

AGOTADOS

Cómo la pandemia afectó la salud mental de los funcionarios de salud

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

CATEGORÍA: Reportaje escrito

FELIPE CÁRCAMO ALVARADO

AZARÍAS FLORES MONSALVE

PROFESOR GUÍA: JOSÉ MIGUEL LABRÍN

SANTIAGO DE CHILE

2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES DE LA CATÁSTROFE	6
COVID-19 y SARS-CoV-2	8
Salud mental en pandemia	9
LA CATÁSTROFE DESAPERCIBIDA	15
El derrumbe: una experiencia que habla por muchas	15
Un problema anunciado	18
Sintomatologías	20
Cuando el descanso no basta	22
Problemas de consumo	24
Perspectiva regional	25
DERRUMBE: CUANDO LOS CIMIENTOS NUNCA FUERON FUERTES	30
Razones para el cansancio	31
Un cúmulo de ansiedades	35
EPP	36
Relaciones familiares	39
Ser mujer y funcionaria	41
CUANDO LAS PALABRAS IMPORTAN	43
El factor ciudadano	46
Saludablemente	48
CONSECUENCIAS	51
EPÍLOGO	54
ANEXOS DE ENTREVISTAS	57
BIBLIOGRAFÍA	59

A nuestras familias. Sin ustedes no habríamos llegado hasta aquí.

A nuestros amigos y amigas, que cuando la vida nos pasaba por encima estuvieron. Esperamos estar para ustedes de la misma forma.

Al profesor Labrín, por aceptar a dos pobres diablos, cada uno con una memoria fracasada por la pandemia a costas.

A cada una de las personas que con disposición nos ofrecieron sus historias y conocimientos para construir este reportaje.

Y por sobre todo: a cada uno de los funcionarios de la salud que durante la crisis sanitaria producida por el SARS-CoV-2, continuaron cumpliendo su trabajo. Esperamos que el nuestro ayude a dar luces de lo que han pasado.

INTRODUCCIÓN

El reportaje que se presenta a continuación retrata el estado de la salud mental de los funcionarios de salud en nuestro país, en virtud de la presente crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19 y que se ha extendido por más de dos años.

Nuestra motivación principal para abordar esta temática fue la nula presencia mediática del problema. Si bien se ha escrito latamente sobre los impactos en el bienestar emocional que generan los corolarios de la pandemia, además de sus efectos en la sociedad amplia, no creemos que en estas consideraciones se encuentren los funcionarios de salud, especialmente considerando las variables específicas del sector. Desde principios del año 2020 —y por lo menos a nivel nacional—, cuando se habló de la cara humana de la pandemia esta raramente era la de quienes se enfrentaban de manera diaria con el virus y sus consecuencias.

Y era algo que se intentó advertir: en reiteradas ocasiones directivos de gremios de salud como el Colegio Médico, SOCHIMI o SOCHIMU, comentaban que los equipos médicos se encontraban exhaustos, cansados y con *burnout*. Pero eran advertencias fugaces, que rápidamente le abrían paso a la discusión por las camas críticas, por las cuarentenas extendidas, por los dichos de tal o cual personero de gobierno.

No queremos ser ingenuos. Un evento histórico de tal magnitud, que ha exigido tanto de todas y cada una de las personas a nivel planetario, de cada uno de los sistemas que sostienen a la sociedad, difícilmente podría dejar espacio para la discusión sobre el bienestar, especialmente el de los otros. Y es entendible: la primera necesidad del humano no es vivir bien, es simplemente vivir y hacer lo posible para mantener esa situación inalterada.

Sin embargo, esa necesidad de enfocarse en la urgencia no puede seguir *ad infinitum*. En algún punto debemos ser capaces de atender a las necesidades de quienes no somos nosotros. Por

lo mismo no es sino un acto de responsabilidad escuchar qué pueden contarnos quienes trabajaron como profesionales de la salud durante esta pandemia.

Nuestro trabajo se enmarca en esa idea. En las presentes páginas retratamos historias de profesionales de la salud agotados: los turnos maratónicos, la exposición de primera línea al virus, el aislamiento —autoimpuesto o no— y la precariedad laboral son algunos de los problemas que debían y deben afrontar día a día.

Pero tampoco queremos invitar a la confusión. Nuestra intención no es la de enmarcar a los trabajadores de salud como soldados bravos frente a lo desconocido, o de víctimas abandonadas a su suerte por un sistema más grande que cualquiera. Lo que buscamos es contar la historia de quienes cumplieron con su deber al contener los efectos del COVID-19, que lo debieron hacer dentro de un sistema de por sí estresado por el caos y el ruido que escapa (en mayor parte) a razones humanas, y que en el proceso fueron gestando inadvertidamente una crisis interna de salud mental de la que esperamos otorgar información pertinente.

Junto con ello también queremos explicar las razones más amplias en las que se enmarca esa crisis. La precariedad laboral, el maltrato de los pacientes, el manejo mismo de la pandemia a nivel local y central también fueron factores que ayudan a entender el por qué los trabajadores de salud se encuentran tan agotados.

Para lograr ese objetivo elaboramos este trabajo a partir de información de fuentes documentales, estadísticas, revisión de prensa además de una serie de entrevistas con profesionales de la salud, expertos en salud mental e investigadores del fenómeno aquí descrito. Por razones de salubridad (tanto nuestra como de los entrevistados) hemos decidido entablar todas las conversaciones aquí expuestas vía telemática.

ANTECEDENTES DE LA CATÁSTROFE

La historia comienza, como ya sabemos, en Wuhan, capital de la provincia de Hubei, China. Los médicos de la ciudad se encontraron durante los últimos días del 2019 con un aumento explosivo de casos de neumonía con origen desconocido. Pero esa causa no permanecería en el anonimato mucho tiempo: antes de la primera mitad de enero del 2020 investigadores chinos secuenciaron por primera vez el virus responsable. Su nombre ya no es desconocido por nadie: SARS-CoV-2.

Aquella cepa de SARS llegó a mediados de enero del 2020 a Tailandia, el primer caso fuera del gigante asiático. Días después, el gobierno japonés confirmaba su primer contagio en la prefectura de Kanagawa. El 20 de enero el Centro de Control y Prevención de enfermedades de Corea del Sur (KCDC) comunicaba que el país se unía al grupo de países con casos COVID-19, casi al unísono con Estados Unidos que informaba de su primer caso en Washington.

Singapur, Francia, Australia, Alemania, Brasil, Vietnam. La cepa llegaba con una velocidad irresistible a cada continente. El SARS-CoV-2 obligaba al mundo a entrar a una solemne pero imperiosa reclusión de sí mismo.

Chile no fue la excepción. Se pensaba que climas cálidos, la cordillera o el desierto mantendrían lejos al virus¹, o que duraría poco tiempo como el brote AH1N1 entre 2009 y 2010.

Pero no llegó como ladrón en la noche, tampoco como migrante cruzando el desierto. Llegó como lo que era: un ser del mundo, cosmopolita. En avión. Un 3 de marzo del 2020 en Talca se confirmó el primer caso de SARS-CoV-2 en el país. ¿El paciente? Un médico de 33 años

¹ El presidente de la CPC desinformó, no hay evidencia de que el calor sirva para curar el COVID-19 (Factchecking.cl). <https://factchecking.cl/user-review/presidente-de-la-cpc-cae-en-informacion-falsa-sobre-el-coronavirus/>

que viajó -a propósito de su luna de miel- durante febrero por el sudeste asiático, especialmente Singapur donde por la fecha ya se registraban 110 fallecidos.²

Casi dos semanas después el gobierno de Sebastián Piñera anunció las primeras medidas para iniciar el control de la epidemia, recientemente recategorizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia. La suspensión de clases presenciales, la creación de la mesa social COVID-19, el decreto de Estado de Catástrofe en el país, fueron algunas de las principales políticas adoptadas durante marzo de 2020. Pero la medida que marcó el inicio formal de la pandemia en Chile fue el anuncio realizado por Piñera el lunes 16 de marzo: nuestro país entraba a la fase 4 de propagación, que epidemiológicamente significa que los contagios no sólo ocurren dentro del país, sino que se encuentran extendidos al punto que sólo se pueden hacer trazabilidades parciales³.

El anuncio fue hecho tras una reunión del mandatario con Jaime Mañalich, ministro de Salud en ese momento, y ex titulares de salud de gobiernos concertacionistas. Helia Molina, Emilio Santelices, Álvaro Erazo y Carmen Castillo (acompañados por la entonces presidenta del Colegio Médico, Izkia Siches, y el senador socialista —y presidente de la Comisión de Salud de la Cámara Baja en esos días— Juan Luis Castro) estuvieron presentes en la reunión. Una señal extraña que daba luces de la gravedad de la situación.

“Sabíamos que iba a llegar y estamos preparados para enfrentarla”, decía ese 16 de marzo el presidente Piñera, refiriéndose a la fase 4 que lo obligaba a tomar la decisión de cerrar fronteras marítimas, terrestres y aéreas. Pero un evento histórico de este calibre difícilmente se sobrepasa indemne: al 30 de marzo presente se han registrado más de 56.000 muertes, con

² Confirman el primer caso de coronavirus en Chile (La Tercera).

<https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/confirman-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/FDN7GE7NEJEZJIMVJDVY5F6I/>

³ Fase 4: Chile cierra fronteras (La Tercera).

<https://www.latercera.com/politica/noticia/fase-4-chile-cierra-fronteras/EMF5E7TSTBEUHES3MGWT7JDFNI/>

3.460.000 casos confirmados y una ocupación de camas críticas que no desciende del 85% desde finales de enero⁴.

COVID-19 y SARS-CoV-2

Durante el desarrollo de la pandemia, ya sea por fuerza de los medios de comunicación, por falta de clarificación o por economía de lenguaje, se instaló la idea de que lo que se transmite es ‘COVID’ o que el COVID-19 y el SARS-CoV-2 son sinónimos. Si bien para efectos prácticos se puede entender así, por precisión científica vale la pena recordar exactamente a qué nos referimos con cada término.

El COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*, o enfermedad por coronavirus del 2019 en español) es la enfermedad infecciosa que se genera a causa del SARS-CoV-2. Esta última se nombra por el inglés *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (en español, coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo), y es parte de la familia de los coronavirus, los que de desarrollarse pueden producir enfermedades digestivas y respiratorias, además de poder infectar tanto a aves y mamíferos como a humanos. Es por esta razón que -a pesar de todavía no estar completamente verificado- la comunidad científica internacional sugiere que el origen del SARS-CoV-2 sea de tipo zoonótico, o sea que su fuente sea animal.

Diferente es la enfermedad por coronavirus del 2019 (o COVID-19), que es la enfermedad infecciosa provocada por el SARS-CoV-2. Sus síntomas los conocemos de manera basta: fiebre, tos, dificultad para respirar, el dolor de garganta y de cabeza son los principales, no obstante, también se pueden presentar otros como el dolor muscular y fatiga.

Y si bien durante el desarrollo de la pandemia la comunidad científica ha descubierto que sus efectos en el cuerpo pueden llegar más lejos que la esfera de influencia propia de los

⁴ Could COVID-19 infection be responsible for your depressed mood or anxiety? (Harvard Health Publishing). <https://www.health.harvard.edu/blog/could-COVID-19-infection-be-responsible-for-your-depressed-mood-or-anxiety-2021041922391>

coronavirus (pérdida de memoria, de concentración, pérdida del olfato y el gusto, mareos repentinos, entre otros), hay uno que resalta: síntomas depresivos⁵.

Salud mental en pandemia

Entender la problemática de la salud mental de las personas que trabajaron en el área de salud, especialmente en sectores relacionados al COVID-19 no puede entenderse sin el contexto en el que se insertan. Los problemas de salud mental que se comenzaron a extender en los funcionarios no son ajenos a las situaciones experimentadas por el resto de la sociedad. Solo a partir de esta y de los efectos que se han producido a nivel general se puede entender los diferentes procesos que han vivido y siguen experimentando.

La pandemia llegó tras meses de importantes conflictos sociales y políticos en Chile, lo que explica en parte que la información sobre el virus era escasa, especialmente durante las primeras semanas, pero la experiencia europea y asiática dejaban clara su peligrosidad.

Para finales de marzo, según las cifras oficiales de los informes epidemiológicos, había 2.449 casos de COVID-19 confirmados. Para finales del mes de abril la cifra acumulada alcanzaba los 13.813, para mayo los 90.638. El 14 de junio del 2020, las cifras diarias mostraron su índice más alto, sumándose en dicha jornada 6.938 personas.

Las repercusiones de la pandemia eran evidentes. Podía verse en las altas cifras de contagio y de muertes, en estrictas cuarentenas, toques de queda, imposibilidad de movilizarse fuera de ciertas zonas. Era visible también en el sistema productivo y en la economía; y era expuesto de muchas formas en los medios de comunicación. El SARS-CoV-2 dejaba su huella en las distintas formas de organización de la sociedad.

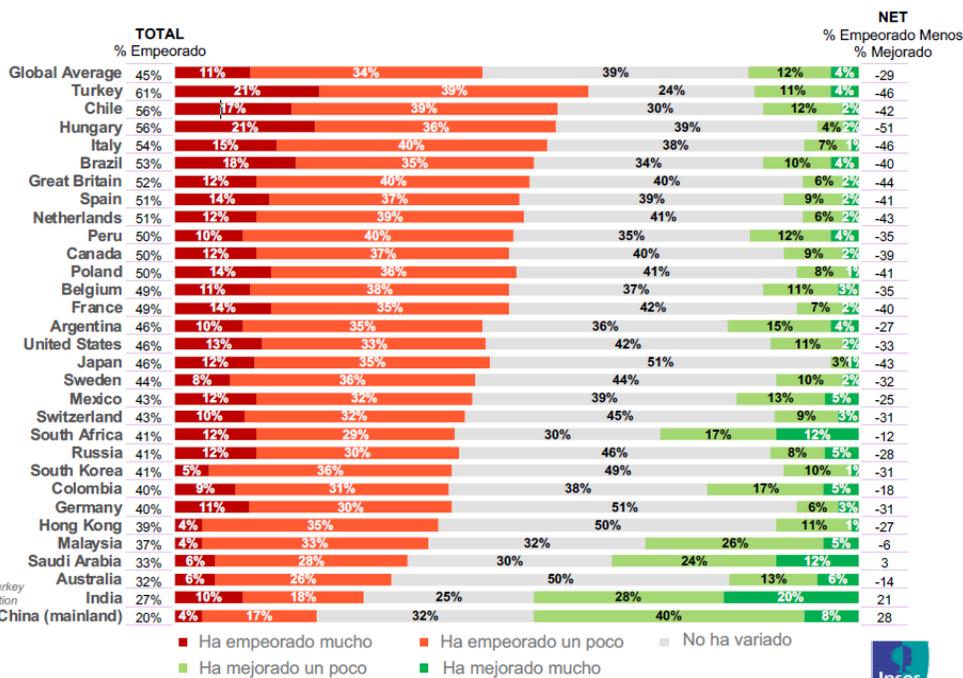
⁵ Por la sensibilidad de la experiencia compartida —y de otras que se podrán leer en las siguientes páginas— habrán testimonios que decidimos resguardar en el anonimato.

Tanto el virus como sus medidas de mitigación representaban un problema latente en la salud de las personas, no solo por el evidente riesgo de contagio del patógeno, si no por el miedo a este, la ansiedad prolongada producida por la incertidumbre continúa, el estrés del encierro, los problemas en los entornos familiares, la pérdida de trabajos, bajas remuneraciones, deudas, entre otros. El COVID-19 no solo estaba produciendo enfermedades a nivel físico sino también a nivel mental. La salud mental estaba comprometida.

Para el profesor Rubén Alvarado, investigador de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y especialista en salud mental, en comparación a los países vecinos e incluso con países desarrollados, Chile tiene buenas políticas en salud mental en general. Partiendo de los planes de salud mental de 1996 con los cuales se construyen los centros comunitarios COSAM y CESFAM, con equipos especializados y dentro de las comunidades. Sin embargo, existen opiniones encontradas entre los expertos, que señalan que a pesar de haber infraestructura esta no es suficiente.

La salud mental ha sido una consecuencia inevitable y silenciosa que ha ido empeorando con la duración de la pandemia. La consultora internacional Ipsos realizó una medición en 30 países denominada *Un año de COVID-19*⁶, que consultó a más de 21 mil personas. Estableció que en Chile el 56% de los encuestados sentía que su salud mental empeoró el último año, adquiriendo el segundo puesto, solo superado por Turquía.

Figura 1: Cambios en la salud mental y emocional vs un año atrás



⁶ Empatía cero. Mostrador). <https://www.ece-que-doctora.com>

rdia" (El enciales-di

El porcentaje de esta encuesta internacional se condice con el trabajo realizado por la Universidad Católica en conjunto con la Asociación Chilena de Seguridad: *Termómetro de la Salud Mental en Chile*⁷. El estudio midió la evolución de la salud mental en el tiempo y profundizó en los factores que influyeron en ella, basando su análisis en la muestra de 1.437 personas, cuyo seguimiento se realizó entre julio del 2020, noviembre de 2020 y abril de 2021. Este estudio es el más completo que se ha desarrollado en Chile y permite entender el fenómeno a partir de diferentes preguntas. A continuación, se desglosan algunas de las más importantes con el fin de ilustrar y poder entender las posibles formas y variables que influyen en la salud mental y su diagnóstico a nivel general.

Según este trabajo, el 45.9% de las personas evaluaron que su estado de ánimo actual era peor o mucho peor en comparación a antes de la pandemia.

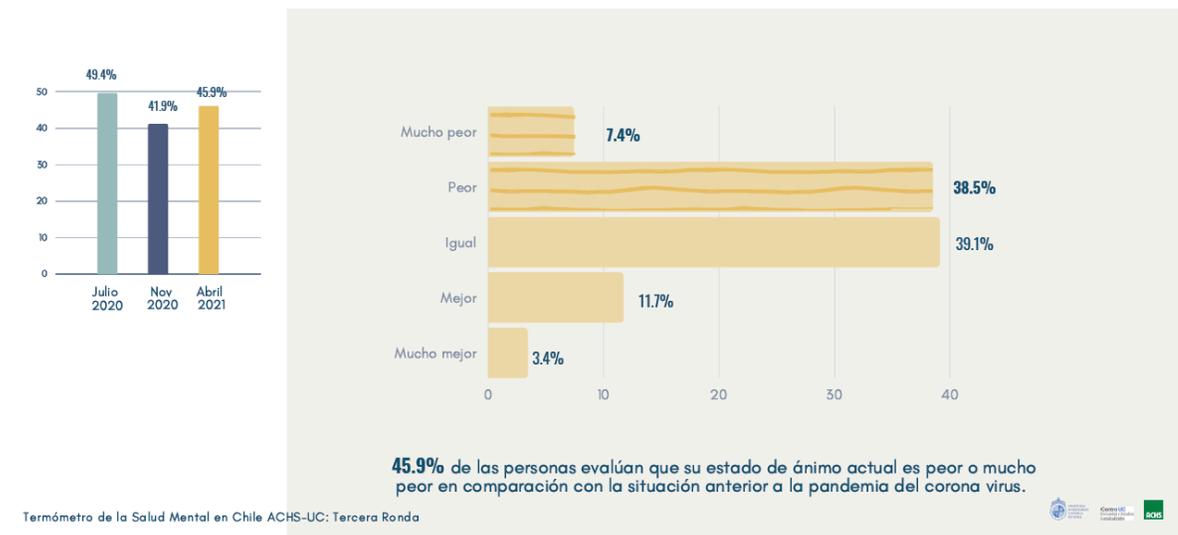


Figura 2: En comparación con su estado de ánimo anterior a la pandemia del coronavirus, ¿cómo evalúa su estado de ánimo actual?

⁷ Minsal.cl. Subsecretaría de Salud Pública detalla aumento de 310% en 2021 del presupuesto para Salud Mental. <https://www.minsal.cl/subsecretaria-de-salud-publica-detalla-aumento-de-310-del-presupuesto-para-salud-mental/>

A través de los gráficos del *Termómetro de la Salud Mental*, se puede ver que en julio del 2020 es la cifra más alta, disminuyendo en noviembre y volviendo a aumentar en abril.

Es importante tener en cuenta que las cifras de COVID-19 en julio del 2020 fueron tomadas un mes después de los picos más altos de ese año en cuanto a contagios diarios, panorama similar al de abril del 2021, que en conjunto con mayo fueron los meses con cifras más altas en los dos años de contagios y muertes diarias. El contexto de estas dos tomas de muestra es diferente a las del mes de noviembre del 2020 cuando las medidas para contener el virus estaban volviéndose más flexibles.

De las herramientas utilizadas en este trabajo se destacan dos, el PHQ-12 —cuyo fin es medir el estado de la salud mental— y el PHQ-9 —que tiene como objetivo ayudar a dar un diagnóstico sobre síntomas depresivos—.

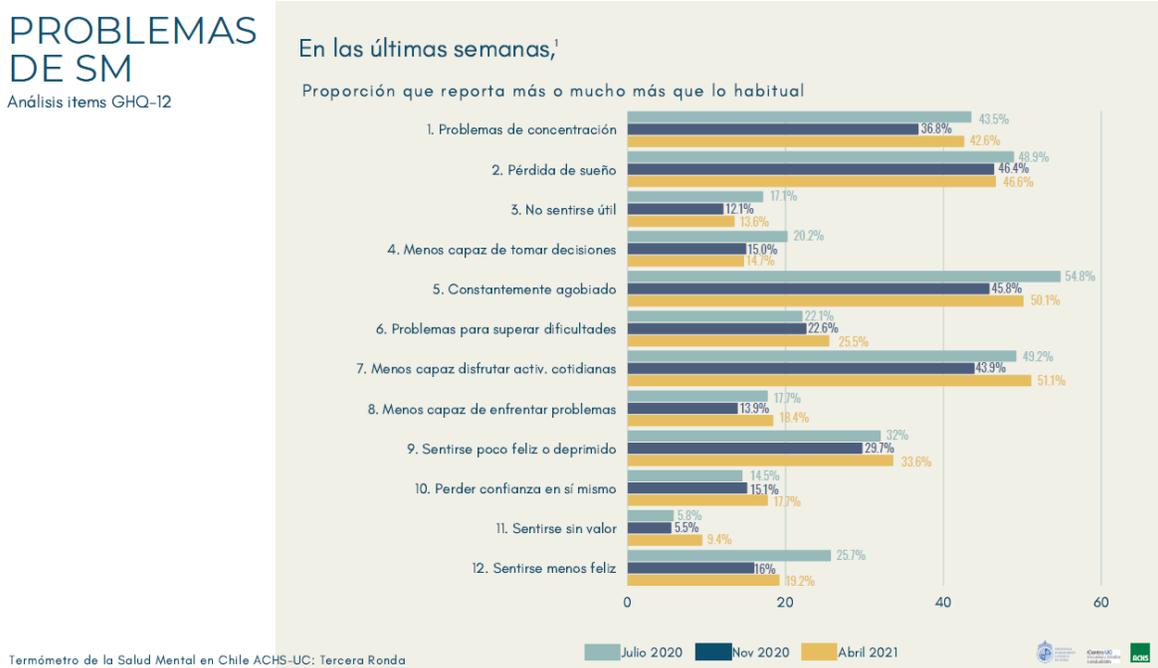


Figura 3: En las últimas semanas usted reporta (en proporción mayor a la habitual) ...

Las cifras que se pueden destacar en este conjunto de datos es la pregunta 7 y 5, cuyos resultados son los más altos. En el punto 7, el 51.1% de las personas se sentía menos capaz de disfrutar las actividades de la vida cotidiana. El porcentaje fue mayor que el de abril y noviembre de 2020. Así mismo, el 50.1% en el mes de abril del 2021, se siente constantemente agobiado.

Otro de los puntos importantes de este set de preguntas es el 9, donde 32% en el mes de julio de 2020 dice sentirse poco feliz o deprimido, bajando en el mes de noviembre a 29,7% y subiendo a 33,5%, la cifra más alta en abril de 2021.

El 13 de agosto de 2021, parte del equipo realizador de este trabajo expuso ante la Comisión de Salud y Comisión de Desafíos del Futuro, Ciencia, Tecnología e Innovación del Senado. En ella, Daniela Campos, psicóloga experta en riesgos psicosociales de la ACHS, comentó respecto a las cifras señaladas anteriormente⁸. “Son importantes porque han ido al alza desde la primera medición, pero además es relevante porque son propias de sintomatología depresiva. A nivel general un 38.8% tiene síntomas asociados a sospecha o presencia de problemas de salud mental. En los primeros meses de la medición era mayor la sospecha y podríamos hipotetizar que ciertos síntomas han ido aumentando en intensidad en un porcentaje relevante de la población como es un 14 o 15%. Antes teníamos más sospecha, ahora tenemos más presencia”, sentenció.

Según el estudio, un 46,7% de las personas presentaron síntomas depresivos desde suaves a severos. Estos síntomas se evidencian principalmente en problemas para dormir, con un 22% en la última medición; sentirse cansado, tener poca energía, con un 22.3% y tener poco apetito o comer en exceso, con un 22.4%.

⁸ Capacidad hospitalaria (ICOVID Chile). <https://www.iCOVIDchile.cl/capacidad-hospitalaria>

SÍNTOMAS DEPRESIÓN

Análisis ítems PHQ-9

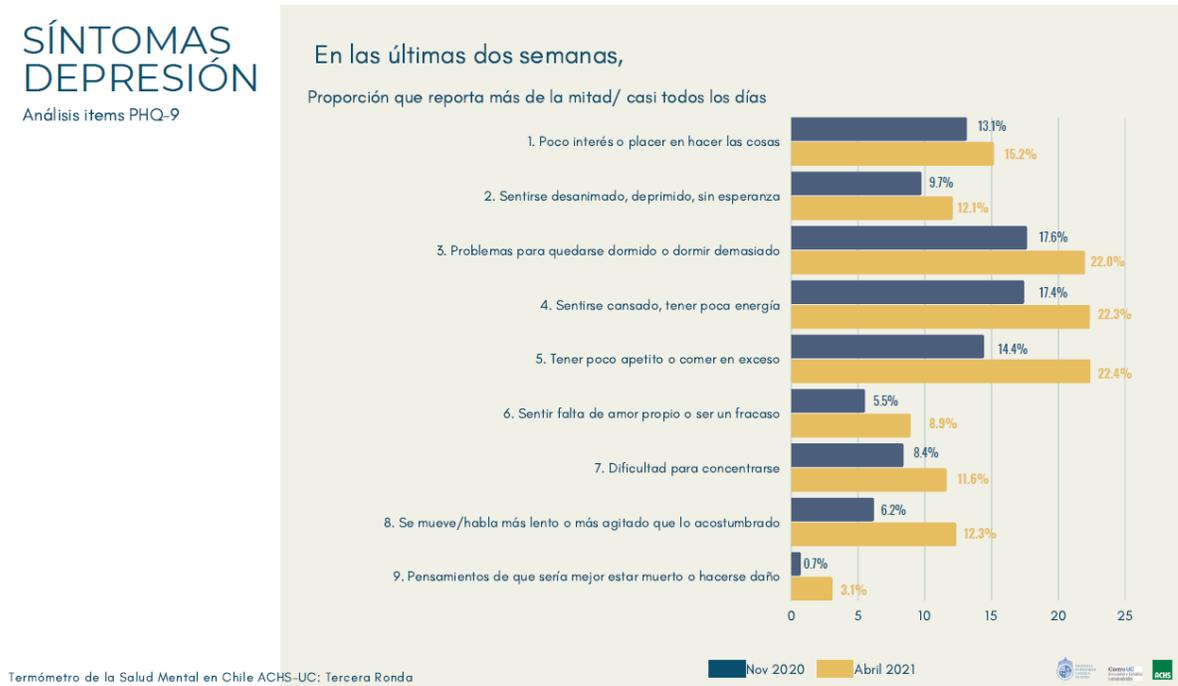


Figura 4: En las últimas dos semanas usted reporta...

El estudio nos aporta otros datos de interés como los principales estresores encontrados. Entre estos los dos más significativos son la delincuencia, en un 70% y la posibilidad de contagio con el virus, en un 62%. Encontrándose en menor magnitud, pero no menos relevantes, están la situación económica esperada para los próximos meses (58.4%) y la posibilidad de perder el empleo (43,5%).

Este conjunto de factores se suma a lo comentado por Gabriel Fernández, profesor asesor en el estudio Termómetro de la Salud Mental, en la sesión del Senado previamente citada, en cual declara: “Entre la gente que dice tener problemas de salud mental, o que tiene síntomas asociados a problemas de salud mental, un 30% hubiese pedido que lo vea un experto y no ha tenido acceso. Estamos hablando de que quienes están en el semáforo rojo, un 30% no ha podido acceder a pesar de que lo hubiese querido y solo un 20% de las personas que se encuentran en este semáforo han accedido a un especialista” finalizó.

LA CATÁSTROFE DESAPERCIBIDA

El Derrumbe: una experiencia que habla por muchas

“El servicio completo está agotado. Yo empecé con dolor de guata. Pero no era solo dolor, eran vómitos. En un primer momento le echaba la culpa a la comida, pero una se va dando cuenta de a poco y conversando con otras personas que están pasando por lo mismo de que claramente es algo más grande. Tuve que acudir al psiquiatra, debí tener un tratamiento farmacológico y terapia. Y así estuve hasta cuando volví a trabajar”.

Isaa Díaz es Técnico en Enfermería (TENS), grupo que cumple una labor elemental en el sistema de salud y en los equipos de trabajos médicos, elemental e invisibilizada. Trabaja en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) del Aguilucho, comuna de Providencia. Su labor dentro del recinto varía desde el ingreso de pacientes, realizar los tratamientos dictados por los médicos, cuidado y limpieza, colaborar con los traslados en la ambulancia, entre otros.

La pandemia no alteró demasiado sus labores, pero la carga aumentó de sobre manera. “Había turnos en los que de verdad no podíamos tomar agua ni comer, simplemente no alcanzamos. Era ir de cama en cama, ingresar pacientes, llenar registros sin parar por horas todos los días”.

Los horarios comenzaron a ser más largos, extendiéndose en una o dos horas. Comer era un privilegio que se hacía cuando se podía. Isaa llevaba snacks en sus bolsillos para alimentarse cuando pudiera. Y es que por ser urgencias es normal que los horarios de descanso o de alimentación sean difíciles de establecer, pero en una crisis de salud inédita, los tiempos se reducen aún más, llegando incluso, según la experiencia de Isaa, a tener que pedir permiso al paciente para dejarle un momento e ir al baño.

Las jornadas de trabajo se fueron volviendo extenuantes. Al exceso de pacientes se sumaba un protocolo estricto que debían seguir para atender a cada persona que llegaba. Los

protocolos fueron cambiando a lo largo de la pandemia, pero esencialmente debían utilizar pechera desechable, mascarilla, guantes y antiparra. Esto puede parecer poco, pero al momento en que una persona no puede respirar es mucho tiempo.

“Una vez nos llegó un paciente grave, nos vestimos, pero no alcanzamos a cambiarnos la mascarilla. Fue un tema, recibimos un reto, pero por suerte no nos pasó nada, nadie se enfermó”.

Como cuenta Isaa los pacientes COVID son difíciles de tratar. Al ponerle una mascarilla a un paciente que tiene insuficiencia respiratoria su reacción muchas veces es la resistencia. Una mascarilla para un paciente grave incrementa la sensación de ahogo, por eso muchas veces se las quitan poniendo aún más en riesgo al personal de salud, que si se descuidan quedan expuestos totalmente.

El cuidado y tratamiento que necesita un paciente COVID, se suma a las molestias y falta de paciencia de los pacientes menos graves. Según Isaa la presión de la demora entre cada paciente se volvió más intensa día a día. Llegando incluso a existir altos niveles de agresividad.

“Hay gente que dice 'necesito que me atiendan ahora'. Lo dicen viendo que tienes en el box de reanimación a un paciente que literalmente se está muriendo, y él viene porque tiene tos, pero no le importa. Cuando pasa esto una tiene que explicarle al paciente: tenemos a otra persona grave, vamos a demorarnos un poco en la atención. Pero siempre hay gente que no entiende, arman un escándalo, te amenazan, te gritonean, te tratan de estúpida. Y eso te afecta, no quieres seguir atendiendo, aunque obviamente una siempre trata de hacer borrón y cuenta nueva porque hay más gente esperando”.

El trabajo aumentó considerablemente con el aumento de pacientes, pero luego de un año de pandemia se sumó otra labor: encargarse de las vacunas. En los SAPU los horarios de atención no incluyen la noche, pero con las vacunas, en el SAPU del Aguilucho parte del personal debía quedarse para resguardar la cadena de frío y además la seguridad. Por esta razón los horarios de trabajo se extendieron aún más. Isaa comenta que a veces entraba a las ocho de la mañana de un sábado y salía a las nueve del domingo.

Esta situación provocaba otro motivo de estrés. La primera vez que se perdió la cadena de frío en este recinto asistencial fue bajo el turno de Isaa: el refrigerador dejó de funcionar porque la mantención fue mal hecha, hecho que se repitió varias veces. “Una se siente con mucha responsabilidad pese a que no era mi culpa” comenta. La labor de seguridad también era motivo de cansancio, al punto de que muchas veces la gente llegaba a mover las rejas en las madrugadas. “Debíamos prender las luces y llamar a seguridad ciudadana”, recuerda Isaa, con temor a que desconocidos ingresaran a la fuerza para robar las dosis. Dosis que, sin los procedimientos adecuados para su entrega sólo significarían su pérdida.

Este conjunto de situaciones fue sumando y acrecentando la ansiedad y angustia por el trabajo en Isaa. En un comienzo se manifestaba de forma somática a través de dolores y vómitos, pero lo que subyacía era una depresión.

Sin embargo, no era la única de su equipo con problemas de salud mental. De los tres TENS, dos enfermeras y dos médicos por turno que conforman su grupo de trabajo, solo una compañera tuvo licencia por depresión. Sin embargo, las demás personas del equipo, comenta Isaa, han expresado explícitamente estar frustrados, agotados. Llegan a llorar a sus casas, lloran en los baños del SAPU, a lo que se suman pobres hábitos de sueño y de alimentación.

El estado mental de los trabajadores de salud es un factor determinante para que una licencia médica sea una opción difícil de tomar. Esto sucedió en el caso de Isaa. “Sentí culpa por no estar ahí, y es que es difícil desligarse porque al final es tu pega: pese a que decimos ser el último eslabón (en la cadena de salubridad) los TENS somos fundamentales. Yo soy de las más antiguas y que conoce mejor el *tejemaneje* de la pega, así que ayudó a los nuevos a adaptarse. Y pasa eso; a una le da vergüenza enfermarse, una especie de ‘cómo eres tan penca’. Por otro lado, es toda una maniobra la que tienen que hacer tus compañeros para poder cubrirte”.

Por estas razones cuando el psiquiatra le dio dos meses y medio de licencia, entre mayo y agosto pasado, sus sentimientos eran dicotómicos: necesitaba descansar pero su mente no podía dejar de sentir culpa. “Estás en tu casa cuando podrías estar atendiendo. Yo sé que hago bien mi

pega y saber que están pasando cosas allá y que yo no puedo ayudar frustra, y termina influyendo en que demore más en mejorarme”.

El 9 de agosto del 2021 Isaa debía volver al trabajo. Si bien los medicamentos la ayudaban a tener más ánimos y aliviar los síntomas de la depresión, el volver amplificaba los malestares. “No es que no hubiese querido volver, siempre quiero volver. Pero quiero volver al 2019, a sus dinámicas. Uno quiere volver al equipo, echa de menos a la gente, las cosas que hace. Pero no echo de menos a los pacientes, sobre todo a los agresivos, al convivir con el virus y tener que andarse disfrazando”.

El mismo día que retomó su trabajo, en su turno, se dio cuenta de que estaba embarazada. Su licencia se tuvo que extender, ya que los remedios que la mantenían en un mejor estado anímico eran incompatibles con el embarazo. Tuvo que dejarlos de forma abrupta, con todas las implicancias que eso tiene.

Un problema anunciado

Una eventual crisis de salud mental en los equipos médicos no era tan solo una posibilidad frente a la incertidumbre que trae una pandemia, sino que un fenómeno del cual ya se ha escrito y anunciado en la comunidad científica internacional. En marzo de 2020, un paper publicado en el *British Medical Journal* advertían que, junto con la certeza del estrés al que se someterían los sistemas de salud en el planeta, se debía considerar la posibilidad del estrés laboral que tendrían que afrontar los propios trabajadores.

Una de las ideas principales para entender el fenómeno es el de daño moral: la angustia provocada por los resultados de las acciones propias (o falta de ellas) y que violan el código moral de una persona. A pesar de no referirse a una condición mental concreta —como la depresión o el estrés postraumático— sí puede originar pensamientos negativos que sirvan como base para dificultades mentales. Esta angustia puede expresarse en ideas recurrentes, formuladas,

por ejemplo, como 'soy una mala persona', 'soy un mal trabajador/estoy cumpliendo mal mis labores' o 'mis jefaturas no se preocupan de las vidas de las personas'.

Las medidas que el trabajo académico proponía se dividían en apoyo temprano y cuidados posteriores. La primera incluía la descripción clara y sin eufemismos de las situaciones que eventualmente se podían enfrentar y que serían desafíos morales además de profesionales —como se expresó con el llamado 'dilema de la última cama'—, además de evitar el aislamiento social dentro de los equipos de trabajo, la reafirmación del valor en el trabajo que se realizaba y la instauración de revisiones rutinarias en el estado emocional de cada trabajador, entre otras. La segunda hace referencia al proceso de integración de experiencias vividas durante la pandemia, tanto de conocimientos como de instancias traumáticas y emocionalmente drenantes.

Alertados del evento que posiblemente se configuraría en los meses próximos, el Colegio Médico de Chile encabezó los esfuerzos para redactar *El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud*: una serie de — hasta el momento — 4 informes que detallan los alcances y facetas de los problemas de salud mental en equipos médicos durante la pandemia.

Gonzalo Cuadra, psiquiatra de la Universidad de Santiago y magíster en salud poblacional, es parte del Comité de Salud Mental del Colegio Médico de Chile y uno de los investigadores y redactores de estos informes. Comenta que “este trabajo parte de un proyecto mayor, el estudio *Heroes*⁹, que es de una red internacional en la que participan más de 20 países”.

Los investigadores miembros del estudio se conocían por una red previa de investigación en salud mental. Entre ellos se empezó a cuestionar la gran presión a la que estaban sometidos los trabajadores de salud en general.

Estos informes retratan no sólo la incidencia de síntomas depresivos y desórdenes mentales en los trabajadores de salud, sino que también presentan sus causas: los horarios

⁹ Un año de COVID-19. Encuesta Ipsos para The World Economic Forum.
<https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-04/Un%20año%20de%20Covid-19%20%283%29.pdf>

extendidos, la falta de redes de apoyo a niveles locales y ministeriales, además del consumo de sustancias —alcohol, medicamentos y drogas— para lidiar con la presión.

Sintomatologías

La pandemia ha afectado al personal de salud tanto por el cambio de las dinámicas laborales como de las interpersonales. Los elementos estresores se multiplicaron por la pandemia, provocando cansancio y ansiedades extendidas en el tiempo.

Según el primero de los informes breves, que versa sobre los síntomas depresivos y malestares psicológicos, el número de trabajadores de salud que presentan síntomas depresivos es preocupante. Esto se evidencia en que un 37,3% reconoce desórdenes alimenticios -que se expresan como falta de apetito o comer en exceso-; la falta de energía y el cansancio constante se reporta en un 38,6% de trabajadores de salud y la incapacidad de dormir se presenta en un 32,7%. Varios síntomas como la incapacidad para concentrarse, crisis de angustia, episodios de desesperanza aprendida y anhedonia también se hacen presentes aunque en porcentajes menores.

	Presencia de síntomas
Poco interés o placer por hacer las cosas	16,3%
Sentirse decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	13,2%
Tener dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o dormir en exceso	32,7%
Sentirse sin apetito o comer en exceso	37,3%
Sentirse cansado/a o con poca energía	38,6%
Sentirse mal con uno mismo/a, sentirse fracasado, o que ha fallado a sí mismo o a su familia	9,3%
Tener dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	19,0%
Moverse o hablar lento, o al contrario, estar muy inquieto/a o agitado/a, o moviéndose más de lo normal	10,0%
Haber pensado que estaría mejor muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna manera	7,1%

Figura 5: frecuencia de síntomas depresivos en trabajadores de salud

Al igual que todas las personas que viven día a día la pandemia, los trabajadores de salud se ven expuestos a riesgos en salud mental generados por la crisis sanitaria. Sin embargo, su caso es más complejo: el hecho de trabajar con personas contagiadas durante más de dos años, el impacto emocional que esto implica y los riesgos que se corren, aumentan la posibilidad de desarrollar trastornos mentales.

"En nuestro país la atención primaria de salud ha cumplido un rol fundamental en la respuesta a la emergencia sanitaria —en forma de vacunación, trazabilidad y apoyo en términos asistenciales, por ejemplo—, y resultados preliminares sugieren que en Chile al menos la población de atención primaria también estaba bastante expuesta a generar problemas de largo plazo", desarrolla Gonzalo Cuadra.

El miembro del Colegio Médico reconoce que este riesgo se asocia al hecho de las exigencias que el trabajo de cuidado de personas demanda, requiriendo no sólo una dimensión técnica de las capacidades (como cuidados propiamente médicos) sino también de habilidades blandas (empatía, atención y contención entre otras) que generan desgaste mental.

Esto se condice con los números respecto a la intensidad de los síntomas depresivos. Cerca del 31,4% de los trabajadores de salud presentan puntajes en el cuestionario PHQ-9 (que mide severidad en síntomas depresivos, además de dar luces sobre un potencial desarrollo de desórdenes mentales severos) que varían entre los rangos moderados, moderados graves y graves.

"Estas personas tienen riesgos latentes de salud mental y que además son posibles de tratar para evitar que progresen y se transformen en enfermedades crónicas, en depresiones de tratamiento difícil o incluso en ideaciones suicidas", agrega Ramírez. El especialista compara los números encontrados en este estudio con los de la población general: mientras que los segundos reportan cifras que varían en los rangos del 10-20% entre casos moderados, moderados graves y graves, en trabajadores de salud esas cifras pueden hasta triplicarse, algo que aumenta aún más en el caso de las mujeres.

Cuando el descanso no basta

La idea del suicidio es probablemente la más trágica que pueda rondar la mente de las personas que sufren. Pero antes de concretar cualquier acción, quien eventualmente podría atentar contra su vida pasa por una etapa previa: la ideación suicida. Esta no corresponde a la planificación del hecho de terminar con la propia vida sino con la idea recurrente de la muerte. Pudiera ser un accidente que lo afecte, el resultado de una enfermedad en ciernes y de la que uno desconozca su alcance e incluso el deseo de 'dormir y no despertar'.

En trabajadores de salud la cifra de personas que han incurrido en ideación suicida, según el informe breve n°2 corresponde al 10,1% de los consultados. Entre quienes tuvieron estas ideas, aproximadamente uno de cada tres afirma haberlas tenido entre dos a cinco veces por semana. Además, un 1,3% de ellos ha tenido deseos concretos de suicidarse, con un 27,3% de estos últimos presentando estas ideas de manera frecuente (de dos a cinco veces por semana) y cerca del 9% de manera diaria.

Las condiciones laborales propias de los funcionarios de salud (sistema de turnos, jornadas laborales extensas y alta demanda emocional), además del acceso inmediato a medios letales para concretar un suicidio, son elementos preexistentes a la pandemia que elevan el riesgo de presentar ideación suicida. La catástrofe sanitaria agregó dos grandes nuevas variables: la percepción de falta de elementos de protección personal (EPPs) en el trabajo y la discriminación hacia los trabajadores de salud que desempeñan labores en áreas relativas al COVID-19.

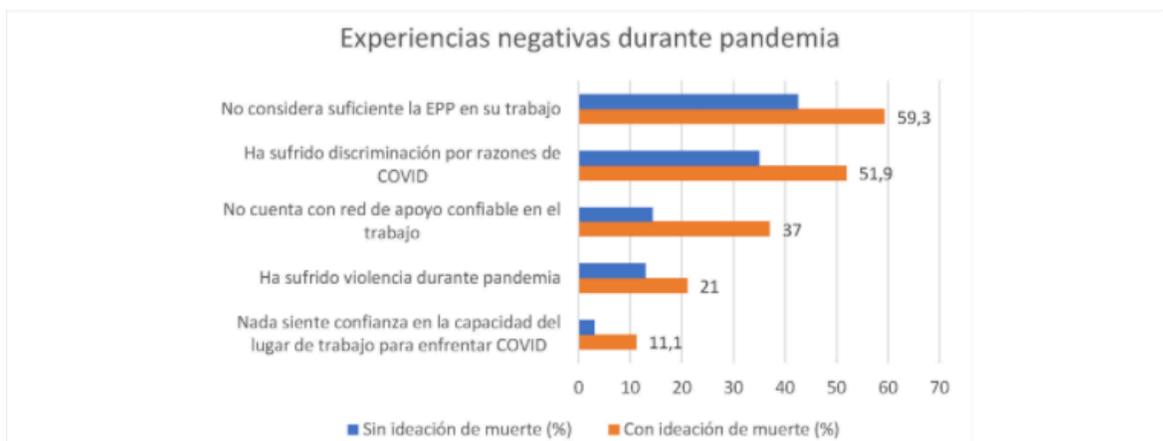


Figura 6: experiencias negativas durante la pandemia

Estos datos se ven reflejados en uno de los entrevistados¹⁰. "Te mentiría si te dijera que las ideas del suicidio no son comunes al estudiar carreras de salud, lo son. Pero sentía que yo ya las tenía superadas y la pandemia las hizo resurgir: cuando estás con tanto estrés, con tanto cansancio, pero sabes que no puedes fallarle ni a tus pacientes ni a tu equipo piensas 'ya, si me tiro en frente de ese auto y me atropella un poquito igual puedo descansar justificadamente'. Porque nadie te va a decir que no estás atropellada".

Además de desear motivos incapacitantes para no trabajar —y que podrían resultar perniciosos para la salud— una idea frecuente en los entrevistados es la de tener ganas de dormir y no despertar más. No solo por el cansancio propio de la labor en salud, sino por deseos de no tener que volver a trabajar durante la pandemia.

Otro entrevistado expresa una idea similar, aunque en su caso formulado a través de ganas de enfermar. "A veces con mis compañeros de trabajo bromeábamos con eso. Nos decíamos 'yo quiero que me dé coronavirus', porque quería tener días de licencia para descansar un poco. Y obvio que nos daba miedo que nos diera, estábamos todos los días ingresando a pacientes UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) intubados. Pero es que el cansancio, el agote era así de grande".

¹⁰ Comisión de Salud - Desafíos de Futuro. Sesión del 12 de agosto de 2021. <https://www.youtube.com/watch?v=GopMk2g1cDU>

Problemas de consumo

Los síntomas depresivos y episodios de malestar emocional no siempre son afrontados de las maneras más saludables. Una constante identificada en trabajadores de salud es el consumo de alcohol y drogas para lidiar con los efectos que causan las labores en salud.

Según el tercer informe breve del Colmed, el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y sedantes se encuentra extendido entre trabajadores de salud: más del 80% de ellos admiten haber consumido alcohol durante el último mes como método de afrontar el día a día, con una preponderancia mayor entre hombres. Por el lado de las mujeres, el uso de sedantes se encuentra más extendido (25,1%) que en los hombres (17,2%), cifras que sobrepasan a la de la población general.

	Total		Hombres		Mujeres	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Alcohol	640	81,5	220	87,3	420	79,0
Tabaco	176	22,4	56	22,2	120	22,5
Cannabis	133	17,1	56	22,5	77	14,5
Sedantes	176	22,5	43	17,2	133	25,1

Figura 7: prevalencia mes de consumo de alcohol, tabaco, cannabis y sedantes. Distribución por sexo

Gonzalo Cuadra relaciona estos números, además de a la sobrecarga laboral y emocional, a la falta de soporte emocional y psicológico entre funcionarios de salud. "El consumo de sustancias es una de las pocas herramientas al alcance de las personas para enfrentar el estrés y conflictos que puedan enfrentar, incluso si en situaciones regulares sí cuentan con acceso a tratamiento psicológico".

A esto se agrega que en el apartado específico de consumo de medicamentos y sedantes (sin prescripción psiquiátrica o médica), los trabajadores de la salud no solo tienen un acceso con

menos trabas a estas sustancias, sino que la formación en salud de quienes las utilizan aporta a pasar por alto las potenciales complicaciones de su uso extendido y sin supervisión.

El artículo *Patterns of substance use initiation among healthcare professionals in recovery*¹¹ sugiere que, si bien el inicio de consumo de estas sustancias tienen orígenes similares a los de la población general (curiosidad, presión social o simple disponibilidad), entre las situaciones que sostienen este consumo en el tiempo se encuentran la adicción, pero sobre todo el control de estrés, específicamente el laboral.

Una de las personas entrevistadas comentó que, si bien bebía con relativa frecuencia previo a la pandemia —aunque en sus palabras de manera social y responsable—, sí recuerda haber bebido más de lo regular durante algunos días. "Fue algo inconsciente (el período de consumo de alcohol)... pero ahora que lo reviso, creo que fue por el nervio de la situación". Recuerda también haber probado por primera vez la marihuana durante este período.

Otra persona que desempeña labores médicas también reconoce consumo, en su caso de tabaco, durante los breves momentos de descanso que tenía en su turno. Si bien su relación con el cigarro comenzó durante su formación universitaria no recuerda que fueran más allá de uno o dos al día, siempre de manera recreativa. "Pero empezó la pandemia y había días en los que en una pura tanda me podía fumar siete, uno detrás de otro. Prendía el que sacaba con el que iba botando, pensando en lo mal que me sentía.

Una perspectiva regional

Los datos presentados no son sino una confirmación de los efectos sospechados por investigadores y advertidos durante los primeros meses de la pandemia. El estudio *Heroes* otorga una visión sobre los efectos en el personal de salud a nivel americano, en donde los mismos fenómenos descritos se repiten a nivel regional.

¹¹ Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC.

https://www.uc.cl/site/assets/files/11421/presentacion_termometro_de_la_salud_mental_en_chile_25082020.pdf
[?it=site/efs/files/11421/presentacion_termometro_de_la_salud_mental_en_chile_25082020.pdf](https://www.uc.cl/site/assets/files/11421/presentacion_termometro_de_la_salud_mental_en_chile_25082020.pdf)

El informe, que fue organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con sus primeras formulaciones realizadas por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y la Facultad de Medicina de la misma casa de estudios, contó con la participación de once países: Argentina, Chile, Colombia, Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay. La muestra consistió en más de 14.000 funcionarios de la salud entre los países consultados, de los cuales cerca de 1.900 pertenecen a Chile.

De los resultados se pueden apreciar presencias considerables y similares de síntomas depresivos en casi todos los países encuestados: los promedios de síntomas que permiten sospechar episodios depresivos se cuentan entre el 14,7% y el 22% (con la curiosa excepción de Venezuela, que se anota con una presencia del 13% y 3% respecto a depresión y depresión severa respectivamente). De la región, Bolivia es el país con mayor presencia de casos de depresión grave, pero en el global Chile mantiene el primer puesto en la región respecto a casos de depresión, con un 36,7%.

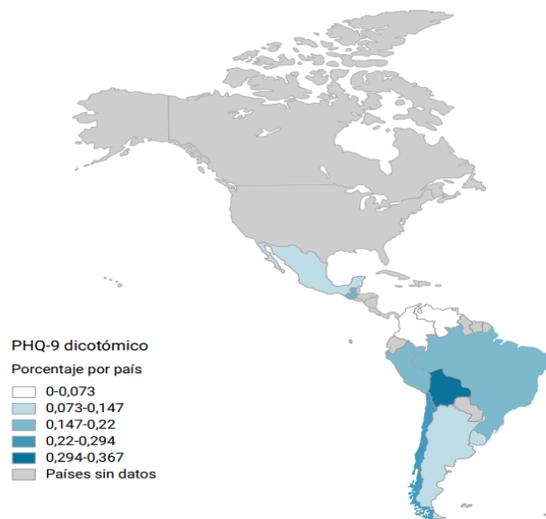


Figura 8: Porcentaje de casos con posible episodio depresivo entre el personal de salud encuestado

Estas cifras se condicen a su vez con las que reflejan malestar psicológico general. En un rango de 0 a 32 del cuestionario GHQ-12 (que detecta la gravedad de casos de morbilidad psicológica y trastornos psiquiátricos), y en donde una mayor puntuación se traduce mayores niveles de malestar, el promedio entre nuestro país y Brasil, Argentina y Bolivia, los rangos oscilan entre el 13,5 y el 16,6. Por su parte, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay reportan puntajes más bajos (entre 12 y 13,5), con el caso colombiano siendo el más grave de la región, con 19,34 puntos.

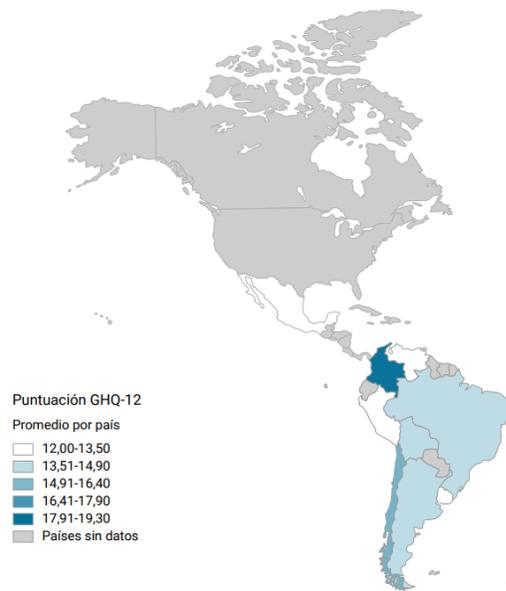


Figura 9: Rangos del promedio de malestar psicológico comunicado por el personal de salud encuestado

Similarmente, los casos de ideación suicida coinciden con el escenario de Bolivia y Chile siendo los países con la mayor tasa de este tipo de ideaciones: mientras que en el resto de la región las cifras no sobrepasan el 11,61% de pensamientos suicidas, en Chile ese rango va del 11,61% al 14,70%, con Bolivia aumentando el último umbral al 17,90%.

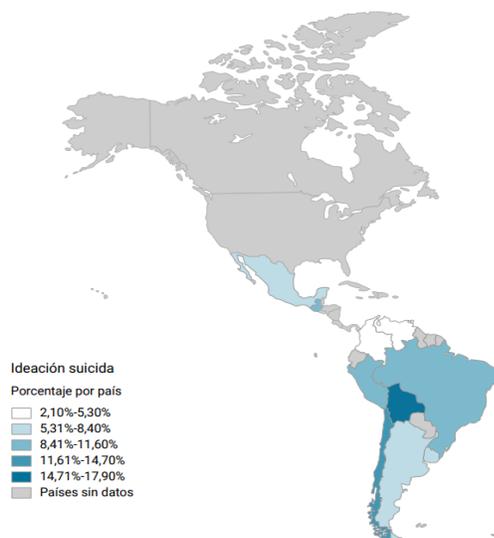


Figura 10: Porcentaje de casos con posible episodio depresivo entre el personal de salud encuestado

Los resultados, además, confirman la relación de las variables expuestas en el presente reportaje con mayores índices de malestar mental y emocional. “El contacto directo con pacientes COVID-19, la priorización de pacientes, tener compañeros de trabajo que murieron por COVID-19, y afrontar conflictos con familiares de pacientes con COVID-19 incrementaron el malestar psicológico y los síntomas depresivos en el personal de salud”, dicta el informe, a lo que suma el trato con pacientes positivos como el factor que más acrecienta estos problemas.

Del otro lado del fenómeno, entre los factores que redujeron los niveles de malestar se cuentan la presencia de equipos de protección personal, la confianza en el liderazgo de los equipos y la entrega de formación profesional suficiente para tratar a los pacientes.

En este último punto vale la pena detenerse, puesto que de la literatura internacional el consenso es que el trabajo de atención en salud de hospitales implica una mayor frecuencia de condiciones de riesgo de malestares mentales comparados con la atención ambulatoria. Sin embargo, en el caso de Chile —y como se describe en el artículo *El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The*

*Health Care Workers Study*¹²— el caso es el contrario. Esto preliminarmente indicaría que las labores a las que los servicios de atención primaria se enfocaron durante los meses más crudos de la pandemia (testeo, trazabilidad, aislamiento y vacunación) significó una sobrecarga laboral respecto a otros países de la región en donde el enfoque estuvo puesto en la administración hospitalaria de la crisis. Esto explicaría la diferencia entre el 25% y el 43% de presencia de síntomas depresivos moderados a severos entre trabajadores profesionales y técnicos respectivamente.

¹² The COVID-19 Health Care Workers Study (Heroes). Informe Regional de las Américas.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

DERRUMBE: CUANDO LOS CIMIENTOS NUNCA FUERON FIRMES

Son múltiples los factores que inciden en la aparición de sintomatología relacionada a problemas o enfermedades de salud mental. Parte de estas no aparecen debido a la pandemia, sino que son un aspecto importante de la naturaleza misma del trabajo en salud.

Elisa Ansoleaga, investigadora del programa de estudios psicosociales de la Universidad Diego Portales, en una presentación realizada en la iniciativa del Ministerio de Salud, Hospital Digital, describe el trabajo en salud como altamente complejo. “Supone una carga física, mental y psíquica, además de requerimientos cognitivos. Para poder proveer un servicio de salud no solo se necesita ser el mejor técnico o profesional, sino que hay que poner en juego aspectos psicosociales, afectivos y relacionales”. Además de esto, hablamos de un sistema de salud que antes de la pandemia, según Ansoleaga, ya tenía un aumento en la presión asistencial por una demanda creciente de los usuarios.

Para Rubén Alvarado, profesor de la Universidad de Chile y experto en salud mental, “la gente que trabaja en salud tiene una condición especial: debe trabajar con personas enfermas y que pueden morir. Una situación muy diferente a un trabajo de oficina, por ejemplo, donde no trabajas con seres humanos dolientes y con riesgo. Es una condición que genera niveles de estrés altos”.

Trabajar como funcionario de la salud acostumbra al cuerpo a esa presión. Eso explican los distintos funcionarios entrevistados para este reportaje. Su normalidad se basa en tolerar el estrés y en generar herramientas para mantener la ansiedad en niveles controlados.

Pero la carga emocional sigue siendo significativa. Trabajar conviviendo con la muerte, con personas fuertemente adoloridas y con enfermedades graves, son características propias de estos trabajos y algo con lo que se tiene que aprender a convivir.

Isaac López, kinesiólogo especializado en atención respiratoria y funcionario de la Unidad de Tratamiento Intensivo del Hospital Eloísa Díaz de La Florida, comenta que “por lo general trabajar tantos años en una unidad compleja te hace un poco menos sensible ante situaciones como la muerte, pero eso no quiere decir que no te afecte”. De cierta forma los y las funcionarias deben aprender a convivir con estas situaciones, pero no pueden enajenarse de ellas.

Los factores de riesgo para las personas que trabajan en salud aumentan en un contexto de emergencia o catástrofe. Como expone Ansoleaga en su presentación en Hospital Digital, “la falta de cuidados hacia la salud de los trabajadores, la desorganización, precariedad, insuficiencia de espacios e insumos, inestabilidad laboral, la escasa coordinación dentro de los equipos de trabajo, la agudización de los riesgos psicosociales, la falta de reconocimiento institucional y de las jefaturas, los problemas interpersonales, el trabajar en situaciones límites, y la falta de autonomía para tomar decisiones”, se van configurando para generar un importante desgaste profesional, desmotivación por el trabajo y pérdida de interés por las tareas.

Ansoleaga y Ahumada, en su trabajo *Factores de riesgo y protección para la salud mental de trabajadoras/es de salud pública postcatástrofes*, explican que “los habituales riesgos para la salud del personal sanitario se intensifican en una situación de catástrofe y pueden ser nocivos para la salud y bienestar de los trabajadores, especialmente si se consideran las condiciones subóptimas en que se realiza el trabajo en situación de catástrofe: extenuantes e ininterrumpidas jornadas laborales, desgaste emocional asociado al trato con usuarios afectados, y en general, la exposición persistente al sufrimiento”.

De cierta forma ningún equipo de salud, por profesional que sea, está preparado para sobrellevar indemne una catástrofe.

Razones para el cansancio

Los extenuantes horarios de trabajo y de organización de equipos son un ejemplo de los factores que agobiaban el trabajo prepandemia. Un ejemplo de esto es el llamado ‘sistema del

cuarto turno’, en el que trabaja la mayoría de los funcionarios de hospitales. Consiste en trabajar 12 horas de día y 12 horas la siguiente noche, sucedidos por dos días de descanso. Los funcionarios comentan que previo a la pandemia el cuarto turno no representaba para ellos un problema: había horarios en que la atención bajaba, había momentos en que los compañeros se podían cubrir entre ellos y más de alguno tomaba una siesta para reponer fuerzas. Había tiempo para poder alimentarse.

La pandemia cambia todo. No solo por el aumento explosivo de pacientes sino también por el ausentismo y problemas de movilidad. Carolina Balcázar, enfermera del Instituto Nacional del Tórax, comenta que desde un inicio comenzaron con dificultades. En un principio por el toque de queda, ya que —si bien los funcionarios de la salud contaban con un pase que los autorizaba a movilizarse a cualquier hora— el transporte público no funcionaba por la noche. Entonces quienes vivían fuera de Santiago y no contaban con vehículo personal no podían llegar y debían realizar el turno con menos personal.

Luego comenzaron los contagios y las licencias médicas por problemas de salud mental. “Tuvimos que empezar a trabajar 24 horas por tres días libres. Que si bien dices que tienes tres días libres... son 24 horas metidos dentro de un hospital con EPP. Es terrible, agotador. La verdad no se lo doy a nadie”.

Si bien el sistema de cuarto turno es en sí extenuante, dentro de este horario había momentos de distensión. Las áreas de cuidados o tratamientos intensivos en los hospitales son sectores en los que constantemente puede surgir una emergencia, pero entre quienes fueron entrevistados coinciden en que siempre había un espacio para descansar un momento, conversar o bromear entre ellos.

Esto cambió con la llegada de la pandemia. Las 24 horas que debían permanecer trabajando tenía pocos o nulos momentos de descanso. Carolina lo describe así: “antes de la pandemia alcanzabas a tener una cama vacía un fin de semana. O dos vacías si tenías suerte, aunque hablamos del servicio público que siempre está lleno. Pero entre junio y julio de 2020 principalmente, las camas no se alcanzaban a enfriar cuando llegaba otra persona. Súper

explícito: había momentos en que sacábamos muertos de una cama y antes de que saliera ya estábamos recibiendo a otro crítico”.

A esto se suma el aumento de las camas, lo que se lograba al transformar pabellones y salas destinadas a tratar otras patologías, como las cardíacas, en Unidades de Pacientes Críticos (UPC) o de Cuidados Intermedios (UCI).

La carga de trabajo, sobre todo los primeros meses de 2020, se vio aumentada debido a esto. Isaac comenta que, si bien debía estar a cargo de seis de las 11 camas UTI antes de la pandemia, en el inicio de esta debió ser responsable de 12 de las 58.

Un caso parecido vivió Diego Lefiman, TENS de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital del Profesor. Su área antes de la pandemia contaba con diez camas, cuatro de ellas con ventilación. Cuando la pandemia llegó todas debieron transformarse en camas con ventilación mecánica, “lo que implica más cuidados, más preocupación y responsabilidad”, comenta el funcionario.

El aumento de las camas en los hospitales y el ausentismo derivado por enfermedades de distinto tipo, provocó que los recintos asistenciales comenzaran a convocar y contratar a gente nueva para cubrir las crecientes necesidades de personal. Muchas de las personas contratadas eran profesionales recién egresados o funcionarios de otros recintos de salud que comenzaron a hacer turnos en dos lugares diferentes.

Es el caso de Diego Lefiman: en su hospital también se implementó el sistema de trabajo de 24 horas por tres días de descanso. Esto le dio la posibilidad de tomar una decisión: tomó un nuevo trabajo en Clínica Indisa debido a que su sueldo en el Hospital del Profesor no superaba los quinientos mil pesos. Trabajaba 24 horas, descansaba las siguientes 24, para volver a trabajar 24 horas.

Isaac también tomó esta opción. Si bien su sueldo es más del doble de lo que gana un TENS, después del primer año de la pandemia le ofrecieron un segundo empleo en el Hospital

Félix Bulnes, también en la Unidad de Pacientes Críticos. Ambos dicen estar sumamente cansados y se vuelve evidente al conversar sobre las distintas situaciones que han vivido estos últimos dos años.

Tal como estos funcionarios de la salud comenzaron a trabajar en dos recintos al mismo tiempo, se comenzó a contratar a personal nuevo, muchas veces recién egresados. Si bien esto posibilita que la carga laboral se distribuya entre más personas, también requiere un acompañamiento a quienes recién ingresan, por lo que los funcionarios antiguos, además de preocuparse por el trabajo cotidiano de la pandemia debían preocuparse de que las labores de sus compañeros nuevos se realizara correctamente.

Esto pasó en el caso de Diego, lo que siente como uno de los problemas que más lo afectaron. En otros hospitales pagaban más, por lo que en el Hospital del Profesor había una alta rotación de profesionales nuevos. El desgaste y cansancio fue provocando que Diego tuviera menos paciencia. “Lo malo de la gente que llegaba es que depende mucho de otros para hacer bien el trabajo. Y es que los estamos comprometiendo con la vida de otra persona; muchos llegaban con mala disposición, y ahí empezó a fallar todo”.

La relación con los nuevos TENS que ingresaban a la UCI del Hospital del Profesor fue empeorando. Diego explica que muchos se rehusaban a seguir el protocolo o las instrucciones de las personas con más experiencia, teniendo como resultado consecuencias en los pacientes, incluida la muerte en algunas ocasiones. Esto provocó disgustos entre estas personas y Diego, roces que terminaron con reclamos en recursos humanos.

Para Carolina Balcázar, la experiencia tampoco fue distinta. “Se empezó a contratar personal nuevo para cubrir a la gente que estaba fuera o quienes se iban contagiando, y estos chicos que llegaron eran muchos recién egresados. Teníamos la carga de los pacientes más la carga de enseñar a chicos que todavía ni se titulaban. Empezaron a aceptar alumnos a los que teníamos que estar supervisando. Así se sumaron un millar de cosas”.

Esta experiencia se repitió en varios lugares. No solo por el personal nuevo que ingresaba sino también por el que era trasladado de sus áreas de trabajo prepandémico, para ponerlos en las nuevas áreas COVID que se iban creando.

Esto sucedió en el Hospital El Teniente de Rancagua. Gabriela Maturana trabajó como enfermera siete años en urgencia y en pandemia debió trasladarse a salas UCI e intermedios. Comenta que el ausentismo se fue elevando con el tiempo, dejando al hospital sin personal para los turnos.

Para cubrir la demanda, las jefaturas trasladaron a los funcionarios de pabellón a las unidades de pacientes críticos y los capacitaron sobre la marcha. “Se les hicieron uno o dos turnos de orientación, a otros nada. Había niñas que llegaban a pabellón sin saber nada de cómo se trabaja en UPC. Pabellón es estar en la tierra y UPC es estar debajo del agua, un mundo totalmente diferente. Las tiraban a morir. ¿Y qué haces tú, una persona encargada de 3 pacientes graves, y te dan a un TENS que viene con la buena disposición de ayudar pero que no cacha nada? Imagina cuánta pega más tienes que hacer para que funcione”, comenta Gabriela.

Un cúmulo de ansiedades

Las catástrofes en Chile no son un hecho aislado. Durante años el país se ha visto azotado por distintos terremotos, tsunamis, incendios e inundaciones. Hechos así someten a un gran estrés al personal de salud que se encuentra en la zona. Estas catástrofes se distinguen de las demás por elementos evidentes: su duración en el tiempo y por el desconocimiento que en un principio se tiene sobre ellas.

Este es un factor importante cuando hablamos de salud mental, ya que aumenta una sensación que tiene consecuencias sobre los niveles de estrés y ansiedad. Según Ansoleaga, se puede ver que pasamos de una crisis de incertidumbre, del año 2020, a una de desgaste en el 2021.

Para entender el por qué, Ansoleaga explica que en los seres humanos la predictibilidad es algo esencial que posibilita nuestra supervivencia y evolución. “No podemos vivir en un contexto donde todo cambia todos los días. Más aún: una necesidad básica es poder tener control sobre nuestro entorno, que podamos transformarlo incluso. El hecho de que los eventos hayan sido tan inciertos y que hayan sido incontrolables me recuerda mucho al fenómeno de la desesperanza aprendida; la sensación que conjuga lo impredecible, lo incontrolable e indeseable, y que provoca síntomas muy similares a la depresión. Es terrible, diría que eso fue lo principal durante el primer año y la diferenciación respecto de otras catástrofes”, comenta.

En este sentido según los expertos la política de comunicación del Ministerio de Salud falló. Ansoleaga explica que esto es uno de los aspectos más críticos en una catástrofe. Sin embargo, en la pandemia “no hablamos de que se oculte información, sino de que quien está al mando tampoco sabe a lo que se enfrenta”. Según la especialista, el componente caótico de esta pandemia provoca que la difusión de información sea difícil de lograr.

Los funcionarios entrevistados para este reportaje aseguran que nunca se les brindó información actualizada desde el Ministerio o de las jefaturas sobre la evolución del conocimiento del virus. Sin embargo, lo necesitaban, aseguran que cuando podían trataban de interiorizarse en el tema y se compartían artículos que reflejaban el avance de los conocimientos científicos sobre el virus y la enfermedad.

EPP

A diferencia de la población general, la exposición al virus de los funcionarios de la salud era continua. En general, las personas comenzaron a tomar medidas de seguridad para exponerse lo menos posible. Las cuarentenas ayudaban en ese sentido impidiendo el contacto físico, pero aún así había que salir al supermercado o a trabajar. Cada salida y regreso a casa se transformaba en un ritual, la limpieza de compras con amonio cuaternario, con cloro, alcohol, la limpieza de zapatos en los más precavidos, el exhaustivo lavado de manos y la inexcusable mascarilla se volvieron una realidad permanente, convirtiéndose en nuevos factores de ansiedad.

Durante los primeros meses de la pandemia los funcionarios no sabían a lo que se enfrentaban. La información existente era atemorizante. El nivel de contagio se extendía y con ello la cantidad de personas con necesidad de respirador mecánico y muertes.

Era necesario resguardarse frente a tanta exposición. Se podría pensar que el personal de salud está acostumbrado a ciertas medidas de seguridad que la población general no. Pero no es del todo cierto. Jorge Ramírez explica que en su experiencia “el acercamiento a la protección personal en los trabajadores de la salud es bastante flojo: es como con los trabajadores de la construcción que no tienden a usarlos (cascos, por ejemplo). Lo que ocurrió acá es que hubo un cambio ya que al comienzo de la pandemia se sabía muy poco, había mucha preocupación por una enfermedad que podía ser potencialmente mortal y se tomó conciencia rápidamente de lo necesario que eran los elementos de protección personal”.

Según Balcázar, antes de la pandemia “los funcionarios sólo se colocaban implementos de seguridad facial con pacientes que fueran contagiosos pulmonarmente. Tuberculosis, influenza, virus hanta y enfermedades de ese tipo. Pero cuando llegó el virus era algo de todo el día, todos los días el usar la mascarilla, la antiparra, el gorro, la pechera, los guantes. Cosas a las que no estábamos acostumbrados”.

Algo similar ocurrió en el Hospital Roberto del Río, uno de los tres hospitales que siguieron atendiendo urgencias pediátricas en la región metropolitana. Si bien los niños y niñas no son las personas con más riesgo ante el COVID-19, esto no quiere decir que no puedan contagiarse y adquirir sintomatología grave. Pero al ser en menor cantidad que los adultos, los recintos asistenciales que tenían áreas especializadas en pediatría fueron cerrados para transformarse en áreas de tratamiento intensivo o intermedio. Por lo mismo los niños y niñas eran enviados solo a tres hospitales.

Nathalia Sepúlveda es tecnóloga médica, mención imagenología, especializada en pediatría. Ha trabajado desde antes de la pandemia en el Hospital Roberto del Río. Allí la crisis

tenía sus características propias. Si bien comparte que la carga laboral no llegó a ser la de un hospital de adultos la dinámica sí cambió y también hubo momentos de colapso.

Una de las características principales para trabajar con niños es la dificultad de mantener medidas de protección. “Los niños menores de cierta edad no pueden ocupar mascarilla y en mi ambiente laboral normal ellos lloran y babea mucho, todo muy de fluidos. Y en un ambiente con COVID es más complejo aún”, cuenta Nathalia, por lo que las medidas debían ser más estrictas.

La mayor presencia de fluidos acrecentaba también la preocupación por la falta de información. “Si tú sabes cómo se comporta un *bicho* sabes cómo protegerte, y nosotros tenemos muchas herramientas para hacerlo. El problema es que cuando empezó esto nadie sabía qué tipo de agente era. Eso era lo angustiante y lo que nos generaba incertidumbre, especialmente en un hospital público donde los insumos llegaron meses después. Fue violento no entender qué podías hacer para protegerte: según los tipos de aislamiento tenemos que colocarnos ciertas cosas. Cuando empezó todo no sabíamos si el contagio era por gotitas o contacto y la cantidad de insumos que tienes que ocupar en un aislamiento de uno u otro es muy distinto. De contacto te debes colocar pechera y estabas bien, de gotitas tiene que haber mascarilla y antiparras, y en casos respiratorios tiene que haber una mascarilla especial con chupones. Tuvimos que hacer cursos para poder colocarnos algunos implementos.”

Pero en un comienzo la escasez de equipos de protección personal (EPP) fue una tónica en todos los recintos asistenciales. Nathalia explica que sus jefaturas realizan un gran pedido de mascarillas una vez se establece el presupuesto anual del recinto. 10 cajas de mascarillas al año eran suficientes para su área, pero con la pandemia las mascarillas debían cambiarse con cada paciente.

Carolina y los demás entrevistados cuentan que esto se repetía en diferentes hospitales. “En un principio sólo nos llegó mascarilla quirúrgica, que es la celeste típica que usa todo el mundo. Esa sólo dura 4 horas si es que no se te humedecía, y era obvio que se humedecía con el calor terrible de adentro de las salas”.

En algunos centros asistenciales, como el de Nathalia, se debió recurrir a la voluntad del propio personal. Nathalia aprendió a coser y fue del grupo que hizo mascarillas en su unidad. “Conseguía telas, había que buscar qué hacer si nos quedábamos sin insumos. Yo con goma eva y mica me puse a hacer escudos faciales de puro miedo. Especialmente porque en mi equipo la mayor parte es gente de edad, habíamos muy poquitos con 20 años y todos los demás tienen 30 y más de servicio”.

La escasez de insumos de protección personal no se extendió demasiado en el tiempo, gracias a los aportes de privados y gestiones del Ministerio de Salud se logró que los equipos médicos tuvieran el equipo requerido. Jorge Ramírez explica que el Estado supo resolver correctamente el problema de los EPP, a diferencia de los demás países de la región, donde “se ha visto que están atendiendo con suerte con una mascarilla todo el día”, sentencia.

Relaciones familiares

Uno de los temas recurrentes durante los confinamientos fue el aislamiento necesario para evitar la propagación del virus. En un inicio pocas voces públicas ponían el foco en los efectos emocionales de la soledad: el control del virus era la primera y principal causa a atender. Pero con el pasar del tiempo sus efectos se hacían cada vez más evidentes. El aumento del estrés, de las respuestas emocionales inadecuadas y los episodios de carga emocional intrafamiliar se iban acumulando y penetrando más que en el cuerpo, en la psique de las personas.

En el caso de los trabajadores de la salud no es diferente, y en muchos de ellos los efectos de la soledad han sido más evidentes: la exposición virtualmente ininterrumpida al virus —si bien las medidas sanitarias son en pocos lugares más estrictas y seguras que en recintos de salud— obligó a que el aislamiento no fuera tan sólo un fenómeno social necesario, sino que para ellos una obligación moral y científicamente respaldada.

Gabriela, por ejemplo, cuenta que es una mujer muy cercana a su familia y especialmente a su madre. Una vez los contagios empezaron a aumentar, tomó la decisión de no reunirse con

nadie a pesar de vivir sola. "Nunca me contagié, pero tuve miedo que justo se me olvidara lavarme las manos, al otro día ir a ver a mi mamá y *dejar la escoba*. Durante meses me aislé de mi gente, y en ese aislamiento el cansancio se fue acumulando; era tan grande que tampoco tenía fuerzas para hacer nada".

A esto se suma la poca preocupación por parte de familiares y amigos de protegerse. Desde la baja de casos registrada en la segunda mitad de 2021 ha podido retomar progresivamente su vida normal. Sin embargo, cuenta que su círculo retomó su cotidianeidad varios meses antes: las juntas los fines de semana con protecciones que no van más allá de la mascarilla de rigor la obligaron a mantener más distancia física de la que hubiera deseado. "Insistí durante mucho tiempo lo más que pude: 'por favor usen mascarillas, no salgan, anden con alcohol gel, tengan todo lo necesario', les decía. Y sencillamente *no me pescaron*. Y menos ahora, para ellos ya no hay pandemia. La mascarilla te la pones para ir al supermercado y se acabó".

Pero a pesar de sus esfuerzos su familia y amigos no atendieron a razones, por lo que tuvo que simplemente dejar de insistir y asumir que no podía hacerse cargo de la salud de otras personas. "Al final siempre vamos a ser familia, siempre vamos a ser amigos. Sólo que ya no nos juntamos".

A Diego el distanciamiento también lo afectó. Él trabaja en el Hospital del Profesor de Estación Central, pero toda su familia vive en Temuco, a la que solía visitar todos los meses durante al menos un fin de semana. Al iniciar los casos en marzo del 2020 decidió suspender esos viajes. Solo los retomó hasta la baja de contagios de noviembre. "Fueron casi 10 meses en los que no vi a mi gente presencialmente. Y yo sé que había personas que se las arreglaban para ver a sus familiares, ¿pero a qué costo? Contagiarse ellos, contagiar a los que quieres".

Esta distancia le afectó principalmente por la relación con sus sobrinos pequeños, los que constantemente le preguntaban por videollamadas por qué ya no podía ir a verlos. "Y me daba lata decirles que no podía ir, que el virus seguía dando vuelta en las calles. Y lo trataban de entender... pero me daba pena. Es *penca* decirle a un niño que no".

Ser mujer y funcionaria

Uno de los grupos dentro de los trabajadores de la salud que se encuentran aún más vulnerables a problemas de salud mental es el de las mujeres. Además de estar expuestas a las mismas condiciones y riesgos laborales que sus colegas hombres, debido a las diferencias de género presentes en la sociedad suelen enfrentar más variables que atenten contra su bienestar.

En el área de servicios en general, la presencia de mujeres es más extendida que la de hombres. Según Ansoleaga, esto se explica en parte a que las labores de cuidado históricamente han estado a cargo de ellas. "En nuestro país, por ejemplo, la salud estuvo mucho tiempo a cargo de los sistemas de caridad, parte de los cuales eran las agrupaciones clericales de monjas, las que manejaban sanatorios que atendían a los sectores sociales más excluidos", revisa la investigadora.

Actualmente la presencia de mujeres en el sector salud con respecto a la de hombres es considerablemente mayor. Cifras de la Superintendencia de Salud sitúan a las mujeres en el orden de las 456.257, componiendo el 76% del personal médico total en Chile. Otras cifras, como las que entrega el *Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud*, aportan el dato de que un 83% del personal auxiliar y técnico de salud corresponde a mujeres.

Este grupo, en palabras de Ansoleaga, se ha visto afectado —especialmente en aquellas funcionarias que ya tienen labores de cuidado puertas adentro en forma de familiares con discapacidades o hijos— debido a que las labores del hogar siguen siendo realizadas por ellas. El cocinar, hacer camas, ordenar y limpiar, el manejar la economía doméstica o el vigilar la educación de los más pequeños continúan a su cargo. Todas estas tareas componen una dimensión de cargas emocionales por sí solas, a la que se debe sumar la generada por los problemas creados por la pandemia para trabajadores de salud.

Elisa, por ejemplo, ha realizado talleres durante la pandemia enfocadas a dar apoyo a funcionarios de salud. De entre todos los casos con los que tuvo contacto uno le quedó grabado; el de una madre soltera con una pequeña de tres meses, la que durante el día quedaba al cuidado

de su propia madre que ya padecía enfermedades crónicas. Al ser funcionaria el riesgo de contagio no solo la ponía en peligro a ella si no que a su grupo familiar del que era sostenedora y cuidadora. Cuando la situación sanitaria nacional se volvió especialmente crítica durante el año pasado, tomó la decisión de irse de su casa para protegerlas a ambas. Volvió a ver a su madre y a su hija luego de seis meses, visitándolas en un traje hazmat (aquellos que cubren la totalidad del cuerpo y que están diseñados para ser impermeables a cualquier tipo de materiales peligrosos, como los patógenos).

"La pandemia rompió las cadenas de cuidado —formales o informales, pagadas o no pagadas— de quienes realizan labores médicas, especialmente en las mujeres. Puedo afirmar que, si en los funcionarios los casos de problemas de salud mental podrían llegar al 30%, en el caso de las mujeres esa cifra se podría hasta duplicar", augura Ansoleaga.

CUANDO LAS PALABRAS IMPORTAN

Una frase del entonces subsecretario de salud, Alberto Dognac, bastó para que familiares y colegas de la doctora Carol Ortiz se sintieran afectados fuertemente. Durante ocho meses la doctora intensivista, jefa técnica de la UPC del Hospital Eloísa Díaz de la Florida y parte del personal del Hospital Clínico Fusat de Rancagua, se enfrentó a la catástrofe.

Fueron ocho meses intensos, en equipos de trabajo muy unidos. El viernes 21 de noviembre del 2020 se confirmó su muerte, luego de haber estado internada en la Clínica Alemana de Santiago por COVID-19. Su deceso fue una tragedia para su círculo, no sólo familiar sino también profesional.

El mismo día de su muerte, el subsecretario de salud dio su pésame con las siguientes palabras: “Ella es una mujer joven, sana... Bajó la guardia y contrajo la enfermedad fuera del hospital. Yo creo que ese mensaje de juventud, energía, vitalidad, conocimientos, no nos hace inmunes a esta enfermedad¹³”. Si bien en conferencia de prensa días después se disculpó por la forma en la que se había expresado, aclarando que sólo quería dar su pésame, sus palabras ya habían repercutido.

El Colegio Médico, a través de una declaración pública comunicó que “en un momento en que la comunidad médica y los trabajadores de la salud estamos pasando por muchos momentos de extrema tristeza, estas palabras empeoran este sentimiento y hacen que la comunidad se sienta una vez más postergada”.

Las palabras del subsecretario resonaron fuertemente en el hospital. Y es que en un ambiente de alto cansancio, estrés y ansiedad una palabra desafortunada de la autoridad, en

¹³ El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. 2021.

referencia a su colega, fue devastadora. Principalmente lo fue por el desconocimiento explícito que hizo el subsecretario al no referirse al trabajo de la doctora en otros recintos de salud, aludiendo que su contagio fue fuera de su lugar de trabajo.

Isaac no formó parte del equipo de trabajo directo de la doctora, pero comenta que también le afectó. “Era muy estricta y recta, muy pendiente de los pacientes y dando la lucha, hasta que finalmente se contagió, se complicó y no pudo salir de eso. De manera personal e íntima nos golpeó. Pero en general es así: la gente habla desde la ignorancia”.

Elisa Ansoleaga, a través del programa Acción Salud UDP, asistió al hospital a realizar intervenciones luego del fallecimiento de la doctora y la frase del Subsecretario. “El hospital quedó bien devastado (...) fue una metida de pata completa” comenta. La experta señala que el nivel de afectación en salud mental se volvió evidente en el hospital, sobre todo por la sensación de falta de reconocimiento por su trabajo.

Y es que en una situación de catástrofe el manejo comunicacional debe ser prolijo, de lo contrario tiene consecuencias. Sin embargo, durante la pandemia se han visto repetidos roces producto de frases de las autoridades. A esto también se añade las continuas críticas del Colegio Médico a la forma en que se ha administrado la pandemia y los oídos sordos de las autoridades a las propuestas de expertos.

A opinión de los funcionarios entrevistados, el manejo de la crisis sanitaria que mantuvo el gobierno de Sebastián Piñera fue un factor para tener en cuenta cuando se habla de salud mental.

Gabriela Maturana cuenta que se sentía violentada por las distintas frases utilizadas por los líderes del Ministerio. “Lo encuentro una falta de conexión absoluta. No tengo palabras para describirlo porque también me causaba mucha rabia...”.

Isaac, por otro lado, añade que “en general comentábamos esas frases y hacíamos oídos sordos. Creo que el gobierno actuó así porque no conocía la realidad: si bien se daban un par de vueltas por los hospitales, en general faltaban ahí”, sentencia.

Para Nathalia, la experiencia fue similar, añadiendo que la forma de comunicar fue una de las cosas que aumentó mucho su ansiedad. ‘Al principio nos sentábamos la gente del equipo al frente de la tele a ver todos los días cómputos de muertos. Y ver la desconexión de la realidad (de las autoridades) era impresionante. Cuando empezaron a decir que los niños no se enferman, nosotros teníamos ganas de decir 'ven para acá, deja que un niño te babe'... y de hecho uno de los ministros de salud (refiriéndose al extitular de la cartera, Jaime Mañalich) vino al San José. Para sacarse la foto lo tuvieron que esconder: todos queríamos ir a lincharlo. ¿Cómo *cresta* se quería venir a tomar fotos con nosotros siendo que ni mascarillas teníamos? ¿Vino a buscar un souvenir? ¿A tomarse foto con los teletubbies? Sentíamos mucha rabia, era un desconocimiento de la realidad a niveles abismantes”.

Esta desconexión no solo se podía ver en las autoridades del gobierno sino también en las jefaturas locales. Gabriela comenta que, si bien sus superiores se mostraban preocupados y compartían su cansancio, la dirección del hospital no. “Una vez el director del hospital vino con una torta. ¿Cómo *chucha* te traen una torta que no te sirve de nada? Estoy con la mierda hasta el cuello y te traen una torta que no tenemos ni tiempo para comer. Tenía tanta rabia que ya no quería pensar al respecto”.

Los errores comunicacionales se suman a una visión muy crítica de los funcionarios de salud hacia la forma en que se condujo la pandemia. Visión que contrasta con la de algunos expertos en salud pública que señalan que, a pesar de todo, el sistema de salud pudo aguantar, aunque como señala Ansoleaga, lo hizo a costa del agotamiento y bienestar de los funcionarios.

Esta visión crítica se basa en el alto grado de carga laboral al que fueron sometidos. Gabriela señala que en este sentido se mostró contraria a la administración de la crisis, y que era una opinión compartida cuando hablaba con compañeras de otros hospitales. “Todas estaban en la misma situación, era algo transversal: los trabajos estaban muy pesados, faltaba gente, no se

podían cubrir turnos (...) Pienso que el gobierno pudo haber hecho más control. Faltó más supervisión de que se cumplieran las normativas, como por ejemplo la trazabilidad. Había personas contagiadas que las mandaban a la casa, y que en esos días de cuarentena nadie los llamaba. La gente salía y no había responsabilidad”.

Los funcionarios coinciden en que las medidas establecidas fueron laxas. Para Carolina fue desalentador lo apresurado de los cambios de fase. “De repente empezaron a liberar cuarentenas cuando creíamos que era muy pronto. Todavía estábamos llenos de pacientes COVID y en la tele decían que ya no era así. Era muy frustrante porque tú remas para un lado y el mundo para el otro... no nos sentíamos escuchados”.

De esta forma la estrategia comunicativa del entonces gobierno y principalmente del ministerio a cargo de liderar la pandemia ha desembocado, como coinciden los expertos, en el sentimiento de invisibilización y falta de reconocimiento. Esto se contrapone a la idea difundida en principio de la pandemia sobre los funcionarios de la salud como héroes.

Para Ansoleaga este es un concepto peligroso y califica el momento en el que se acuñó comunicacionalmente por el Ministerio de Salud como uno de los más negativos. Jorge Ramírez también coincide con este juicio: comenta que si bien los sectores de urgencias tienen un connotación altruista (como por ejemplo el salvar vidas, el entregarlo todo), esto pasa en un momento de máxima vulnerabilidad, “haciendo que se pierda la perspectiva del autocuidado, del estar bien para poder cuidar a otro”.

El factor ciudadano

Otra arista que colabora con los mecanismos estresores propios de la pandemia y del trabajo en salud corresponde a la actitud de la población en general. El poco respeto a las cuarentenas que se vio después de los meses con mayores tasas de contagio, los conflictos por no usar mascarillas en recintos de salud, la gente que no cree en la efectividad de las vacunas, la violencia que fueron adquiriendo las personas que exigían una consulta inmediata y las fiestas

clandestinas, son algunos de los eventos que los funcionarios identificaron como desesperanzadores.

Para Isaa uno de los temas más complejos fue el trato con las personas y sus acompañantes. “Estamos tan rendidos que... si quieres creer en las vacunas, bien. Y si no, problema tuyo. Lo que era agotador al final del día era que las personas no usaran su mascarilla y tener que escuchar 'no voy a contagiar a nadie, estoy hablando por teléfono'. Era desgastante. No amigo, o te la subes o sales, pero no juegas con la salud de las personas”. Comenta que varias veces llegaron personas positivas sin síntomas graves acompañando a otra que podía movilizarse por sí sola y quedándose en la sala de espera.

Nathalia coincide, comentando que el trato de los pacientes y sus acompañantes en los recintos de salud también fue un problema. “La gente anda muy violenta. Agresiva, acelerada. A mí me gusta atender a los niños con paciencia, no me estreso, pero me he visto enfrentada a situaciones en donde los papás tironean a los cabros chicos. 'Tómame la hueá rápido, ya salimos, hay que volver', y una tiene que interferir en esa situación, decir: 'tranquila mamita, no estamos apurados, esto no tiene que ser traumático para los niños'. Y se dan cuenta que alguien los está mirando y cambian la actitud. Pero a las secretarias las suben y bajan. Siempre hay situaciones de mucha agresividad: si no los atendiendo de inmediato se comportan muy agresivamente” comenta.

Si bien en Chile no existen cifras transversales sobre esta temática hay algunas aproximaciones. Según cifras de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, un 76% de los médicos a nivel nacional ha sufrido algún tipo de agresión —verbal o física—, mientras que ese número se eleva al 96% en el resto de trabajadores de salud. Cómo la pandemia ha transformado esas cifras todavía es tema de estudio.

Al trato de los pacientes se suma como parte de los estresores externos la gente escéptica de las vacunas y de la enfermedad. Isaac explica que “daba un poco de rabia que por gente que desconoce, que cree en conclusiones erradas, pecando en el proceso de ignorancia, terminan perjudicando, no solo a ellos, sino que a los demás”.

En este mismo sentido Diego se unió a campañas de redes sociales que decían “si no te vacunas, no pidas un ventilador”. Asegura que lo hacía con el fin de generar conciencia, sabiendo de que cualquier persona contagiada, antivacuna o no, debía recibir de igual manera atención médica. “Creen que el peligro del COVID no era real porque no le había pasado a nadie cercano, o tal vez se contagiaron y no tuvieron síntomas. Pero lamentablemente no todos los cuerpos son iguales”, señala.

Gabriela coincide con esto. “A mí me daba mucha rabia que se enfermara gente que se cuidaba por gente que no lo hacía. Eran a lo mejor los menos, pero también eran los que más esparcían. Dicen que el coronavirus es un invento. No me digan esa hueá, yo vi gente morir”.

Saludablemente

¿Cómo se contiene una crisis de salud mental que cada día se vuelve más riesgosa y amenaza con expandirse? Dar respuesta a esta pregunta es difícil, pero existen y se han tomado medidas. Se puede discutir, como en todo ámbito de cosas, si son o fueron suficientes para la problemática. Quizás la respuesta es que nunca es suficiente. Lo cierto es que existen diferentes puntos de vista de esto.

Para los funcionarios entrevistados la respuesta a si fue suficiente o no es uniforme. Ninguno está conforme. Ni con las medidas que surgieron del Ministerio de Salud o las medidas de las jefaturas de los recintos de salud. Es más preciso decir que ninguno de los funcionarios a los que se accedió en este trabajo optó por alguna medida ofrecida por el Ministerio o nunca supieron que existían.

El programa Saludablemente fue anunciado los primeros días de junio de 2020 por el expresidente Sebastián Piñera. El objetivo, como señaló el mandatario, consistía en “acompañar, acoger, orientar, ayudar, dar herramientas y prestar asistencia médica de salud mental y bienestar emocional a quienes lo necesitan”. Una parte de este programa estaba enfocado al personal de

salud y consistía en líneas telefónicas atendidas por especialistas en salud mental con el fin de otorgar contención emocional.

Según Rubén Alvarado, es una medida que tiene dificultades para ser efectiva, “está pensada para que el trabajador la utilice de forma espontánea, por lo que debe reconocerse con un problema y eso ya es difícil para quienes suelen trabajar de por sí con niveles más altos de estrés porque lo normalizan”. Enfatiza que es una medida a la cual no se accede fácilmente por los horarios de trabajo: es poco probable que los funcionarios llamen cuando estén trabajando y cuando no lo estén lo más seguro es que no quieran saber o hablar de nada relacionado con el trabajo.

“Muchas veces planteamos que era importante desarrollar políticas a nivel local. Una de las cosas que vimos en todos los países es que el factor que más protegía la salud mental estaba a nivel de equipos”, comenta el investigador que también es parte del estudio *Heroes*.

En ciertos establecimientos se aplicaron medidas como ejercicios de relajación, dinámicas grupales para hablar sobre la carga emocional o cápsulas de actividades obligatorias. Para Jorge Ramírez si bien estas acciones se hicieron con buena intención, llegan a recargar más aún las jornadas de los funcionarios al requerir tiempo de trabajo que después se debe recuperar doblando esfuerzos, o al realizarse en horarios externos a los laborales. Según el investigador “nos vimos enfrentados a la precariedad de la salud mental, que se encuentra dentro de un sistema que ya es relativamente precario, como es el de la salud general”.

Enfatiza que es un área en la que, si bien ha existido inversión, sigue siendo baja. Para esto, explica, no solo hay que tomar en cuenta políticas como la de establecer más psicólogos o actividades para bajar el estrés, si no mejorar las condiciones estructurales de los trabajadores de la salud, “si hay que hacer turnos más cortos para resguardar el bienestar de los funcionarios, habrá que hacerlo aunque eso tenga un impacto económico en el bolsillo de las personas”. Para el especialista, la salud mental no se cuida solamente destinando dineros para ejecución de programas, si no que se hace mejorando las condiciones estructurales, como mejoras en los sueldos, horarios y condiciones de trabajo.

El programa Saludablemente surgió de mesas de trabajo subdivididas en subcomisiones. Una de ellas fue la de salud mental y trabajadores de la salud. La docente e investigadora Elisa Ansoleaga participó activamente de ella. Si bien encuentra que la medida de atención telefónica no es suficiente, no es malo implementarla. Enfatiza que posterior a esto el Ministerio “acepta la idea de que las intervenciones tienen que mirar la organización del trabajo y no solamente las personas que enferman, una mirada más preventiva enfocada en las condiciones y organización del trabajo”. Para esto se implementó un nuevo cargo dentro de los recintos de salud denominados “gestores de salud mental”, con personas que están siendo capacitadas a través de un diplomado de la Universidad Diego Portales.

Sobre estos gestores Ansoleaga explica que es “un cargo que van a estar alojado en los servicios de salud del país, que van a trabajar para detectar necesidades de salud mental de toda la red (atención primaria y red de hospitales) y elaborar programas y planes de intervención para la protección de la salud mental. Es algo totalmente inédito, tanto en Chile como en el globo. Creo que nunca se había gastado tanta plata en salud mental y menos en la de trabajadores de salud. Eso es un esfuerzo que hay que reconocer”, finaliza.

Esto se condice con el anuncio dado por el gobierno en el mes de febrero del año pasado en el cual se aumenta el presupuesto en comparación con el año anterior en un 310%, destinando 18.300 millones de pesos al fortalecimiento del sistema de salud mental en general.¹⁴

¹⁴ MERLO, LISA J et al. Patterns of substance use initiation among healthcare professionals in recovery. (2013)

CONSECUENCIAS

La sintomatología descrita en un comienzo y los factores de estrés que se han mencionado a lo largo del reportaje tienen un resultado evidente. El personal de salud ha sido expuesto a niveles de agotamiento extremos, como en cualquier catástrofe, aunque con la particularidad de la extensión de tiempo que toma atenderla.

Las consecuencias hoy en día son evidentes en los funcionarios que accedieron a conversar para este reportaje. Nathalia, por ejemplo, comenta que vive con altos niveles de sensibilidad. Antes de la pandemia podían reponerse rápidamente si les tocaba atender a un menor golpeado por sus padres, pero en este momento, todos están tan agotados que pueden quebrarse por cualquier cosa.

Consultó a un psicólogo desde antes de la pandemia, pero se le hizo imperativo seguir con la terapia. “Estoy segura de que desarrollé un trastorno de ansiedad generalizado. Me he dado cuenta de que he dejado de hacer las cosas que me gustaban”. Su vida era muy activa: era deportista, competía y daba clases en una categoría de patinaje. “Ahora solo puedo llegar a fumarme un cigarro, comer algo y dormir. Pero hubo semanas enteras en que ni siquiera podía levantarme a comer”.

Gabriela no ha recibido orientación de ningún profesional. Señala estar segura de tener depresión o síndrome de *burnout*. El solo hecho de pensar en consultar con un especialista le aterra. La única forma en que ha podido sobrellevar estos dos años ha sido evitando revisar su estado emocional. “Pienso en trabajar en urgencias y me da angustia (...) Me llama la atención que inicialmente, en mis primeros años de trabajo, era una enfermera muy entusiasta, era de corazón... pero ahora ya no quiero trabajar en lo mismo. He pensado en cambiar de profesión, pero lamentablemente igual soy enfermera. Soy una persona muy conservadora en el sentido económico, y me da miedo los riesgos de perder estabilidad. Considero que sería muy difícil para mí emprender pero me gustaría cambiar mi área de trabajo, no tratar con gente enferma. Ya no quiero, me hace mal”.

Diego por su lado, comenta que las experiencias eran agotadoras emocionalmente. Una de las situaciones que lo quebraron fue cuando entró con un médico a la sala de un paciente dependiente de ventilación mecánica. Él estaba despierto y consciente, pero tenía secuelas irreversibles: sus pulmones quedaron secos y fibróticos por la enfermedad. Debía ser desconectado para darle la posibilidad a otra persona de utilizar el cupo de maquinaria. Se conectaría a otra maquinaria que no cumplía con los requisitos para mantenerlo con vida. Iba a morir y su familia se despedía de él por una video llamada facilitada por él y el médico. “Nos quebramos. Su familia estaba súper dividida con él: algunos decían 'vamos papá, tú puedes, estás despierto', y el hombre sólo podía mirar, ni siquiera hablar; por otro lado, estaban los hermanos que le decían 'ya no puedes, descansa, te agradezco por todo'. Eso fue muy chocante”.

Comenta además que tenía formas de desahogarse, cantaba, conversaba con sus compañeros, o llegaba a llorar a su casa. Sin embargo, con el ingreso de personal nuevo colapsó, no solo porque tenía que acompañar su proceso de aprendizaje si no porque se negaban a seguir instrucciones. Diego cuenta que se equivocaban de medicamentos, movían pacientes que debían mantenerse en reposo y no escuchaban las instrucciones, lo que ponía en riesgo la vida de los pacientes y desencadenaba discusiones. El estrés de acompañar a personas nuevas, que no tenían disposición de escuchar lo cansó. Subió 15 kilos, se le cayó el pelo, su ansiedad se volvió más fuerte y no podía dormir por las pesadillas. Tuvo una licencia de 15 días por estrés laboral autorizado por la Mutual de Salud. Cuando volvió, recursos humanos lo esperaba para despedirlo por malos tratos hacia sus colegas. Sin finiquito.

Su segundo trabajo en la Clínica Indisa era a contrata por un periodo determinado. Ese periodo terminó casi al mismo tiempo que su despido en el Hospital del Trabajador. Pasó meses cesante.

Los efectos producidos en los funcionarios son variados. Muchos comentan que ellos o sus compañeros lloraban regularmente en pasillos o baños de los recintos de salud. O como comenta Carolina Balcázar, llegaba a llorar todos los días a su casa y luego dormía hasta el otro día.

Ansoleaga explica que estos síntomas no necesariamente son desencadenados por una enfermedad de salud mental, pero sí son una evidencia de sufrimiento. “No es normal que la gente ande llorando por los pasillos, pero si estás en una pandemia de este tamaño, tampoco es para decir ‘oh tiene que ir a consultar a un psiquiatra, está gravemente enferma’. Hay que poder distinguir lo que es el sufrimiento por el trabajo en pandemia de lo que es la sintomatología propia de un cuadro de salud mental”. Pero añade que un sufrimiento continuado en el tiempo puede ser peligroso y tener consecuencias.

Estas consecuencias evidentemente se extrapolan a los pacientes y a la calidad del trabajo entregado. Jorge Ramírez explica que existen dos variables que se cruzan al momento de hablar de planificación en salud. Una es la cobertura (el mayor de personas) y la calidad (entregar la atención en los más altos estándares posibles). El aumento explosivo de camas UTI y UCI hizo imposible formar al personal adecuadamente, lo que significó una caída en la calidad. “Si a eso tú le sumas a personas que no solamente se encuentran desmotivadas, si no que al contrario están muy quemadas (síndrome de *burnout*) con el trabajo, la calidad puede ser aún peor. Si bien se abrieron camas críticas para cumplir con un estándar comunicativo, se transformó en un despropósito. Había algunos casos, y es difícil documentar, en que uno decía que tal o cual UCI era mejor no abrirla porque es un riesgo”.

Agrega que los efectos en el tratamiento de los pacientes son evidente y preocupante en el futuro próximo. “Hay que entender que los trabajadores de la salud que desarrollan estos trastornos van a seguir atendiendo a las personas no COVID, a las que sí estaban acostumbradas a atender, pero que ahora tienen que hacerlo mucho más agotadas”.

EPÍLOGO

Las enfermedades mentales en Chile siempre han sido un tema del cual es difícil hablar. Ya sea por los estigmas asociados a ellas como por la falta de herramientas para identificarlas en momentos oportunos. Esto permite que la sintomatología relacionada se invisibilice y no se le otorgue el valor adecuado hasta que ya es demasiado tarde.

El *burnout*, la depresión, la fatiga crónica son enfermedades que si bien se han ido trabajando por expertos y mesas dedicadas del Ministerio de Salud siguen teniendo una complejidad difícil de abordar. El alcance de los trabajos e intervenciones no parecen ser suficientes.

¿Cuántos funcionarios mostraron indicios de sufrimiento? Es complejo de saber. Pero sí sabemos que el periodo de angustia y dolores ha sido extenso. Las medidas adoptadas por el gobierno como los gestores de salud mental (cuya finalidad es evaluar y proponer medidas en los entornos laborales) pueden establecer soluciones de mediano plazo. Pero no debemos engañarnos. El problema de salud mental en los funcionarios de la salud es uno con raíces aún más profundas que la pandemia, la cual profitó de ellas: la cultura auto-martirizante en los sectores de salud, el cansancio propio de los turnos, la actitud tanto de administradores locales como de autoridades centrales y la población general para con los trabajadores son algunos de los factores que vuelven la temática compleja de abordar.

Y es que el problema radica también en estas cuestiones, de las cuales la pandemia de COVID-19, si bien azotó al sector en virtud de su propia fuerza y gravedad, encontró terreno fértil en las condiciones materiales de los trabajadores.

Sin embargo, las decisiones gubernamentales apuntaron menos a la corrección de los problemas profundos y más a la atención de los síntomas propios de la pandemia. Esto se puede ver con el resultado del fin del estado de excepción constitucional el 30 de septiembre pasado, que ocasionó el despido masivo de funcionarios de la salud. Si bien la decisión se explica por los

costos para el sistema público y la baja en los casos COVID, esto deja a un sistema absolutamente vulnerable.

El fin de la pandemia, cuando ocurra, significará que el sistema público deberá atender miles de pacientes postergados, operaciones agendadas, y problemas de salud de distinta índole que no fueron priorizados por la crisis sanitaria.

¿Será el sistema capaz de soportar esta nueva ola? Quizás la pregunta puede reformularse. ¿Podrán los equipos soportarlo? La respuesta, luego de conversar con funcionarios y expertos, es desalentadora. Las próximas olas podrían no ser de COVID-19: según los investigadores serán de enfermedades de salud mental, encabezada por los funcionarios de la salud.

A pesar de todo esto sigue siendo importante el destacar el esfuerzo cotidiano que realizan los equipos de salud en todos los recintos asistenciales. Sin exaltarles como heroínas y héroes, sino como personas que a pesar del sufrimiento y cansancio que han significado esta catástrofe, a pesar de que las condiciones no hayan sido las óptimas, a pesar del ruido y del miedo, supieron cumplir con su deber y honrar al gremio médico y de salud de manera magistral.

Y no es sino por eso que muchos en Chile y el mundo, y quienes escriben estas palabras, seguimos aún aquí, esperando que el presente trabajo pueda entregar lo que le resulta posible: una sencilla pero clara nota de agradecimiento.

ANEXO DE ENTREVISTAS

- Carolina Balcazar. Enfermera. Trabaja en el Instituto Nacional del Tórax. Entrevistada el 12 de octubre de 2021.
- Diego Lefiman. Técnico en enfermería. Trabajó durante la pandemia en la UPC del Hospital del Profesor y la Clínica Indisa. Entrevistado el 16 de septiembre de 2021.
- Elisa Ansoleaga. Psicóloga, Universidad Diego Portales. Doctora en Salud Pública, Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Diplomado en Salud Ocupacional, Universidad de Chile. Investigadora Programa Estudios Psicosociales del Trabajo. Parte de la mesa de trabajo Saludablemente del Ministerio de Salud. Entrevistada 25 de octubre de 2021.
- Gonzalo Cuadra. Médico psiquiatra. Coordinador de salud mental del Colegio Médico. Entrevistado el 14 de septiembre de 2021.
- Gabriela Maturana. Enfermera. Trabajó en el hospital Clínico Fusat, Rancagua. Entrevistada el 11 de octubre de 2021.
- Isaa Díaz. Técnico en enfermería. Trabaja en el SAPU el Aguilucho, providencia. Entrevistada el 14 de septiembre de 2021.
- Isaac López. kinesiólogo especializado en atención respiratoria. trabaja en el Hospital Eloísa Díaz de la Florida. Entrevistado el 17 de octubre de 2021.
- Jorge Ramirez. Médico-Cirujano. Magíster y Especialista en Salud Pública Universidad de Chile. Magíster en Salud Global Universidad de California, San Francisco. Entrevista realizada el 27 de septiembre de 2021.
- Jazmín Vera. Técnico en enfermería. Trabaja en el Hospital Clínico Fusat, Rancagua. Entrevistada el 14 de octubre de 2021.

- Nathalia Sepulveda. Tecnóloga médica, mención imagenología, especializada en pediatría. Trabaja en el Hospital Roberto del Río. Entrevistada el 13 de octubre de 2021.
- Rubén Alvarado. Investigador de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y especialista en salud mental. Entrevistado el 23 de septiembre de 2021.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes bibliográficas

- AHUMADA, M., ANSOLEAGA, E. Factores de riesgo y protección para la salud mental de trabajadoras/es de salud pública postcatástrofes. (2020).
- Alvarado, R. et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. (2021)
- BRAVO, D., CAMPOS, D., ERRÁZURIZ, A., FERNÁNDEZ, G. Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Tercera Ronda. (2021).
- Colegio Médico de Chile. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud. Informe preliminar n°1 Chile: Síntomas depresivos y malestar psicológico. (2020).
- Colegio Médico de Chile. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud. Informe preliminar n°2: Ideación suicida. (2020).
- Colegio Médico de Chile. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud. Informe preliminar n°3: Consumo de alcohol y otras drogas. (2020).
- Colegio Médico de Chile. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud. Informe preliminar n°4: Condiciones laborales. (2021).
- Colegio Médico de Chile, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurología. Cuidarnos para cuidar. Recomendaciones de autocuidado psicosocial para el personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. (2020).

- GREENBERG, N., DOCHERTY, M., GNANAPRAGASAM, S., WESSELY, S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. (2020).
- IPSOS. Un año de COVID-19. (2021)
- MAUNDER, R. et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. (2006).
- MERLO, LISA J et al. Patterns of substance use initiation among healthcare professionals in recovery. (2013)
- Ministerio de Salud. Norma General Administrativa. Agresiones al personal de atención en establecimientos de salud. (2018).
- Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) (sic). Informe regional de las Américas. (2022).
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. Informe sobre brechas de personal de salud por servicios de salud. Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos año 2017. (2017).
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública. Consideraciones Generales para el Cuidado de la Salud Mental de Trabajadoras y Trabajadores del Sector Salud en Contexto Covid-19. (2020).
- Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud. Período: 1 de abril de 2009 al 31 de marzo de 2019. (2019).
- Washington Post. KFF and Washington Post Frontline Health Care Workers Survey. (2021).

Webinars

- ANSOLEAGA, E. Consideraciones en torno a la salud mental de los trabajadores en pandemia. (2021).

- Comisión de Salud del Senado. Desafíos del futuro. (2021)

Prensa

- El Mostrador. Empatía cero: subsecretario de Redes Asistenciales dice que doctora murió de Covid porque “bajó la guardia”.
<https://www.elmostrador.cl/noticias/multimedia/2020/11/21/empatia-cero-subsecretario-de-redes-asistenciales-dice-que-doctora-murio-de-COVID-porque-bajo-la-guardia>
- Factchecking.cl. El presidente de la CPC desinformó, no hay evidencia de que el calor sirva para curar el COVID-19
<https://factchecking.cl/user-review/presidente-de-la-cpc-cae-en-informacion-falsa-sobre-el-coronavirus/>
- Harvard Health Publishing. Could COVID-19 infection be responsible for your depressed mood or anxiety?
<https://www.health.harvard.edu/blog/could-COVID-19-infection-be-responsible-for-your-depressed-mood-or-anxiety-2021041922391>
- La Tercera. Confirman el primer caso de coronavirus en Chile.
<https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/confirman-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/FDN7GE7NEJEZZFJIMVJDVY5F6I/>
- La Tercera. Fase 4: Chile cierra fronteras.
<https://www.latercera.com/politica/noticia/fase-4-chile-cierra-fronteras/EMF5E7TSTBEUHES3MGWT7JDFNI/>
- Minsal.cl. Subsecretaria de Salud Pública detalla aumento de 310% en 2021 del presupuesto para Salud Mental.
<https://www.minsal.cl/subsecretaria-de-salud-publica-detalla-aumento-de-310-del-presupuesto-para-salud-mental/>