayor frecuencia, el área asistencial y administrativo, respondió que algunas veces habla de temas diferentes, con el 43% y 45% respectivamente.

El 42% de la población encuestada afirma que lee periódicos, ve noticias o se mantiene al tanto del avance del Covid-19 de manera esporádica, 24% semanalmente, 23% diariamente, y como contraste el 5% nunca lo hace en comparación con el mismo porcentaje que lo hace todo el tiempo.

En cuanto a la frecuencia con que los participantes leen periódicos, ven noticias o se mantienen informados sobre el Covid-19, se evidencia una tendencia por parte del personal asistencial y administrativo de hacerlo esporádicamente, con una prevalencia de esta respuesta del 43%. En el caso del personal de apoyo el 30% lo hace diariamente seguido del 27% esporádicamente.

De los 495 encuestados, 267 aseguran que con frecuencia tienen buena comunicación con las personas cercanas, lo que representa el 54%, en comparación con el 26% que tiene esta buena comunicación algunas veces y el 16% que la mantiene siempre.

Se evidencia que el personal asistencial y administrativo manifiesta tener con frecuencia una buena comunicación con las personas cercanas, con un 52% y 64%, en comparación del personal de apoyo que, aunque siendo la respuesta con mayor prevalencia, solo representa 36% seguido de un 33% que manifiesta siempre tener buena comunicación en comparación con el 15% y el 14% correspondiente al personal asistencial y administrativo.

Ámbito social		
Tiempo para compartir con amigos	n	%
Siempre	11	2
Con frecuencia	148	30
Algunas veces	245	49
Rara vez	84	17
Nunca	7	1
Habla de temas diferentes al trabajo y al Covi-19	n	%
Siempre	42	8,00
Con frecuencia	199	40,00
Algunas veces	210	42,00
Rara vez	38	8,00
Nunca	6	1,00
Frecuencia de acceso a la información y avance sobre el Covid-19	n	%
Todo el tiempo	26	5,00
Diariamente	116	23,00
Semanalmente	121	24,00
Esporádicamente	208	42,00
Nunca	24	5,00
Buena comunicación con las personas cercanas	n	%
Siempre	80	16
Con frecuencia	267	54
Algunas veces	127	26
Rara vez	21	4
Nunca	0	0

Tabla 3. Datos absolutos y relativos frente a preguntas del ámbito social en relación a prácticas sociales

Pese a las medidas de contingencia implementadas por la pandemia, al 20% de los empleados de le ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro les resulta siempre fácil transportarse entre la casa y el trabajo y al 40% con frecuencia, en comparación con el 4% que manifiesta rara vez tener esta facilidad y el 1% que manifiesta nunca tenerla.

Si bien los participantes de las áreas administrativa y asistencial manifestaron una mayor tendencia a tener facilidad de transportarse desde la casa al trabajo en un porcentaje del 49%, 38% respectivamente, la respuesta con mayor prevalencia en el personal de apoyo fue de algunas veces con el 39%.

Debido a las medidas de contingencia implementadas por el Covid-19, el tiempo para realizar diligencias, compras de víveres y demás al 52% de los encuestados les alcanza algunas veces y al 34% con frecuencia. Solo el 8% manifiesta rara vez contar con el tiempo para estas actividades en comparación con el 6% que manifiesta siempre disponer de él.

Tanto el personal asistencial como de apoyo manifiestan en su mayoría contar algunas veces con tiempo para realizar diligencias, con 58% el personal de apoyo, 56% el personal asistencial, en comparación con el personal administrativo cuya prevalencia en las respuestas fue de 47% quienes manifiestan con frecuencia contar con el tiempo seguido del 36% que manifiestan algunas veces.

En este aspecto se puede evidenciar una diferencia significativa entre el tiempo con el que cuentan las personas que se encuentran vinculados a la Institución, quienes en un 58% cuentan con tiempo para realizar diligencias, en comparación con el 30% y 33% de aquellos que están contratados por agremiación o prestación de servicios, y que dan la misma respuesta.

El 44% de los encuestados manifiesta que con frecuencia se sienten seguros para desplazarse a su hogar después de salir del trabajo, y el 35% y 14% manifiesta sentirse así algunas veces o siempre, respectivamente.

El 45% del personal de asistencial y el 47% del personal administrativo aseguran que con frecuencia se sienten seguros al momento de desplazarse a su hogar después del trabajo, en comparación del 36% el personal de apoyo que siente esta seguridad algunas veces.

El 34% de los encuestados aseguran nunca haberse sentido rechazados durante la pandemia por motivo de su pertenencia al sector salud, aunque el 31% manifiesta que algunas veces sintió rechazo por dicho motivo y el 20% lo sintió con frecuencia.

El 49% del personal administrativo encuestado manifiesta que nunca ha sentido ningún tipo de rechazo por parte de la comunidad por pertenecer al sector salud, seguido del 18% de encuestados que hace parte de la misma área que manifiestan rara vez haberlo sentido. Por su parte el 42% de los encuestados pertenecientes al área de apoyo y el 34% del área asistencial aseguran haber sentido este rechazo algunas veces. Esto seguido del 30% de participantes de cada área que manifiestan no haberlo sentido nunca.

La prevalencia de esta pregunta en función del tipo de contratación, muestra que el 33% de las personas que se encuentran vinculadas a la institución se sienten rechazadas con frecuencia, en comparación con el 39% de los empleados por prestación de servicios que dicen algunas veces hacer sentido el rechazo, y el 35% de los empleados por agremiación que expresaron nunca haberlo sentido.

Ámbito social

Facilidad para transportarse entre el trabajo y la casa	n	%
Siempre	112	23
Con frecuencia	196	40
Algunas veces	163	33
Rara vez	20	4
Nunca	4	1

Tiene tiempo para realizar diligencias, compra de víveres y demás	n	%
--	----------	----------

Siempre	30	6
Con frecuencia	167	34
Algunas veces	256	52
Rara vez	41	8
Nunca	1	0

Sensación de seguridad en el desplazamiento después del trabajo	n	%
Siempre	70	14
Con frecuencia	217	44
Algunas veces	172	35
Rara vez	30	6
Nunca	6	1

Sensación de rechazo por parte de la comunidad	n	%
Siempre	9	2
Con frecuencia	98	20
Algunas veces	151	31
Rara vez	69	14
Nunca	168	34

Tabla 4. Datos absolutos y relativos frente a preguntas del ámbito social en relación con las dinámicas de comunidad

ÁMBITO LABORAL

Para el ámbito laboral, se recogieron preguntas que dieran cuenta de los sentimientos generados durante esta pandemia desde el mes de marzo en que fue declarada, hasta la fecha. Esto en función de su labor y rol en el sector salud y del acompañamiento brindado por parte de la Institución.

En este sentido, el 37% de los encuestados manifestaron que algunas veces, debido a la pandemia, han sentido angustia, frente a un 22% que manifiesta rara vez haber tenido esta sensación y un 21% haberla tenido con frecuencia.

La respuesta con mayor prevalencia en los participantes del área administrativa, con un 30%, fue rara vez sentir angustia, seguida del 28% que manifestó sentirla algunas veces. Por su parte, el personal de apoyo respondió con una frecuencia del 36% sentir angustia algunas veces, mientras que el 40% del personal asistencial manifestó tener este sentimiento algunas veces seguido del 21% con frecuencia.

El sentimiento de angustia es manifestado con mayor frecuencia en los participantes que se encuentran vinculados a la Institución, en ellos se presenta una prevalencia del 29% quienes respondieron con frecuencia sentir angustia, y del 27% algunas veces. En comparación, el 38% del personal contratado por agremiación manifiesta que algunas veces siente angustia, seguido del 23% que dice sentirla algunas veces. Por su parte, el

47% del personal contratado por prestación de servicios manifiesta que algunas veces presenta angustia y las respuestas, con frecuencia, rara vez y nunca presentan la misma frecuencia del 14%.

Del total de personas que viven solas (47), 68% manifiestan que con frecuencia o algunas veces sienten angustia, en comparación con el 70% de las 85 que viven con alguien más. Este sentimiento se manifiesta con menor frecuencia en los 363 participantes que viven con más de dos personas.

El 33% de la población encuestada manifiesta que debido a la pandemia algunas veces han sentido tristeza, un 26% manifiestan con frecuencia sentirla y 19% rara vez.

En este aspecto, son los participantes del área asistencial quienes con mayor frecuencia manifiestan sentir tristeza debido a la pandemia, con un 35% que la ha sentido algunas veces y 29% con frecuencia, en comparación del área de apoyo que en un 30% manifiesta sentirla algunas veces, y el mismo porcentaje rara vez; en cuanto al área administrativa, con mayor frecuencia los participantes respondieron rara vez sentir tristeza (27%) seguido del 26% que lo hace algunas veces.

Según tipo de contratación, son los participantes que se encuentran vinculados a la Institución quienes manifiestan sentir tristeza con mayor frecuencia, con un 50% de respuestas comprendidas entre siempre y con frecuencia. En comparación con quienes se encuentran contratados por agremiación, cuyo 30% responde sentirse siempre o con frecuencia triste y el 34% algunas veces. De los participantes contratados por prestación de servicios, prevalece el 39% que respondió sentir tristeza algunas veces, mientras que el 35% presenta respuestas entre siempre y con frecuencia.

El sentimiento de tristeza es marcado entre los participantes que viven solos con una prevalencia del 43% quienes respondieron con frecuencia sentirse triste y un 40% algunas veces, en comparación con quienes viven en compañía de una persona cuya respuesta más frecuente fue del 44% algunas veces seguida del 28% que respondieron con frecuencia. Por su parte, quienes viven con dos personas o más evidenciaron una marcada diferencia pues la respuesta con mayor prevalencia fue del 29% algunas veces seguida del 24% que manifestaron sentirse triste con frecuencia.

Solo el 3% de los encuestados asegura haber visto afectado su estado emocional debido a la pandemia y un 24% asegura que con frecuencia lo ha visto afectado. Esto en comparación de un 33% que manifiesta que solo algunas veces, el 22% rara vez y el 18% nunca.

El 60% del personal de apoyo y asistencial ha visto afectado su estado emocional algunas veces o con frecuencia debido a la pandemia, en comparación con el 58% de los participantes del área administrativa que manifiestan haber visto afectado su estado emocional rara vez o algunas veces debido a la pandemia.

El 43% de los participantes que tienen prestación de servicios y el 32% de quienes tienen contrato por agremiación, ha visto algunas veces afectado su estado de ánimo debido a la pandemia, en comparación del personal vinculado que muestra una prevalencia de haber visto afectado con frecuencia su estado emocional con 39% de los encuestados que tienen este contrato.

La afectación en el estado de ánimo de los participantes que viven con dos o más personas no presenta diferencia de rangos significativos oscilando entre 30% algunas veces y 20% con frecuencia, además de un 3% que respondieron siempre haber sentido afectación en este aspecto. Respecto a los participantes que viven solas o acompañadas por una persona manifestaron en un 40% haber visto afectados su estado de ánimo algunas veces y con frecuencia un 38% y 33% respectivamente.

El 37% de los empleados de la ESE San Juan manifestaron algunas veces haberse sentido desmotivados para realizar sus funciones, y el 23% manifestaron sentirse de esta manera con frecuencia; esto en comparación del 22% que respondió rara vez sentir desmotivación y 16% nunca haberla sentido.

Son los participantes del área asistencial quienes con mayor frecuencia manifiestan desmotivación en el ejercicio de sus funciones debido a la pandemia. El 37% de los participantes de dicha área manifiestan que algunas veces se han sentido desmotivado, seguido del 26% que lo han hecho con frecuencia. Por su parte, el 41% de los encuestados del área administrativa manifiestan que algunas veces han sentido desmotivación seguido del 27% que la ha sentido rara vez. El 30% del personal de apoyo manifiesta rara vez haber sentido desmotivación junto con el mismo porcentaje que manifiesta nunca haberla sentido.

El 39% de los participantes vinculados al Hospital manifiestan que con frecuencia se han sentido desmotivados al realizar sus labores, seguido del 27% que manifiesta sentir desmotivación algunas veces. Por su parte, el 40% de los participantes con contrato por agremiación manifiestan sentir desmotivación algunas veces y 22% rara vez, seguido de los participantes con contratos de prestación de servicios quienes en un 27% manifiestan nunca haber sentido desmotivación y un 20% sentirla algunas veces.

No se encuentran diferencias significativas en la sensación de desmotivación que han tenido los participantes en relación con el número de personas con las que viven. Sin embargo, en esta variable se ve nuevamente la tendencia de que los participantes que conviven con dos o más personas, responden rara vez o nunca como respuesta con mayor prevalencia después del 37% que respondieron con frecuencia. La desmotivación por parte de las personas que viven solas es de un 40% con frecuencia y un 40% algunas veces.

Del total de participantes que manifiestan nunca o rara vez haberse sentido desmotivados para realizar sus funciones debido a la pandemia (187), aquellos quienes llevan trabajando en el sector salud 4 años o menos son quienes presentan una mayor tendencia con 70 respuestas que representan el 75%.

También en relación a las funciones ejercidas por cada participante, se preguntó que tanto le preocupa estar expuesto a contraer Covid-19. El 40% expresó con frecuencia sentirse preocupado a este respecto, seguido del 25% que respondió sentirse preocupado algunas veces y el 25% siempre.

Frente a la preocupación que le genera a los participantes estar expuestos a contraer el Covid-19, desde las tres áreas de desempeño se tuvo con mayor prevalencia que con frecuencia les preocupa este asunto, con una representación del 37% en el personal administrativo, 42% en el personal de apoyo y 41% en el personal asistencial con frecuencia le preocupa estar expuesto a contraer el Covid 19, solo el 1% nunca le ha preocupado estar expuesto a contraer el Covid 19. También las tres áreas coincidieron en un 0%, 1% y 2% en nunca estar preocupados ante la exposición de contraer el Covid.

Los participantes que cuentan con un contrato de vinculación son quienes manifiestan mayor preocupación de exposición al Covid-19. El 42% de dichos participantes manifiestan que con frecuencia sienten preocupación, seguido del 33% que aseguran siempre sentirla. También por parte del personal contratado por agremiación hubo mayor prevalencia de preocuparse con frecuencia en este asunto con un 41%, seguido del 21% quienes se preocupan algunas veces. Los participantes que cuentan con contrato por prestación de servicios manifestaron en un 35% sentir preocupación de contagio por Covid algunas veces, seguido del 33% con frecuencia.

Ámbito laboral		
Sentimiento de angustia	n	%
Siempre	41	8
Con frecuencia	104	21
Algunas veces	185	37
Rara vez	107	22
Nunca	58	12
Sentimiento de tristeza	n	%
Siempre	34	7
Con frecuencia	131	26
Algunas veces	163	33
Rara vez	93	19
Nunca	74	15
Afectación del estado emocional	n	%
Siempre	15	3
Con frecuencia	120	24
Algunas veces	162	33
Rara vez	109	22
Nunca	89	18
Desmotivación para trabajar	n	%
Siempre	11	2
Con frecuencia	114	23
Algunas veces	183	37
Rara vez	108	22
Nunca	79	16
Preocupación a contraer el Covid-19	n	%
Siempre	124	25
Con frecuencia	199	40
Algunas veces	125	25
Rara vez	41	8
Nunca	6	1

Tabla 5. Datos absolutos y relativos frente a las preguntas del ámbito laboral, en relación a los sentimientos generados

El 43% de los encuestados manifiestan que con frecuencia han tenido más carga laboral debido a la contingencia por el Covid-19. 32% responden que algunas veces han tenido más carga, y hay un contraste entre el 10% que manifiestan siempre sentir dicha sobre carga y 9% rara vez.

Ha sido el personal administrativo quien ha manifestado haber sentido mayor carga laboral durante la contingencia pro Covid-19. El 46% de los encuestados pertenecientes al área administrativa manifiestan con frecuencia sentir mayor carga y el 33% algunas veces. El personal asistencial se aproxima en las cifras, siendo que el 43% de los participantes de esta área manifiestan sentir mayor carga con frecuencia y el 31% algunas veces. Esto en comparación con los participantes del área de apoyo, cuyo 33% asegura haber sentido mayor carga laboral con frecuencia, seguido del mismo porcentaje algunas veces.

Analizando la carga laboral a la luz del tipo de contratación de los participantes, son aquellos quienes cuentan con vinculación en quienes prevalece, con un 53%, sentir con frecuencia que tienen mayor carga laboral; seguido de los agremiados quienes en un 43% aseguran sentir la sobre carga con frecuencia. Por su parte, de quienes cuentan con contrato por prestación de servicios, solo el 29% responde sentir con frecuencia mayor carga y el 33% asegura tener esta sensación algunas veces.

El 48% de la población encuestada asegura que la información que recibe por parte de la Institución sobre las medidas a las que debe adherirse a partir de los decretos establecidos a nivel nacional algunas veces es clara y actualizada, seguido del 33% que dice recibir esta información con frecuencia. El 9% manifiesta que rara vez la recibe, y el mismo porcentaje asegura que siempre.

Según la prevalencia de respuestas arrojadas por área de desempeño, quienes con mayor frecuencia sienten que la Institución les brinda información clara y actualizada sobre las medidas nacionales, son los participantes del área administrativa con un 36%, seguido del área de apoyo con un 30% y el área administrativa un 21%; pese a lo anterior, la respuesta con mayor frecuencia en las tres áreas fue *algunas veces* con un 57% por parte del área administrativa, 47% por parte del área asistencial y 30% del área de apoyo.

De acuerdo al tipo de contratación, la información que les brinda el Hospital sobre las medidas establecidas a nivel nacional varía. Si bien el 50% del personal vinculado al Hospital manifiesta contar con esta información por parte de la Institución de manera frecuente, el 37% del personal que está contratado por prestación de servicios manifestó hacerlo con la misma frecuencia, y el 52% de los contratados por agremiación algunas veces.

El 69% de los encuestados afirma que la Institución le brinda capacitaciones e información actualizada sobre el Covid solo esporádicamente, seguido del 16% que reconoce recibirlas semanalmente y el 8% todo el tiempo.

En cuanto a la frecuencia con que el personal de la Institución recibe capacitaciones e información actualizada por parte de la misma Institución sobre el Covid-19, coinciden los participantes de las tres áreas de desempeño en asegurar que dichas capacitaciones se reciben esporádicamente. El 68% de los participantes del área administrativa aseguran que las reciben de manera esporádica, el 70% del personal asistencial y el 55% del personal de apoyo. Además, la respuesta con segunda mayor frecuencia en la respuesta por parte del

personal administrativo y asistencial fue que se reciben las capacitaciones de manera semanal, con un 18 y 16% respectivamente, mientras que el 33% del personal de apoyo dice recibirlas todo el tiempo.

La frecuencia con que las capacitaciones son reconocidas por parte de los participantes, también varía en función del tipo de contrato que tengan, pues si bien el personal que se encuentra vinculado y por agremiación reconocen que la Institución brinda capacitación e información actualizada sobre el Covid de manera esporádica en un 70% y 72% respectivamente seguida de una frecuencia semanal en ambos casos; mientras que solo el 45% de los participantes con prestación de servicios responden recibir estas acciones de manera esporádica, seguido del 24% que considera recibirlas todo el tiempo.

Frente al suministro de elementos de protección suministrados por la Institución a los empleados, el 40% de los encuestados dice recibirlos con frecuencia, seguidos del 36% que reconoce recibirlos siempre, en comparación del 21% que plantea que solo algunas veces y el 14% rara vez o nunca.

El suministro de elementos de protección recibidos por parte del área administrativa y de apoyo se recibe siempre en un 44% y 42% respectivamente, y con frecuencia en un 36% en ambos casos. El área asistencial manifiesta en cambio recibirlos con frecuencia en un 41% y siempre solo el 32%, mientras que el 23% aseguran recibir dichos elementos algunas veces.

El 78% del personal contratado por prestación de servicios asegura que siempre o con frecuencia la Institución les suministra los elementos de protección necesarios para protegerse del Covid, el personal que se encuentra contratado por agremiación manifiesta en un 74% recibir dichos suministros siempre o con frecuencia, y en mayor medida, con un 85%, el personal vinculado expresa que siempre o con frecuencia la Institución les brinda los elementos.

Ámbito laboral		
Sensación de sobre carga laboral	n	%
Siempre	50	10
Con frecuencia	212	43
Algunas veces	157	32
Rara vez	43	9
Nunca	33	7
Suministro de información clara y actualizada sobre las medidas a las que deben adherirse, por parte de la Institución		
	n	%
Siempre	45	9
Con frecuencia	161	33
Algunas veces	238	48
Rara vez	46	9
Nunca	5	1

Frecuencia de capacitaciones e información actualizada sobre el Covid-19 por parte de la Institución	n	%
Todo el tiempo	41	8
Diariamente	23	5
Semanalmente	79	16
Esporádicamente	341	69
Nunca	11	2
Suministro de los elementos de protección personal necesarios para protegerse del Covid-19, por parte de la Institución	n	%
Siempre	176	33
Con frecuencia	198	40
Algunas veces	104	21
Rara vez	13	3
Nunca	4	1

Tabla 6. Datos absolutos y relativos frente a las preguntas del ámbito laboral, respecto a la relación empleado-empleador

ÁMBITO FAMILIAR

Las preguntas formuladas en el ámbito familiar están encaminadas a identificar el impacto que ha tenido para los empleados de la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro su relación con los demás miembros del hogar desde el mes de marzo en que se declaró la pandemia por Covid-19 a la actualidad.

El 38% de los encuestados reportaron convivir con personas que se consideran población de riesgo para contraer el Covid-19. Al analizar esta respuesta a la luz del área de desempeño y del tipo de contratación, en todos los casos la respuesta con mayor frecuencia fue no convivir con personas consideradas población de riesgo.

Del total de participantes de la encuesta, el 55% manifestaron que las personas con las que conviven les solicitan mantenerlas informadas sobre el avance del Covid-19 en el Hospital donde trabajan.

Tanto el personal del área asistencial como del área administrativa registra un 56% de encuestados que dicen que sus familiares le piden mantenerlos al tanto; el área de apoyo en cambio dice en un 58% no recibir esta solicitud por parte de sus familiares.

Se identifica mayores diferencias en la respuesta si se analiza la respuesta a la luz del tipo de contratación. Aquellos que hacen parte del personal vinculado expresan en un 76% que sus familiares les piden mantenerlos informados frente al avance del Covid-19 en el Hospital, a diferencia del 52% de aquellos que están contratados por agremiación y del 51% por prestación de servicios.

Con relación a la preocupación que les genera a los participantes contagiar a sus seres queridos, el 41% de los participantes manifiestan siempre sentirse preocupados al respecto, seguido del 36% que manifiesta preocuparse con frecuencia y el 20% algunas veces. Solo el 2% rara vez se preocupa y el 1% nunca.

Prevalece tanto en el personal administrativo como en el de apoyo preocuparse siempre por la posibilidad de contagiar a sus seres queridos, seguido de quienes lo hacen con frecuencia. Por su parte, el 43% del personal asistencial manifiestan preocuparse algunas veces y el 33% hacerlo con frecuencia.

Prevalece en los participantes que se encuentran vinculados, el 42% que con frecuencia le preocupa contagiar a sus seres queridos, en comparación con los participantes que cuentan con contrato por prestación de servicios y por agremiación que manifiestan con mayor prevalencia preocuparse algunas veces.

Frente al tiempo con que cuentan los participantes para realizar actividades de esparcimiento con su familia, el 42% manifiesta tener tiempo algunas veces y el 34% con frecuencia, seguido del 14% de los encuestados que responden tener tiempo para estas actividades rara vez.

El personal del área administrativa cuenta con más tiempo para realizar actividades de esparcimiento con las personas que convive, al mostrar un 41% de participantes que lo hacen con frecuencia, en comparación con el personal asistencial y de apoyo que manifiestan tener este tiempo algunas veces con un 43% y 36% de prevalencia en la respuesta.

También es el personal vinculado quien cuenta con mayor tiempo para las actividades familiares, con una prevalencia del 42% quienes respondieron que con frecuencia cuentan con el tiempo, en comparación con el personal contratado por prestación de servicios cuya respuesta con mayor prevalencia fue del 37% a algunas veces y en el personal agremiado del 45% algunas veces también.

El 41% de los encuestados manifiesta poder hablar con sus familiares y personas cercanas sobre sus sentimientos durante la pandemia, este mismo porcentaje manifiesta poder hacerlo algunas veces. Solo el 2% expresa no poder hacerlo nunca y el 8% rara vez. No se presentan diferencias significativas en el consolidado general de respuestas en comparación con el análisis por área de desempeño o tipo de contratación.

Ámbito familiar

¿Convive usted con alguien que sea considerado población de riesgo para COVID-19?	n	%
Si	188	38
No	307	62
¿Las personas con las que usted convive le piden que les mantenga informados sobre el avance del COVID-19 en su institución?	n	%
Si	273	55
No	222	45
¿le preocupa contagiar a sus seres queridos?	n	%

Siempre	203	41
Con frecuencia	178	36
Algunas veces	101	20
Rara vez	10	2
Nunca	3	1
<hr/>		
¿tiene usted tiempo para realizar actividades de esparcimiento con las personas con quien convive?	n	%
Siempre	27	5
Con frecuencia	168	34
Algunas veces	209	42
Rara vez	70	14
Nunca	21	4
<hr/>		
¿Puede hablar con su familia o personas cercanas sobre cómo se está sintiendo en este momento de la pandemia?	n	%
Siempre	43	9
Con frecuencia	202	41
Algunas veces	204	41
Rara vez	38	8
Nunca	8	2

Tabla 7. Datos absolutos y relativos frente a las preguntas del ámbito familiar

Un 96% de los encuestados siente que su familia está orgullosa de la labor que desempeña durante la pandemia, y solo el 20% ha recibido sugerencias por parte de algún familiar de dejar su trabajo actual. No se evidencian diferencias significativas en las respuestas de los participantes según el área de desempeño respecto al sentimiento de orgullo de la familia. El área asistencial registra una respuesta positiva del 96%, el área administrativa un 95% y el de apoyo un 94%. Por su parte, según el tipo de contratación, el 100% del personal vinculado manifiesta que su familia se siente orgullo de la labor que desempeña en esta contingencia, en comparación con el 88% de los que cuentan con contrato de prestación de servicios.

El 17% de los empleados administrativos han recibidos sugerencias por parte de sus familiares para que dejen su trabajo actual, el 20% del personal asistencial lo ha hecho y el 24% del personal de apoyo asegura haber recibido dicha solicitud por parte de la familia. El personal contratado por agremiación es quien menos expresa haber tenido esta sugerencia por parte de la familia, en comparación con el 31% de quienes se encuentran por prestación de servicios y el 32% de quienes están vinculados a la Institución.

Ámbito familiar		
¿Siente que su familia se siente orgullosa de la labor que desempeña durante esta contingencia del COVID-19?	n	%
Si	475	96

No	20	4
¿Ha tenido alguna sugerencia por parte de algún familiar para dejar su trabajo actual, debido al riesgo que representa sus labores en el tiempo de la pandemia?		
	n	%
Si	99	20
No	396	80

Tabla 8. Datos absolutos y relativos frente a la percepción de la familia de los participantes

En relación al tiempo de permanencia en el hogar durante la pandemia, el 47,7% de los participantes aseguran que permanecen el mismo tiempo que antes de ella, seguido del 35,8% que manifiesta permanecer menos tiempo en el hogar.

Tanto el personal de área administrativa como de apoyo manifiestan en mayor medida pasar menos tiempo en el hogar con un 45%, en comparación del personal del área asistencial quienes en un 52% aseguraron permanecer el mismo tiempo en él. El 50% del personal vinculado reporta pasar menos tiempo en el hogar durante la pandemia, por su parte quienes cuentan con contrato por prestación de servicios están entre el 34,7% de quienes pasan menos tiempo y el mismo porcentaje que asegura pasar el mismo tiempo en su hogar. El 51% de quienes cuentan con contrato por agremiación manifiestan que pasan igual tiempo en sus hogares durante la pandemia.

Ámbito familiar		
Durante esta pandemia, el tiempo que usted permanece en el hogar es:	n	%
Mayor	82	16.6
Igual	236	47.7
Menor	177	35.8

Tabla 9. Datos absolutos y relativos frente al tiempo de permanencia en el hogar

7. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar el impacto social, laboral y familiar que ha traído las medidas de contingencia implementadas para responder a la pandemia del covid-19 a los empleados de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Antioquia

De acuerdo a las cifras presentadas anteriormente, identificamos diferencias en el impacto que han tenido dichas medidas, siendo más evidente en ciertos ámbitos que en otros y logrando también identificar las diferencias en el impacto, no solo según el área de desempeño, sino también según el tipo de contratación.

ÁMBITO SOCIAL

Al evaluar aspectos sociales que hacen parte de la cotidianidad y que pudieron verse afectados durante la pandemia, se identifica que los empleados de la ESE San Juan de Dios de Rionegro en general, continúan teniendo tiempo para compartir con sus amigos pese a la coyuntura que ha traído el Covid-19, independientemente de su área de desempeño; se evidencia una tendencia por parte del personal contratado por prestación de servicios de contar con menos tiempo para estos espacios, lo que es coherente con las discusiones que afirman que este tipo de contrato trae consigo la precarización de las condiciones y garantías laborales, que se ven reflejadas en el bienestar de los empleados, y en este caso, con la disponibilidad de tiempo⁴⁵. La Escuela Nacional Sindical ha expuesto en varias de sus publicaciones las condiciones de los trabajadores y trabajadoras de la salud, quienes se ven sometidos especialmente a la precariedad laboral que resulta en “riesgos psicosociales, acoso laboral y riesgos de exposición a circunstancias extremas para desempeñar su trabajo y a mayor riesgo de infección con dilemas éticos incluidos”⁴⁶.

Pese a que los participantes mantienen informados sobre el Covid-19, sus conversaciones con otros logran ser de temas diferentes. Son los profesionales del área de apoyo quienes con mayor frecuencia acuden a diferentes medios de comunicación para mantenerse informados de los avances de la enfermedad, y al mismo tiempo quienes con menor frecuencia acuden a otros temas de conversación con sus amigos. Las personas que se encuentran en el área de apoyo, son quienes menos incidencia dentro de la Institución tienen respecto a la coyuntura actual, pues no tienen el contacto directo que tiene el personal asistencial, y tampoco cuentan con la responsabilidad en la toma de decisiones del personal administrativo; en este sentido, llama la atención el comportamiento que se muestra en la encuesta, lo cual podría deberse a una forma de manejar la ansiedad que el Covid-19 les ha generado por estar más al margen del tema dentro de la Institución. Así mismo, se presume que el hecho de que el personal asistencial y administrativo manifieste menor interés del Covid-19 en sus relaciones sociales y cotidianidad, se debe precisamente a que son quienes en el ámbito laboral tienen mayor relación con el tema, y por ende logran aprovechar otros espacios para desligarse de sus trabajos y funciones y sentirse menos saturados al respecto.

También el rechazo que sienten las personas que trabajan en la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro está relacionado en mayor medida con las personas del personal de apoyo, aun cuando su contacto con los pacientes es menor que los empleados del área asistencial. Se considera aquí entonces que su sensación de rechazo está directamente relacionada con su nivel de ansiedad frente al tema, evidenciado en las preguntas anteriores. Cabe anotar sin embargo que dicha sensación de rechazo tiene unos valores

relativamente bajos en relación a lo esperado, especialmente por parte del personal asistencial; esto teniendo en cuenta artículos y noticias que han sido reportadas en diferentes medios de comunicación y escritos académicos y de actualidad⁴⁷.

En cuanto a la facilidad de transporte, seguridad en el desplazamiento y disponibilidad para realizar gestiones personales, los resultados positivos podrían estar directamente relacionados con el hecho de que la mayoría de los empleados residan dentro del mismo municipio, el cual cuenta con diferentes rutas de transporte público, vías de acceso y comunicación, y diferentes servicios, haciéndolo el municipio epicentro de la región, y facilitando también estos aspectos para el resto de los empleados que, aunque no residan en Rionegro, si lo hacen en los municipios cercanos.

ÁMBITO LABORAL

Sensaciones de angustia, tristeza, afectación en estado de ánimo y desmotivación han sido evidentemente más notorios en el personal del área asistencial, lo que tiene coherencia con el hecho de que son ellos quienes están en atención directa con los pacientes afectados por el Covid-19 y por tanto son testigos directos de las complicaciones de la misma. Por su parte, estos sentimientos en relación al tipo de contrato laboral, se evidencian más en las personas que se encuentran vinculadas a la Institución. Teniendo en cuenta que las condiciones laborales de aquellos que se encuentran por prestación de servicios o por agremiación son precarias, mal remuneradas y sin estabilidad laboral, tal y como lo plantea la Central Unitaria de Trabajadores CUT en su carta enviada el 7 de abril del año en curso a los ministerios de trabajo y de salud⁴⁸, serían precisamente los empleados que cuentan con este tipo de contratación en los que podría mediar la compensación que tienen versus su esfuerzo, siendo así que la incertidumbre laboral y desventajas que presenta este contrato no corresponden al esfuerzo y la presión a la que se están viendo enfrentados para atender la actual crisis, y en esta medida, logran desligarse con mayor facilidad de los sentimientos de angustia y tristeza, aunque llama la atención que, dadas las condiciones del tipo de contrato, manifiesten menor desmotivación que el resto de empleado.

El número de personas con las que los participantes reportan convivir también está directamente relacionado con los sentimientos de angustia, tristeza, afectación del estado de ánimo y desmotivación. Estos pueden verse disipados cuando las personas cuentan con una amplia red de apoyo representada en un grupo familiar con el que comparten su vida cotidiana. Llama la atención la similitud en las respuestas de aquellos empleados que viven solos y quienes viven solo con una persona.

La preocupación manifestada frente a estar expuesto a contraer el Covid-19, contrario a lo esperado, se expresa más en el área administrativa y de apoyo, lo que llama la atención teniendo en cuenta que son las personas del área asistencial quienes están más expuestas en función de su labor diaria. Puede plantearse que esta diferencia se da debido al tipo de conocimientos adquiridos frente al manejo de enfermedades infectocontagiosas y sobre los aspectos epidemiológicos que la academia de brinda a los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y otros profesionales de atención directa en salud, conocimientos que hacen parte de la esencia del ejercicio profesional. Estos conocimientos son fundamentales a la hora de considerar los riesgos de contagio y de asumir conductas y acciones preventivas que van más allá de las recomendaciones generales dadas por el Ministerio de Salud a la población⁴⁹.

Siendo además el personal asistencial quien manifiesta recibir los elementos de protección personal con mayor frecuencia en comparación con el resto de empleados, es coherente el hecho de que se sientan más seguros y por tanto les preocupe menos contagiarse con el virus; sin embargo, en tiempos de pandemia, en donde el uso de estos elementos es obligatorio, se espera que el suministro de los elementos de protección personal se brinde siempre y además a todo el personal de acuerdo a sus funciones. No se considera aquí, si la responsabilidad de este suministro está sujeto al tipo de contrato de los empleados.

El aumento en la carga laboral durante la actual contingencia en el personal asistencial estaría directamente relacionada al número de pacientes atendidos y a la disponibilidad para cubrir las incapacidades y aislamientos del mismo personal; además, la expansión de las áreas hospitalarias exclusivas para Covid-19 general aumento en el número de horas a laborar. Por su parte, el personal administrativo puede considerar una carga mayor en su trabajo derivado del aumento de informes, reportes y seguimiento establecidos desde el ministerio de salud y las mismas instituciones.

Dentro del plan de capacitación y actualización del Covid-19 por parte del Hospital, parece que hay diferencias en el acceso que tiene el personal contratado por prestación de servicios y por agremiación, en relación con aquellos que están vinculados, quedando a la deriva y bajo la propia responsabilidad de los primeros la actualización frente al tema. Es importante que la ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro evalúe las implicaciones que ello tiene en el desarrollo de las funciones de cada funcionario, y en las acciones sancionatorias que a futuro puede traer para la Institución y/o el empleado.

ÁMBITO FAMILIAR

Desde el ámbito familiar, los resultados presentaron pocas diferencias en relación al área de desempeño y tipo de contratación. Se muestran comportamientos que pueden cruzarse con algunas preguntas del ámbito social y laboral. Por ejemplo, en el caso del tiempo compartido en el hogar, son aquellos quienes tienen contrato por prestación de servicios quienes pasan menos tiempo allí, al igual que lo manifestado respecto al tiempo que pasan con amigos. De manera contraria, pese a que el personal administrativo y asistencial manifestaron sentir mayor carga laboral, los primeros aseguran que durante el tiempo de pandemia permanecen más tiempo en el hogar, y los segundos lo hacen en la misma medida.

El sentido de pertenencia hacia la Institución que en mayor medida podría tener una persona vinculada en relación a una persona contratada por agremiación o prestación de servicios mencionado en el ámbito anterior, podría replicarse en el ámbito familiar, al evidenciar que son los familiares de los primeros quienes manifiestan mayor interés por los avances de la pandemia en el lugar de trabajo. El trato mediático que ha recibido el personal médico y demás personal de las instituciones de salud en medio de la pandemia, se ve reflejada en el 96% de las personas que aseguraron que sus familias se sienten orgullosas de su labor. Así mismo, desde el ámbito laboral, fue el personal asistencial quien manifestó sentirse menos preocupado por contagiarse, y en ese sentido también manifiestan menor preocupación por contagiar a sus familiares.

8. CONCLUSIONES

En el análisis de los resultados, se identificaron mayores diferencias en las repuestas presentadas por los participantes en función a su tipo de contrato que a su área de desempeño. Se considera que la crisis que ha generado el Covid-19 en el sector salud, ha tenido impacto según las funciones desempeñadas, sin embargo, este impacto tiene menor o mayor relevancia de acuerdo a las condiciones y garantías laborales con las que se cuentan.

Teniendo en cuenta los tres ámbitos evaluados, fue el laboral el que registró mayor impacto, lo que refleja la carga laboral y la influencia de la misma en el personal médico y demás funcionarios del sistema de salud; así como también es un reflejo de la influencia que tienen las condiciones laborales y los problemas que en el ámbito laboral se presentan, en aspectos personales tales como sentimientos de tristeza, angustia y cambios en el estado de ánimo. Desde lo social y familiar, si bien se reportaron algunas modificaciones, las repuestas son menos contundentes y el comportamiento entre ellos no presenta variación significativa.

A la luz de los resultados, se considera importante para futuros estudios, utilizar una metodología diferente en las opciones de respuesta, que permitan con mayor facilidad la inclinación de los participantes al presentar opciones de respuestas más contundentes, que no den pie para que los participantes tengan respuestas intermedias, como ocurrió en la mayoría de preguntas de esta investigación, cuyas respuestas con mayor prevalencia fue algunas veces, respuesta que estaba en el rango medio de posibilidades.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Citado por: Guía universitaria. *10 epidemias en el mundo a lo largo de la historia*. <https://guiauniversitaria.mx/10-epidemias-en-el-mundo-a-lo-largo-de-la-historia/> (acceso 11 mayo de 2020).
2. Instituto Nacional de Salud. Covid-19 e inocuidad alimentaria: Preguntas frecuentes. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 19 de abril de 2020. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_17.pdf (acceso 05 de mayo de 2020).
3. Colombia. Ministerio del Interior. Decreto Número 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. 1-14. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20457%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf> (acceso 21 de mayo 2020).
4. Colombia. Ministerio del Interior. Decreto Número 636 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. 6 de mayo de 2020. 1-22. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20636%20DEL%206%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf> (acceso 11 de mayo de 2020).
5. Sistema Único de Información Normativa del Estado Colombiano. *Normativa para la atención de la emergencia del Covid-19*. <http://www.suin-juriscol.gov.co/legislacion/covid.html> (acceso 21 de mayo de 2020).
6. El Colombiano. Antioquia, con 3.823 casos activos y 2.507 recuperados. *El Colombiano*. 7 de julio de 2020. <https://www.elcolombiano.com/antioquia/nuevos-casos-de-coronavirus-en-medellin-y-antioquia-KF12602282> (acceso 21 de mayo de 2020).
7. Semana. La clave del buen manejo de la covid-19 en Antioquia. *Semana*. 13 de mayo de 2020. <https://www.semana.com/nacion/articulo/coronavirus-la-clave-del-buen-manejo-de-la-covid-19-en-antioquia/670986> (acceso 21 de mayo de 2020).
8. Rico J. *Medellín, ejemplo mundial en el manejo del covid-19*. Consultorsalud. <https://consultorsalud.com/medellin-ejemplo-mundial-en-el-manejo-del-covid-19/> (acceso 21 de mayo de 2020).
9. Organización Internacional del Trabajo. *Reunión virtual histórica del Consejo de Administración de la OIT*. Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm> (acceso 11 de mayo de 2020).

10. Organización Mundial del Comercio (OMC). Organización Mundial del Comercio. <https://www.wto.org/indexsp.htm> (acceso 11 de mayo de 2020).
11. Agencia de Información Laboral - AIL. *Estas son las propuestas de la CUT para enfrentar la crisis del coronavirus*. Agencia de Información Laboral - AIL. <http://ail.ens.org.co/noticias/estas-son-las-propuestas-de-la-cut-para-enfrentar-la-crisis-del-coronavirus/> (acceso 11 de mayo de 2020).
12. Dinero. Liquidez de empresas en Colombia ya es crítica: Andi. *Dinero*. 14 de abril de 2020. <http://www.dinero.com/empresas/articulo/coronavirus-cuanto-durara-la-liquidez-de-las-empresas-en-colombia/284270> (acceso 11 de mayo de 2020).
13. UNICEF. *Enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19) Todo lo que debes saber sobre el virus para protegerte a ti y a tu familia*. UNICEF. <https://www.unicef.org/es/coronavirus/covid-19> (acceso 11 de mayo de 2020).
14. UNHCR ACNUR La Agencia de la ONU para los Refugiados. *Pandemia de coronavirus*. UNHCR ACNUR. <https://www.acnur.org/pandemia-de-coronavirus.html> (acceso 11 de mayo de 2020).
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para prevención control y reporte de accidentes por exposición ocupacional al Covid-19 en instituciones de salud. Marzo de 2020. 1-23. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG04.pdf> (acceso 06 de mayo de 2020).
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (Covid-19). Marzo de 2020. 2020. 1-13. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG03.pdf> (acceso 11 de mayo de 2020).
17. Agudelo, C. Las epidemias en la historia de la humanidad. *Revista Universitas Científica*. 2014;17(2): 80-85.
18. Suárez, A. *¿Qué pandemias a lo largo de la historia han puesto en jaque a la humanidad?* France 24. <https://www.france24.com/es/20200324-historia-pandemias-supervivencia-humanos> (acceso 11 de mayo de 2020).
19. ONUSIDA. *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. UNAIDS. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> (acceso 11 de mayo de 2020).
20. Arabi, Y.; Murthy, S. & Webb, S. Covid-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. *Intensive Care Medicine*. 2020; 46(5): 833-836.

21. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (Covid-19)*. OMS. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses> (acceso 11 de mayo de 2020).
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la Covid-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. OMS. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (acceso 11 de mayo de 2020).
23. World Health Organization. *Coronavirus disease (Covid-19) pandemic*. World Health Organization. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (acceso 11 de mayo de 2020).
24. Trilla, A. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus Covid-19. *Medicina Clínica* (Barc). 2020; 154(5): 175-177.
25. World Health Organization. Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report - 10. 30 de enero de 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2 (acceso 05 de mayo de 2020).
26. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (Covid-19) Situation Report – 26. 15 de febrero de 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200215-sitrep-26-covid-19.pdf?sfvrsn=a4cc6787_2 (acceso 05 de mayo de 2020).
27. BBC News Mundo. Cómo hace frente al covid-19 cada país de América Latina. *BBC News Mundo*. 2020. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51881075> (acceso 11 de mayo de 2020).
28. World Health Organization. Coronavirus disease (Covid-19) Situation Report– 111. 10 de mayo de 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200510covid-19-sitrep-111.pdf?sfvrsn=1896976f_2 (acceso 11 de mayo de 2020).
29. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (Covid-19) Situation Report – 51. 11 de marzo de 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10 (acceso 05 de mayo de 2020).
30. Instituto Nacional de Salud. Comportamiento de la Vigilancia del Intento de suicidio, Colombia, período IV de 2020. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 19 de abril de 2020. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_18.pdf (acceso 21 de mayo de 2020).

31. Instituto Nacional de Salud. *Covid-19 en Colombia*. Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx> (acceso 11 de mayo de 2020).
32. Caracol Radio. *¿Por qué en Antioquia hay menos contagios de Covid-19?* Caracol Radio. https://caracol.com.co/emisora/2020/05/07/medellin/1588808504_543065.html (acceso 11 de mayo de 2020).
33. Ministro de Salud y Protección Social. Plan de contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19. Abril de 2020. 1-86. [https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/ABRIL%20PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/ABRIL%20PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19%20(1).pdf) (acceso 05 de mayo de 2020).
34. Amariles, P.; Granados, J.; Ceballos, M. & Montoya, J. Covid-19 in Colombia endpoints. Are we different, like Europe? *Research in Social Administrative Pharmacy*. 2020; DOI: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741120302874> (acceso 11 de mayo de 2020).
35. Jakovljevic, M.; Bjedov, S.; Jaksic, N. & Jakovljevic, I. Covid-19 Pandemia and Public and Global Mental Health from the Perspective of Global Health Securit. *Psychiatr Danub*. 2020; 32(1): 6-14.
36. Barricat, I. El impacto del Covid-19 en el mercado laboral. APD España. 2020. <https://www.apd.es/impacto-covid-19-mercado-laboral-iker-barricat/> (acceso 12 de mayo de 2020).
37. Cáceres, R. *Violencia intrafamiliar, abusos contra mujeres y niñas, la otra pandemia que azota a la población*. Senado de la República de Colombia. <http://www.senado.gov.co/index.php/prensa/lista-de-noticias/1061-violencia-intrafamiliar-abusos-contra-mujeres-y-ninas-la-otra-pandemia-que-azota-a-la-poblacion> (acceso 12 de mayo de 2020).
38. Gené-Badia, J.; Ruiz-Sánchez, M.; Obiols-Masó, N.; Oliveras, L. & Lagarda, E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*. 2016; 48(9): 604-609.
39. Welle, D. Impacto psicológico del Covid-19 en la sociedad no debe ser ignorado. *América Economía*. 2020. <https://clustersalud.americaeconomia.com/sector-publico/impacto-psicologico-del-covid-19-en-la-sociedad-no-debe-ser-ignorado> (acceso 12 de mayo de 2020).
40. Ricci, I. & Ruiz, I. El impacto de la pandemia por Covid-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. *Escuela Andaluza de Salud Pública*. 2020. <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/el-impacto-de-la-pandemia->

por-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-los-profesionales-sanitarios/ (acceso 12 de mayo de 2020).

41. Aldrete, María.; González, R.; Navarro, C.; Cortés, L.; Silvia, G. & Pérez, J. Factores psicosociales y estrés en personal de enfermería de un hospital público de tercer nivel de atención.. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2016; 15(3): 8-15.
42. Hernández, R. *Metodología de la Investigación: las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. México. McGraw Hill México; 2018.
43. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. 4ª ed. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34457/9789290360902-spa.pdf?sequence=5&ua=1> (acceso 09 de julio de 2020).
44. British Medical Journal. The Nuremberg Code (1947). *British Medical Journal*. 1996; 313(7070):1448-45. Florez, J.; Atehortúa, S. & Arenas, A. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá*. 2009; 8(16): 107-131.
46. Agencia de Información Laboral - AIL. *28 de Julio, Día Nacional de la salud en el mundo del trabajo*. Agencia de Información Laboral - AIL. <http://ail.ens.org.co/opinion/28-de-julio-dia-nacional-de-la-salud-en-el-mundo-del-trabajo/> (acceso 7 de noviembre de 2020).
47. Bedoya, C. Covid-19: the pandemic of abuse against health personnel in times of pandemic. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health IJEPH*. 2020; 3(1). <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/IJEPH/article/view/6276/5740> (acceso 7 de noviembre de 2020).
48. Agencia de Información Laboral - AIL. *Estas son las medidas que pide la CUT para el sector salud*. Escuela Nacional Sindical. <http://ail.ens.org.co/noticias/estas-son-las-medidas-que-pide-la-cut-para-el-sector-salud/> (acceso 7 de noviembre de 2020).
49. Guanche, H.; Suárez, A.; Márquez, A.; González, A. & González, L. Componente crítico en las estrategias de atención médica, prevención y control de la COVID-19. *Educ Médica Super*. 2020, 34(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412020000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es (acceso 7 de noviembre de 2020).

ANEXO 1

BOLETÍN INFORMATIVO **Investigación académica**

Empleados E.S.E. San Juan de Dios de Rionegro

Cordial saludo.

Nos permitimos informar que la E.S.E. San Juan de Dios de Rionegro ha accedido participar en una investigación académica realizada por cinco estudiantes de Gerencia de la Salud Pública de la Universidad CES. La investigación se titula *“Impacto social, laboral y familiar de los empleados de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Rionegro, a partir de las medidas de contingencia implementadas para responder a la pandemia del COVID-19”*, y va dirigida a empleados del área administrativa, asistencial y de apoyo.

La participación de los empleados consiste en diligenciar una encuesta virtual (link) que será compartida a través del correo electrónico de cada uno y cada una. La Institución nos facilitó los correos electrónicos de todos sus empleados, razón por la cual en las próximas semanas se estará compartiendo el link por dicho medio, sin embargo, esto no constituye que la encuesta esté vinculada a su correo electrónico, pues éste no es requerido para el diligenciamiento; el correo electrónico será utilizado solo para fines de difusión de la encuesta.

La información recolectada será de carácter confidencial y para fines académicos únicamente, razón por la cual no se pedirá datos de identificación. Su participación en la presente investigación no representa costos ni riesgos.

Se espera hacer devolución de los resultados generales al área directiva, para que, a partir de estos, la Institución pueda plantear estrategias de acompañamiento al personal y responder a las necesidades evidenciadas.

Si tiene alguna duda, le invitamos a comunicarse con Laura Castaño Restrepo, profesional en trabajo social quien hace parte del equipo investigador, al 3217607006.

Atentamente,

Estudiantes en formación
Gerencia de la Salud Pública
Universidad CES
2020

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La siguiente encuesta es el instrumento de recolección de información para el trabajo de investigación *“Impacto social, laboral y familiar de los empleados de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Rionegro, a partir de las medidas de contingencia implementadas para responder a la pandemia del COVID-19”*, realizado por estudiantes de la especialización *Gerencia de la Salud Pública* de la Universidad CES. La información aquí recolectada será de carácter confidencial y para fines académicos únicamente, razón por la cual no se pedirá datos de identificación.

Esta investigación traerá para los participantes beneficios colectivos, pues se espera hacer devolución de los resultados al área directiva, para que, a partir de estos, la Institución pueda plantear estrategias de acompañamiento a su personal que respondan a las necesidades evidenciadas.

Su participación en la presente investigación no representa costos ni riesgos. Su participación es muy importante. Si usted de manera voluntaria acepta participar de esta encuesta, solicitamos continuar haciendo clic en ACEPTAR. De lo contrario, siéntase en libertad de abandonar esta página, esto no tendrá ninguna repercusión en su bienestar laboral.

Además, si durante el diligenciamiento de la encuesta considera que no desea continuar con la misma, puede abandonarla sin que la información suministrada quede registrada.

Si tiene alguna duda frente a la encuesta y/o alguna de las preguntas, o si se ha generado alguna sensación de malestar al responderla, le invitamos a comunicarse con Laura Castaño Restrepo, profesional en trabajo social quien hace parte del equipo investigador, al 3217607006.

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

ENCUESTA

“Impacto social, laboral y familiar de los empleados de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Rionegro, a partir de las medidas de contingencia implementadas para responder a la pandemia del COVID-19”,

Esta encuesta está dividida en 4 partes. La primera comprende información sociodemográfica que no constituye revelar su identidad y que ayuda a los investigadores a hacer análisis transversal de las diferentes respuestas. La segunda parte constituye el ámbito social, y las otras dos contienen preguntas del ámbito laboral y familiar.

La información aquí recolectada será de carácter confidencial y para fines académicos únicamente, razón por la cual no se pedirá datos de identificación.

Diligenciar la encuesta le demorará aproximadamente 10min. No hay preguntas correctas o incorrectas, por lo que le invitamos a contestar con la mayor honestidad y tranquilidad posible.

1. INFORMACION SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación, le invitamos a responder preguntas de tipo socio demográfico, que en ningún momento constituyen revelar su identidad.

1.1. Edad cumplida
SOLO NÚMEROS

1.2. Sexo
FEMENINO
MASCULINO

1.3. Estado civil
SOLTERO (A)
CASADO (A)
UNIÓN LIBRE
VIUDO (A)
DIVORCIADO O SEPARADO

1.4. Municipio de residencia
RESPUESTA ABIERTA

1.5. Número de personas con las que vive (No se incluye usted)
SOLO NÚMERO

1.6. Número de personas a cargo (No se incluye usted)
SOLO NÚMERO

1.7. Personas que actualmente aportan económicamente en el hogar (Inclúyase usted)
SOLO NÚMERO

1.8. Tenencia de la vivienda
PROPIA
ARRENDADA
FAMILIAR
OTRA. CUÁL

1.9. Estrato de la vivienda
SOLO NÚMERO

1.10. Zona de ubicación de la vivienda
RURAL
URBANO

1.11. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el sector salud?
AÑOS/MESES

1.12. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro?
AÑOS/MESES

1.13. ¿En qué área se desempeña actualmente?
ADMINISTRATIVO
ASISTENCIAL
APOYO

1.14. ¿Qué tipo de contrato tiene actualmente con E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro?
VINCULADO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS
POR AGREMIACIÓN

1.15. ¿Cuál es su nivel educativo?
BACHILLER
TÉCNICO
TECNÓLOGO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
ESPECIALISTA
SUBESPECIALISTA

2. ÁMBITO SOCIAL

A continuación, le plantearemos preguntas relacionadas con aspectos sociales de su cotidianidad que se pudieron ver afectadas desde el mes de marzo que se declaró la emergencia por Covid-19. Por favor lea atentamente cada pregunta y tenga en cuenta el periodo de contingencia para dar respuesta.

2.1. En su cotidianidad, ¿Tiene usted tiempo para compartir con amigos (as)?
NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

2.2. En su vida cotidiana ¿Habla de temas diferentes al trabajo y al COVID-19?
NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

2.3. ¿Lee periódicos, ve noticias, y/o se mantiene al tanto sobre el avance del COVID-19?
NUNCA
ESPORÁDICAMENTE
SEMANALMENTE
DIARIAMENTE
TODO EL TIEMPO

2.4. ¿Cree que tiene buena comunicación con las personas cercanas a usted?
NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

2.5. Debido a las medidas de contingencia implementadas ¿le resulta fácil transportarse entre su casa y el trabajo?
NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

2.6. Teniendo en cuenta las medidas de contingencia establecidas por los municipios debido a la pandemia ¿le alcanza el tiempo para realizar diligencias, compra de víveres y demás?
NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

2.7. ¿Se siente usted seguro en el momento de desplazarse a su hogar después de salir del trabajo?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

2.8. ¿Durante la pandemia, ha sentido algún tipo de rechazo por parte de la comunidad por pertenecer al sector de la salud?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

3. ÁMBITO LABORAL

Responda las siguientes preguntas teniendo en cuenta el tiempo correspondiente a la pandemia, lea con atención cada pregunta y su opción de respuesta. Recuerde que las respuestas no serán individualizadas ni utilizadas para otros fines que no sean académicos.

3.1. Teniendo en cuenta su rol dentro del sector salud, ¿ha sentido angustia debido a la pandemia?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

3.2. Teniendo en cuenta su rol dentro del sector salud, ¿ha sentido tristeza debido a la pandemia?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

3.3. Teniendo en cuenta su rol dentro del sector salud, ¿qué tan afectado se ha visto su estado emocional debido a la pandemia?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

3.4. Debido a la pandemia, ¿se ha sentido desmotivado al realizar sus funciones?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

3.5. Teniendo en cuenta sus funciones, ¿qué tanto le preocupa estar expuesto a contraer el COVID-19?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

3.6. ¿Siente usted que por la contingencia del COVID-19, ha tenido más carga laboral?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

3.7. ¿Siente usted que la institución le brinda información clara y actualizada sobre las medidas a las que deben adherirse a partir de los Decretos establecidos a nivel nacional?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

3.8. ¿La Institución le brinda capacitaciones e información actualizada sobre el COVID-19?

NUNCA
ESPORÁDICAMENTE
SEMANALMENTE
DIARIAMENTE
TODO EL TIEMPO

3.9. ¿La institución le brinda los elementos de protección personal necesarios para protegerse del COVID-19?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

4. ÁMBITO FAMILIAR

¡Ya estamos por terminar! Estas preguntas están relacionadas a su contexto familiar. Por favor lea atentamente cada pregunta con la respectiva opción de respuesta y tenga en cuenta el tiempo de la contingencia por la pandemia del Covid-19.

4.1. ¿Convive usted con alguien que sea considerado población de riesgo para COVID-19?

SI
NO

4.2. ¿Las personas con las que usted convive le piden que les mantenga informados sobre el avance del COVID-19 en su institución?

SI
NO

4.3. ¿Por su trabajo en el sector salud, le preocupa contagiar a sus seres queridos?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

4.4. ¿Durante la pandemia, tiene usted tiempo para realizar actividades de esparcimiento con las personas con quien convive?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

4.5. ¿Puede hablar con su familia o personas cercanas sobre cómo se está sintiendo en este momento de la pandemia?

NUNCA
RARA VEZ
ALGUNAS VECES
CON FRECUENCIA
SIEMPRE

4.6. ¿Siente que su familia se siente orgullosa de la labor que desempeña durante esta contingencia del COVID-19?

SI
NO

4.7. ¿Ha recibido alguna sugerencia por parte de algún familiar para dejar su trabajo actual, debido al riesgo que representa sus labores en el tiempo de la pandemia?

SI
NO

4.8. Durante esta pandemia, el tiempo que usted permanece en el hogar es:
IGUAL
MENOR
MAYOR

Muchas gracias por su tiempo y disposición.

A continuación, le dejamos el siguiente link para que usted lo descargue y tenga copia del consentimiento informado que aceptó inicialmente.

https://docs.google.com/forms/d/1iXMkAVEuUSns-3oe-0oKu3Tpnwwmej1iTaFc_2AkNB0/edit?usp=shari