

Volumen 24
Número 1

Enero-junio de 2022
e-ISSN 2027-7970

REVISTA

INVESTIGACIONES

EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD



Alcaldía de Bogotá

Contenido

Editorial	3
Artículo de investigación original	
Percepción de trato deshumanizado según usuarios de Bogotá en 2019	4
Artículo de experiencia	
Evaluación de la calidad del aire y observación de microfauna acuática en la ciclo ruta del humedal Juan Amarillo de Bogotá, 2022: un ejercicio de ciencia ciudadana	20
Artículo de reflexión	
Sobre los efectos de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	29

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Investig.seg.soc.salud

Volumen 24 (1)

Enero-junio de 2022

e- ISSN 2027-7970

Claudia Nayibe López Hernández

Alcaldesa Mayor de Bogotá

Alejandro Gómez López

Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Carlos Bolívar López

Subsecretario de Planeación Sectorial

Cristina de los Ángeles Losada

Directora de Planeación Sectorial

Solángel García-Ruiz TO. MSc

Editora

Rosa Nubia Malambo Martínez. OD MSc

Luisa Fernanda Beltrán Enciso. COM.

Jennifer Sirley Palacio Mateus. Tnlg.

Coordinación Editorial

Comité Editorial

Alexandra Pava Cárdenas. Nutricionista PhD

(Universidad Javeriana Cali)

Luis Jorge Hernández. Médico PhD

(Universidad de los Andes)

Israel Cruz Velandia. Fisioterapeuta PhD

(Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario) †

Fátima Corrêa Oliver. Terapeuta Ocupacional PhD.

(Universidad de São Paulo - Brasil)

Comité Científico

Carlos Alberto Marín Correa. Médico PhD

(Instituto Nacional de Salud)

Sara Yaneth Fernández Moreno. Trabajadora Social Phd

(Universidad de Antioquía)

Yazmín Adriana Puerto Mojica. Terapeuta Ocupacional MSc.PhD en curso

(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá)

Álvaro Valbuena Barrera. Médico. Anestesiólogo. Phd en curso

(Subred Integrada de Servicios de Salud Sur)

Luis Antonio Morales Muñoz. Médico. Ing de Sistemas. Msc. Phd en curso

(Universidad El Bosque)

Alejandro Guajardo Córdoba. Terapeuta Ocupacional Msc.

(Universidad Santiago de Chile)

Editores Asociados

Erwin Hernando Hernández-Rincón. Docente e investigador en salud pública. Universidad de la Sabana.

Rodley Katherine Parada. Fga. Mag. en Bioética.

Hospital San Ignacio. Bogotá D.C.

Óscar Orlando Soler. Antr. Mag. en Salud Pública. UNAD.

Lina Rocío Venegas Páez. Mag. en Salud Pública. Docente MT. UNAD.

Jeadran N. Malagón-Rojas. Dr. Mag. PhD en Salud Pública.

Instituto Nacional de Salud de Colombia.

Corrección de estilo y diagramación: Biteca S.A.S

Diseño de cubierta: Biteca S.A.S.

Foto: Luz Ayda Becerra, Biteca S.A.S

Web máster: Jairo Quiroga Monroy

Sitio web: <https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/invsegsocial>

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Teléfono: 364 9090, ext. 9070 y 9796

Bogotá, Colombia

www.saludcapital.gov.co

Editorial

<https://doi.org/10.56085/20277970.314>

La revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá tiene como uno de sus propósitos visibilizar las investigaciones de profesionales motivados a compartir conocimientos, reflexiones y aprendizajes, que sean útiles para la academia, la cotidianidad y la toma de decisiones.

El presente editorial aborda la “*Percepción del trato deshumanizado según usuarios de Bogotá, en el año 2019*” donde se identifica el trato y la atención del sector salud hacia los usuarios, y se propone una reflexión sobre la importancia de la humanización en salud. Recordemos que la Política Nacional de Humanización en Salud, denominada: “*Entretejemos Esfuerzo en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana 2021-2023*” <https://consultorsalud.com/con-politica-nacional-de-humanizacion-en-salud/> busca instaurarla como un principio transversal en las políticas nacionales y territoriales, de tal forma que favorezca el surgimiento de una cultura de humanización para mejorar la experiencia de las personas en el sector salud.

Por ello, los resultados de las investigaciones relacionadas con las percepciones sobre la atención, a partir de analizar las quejas del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones (SDQS), llevan a conocer la atención en el sector salud con el fin de interiorizar la construcción de una cultura que todos debemos conocer, no solo para cumplir las normas, sino para garantizar el respeto mutuo entre las personas que solicitan un servicio en salud y las que proveen la atención.

Como un segundo tema se aborda la necesidad de promover en los niños el amor por la naturaleza, acudiendo al aprendizaje y la diversión. En este sentido, se presentan los resultados de la “*Evaluación de la calidad del aire y observación de micro fauna acuática en la ciclo ruta del humedal Juan Amarillo de Bogotá, 2022: un ejercicio de cien-*

cia ciudadana” el cual describe las condiciones ambientales de la ciclo ruta e identifica microorganismos como bioindicadores de la calidad del agua; lo importante, además de la generación del conocimiento, es realizar actividades de ciencia ciudadana para acercar a los niños(as) a la ciencia.

Finalmente, siendo Colombia uno de los países con alto impacto del evento pandémico por infección transmisible por Covid-19, es pertinente que se realicen investigaciones que aporten conocimiento sobre la caracterización de los efectos en la salud mental en los profesionales que enfrentaron la pandemia con entereza. Por ello, se presentan los resultados de la investigación “*Sobre los efectos de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E*”, concluyendo que se deben plantear reflexiones y hacer recomendaciones para los cuidados psicológicos de la población y, en particular, de los trabajadores de la salud.

Los invitamos a disfrutar de los contenidos, sean todos ustedes bienvenidos.

Juan Carlos Bolívar-López
Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Secretaría Distrital de Salud, Bogotá (Colombia).

Percepción de trato deshumanizado según usuarios de Bogotá en 2019

Perception of dehumanized treatment according to users in Bogotá in 2019

Percepção do tratamento desumanizado segundo usuários de Bogotá em 2019

Leonardo Fabio Garzón-Leguizamón¹
Doris Marcela Díaz-Ramírez¹
Leilann Denisse Vergara-Vaca¹
Marta Sonia Villamizar-Romero¹
Claudia Jeannette Vanegas-Torres¹
Pilar Andrea López-Gutiérrez¹
María Andrea Cortes-Barreto¹
Nayibe Bueno-Gómez¹
Diana Marcela Chiari-Gómez¹

Artículo vinculado a la investigación: *Conceptualización de atención humanizada de los sujetos de atención a partir del análisis de las comunicaciones de los usuarios al sistema distrital para la gestión de peticiones ciudadanas recibidas durante el 2019.*

Resumen

Objetivo: identificar la percepción sobre la atención humanizada en salud por parte de los usuarios del sistema de comunicaciones del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas de Bogotá (SDGPC) durante el 2019. **Métodos:** estudio cualitativo descriptivo; se recolectaron datos en un solo momento; se extrajeron las quejas y requerimientos del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones (SDQS) de enero a diciembre de 2019. **Resultados:** la revisión y análisis de la voz de los ciudadanos en el 2019 permite reconocer que lo que más afecta su percepción frente al concepto de trato deshumanizado es el trato irrespetuoso con un total de 158 quejas, seguido por el mal servicio y no garantía de derechos con 81 quejas, la negligencia en la atención con 59 quejas, discriminación y no enfoque diferencial con 33 quejas, la mala comunicación e información con 26 quejas y, por último, el comportamiento abusivo y sin ética con 15 quejas. **Conclusión:** lo anterior lleva a concluir que a pesar del trabajo constante y reflexivo alrededor de la importancia de la humanización en salud como eje transversal y a la existencia de unos estándares claros que demarcan al prestador el camino para conseguir un servicio al ciudadano basado en criterios de humanización, estos siguen en gran medida insatisfechos con la atención. Además, la calidad va más allá de cumplir una norma, un número o de generar los ingresos que la institución persigue, es más bien un compromiso formal de las instituciones, que unidas a su equipo humano y a los recursos con que cuentan, busquen hacer las cosas bien y mejorar el nivel de vida, y el bienestar de los ciudadanos y sus familias.

1. Equipo de Investigación Dirección de Calidad de Servicios de Salud, Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2021.

Palabras clave: humanización, cuidado de la salud, dignidad humana, equidad en salud, deshumanización, sentido humano, buen trato, enfoque diferencial, cuidado, derechos.

Abstract

Objective: To identify the perception of humanized health care by users of the District System for the Management of Citizen Petitions of Bogotá (SDGPC) communications system during 2019. **Methods:** Descriptive qualitative study; data were collected at a single point in time; complaints and requirements were extracted from the District Complaints and Solutions System (SDQS) from January to December 2019. **Results:** The review and analysis of the voices of citizens in 2019 allows us to recognize that what most affects their perception of the concept of dehumanized treatment is disrespectful treatment (with a total of 158 complaints) followed by poor service and failure to guarantee rights (81 complaints), negligent care (59 complaints), discrimination and lack of differential approach (33 complaints), poor communication and information (26 complaints) and, finally, abusive and unethical behavior (15 complaints). **Conclusion:** This leads to the conclusion that, despite the constant and reflective work on the importance of humanization in health as a cross-sectional theme and the existence of clear standards that show the provider the way to achieve a service to citizens based on humanization criteria, they are still largely dissatisfied with the care they receive. Moreover, quality goes beyond complying with a standard, a number or generating the income that the institution seeks. Instead, it is a formal commitment on the part of the institutions, which, together with their human team and the resources they have, seek to do things well and improve the standard of living and the well-being of citizens and their families.

Keywords: Humanization, health care, human dignity, health equity, dehumanization, human sense, good treatment, differential approach, care, rights.

Resumo

Objetivo: identificar a percepção do atendimento humanizado em saúde pelos usuários do sistema de comunicação do Sistema Distrital de Gestão de Petições Cidadãs de Bogotá (SDGPC) durante o ano de 2019. **Métodos:** estudo qualitativo descritivo; os dados foram coletados em um único momento; foram extraídas as reclamações e requerimentos do Sistema Distrital de Reclamações e Soluções (SDQS) de janeiro a dezembro de 2019. **Resultados:** a revisão e análise da voz dos cidadãos em 2019 permite reconhecer que o que mais afeta a percepção deles sobre o conceito de tratamento desumanizado é o tratamento desrespeitoso com um total de 158 reclamações, seguido de mau atendimento e falta de garantia de direitos com 81 reclamações, negligência no atendimento com 59 reclamações, discriminação e abordagem não diferenciada com 33 reclamações, comunicação e informação deficientes com 26 reclamações e, por fim, comportamento abusivo e antiético com 15 reclamações. **Conclusão:** o exposto permite concluir que apesar do trabalho constante e reflexivo em torno da importância da humanização em saúde como eixo transversal e da existência de normas claras que demarquem ao prestador o caminho para alcançar um atendimento ao cidadão pautado em critérios de humanização, eles permanecem amplamente insatisfeitos com o atendimento. Além disso, a qualidade vai além de atender a um padrão, um número ou gerar a receita que a instituição persegue, é um compromisso formal das instituições, que junto com sua equipe humana e os recursos de que dispõem, buscam fazer as coisas bem e melhorar o padrão de vida e o bem-estar dos cidadãos e suas famílias.

Palavras chave: humanização, atenção à saúde, dignidade humana, equidade em saúde, desumanização, sentido humano, bom tratamento, abordagem diferenciada, cuidado, direitos.

Introducción

Humanizar requiere una actitud (pensamientos, sentimientos, valores y acciones) del profesional de salud que lo lleve a modificar sus esquemas mentales y sus costumbres de intervención para que estén orientadas al bienestar del paciente, lo que significa personalizar la atención minimizando la tendencia de tratar al paciente como un objeto entendiendo su vulnerabilidad ante la situación que está viviendo. Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que saber ser personas en todo momento y lugar (1).

Gutiérrez menciona que el sector salud debe estar al servicio de la persona y, por consiguiente, debe estar pensado y concebido en función de esta. Para lo cual, el ejercicio profesional debe contener unas bases precisas y claras, con una misión enfocada hacia el bienestar, el cuidado y la humanización en la atención que presta (2).

La consolidación y análisis de la información sobre la percepción de los usuarios respecto a la atención en salud, recolectada a través de la base de información del SDQS de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá, en el 2019, permite conceptualizar el significado de humanización en la atención en salud desde la óptica de estos (3).

La humanización de la atención en salud es un proceso que tiene como meta “garantizar el respeto y la dignidad del ser humano” (4), las acciones para asegurar el cumplimiento de esta meta han cambiado con el paso del tiempo, derivado de diferentes enfoques filosóficos, técnicos e incluso normativos, convirtiendo a la humanización de la atención en salud no solo en una premisa de la relación entre seres humanos, sino en una obligación legal que tienen las diferentes instituciones que proveen estos servicios. El cumplimiento de dicha meta y el enfoque basado en la humanización se puede evaluar a través de las quejas y manifestaciones de los usuarios de los servicios en lo que ellos consideran una atención humanizada y un enfoque basado en el aseguramiento de la dignidad del ser humano.

En la actualidad, el Distrito Capital ha adelantado acciones para mejorar la calidad de la atención, la focalización e integración de servicios a partir de las condiciones y características de los pacientes, así como mecanismos de escucha activa entre los que se

encuentran los sistemas de soluciones a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que hacen los usuarios para fortalecer este proceso; este sistema clasifica los requerimientos y da una respuesta a las necesidades de los pacientes y sus familias; sin embargo, para poder avanzar de forma adecuada y en concordancia con la proactividad de las instituciones se hace necesario comprender la conceptualización de los pacientes del proceso de humanización, así como lo que ellos consideran una atención en esta misma línea, la cual se puede visualizar a través de las manifestaciones, quejas y felicitaciones por ellos interpuestas para, a partir de esto, construir modelos que mejoren el cumplimiento de las garantías previstas en la normatividad vigente.

El Plan de Desarrollo Distrital, *Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para La Bogotá del Siglo XXI*, incluye como uno de los elementos esenciales una “Bogotá Cuidadora”, es decir, una ciudad que establezca acciones de protección de los derechos de los habitantes con equidad y respeto por las condiciones de vida y respetuosa con el medio ambiente (5). Para guiar esta premisa se hace necesario conocer las percepciones de los servicios que reciben y que, sobre esta, se construyan las bases de una estrategia encaminada a la atención humanizada de los servicios de salud.

El objetivo general de la investigación se centró en analizar las percepciones sobre atención humanizada de los usuarios a partir de la revisión de las quejas del SDQS durante el año 2019.

Materiales y métodos

Se trató de un estudio cualitativo descriptivo, el cual, parte de datos cuantitativos para soportar afirmaciones y elementos encontrados en la percepción de la población dispuestas en las quejas del SDQS en donde se exponen las percepciones e interpretaciones de los sujetos, así, se reconoce que las personas construyen significados a partir de experiencias en el proceso de atención en salud; de esta manera, se estableció un concepto a partir de las consideraciones y manifestaciones de los usuarios en general del sistema de salud en el año 2019. La recolección de los datos se realizó en un solo momento, extrayendo las quejas por atención deshumanizada del SDQS interpuestas por agentes públicos y privados en salud durante el año mencionado.

Según la base de registros del SDQS de 2019, se presentaron un total de 7.338 peticiones clasificadas como problemáticas de acceso a salud y felicitaciones, del total de quejas se seleccionó una muestra con un índice de confianza del 90 % para estimar un marco a analizar de 372, los textos contenidos se procesaron en una matriz Excel, donde se realizó una codificación de los textos y un análisis de contenido, lo que permitió organizarlas y dividir las en seis categorías propias de la investigación: trato irrespetuoso, mal servicio y no garantía de derechos, negligencia en la atención, discriminación y no enfoque diferencial, mala comunicación e información y comportamiento abusivo y falta de ética.

Dentro de las etapas del proceso se realizó inicialmente un análisis de las comunicaciones del Sistema Distrital que permite tener un conocimiento de cada una de las quejas y, de esta forma, poder ubicarlas en las diferentes categorías creadas para tal fin, posterior a esto se realizó una integración conceptual de resultados, y finalmente la elaboración del documento de investigación.

Aspectos éticos: esta investigación fue clasificada “Sin Riesgo” de acuerdo con las especificaciones definidas en la Resolución 8430 de 1993, dado que no requirió la realización de consentimiento informado, ni la aplicación de este a los usuarios, ya que no se tuvo acceso a la información confidencial del paciente y que el usuario al momento de interponer la comunicación acepta el uso de la información como parte de los procesos técnicos y de gestión que adelanta el Distrito Capital (6).

Esta investigación fue sustentada y aprobada ante el Comité de Ética de la Investigación de la Secretaría Distrital de Salud, con radicado No. SDSCTI20200007.

Resultados

A partir de la revisión de las comunicaciones se establecieron seis categorías generales de análisis del concepto trato deshumanizado. En cada una de las 372 quejas analizadas correspondientes a trato deshumanizado se pueden presentar elementos correspondientes no solo a una, sino a varias, lo que incide en los porcentajes presentados en cada una de ellas. En la tabla 1 se presenta un contraste de las seis.

Tabla 1. Análisis de las categorías de las quejas 2019.

Análisis de las categorías de las quejas 2019	
Categoría	Porcentaje
Trato Irrespetuoso	43
Mal servicio y no garantía de derechos	22
Negligencia en la atención	15
Discriminación y no enfoque diferencial	9
Mala comunicación e información	7
Comportamiento abusivo y falta de ética	4

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Primera categoría: *trato irrespetuoso*

Esta primera categoría se analiza a través de 6 subcategorías:

Tabla 2. Expresiones verbales en quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado.

Subcategoría	Porcentaje
Maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado	48
Lenguaje no Verbal Inadecuado	14
Descalificación	14
Maltrato psicológico y amenazas	11
Maltrato Físico	8
Displacencia	5

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

La primera subcategoría corresponde a *maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado*, que presenta el mayor número de quejas, siendo 211 del total general de 372 quejas analizadas, con un porcentaje de 56,87 %. Estas describen mensajes verbales de los que llama la atención un alto número por el tono de voz elevado, gritos o groserías. Se transcriben estas quejas de verbalizaciones propias de los usuarios en la tabla 3.

Sobre el tema del *maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado*, Ospina et al., en su estudio elaborado con 16 gestantes en una subred de Bogotá, muestran narraciones que describen ejercicios autoritarios de parte del equipo de salud que van “desde los regaños a las usuarias, pasando por su invisibilización durante el trabajo de parto, hasta violencias manifiestas por expresar dolor” (7). Schroll et al. observaron que las mujeres de su estudio “habían experimentado en su mayoría abuso que podría clasificarse como negligencia o abuso verbal [...] la importancia de experimentar tipos sutiles de abuso no debe ser ignorado” (8). Rojas y González enuncian que el profesional para proporcionar salud al comunicarse debe “reconocer factores favorecedores y entorpecedores en la comunicación y emplear un vocabulario acorde a las particularidades del enfermo y su familia” (9).

Tabla 3. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado.

Perfil del colaborador	Expresión narrada por el usuario
Médico (a)	“De malas; pida otra cita”; “cuál tiroides, usted está gorda por comer empanadas y tamales”; “ese es su peso... humm se le nota”; “quite el brazo del escritorio, eso no es para acostarse”; “¿se puede esperar?, déjeme llegar siquiera”; “si usted es médico ¿por qué no lo atiende entonces?”; “yo soy cirujana, no expido constancias”; “dejemos el quiste en el lado que usted quiere”; “usted tiene una sentencia de muerte, se va a morir, no tape el sol con un dedo”.
Otro personal de salud	“¿Por qué se queja? las prepago tienen plata”; “eso le pasa por no haber tomado más medicamento, ¿para qué le da tan poquito Dolex a la niña?”; “trabajadora social grita a paciente y no atiende su solicitud porque tiene hambre y sale a almorzar”; “trabajadora social es agresiva con familiares de pacientes”; “la jefe utiliza lenguaje grosero y descortés con un adulto mayor”.
Administrativos y otros sin identificar	“¿Se espera?, no ve que estoy ocupada, de malas así son las cosas”; “la operadora de la línea ante la solicitud de tiempo se demora, contesta: “ellos llegan cuando puedan””; “la funcionaria de ventanilla responde de manera grosera, manoteando y con actitud defensiva para decir al usuario que no puede darle la información porque ya apagó su computador”; “busque otra EPS que la atiendan porque nosotros ya no le prestamos el servicio”; “el colaborador de la ruta de la salud grita a los miembros de la asociación para que no parqueen; se enoja y grita a persona mayor”; “el enfermero habla al menor de manera fuerte y agresiva; se enoja y grita”; “lenguaje grosero con el uso de palabras soeces”

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Esta subcategoría del maltrato a través del lenguaje verbal es una de las más sensibles para el usuario, haciéndolo sentir irrespetado y vulnerado en su dignidad. Conceptualizado a partir de lo que ellos manifiestan que es a través de las palabras y sus elementos paraverbales (tono de voz, velocidad, énfasis), en esto se materializa la intención de parte de los trabajadores de la salud al dirigirse al usuario para delimitar una relación de superioridad o para acercar la relación, generar confianza, dar información necesaria y fortalecer la calidez que propone la humanización del servicio. En palabras de Joyce Meyer: “Las palabras son contenedores de poder, tú eliges qué tipo de poder llevan” (10).

La segunda subcategoría de *trato irrespetuoso* corresponde a *maltrato físico* con un total de 36 quejas, que corresponde al 9,7 % del total por trato deshumanizado, en esta se destacan las maniobras físicas bruscas para sometimiento o inmovilización que ejerce el personal de ambulancias, maltrato físico a personas mayores, personas en condición de discapacidad, y menores de edad, así como también los casos en que los usuarios son sujetados para su inmovilización. Se ejemplifican algunas expresiones de los usuarios en la tabla 4.

Tabla 4. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría maltrato físico.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico (a)	“El médico tratante agrede físicamente al paciente quien se encuentra en estado de ebriedad, propina golpes en cara y en piernas”; “cuando la usuaria le pide que debe atenderla a tiempo, el Doctor la saca a la fuerza del consultorio y le quita las órdenes que le había dado la otra Doctora”; “trato brusco con sacudida de brazos del paciente”; “saca de forma agresiva acompañante del consultorio”; “trata de manera brusca a menor de edad”.
Personal APH y Enfermería	“Lo sometieron bruscamente, lo golpearon, le rompieron el bastón”; “las tres entidades que prestan servicios de salud mental los amarran, se igualan con ellos a pelear”; “la enfermera maltrata a la persona mayor al colocarle sonda por la nariz, al parecer tiene afán de terminar turno, haciéndolo llorar”; “la enfermera le arrancó el catéter”; “el paciente es golpeado por personal tratante”; “personal del hospital agrede físicamente a persona de la tercera edad”.
Vigilantes	“Agresión física del personal de vigilancia a familiares de paciente”; “guarda de seguridad toma de forma brusca del brazo a familiar”.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En lo relativo a este tema, se retoman los conceptos de Cruz “entender el significado de la persona desde la interacción mente, cuerpo y espíritu” (11). Esto lleva a analizar que lo que suceda con el cuerpo afecta las ideas, el espíritu y las emociones, por tanto, el maltrato físico genera una afectación en el cuerpo del usuario y así mismo en todas sus dimensiones.

Se observa con preocupación que el maltrato físico que se considera una práctica por sí misma deshumanizante y que se pensaba no manifiesta en los sistemas de salud, está presente en el ejercicio de algunos de los trabajadores de la salud, y se conceptualiza según los usuarios como la violencia que, a través del cuerpo, impacta la integridad de los seres humanos objeto de atención. Es claro que

el maltrato físico y la violencia es un comportamiento no deseado y bajo ningún concepto se tiene derecho a ejercerlo ignorando la dignidad intrínseca del ser humano y el derecho a ser respetados en la integralidad. Con el maltrato físico se ejerce un poder que va en contravía del principio ético del cuidado que exige la atención humanizada en salud.

La evaluación de la atención en salud facilita la identificación de situaciones que afectan las condiciones de salud de las personas, por esta razón, como lo menciona Burgos y Paravic, se hace necesario, entonces, realizar un diagnóstico de la situación de violencia percibida por los pacientes en los diversos contextos de atención de salud y abordar esta problemática basándose en los resultados

obtenidos, para proponer estrategias a objeto de prevenir y/o intervenir si la situación así lo requiere, contribuyendo de esta forma con el compromiso adquirido de erradicar la violencia en las instituciones de salud, otorgando prestaciones sanitarias en centros de salud seguros y libres del flagelo de la violencia (12, p. 13).

La tercera subcategoría del *trato irrespetuoso corresponde al lenguaje no verbal inadecuado*, con 60 quejas que corresponden al 16,17 %. Se manifiesta por los usuarios como lenguaje no verbal agresivo, grosero, displicente y déspota que los hizo sentir irrespetados y les transmiten emociones mal gestionadas por parte de los profesionales. (ver ejemplos en la tabla 5).

Tabla 5. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría lenguaje no verbal inadecuado.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico (a)	“El médico tratante es agresivo en su trato con una gesticulación agresiva y déspota”; “trato agresivo y desobligante del personal asistencial con un lenguaje no verbal grosero”; “el Dr. no hizo contacto visual con el paciente, ni con el familiar”; “el Dr. tira la puerta en la cara del paciente, grosero en su trato no verbal”; “mirar mal”; “tirar las cosas”; “rompe las órdenes”; “tira los documentos”.
Administrativos y otros sin identificar	“Lo tratan de forma grosera, ... y le hacen las órdenes de mala gana”; “el conductor lanzó la silla de forma agresiva”; “el cajero al escuchar al usuario decir que bueno que están atendiendo rápido, le hace roscas (gesto grosero con mano y nariz) y ante la respuesta del usuario, le amenaza que no lo va a volver a atender en ese punto”; “descargar de forma brusca la camilla”; “cerrar la puerta en la cara”.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Como menciona Bernal:

Para que una entidad pueda prestar a cabalidad el servicio público que le corresponde [...] es indispensable que, dentro de su cultura organizacional, vale decir en sus políticas y estrategias, en sus principios y valores compartidos por todos sus integrantes, en sus estilos habituales de actuar y reaccionar, el servicio y el respeto al ciudadano sean norma máxima de comportamiento de cada uno de los funcionarios (13, p.23).

Asimismo, plantea que “cuando existe una mala adaptación, cuando las necesidades no están satisfechas, cuando las habilidades están sobre o subvaloradas, el sujeto reacciona con respuestas alteradas de carácter cognoscitivo, emocional, fisiológico, y de comportamiento” (13, p.31).

El lenguaje no verbal, desde la percepción de los ciudadanos, corresponde a los gestos, señas, ademanes y movimientos corporales que complementan o contradicen el lenguaje verbal; por tanto, es muy importante considerar que si no hay palabras y el

lenguaje no verbal es el centro de lo que se comunica a los pacientes, se espera que este transmita un trato digno y humanizado como ellos lo esperan. En este sentido, la *Teoría del Cuidado Humano* de Watson da bases de la relación del cuidado transpersonal cuando manifiesta la importancia de “la capacidad de los profesionales de mostrar una genuina preocupación por la persona en todos los ámbitos del ser”. Preocupación que se deberá reflejar en el lenguaje no verbal adecuado (14).

La cuarta subcategoría definida de *trato irrespetuoso fue el maltrato psicológico y amenazas*, que tuvo 47 quejas, correspondientes al 12,67 % del total. Los usuarios manifiestan que, adicional a las amenazas, les generaron maltrato psicológico por la falta de tacto al emitir un concepto o diagnóstico, al no creer su historia, al ejercer recriminación, violación a la intimidad y privacidad, trato indigno, indolente, insensible o humillante, así como el uso indebido del poder para decidir el acceso a los servicios o procedimientos; todo esto con la consecuencia de propiciar un profundo desinterés para asistir a una nueva cita. En la tabla 6 se resumen estas quejas.

Tabla 6. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría maltrato psicológico y amenazas.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico y personal asistencial	“Amenaza por parte del paramédico y médico de turno a la paciente, haciendo un llamado a policía sin causa aparente”; “deje de gritar o la hago sacar”; “la auxiliar de enfermería maltrata los pacientes mayores de edad con frases como ‘o comen o los vuelvo a intubar’”; “Burlándose, los imita: ‘ay no como porque me dan gases’”; “necesito la cama para alguien que sí vaya a vivir”; “el Doctor se enoja porque al preguntarle qué medicamentos toma, la usuaria le entrega la fórmula porque no puede leer por el glaucoma, se altera y enoja, utiliza un tono fuerte porque ella no trajo en físico todos los procedimientos anteriores, y luego ante el reclamo de la paciente, colocó en la historia clínica que era ‘una paciente grosera y hostil’”; “los tripulantes de la ambulancia ante la queja de familiar por el trato indebido al paciente, lo acusan de conducta belicosa”; “la Doctora, ante la reacción emotiva del menor, se molesta y ejerce coacción en la atención”.
Administrativos y otros sin identificar	“Amenazaron al paciente por no pago de pagaré, de retenerlo”; “cuando pidió ayuda con la situación no le solucionaron y lo amenazaron con traer a la policía, perdiendo tiempo y dinero y el desplazamiento que para alguien con su condición es bien difícil”; “persona de la línea 123 llama amenazando al paciente que por mala utilización del servicio le van a colocar una multa”; “le piden a la usuaria decir mentiras de la pérdida del turno con la condición de atenderla”; “el personal de atención al ciudadano se burla del paciente”.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Este tipo de maltrato puede basarse en una equivocada posición existencial del profesional, desde una convicción de superioridad sobre el usuario. Azeredo y Schraibe explican que estos excesos o abusos generan en los usuarios efectos de intimidación u obediencia. Esta forma se da en la práctica como el ocultamiento de la información por parte de los médicos en relación con los procedimientos y el estado de salud de los pacientes, la descalificación del conocimiento de los usuarios sobre su cuerpo y su experiencia en la enfermedad, cuyo resultado es que la relación entre las dos entidades sea aún más desigual y que la autoridad del paciente sea anulada, esto se considera no exactamente un abuso de poder, sino una violencia, al no reconocer al otro como sujeto (15).

Algunas manifestaciones que se encuentran por parte de los usuarios son: “No me hospitalizaron y me botaron del hospital. Llegó la trabajadora social, el médico y otra funcionaria, dijeron que tenía que irme porque la EPS no quería responder. Me sentí huérfana, sin el apoyo de la parte administrativa” [...]. Pagué para que me subieran a piso, solo el Dr. me brindó apoyo, estaba angustiado, me dijo: ‘la entiendo, no voy a dejar que se muera, ellos verán cómo solucionan

la parte administrativa’ [...]. Me daba angustia [...] que ella se quedara sin medicamentos [...] Conseguía medicamentos con los demás pacientes, con el Doctor nos tocó luchar para que ella estuviera bien”.

Se conceptualiza que, para los usuarios, el maltrato psicológico y las amenazas son formas de los excesos de poder o abusos de autoridad por parte de los profesionales, generando efectos de intimidación y, por tanto, una afectación psicológica a los pacientes. Centrarse en gestiones administrativas lleva a ignorar los efectos de las decisiones en la condición psicológica de los usuarios, de sus cuidadores y en el buen desarrollo de sus tratamientos; en pos de cumplir las metas, pueden creer que tienen un poder sobre los usuarios que les permite amenazarlos, intimidarlos o coaccionarlos a cambio de facilitarles el acceso a los servicios. Sin embargo, este es un tema en el que se hace difícil medir su impacto en cada persona, por tanto debe ser algo tratado con máximo cuidado.

La quinta subcategoría de *trato irrespetuoso es la descalificación que ejercen los profesionales o instituciones hacia el usuario o sus familiares*; recibió 61 quejas, que equivalen al 16,4 % del total.

Tabla 7. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría descalificación.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico y personal asistencial	“Enfermeras tratan de manera desobligante a pacientes y acompañantes (eso no es urgente salga que me congestiona el servicio)”; “al niño de 8 años, después de un accidente de tránsito, por los gritos de dolor y lo agresivo, lo tildaron de loco, mimado, consentido, malcriado, entre otro sinnúmero de agresiones”; “críticas directas a la condición de mamá del menor”.
Administrativos y otros sin identificar	“Al familiar del paciente no le permiten ingreso a visitas porque no tiene con qué pagar la atención del paciente”; “minimiza el requerimiento del usuario y lo descalifica”; “manda callar al familiar”; “manda callar a la paciente”; “no respeto a paciente de 92 años”; “la cajera atiende de forma displicente a usuaria de población indígena”; “burlas a la condición del paciente”.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Duque-Castro et al. recuerdan la definición del cuidado integral de Watson del compromiso moral del enfermero de preservar la dignidad humana, reconociéndola como intrínseca a los seres humanos, sin descalificar a nadie. En una relación simétrica son igual de válidos los valores, experiencias e intereses del usuario a los del profesional, sin dar cabida a la descalificación: “de cada 3 profesionales presenta agotamiento emocional, el 18 %, despersonalización y el 34 %, baja realización personal, lo que provoca que el personal tenga una atención distante y fría con los usuarios”, que puede ser interpretada como descalificación (16, p.64).

Para los usuarios, la descalificación se refiere a la pretensión de minimizar su condición o su capacidad,

Tabla 8. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría displicencia.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico y personal asistencial	“El personal asistencial aplica de mala gana medicamentos”, “fue grosero y se la pasó en el celular”; “los doctores y enfermeras en diferentes momentos respondieron a los familiares de manera desinteresada, altivos, nada empáticos, con enojo y poca humanidad para dar información, la información sobre los exámenes no fue comunicada de manera oportuna a sus familiares”; “de forma displicente manda al paciente a terapia y a colocarse hielo, sacándolo del consultorio”.
Administrativos y otros sin identificar	“Niegan atención al paciente por no considerarlo urgente”, “el personal de camilleros y el ascensorista tratan de forma desobligante a paciente, le dan salida y no le prestan silla de ruedas, y ante su condición no le dejan usar el ascensor”, “no presta atención al usuario, requiriendo se le repita la información”; “las personas no saludan, no dan información adecuada”; “no hay una respuesta afirmativa, cordial y respetuosa para los pedidos de los familiares”; “funcionaria de facturación tiene una atención displicente a usuarios”.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Mejía Merino et al. relacionan la violencia obstétrica con la displicencia cuando se hacen solicitudes a las pacientes de no expresar sus emociones, o ignorándolas si las expresan, como una especie de castigo. La expresión “no llores ni te quejes porque te dejarán sufriendo más”, ha aparecido como una constante citada por las mujeres que escucharon este comentario de otras madres que ya habían pasado por la experiencia del parto. Estas ideas o creencias preconcebidas sobre el cuidado fueron confirmadas a través de sus propias experiencias; desde el primer tiempo de espera para el ingreso hospitalario las mujeres observaron cómo el médico y el personal de enfermería no brindaron atención a las mujeres que lloraban y se quejaban. Entre las prácticas prevalentes en este sentido están obstaculizar el apego temprano o contacto piel a piel; crítica por llorar o gritar durante el parto; imposibilidad de preguntar, manifestar miedos

con el objetivo de anularlos. Lo que nos reta a comprender que el servicio humanizado implica actitud de humildad, asumiendo la historia de vida de los usuarios tan importante como la propia, buscando que la interacción enriquezca las 2 partes, valorándose al otro sin descalificación en las acciones, en las palabras, ni en las decisiones que se tomen.

La sexta y última subcategoría de *trato irrespetuoso es la displicencia*, con 22 quejas correspondientes a 5,92 % del total. Los usuarios sintieron irrespeto al ser ignorados, despreciados o tratados con indiferencia. Se resumen estas en la tabla 8.

o preocupaciones, burlas y comentarios irónicos y descalificadores (17).

El concepto que tienen los usuarios de displicencia es un trato que transmite indiferencia y desagrado de parte del profesional, que surge de una relación asimétrica en la que el profesional pierde la perspectiva del paciente, un ser que, aunque esté vulnerable en su enfermedad, no es inferior por esta condición y, al contrario, necesita sentirse reconocido, valorado en sus necesidades y sujeto activo en su proceso de diagnóstico y tratamiento.

Segunda categoría: mal servicio y no garantía de derechos

El análisis de esta categoría se aborda en 4 subcategorías:

Tabla 9. Subcategorías de la categoría mal servicio y no garantía de derechos.

Subcategoría	Porcentaje
Vulneración de derechos	39
Demora en la prestación del servicio	37
Mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud	21
Actitud en la prestación del servicio	3

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

La primera subcategoría es la de vulneración de derechos, para lo cual se presentaron 83 quejas que corresponden al 22,37 % del total. Estas acciones se resumen en la tabla 10.

Tabla 10. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mal servicio y no garantía de derechos, subcategoría vulneración de derechos.

Queja del usuario
“Citación de varios pacientes a la misma hora”, “no dan de comer al paciente y cuando lo hacen se hace de mala gana”; “paciente con riesgo de suicidio, demora de más de 5 horas en llegar ambulancia por no ser urgencia vital, paciente fallece”; “entidad no atiende a menor de edad con urgencia médica por no registro de pago en EPS”; “paciente le reprograman en varias oportunidades cirugía urgente por no disponibilidad de salas ni suministros”; “malas condiciones físicas; capacidad instalada y aseo; infraestructura en urgencias inadecuada y no hay dotación para procedimientos”.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Para hablar de vulneración de derechos, se parte del Art. n.º 49 de la Constitución Política de Colombia que consagra el derecho a la salud, con connotación de fundamental, cuando la no atención de la persona amenace con poner en peligro el derecho a la vida (18).

Se deben considerar los valores inherentes al ser humano desde el inicio hasta el fin de la atención. Carlosama et al. cuestiona que “en ocasiones, se desconoce que el centro de la atención en salud es la persona humana y se dejan de lado los valores, principios y derechos, lo cual afecta la dignidad y calidad de vida de los actores implicados” (19).

La voz de los usuarios muestra la importancia que estos dan a que los prestadores comprendan y respeten sus derechos sin ningún tipo de discriminación, basados en la Constitución Política de Colombia art. 11 y 49 que habla sobre el derecho a la vida y al acceso a los servicios. El Estado debe llevar a cabo acciones que estén destinadas a la prevención y a dar herramientas de restitución de los derechos del usuario si estos han sido vulnerados (18).

La segunda subcategoría corresponde a la *demora en la prestación del servicio*; 80 quejas, con 21,56 % del total, corresponden a esta subcategoría. En la tabla 11 se ejemplifican algunas.

Tabla 11. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mal servicio y no garantía de derechos, subcategoría demora en la prestación del servicio.

Queja del usuario
“Demora para la atención de consulta externa; urgencias; hospitalización”
“No atención a la hora asignada para la cita”
“Demoras en la atención a pesar de la condición del paciente”
“Demora para la atención en ventanilla (trámites administrativos); entrega de medicamentos”
“Demoras en la atención de más de 8 horas”
“No disponibilidad de agenda”
“Demora de más de dos horas en la llegada del profesional y no atiende a ningún usuario”
“Paciente llega al servicio y no le indican solicitar ficha y la tienen esperando más de 3 horas y no la atienden. Al pedir nueva cita se la dan con dos meses de demora”
“Cita para exámenes prioritarios de menor de edad a más de 10 días”
“Menor de edad gestante la dejan por varias horas sin atención sentada en una silla”
“Paciente a quien le reprograman examen que lleva esperando mucho tiempo vulnerando su derecho a la atención oportuna”. “Demoras en la asignación de citas”
“Paciente menor de edad más de 7 días en urgencias esperando atención y exámenes”
“Demora en la llegada de la ambulancia”; “demoras en la atención por personal APH”

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Aunque dentro de la literatura revisada no se encontró una referencia específica al tema, se puede concluir que para los usuarios es un tema sensible, conceptualizándolo como la atención no oportuna de sus requerimientos en la programación de un servicio o en la atención de este. Tiempos no acordes con la necesidad o con lo programado.

La tercera subcategoría es la *mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud*, con 47 quejas correspondiente al 12,67 % del total. En estas se hace referencia al mal manejo, desconocimiento y no capacitación en los protocolos de atención por parte del personal asistencial y personal APH (atención prehospitalaria), las cuales se presentan en la tabla 12.

Tabla 12. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mal servicio y no garantía de derechos, subcategoría mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud.

Queja del usuario
“Falta de capacitación sobre el tema que atienden”; “no aplicación de protocolos por personal administrativo”; “mal manejo de protocolos en atención domiciliaria”; “paciente con amenaza de infarto no es atendida por personal y debe ser ingresada por taxista”; “personal de ambulancia se niega a subir a paciente con discapacidad a su sitio de vivienda, y manejan de forma temeraria poniendo en riesgo al paciente”; “a pesar de que usuaria manifiesta tener problemas de azúcar no le toman niveles porque la auxiliar no cree la manifestación de la usuaria”; “envían paciente a institución no adecuada para su condición poniendo en riesgo la vida”; “paciente en discapacidad mental que no se le permite acompañamiento de familiar, cae, convulsiona y pierde pieza dental”; “desconocimiento de protocolo para atención de paciente con enfermedad transmisible”; “personal de ambulancia que asiste a atender paciente de 90 años sin conocimiento de protocolos ante infarto”.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Boladeras propone realizar énfasis en la capacitación y sensibilización a los profesionales de la salud; de manera que no se trate a los pacientes como simples números o factores industriales que producen dinero (20). Por su parte, Correa-Pérez y Chavarro presentan la estrategia ABCDEF como un proceso de mejora ante las falencias en cuidado a pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), educando a los profesionales y generando herramientas en la aplicabilidad de protocolos (21). Adicionalmente, Delgado y Naranjo hablan de protocolos en las prácticas de enfermería para humanizar la atención y cambios en la formación del profesional que les permitan implementar estrategias con sentido ético y humano (22), y para la práctica en sí. Patiño resalta el mal manejo de los protocolos en experiencias de violencia sexual y la importancia del adecuado marco en capacitación para profesionales de la salud (23).

Los usuarios perciben desconocimiento y falta de protocolos para la atención oportuna, lo que propone que los profesionales se formen para prestar un buen servicio, cuidar al paciente con sentido ético, calidez y respeto, implementar habilidades comunicativas, atender a poblaciones vulnerables y construir conocimiento aplicando criterios gubernamentales; así mismo, desde las organizaciones, sería pertinente fortalecer los mecanismos de monitoreo y evaluación al cumplimiento de manuales, guías, protocolos etc., que minimicen el riesgo de atenciones no éticas e inseguras.

La cuarta subcategoría es la *actitud en la prestación de servicio*. Son 6 quejas, que corresponden al 1,62 % del total. En la tabla 13 se ejemplifican algunas de ellas.

Tabla 13. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mal servicio y no garantía de derechos, subcategoría actitud en la prestación de servicio.

Queja del usuario
“Realizan actividades personales en horario laboral”; “médico atiende de mala forma a paciente y ante su solicitud de mejorar trato la saca del consultorio y no genera la atención”; “por solicitar cambio de profesional el nuevo médico no atiende a paciente y le niega órdenes de exámenes”; “paciente se queja de incomodidad del centro de atención”.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Es claro que las actitudes de los profesionales facilitan u obstaculizan la relación con el usuario. Como indica Thomas et al., en la relación terapéutica es importante entender qué es lo que me define como persona para desarrollar una actitud al atender a un paciente (24).

A través de la voz de los usuarios se conceptualiza que la actitud del personal para prestarle el servicio es un conjunto de comportamientos que reflejan sus pensamientos y sentimientos acerca de ellos y sus familias, y que influyen en la percepción de la calidad de

la atención; por tanto, promover una adecuada actitud se convierte en un factor fundamental del trabajo con miras a una humanización de la atención.

Tercera categoría: *negligencia en la atención*

La tercera categoría que se examina es la *negligencia*, sobre la cual se recibieron 149 quejas correspondientes al 40,16 %. Se analiza a través de 4 subcategorías.

Tabla 14. Subcategorías de la categoría negligencia en la atención

Subcategoría	Porcentaje
No prestación del servicio	60
Inobservancia y no aplicación de protocolos y guías para la atención	27
No pertinencia e idoneidad profesional	12
No atención integral a necesidades del paciente	1

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 15 se ejemplifican algunas de ellas:

Tabla 15. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría negligencia en la atención con sus cuatro subcategorías.

Queja del usuario	Subcategoría
“No prestación del servicio de salud”; “niegan servicio al usuario”; “no entregan órdenes, ni medicamentos”; “no atención oportuna a pacientes desmejorando su condición”; “no prestación de servicios administrativos (autorizaciones, facturación, entrega de medicamentos)”; “no atención/colaboración por parte de personal APH”.	NO PRESTACIÓN DEL SERVICIO
“Desconocimiento de protocolos del personal administrativo”; “médico prescribe antibióticos al paciente a pesar de ser informado que es alérgico a los mismos causando daños al paciente”; “enfermeras no aplican medicamentos a paciente mayor de edad y sí registran en historia clínica exponiendo la vida del paciente”; “médica del servicio inicia medicamento a paciente con pérdida de conciencia sin hacer exámenes”; “médico aplica anestesia al paciente sin exámenes previos y sin considerar las condiciones del paciente”; “paciente ingresa y hacen mal diagnóstico y aplican tratamiento errado, lo que ocasiona que paciente ingrese a UCI”; “aplicación exagerada de líquidos que le produce edema pulmonar”; “solicita hospitalización e inicio de tratamiento sin valorarlo”; “enfermera aplica medicamentos a paciente sin la periodicidad determinada, siendo de 12 horas aplica cada 4, poniéndolo en riesgo”; “auxiliar de enfermería aplica medicamentos a pacientes gestantes sin autorización de médico tratante”; “paciente de 3 meses de edad que es atendido por estudiantes, quienes aplican mal medicamento causando daño al paciente”; “no hace valoración integral del paciente”; “paciente sufre quemaduras porque auxiliar deja caer sobre él el alimento caliente”; “tratamiento o procedimiento doloroso”.	NO OBSERVANCIA Y NO APLICACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS PARA LA ATENCIÓN
“Falta de pertinencia en el tratamiento o diagnóstico”; “paciente fallece por mala praxis, a pesar de haber solicitado traslado a hospital, el médico de EMI no lo considera necesario”; “falta de idoneidad”; “paciente fallece en realización de examen, a pesar del familiar haber solicitado no hacerlo, porque no estaba en óptimas condiciones”.	NO PERTINENCIA E IDONEIDAD PROFESIONAL
“Paciente menor de edad en estado de gestación la dejan por varias horas sin comer ni beber”; “no se suministran alimentos al paciente”.	NO ATENCIÓN INTEGRAL A NECESIDADES

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Díaz Amado plantea que “[...]las prácticas médicas y tecnológicas que afectan y comprometen el bienestar de las personas enfermas, incluyendo el maltrato [...], la negligencia, [...] y el incumplimiento de lo que prescriben las mismas leyes para la buena atención y asistencia del servicio de la salud como derecho, [...] permanecen como algo que ya identifica el servicio de la salud en Colombia” (25). Así mismo, se presenta una dicotomía entre la objetividad y la subjetividad que se puede presentar en el proceso de atención, para Díaz Amado la negligencia es resultado de un error humano “representada en esa lucha feroz de la objetividad por imponerse a la subjetividad del médico, representada por sus deseos, emociones, creencias, valores, dudas y temores” (25). Entonces, con lo planteado por los ciudadanos, se evidencia un sistema de salud con sus agentes, realizando acciones mayoritariamente reactivas, como lo refiere Zapata en su estudio, donde plantea que los profesionales solo tomaron acciones cuando las gestantes luego de ir en repetidas ocasiones a urgencias llegaban al servicio con complicaciones (26).

Se conceptualiza que para los usuarios la negligencia se observa en la no prestación de los servicios de salud, el desconocimiento de protocolos por parte del personal administrativo, la falta de pertinencia en el tratamiento o diagnóstico, la no valoración integral del paciente previo a su tratamiento, la no entrega de órdenes médicas ni medicamentos, y no brindar una atención oportuna, desmejorando su condición de salud; todo lo cual no favorece una atención diligente y de calidad.

Cuarta categoría: *comportamiento abusivo y falta de ética*

En el análisis, la cuarta categoría corresponde al *comportamiento abusivo y falta de ética*, del total de las quejas analizadas, 46, es decir un 9,76 %, se relacionan. De estas, 82,61 % refieren conducta abusiva e inmoral y 17,39 % condiciones laborales arbitrarias.

Tabla 16. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría comportamiento abusivo y falta de ética.

Subcategoría	Porcentaje
Conducta abusiva e inmoral	83
Condiciones laborales arbitrarias	17

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Los usuarios se quejan por la violación al principio del sigilo profesional, la deshonestidad reflejada en hurto de sus pertenencias, la utilización indebida de datos personales, los tratos degradantes por parte del personal médico y el abuso de autoridad como acciones que generan desconfianza e insatisfacción. En la tabla 17 se resumen estas quejas.

Tabla 17. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría comportamiento abusivo y falta de ética con sus dos subcategorías.

Queja del usuario	Subcategoría
“Paciente se queja de abuso sexual de médico tratante”; “personal de ambulancia se lleva maletín de usuario con todas sus pertenencias y no lo regresa”; “paciente se queja de sufrir abuso sexual de enfermero de la noche. Aplicó medicamento sedante”; “auxiliar de enfermería se hace pasar por médico y atiende pacientes”; “actos de corrupción”; “auxiliar de farmacia cobra cuota moderadora a usuaria siendo medicamento pos que no paga cuota”; “violación del sigilo profesional”; “utilización de datos personales de los pacientes para otros fines”.	CONDUCTA ABUSIVA E INMORAL (ÉTICA)
“Acoso y maltrato laboral”; “médico de ambulancia trata con lenguaje soez al resto del personal frente al paciente y su familia”.	CONDICIONES LABORALES ARBITRARIAS

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Ávila analiza que a partir del Encuentro Nacional de Tribunales de Ética Médica “se asoció la deshumanización de la atención en salud con el riesgo moral presente en los diferentes roles en las relaciones médico-paciente- sistemas de salud- aseguradoras- las instituciones de salud- industria farmacéutica”. Según el autor, este riesgo moral está presente desde la misma formación de pregrado y postgrado (27).

Ariza afirma que “las instituciones universitarias están llamadas a inculcar los valores morales y éticos como eje transversal a través de todo el proceso formativo, con el propósito de lograr la excelencia y el mejor adiestramiento posible.” (28).

Se puede conceptualizar que para los usuarios es importante la formación integral de los profesionales y una atención basada en la ética y la moral, resaltando la importancia del reconocimiento y el respeto a la dignidad humana.

Quinta categoría: *mala comunicación e información*

Esta quinta categoría corresponde al 14,22 % del total con 67 quejas. Se analizan a través de 3 subcategorías.

Tabla 18. Subcategorías de la categoría mala comunicación e información.

Subcategoría	Porcentaje
Fallas en la información y comunicación al paciente y su familia	53
Barreras en la atención	34
Deficiencias en la comunicación médico-paciente	13

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En el cuadro 13 se ejemplifican a través de las verbalizaciones de los usuarios.

Tabla 19. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mala comunicación e información con sus tres subcategorías.

Queja del usuario	Subcategoría
"Paciente se queja de atención de línea 123 no envía ambulancia por considerar que la paciente dice mentiras en sus síntomas"; "no entregan órdenes completas"; "hospital no indica los trámites y costos a los pacientes al ingreso, lo que ocasiona un gasto que los familiares no pueden cubrir"; "paciente no se le informa trámite de documentos, después de estar largo tiempo en el servicio lo llaman para volver a dejar documentos"; "al solicitar ambulancia para paciente de 91 años, con neumonía, y preguntar cuánto se demora en llegar, la auxiliar de la línea responde: no sé, ellos llegan cuando puedan"; "paciente mayor de edad no es atendida por ser agendada a una IPS diferente. No dan información adecuada".	Fallas en la información y comunicación al paciente y familia 63 %
"Trámites administrativos complicados; barreras administrativas"; "a paciente mayor de edad, después de estar 3 horas esperando atención, le indican que no lo atienden por no llevar acompañante, sin haber sido informado antes de esta condición"; "barreras asistenciales".	Barreras en la atención 27 %
"No establece comunicación con el paciente y/o familiar"; "falta de empatía del médico tratante con el paciente"; "no saluda al paciente".	Deficiencias en la comunicación médico-paciente 10 %

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

García-González y Rueda refieren que el consentimiento informado es una "herramienta que permite el diálogo y la comprensión entre médicos y pacientes en la atención digna", y al mismo tiempo empodera al paciente para que asuma los riesgos y beneficios del tratamiento a través de la toma de decisiones, demostrando respeto por la autonomía (29).

Rojas y González mencionan que "el desarrollo de habilidades comunicativas es esencialmente importante para garantizar eficiencia en los servicios de salud" (30). Del mismo modo, Onor y Misan definen que "una entrevista clínica bien gestionada sienta las bases para una buena relación médico-paciente" (31).

Se conceptualiza a través de lo expresado por los usuarios, que la comunicación es un factor fundamental en la relación médico-paciente-familia, que facilita la precisión en el diagnóstico, la definición del tratamiento, la comprensión de las indicaciones y la adherencia al tratamiento por parte del paciente y su familia. Esto se concreta en acciones tan sencillas como saludar al paciente, mirarlo a los ojos, escuchar atentamente sus inquietudes y responder a ellas, ser empático y utilizar un lenguaje sencillo.

Sexta categoría: *discriminación y no enfoque diferencial*

Para esta sexta y última categoría analizada se recibieron 89 quejas, que son el 18,9 % del total. En la tabla 18 se resumen estas manifestaciones.

Tabla 20. Subcategorías de la categoría discriminación y no enfoque diferencial.

Subcategoría	Porcentaje
No atención diferencial - Grupo etario ciclo de vida	54
No atención diferencial por condiciones de salud	29
No atención diferencial por condiciones socioeconómicas, culturales y políticas	10
No atención diferencial por identidad de género	7

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 14 se relacionan algunos ejemplos de lo manifestado por los usuarios.

Tabla 21. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría discriminación y no enfoque diferencial con sus subcategorías.

Queja del usuario	Subcategoría
"Paciente de 93 años que requiere silla de ruedas no es considerada por el personal de vigilancia quienes niegan la silla y debe hacer esfuerzos adicionales para caminar sin poder hacerlo"	No atención diferencial grupo etario - ciclo de vida 54 %
"Paciente con discapacidad física y mental es agredido físicamente por médico de ambulancia y niega el servicio", "paciente con Alzheimer no recibe el cuidado requerido del personal - se da salida y paciente fallece"; "paciente con autismo es tratado de forma agresiva física y verbalmente por psicóloga que lo atiende"; "familiar de paciente se queja que es requerida su presencia permanente para bañar y cuidar al paciente con discapacidad, porque el equipo asistencial no tiene tiempo de hacerlo. Descuidan al paciente".	No atención diferencial por condiciones de salud 29 %
"Paciente transgénero discriminada, no utilizan su nombre identitario".	Por identidad de género 7 %
"Persona víctima de conflicto armado es tratada con agresividad"; "usuaria es discriminada por su forma de vestir y su apariencia y no le prestan el servicio ni el baño cuando lo solicita"; "Víctima de desplazamiento a quien asignan cita no puede asistir por no tener el tiempo. Es amenazado por la persona de la línea con retirarlo del sistema. Grosera en el trato"; "discriminación por afinidades políticas".	No atención diferencial por condiciones socioeconómicas, culturales y políticas 10 %

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

La página web de la Secretaría Distrital de Gobierno muestra lo siguiente con respecto al enfoque diferencial:

permite visibilizar, identificar y reconocer condiciones y situaciones particulares y colectivas de la desigualdad, fragilidad, vulnerabilidad, discriminación o exclusión de las personas o grupos humanos que son sujeto de especial protección constitucional, que requieren de acciones integradas de protección y restitución de los derechos vulnerados, apuntando de manera inmediata a atender los daños causados y a identificar y afectar simultáneamente los factores que generan o reproducen la discriminación, desigualdad y exclusión (32).

Patiño menciona que “el desconocimiento de las políticas y protocolos de atención [...] la deshumanización o cosificación de los servicios” son factores que influyen en la vulneración a los derechos de las poblaciones víctimas de violencia sexual, y por ende causan un mayor perjuicio al revictimizar (23). Fonseca et al. manifiestan que la atención al niño en hospitalización limita su capacidad de “exponer sus miedos, ansiedades y dudas, ante la hospitalización”. Proponen incluir actividades lúdicas que le permitan “comprender su estado real de salud y colaborar para que el entorno hospitalario sea menos agresivo y hostil” (33). Igualmente, Ribeiro et al. afirma que “estas acciones se configuran como intervenciones terapéuticas que facilitan la interacción entre los niños y el personal, generando un ambiente alegre y sereno, contribuyendo a la calidad de las relaciones humanas” (34, p.537).

Conclusiones

En el marco de la propuesta de la política nacional de humanización de la salud “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana” 2021-2031 resulta determinante incluir la manera como se crean relaciones en la atención en salud, las cuales están mediadas dependiendo de los intereses en torno al poder de cada agente, que se ven reflejados a través de sus emociones, pensamientos y comportamientos (4), como lo menciona Foucault, el poder no es algo que posee la clase dominante; postula que no es una propiedad sino que es una estrategia. Es decir, el poder no se posee, se ejerce (35).

Por tanto, es importante entender que este debe ser considerado como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social, más que como una instancia negativa que tiene como única función reprimir.

La revisión y análisis de la voz de los ciudadanos en el 2019 permite reconocer que lo que más afecta su percepción frente al concepto de trato deshumanizado fue el manejo irrespetuoso, seguido por el mal servicio y no garantía de derechos, la negligencia en la atención, la discriminación y no enfoque diferencial, la mala comunicación y, por último, el comportamiento abusivo y sin ética.

La categoría con más quejas que correspondió al *trato irrespetuoso* fue percibida por ellos a través de comportamientos como maltrato verbal y no verbal, el maltrato físico, el maltrato psicológico, la descalificación y la displicencia. Todos estos aspectos parten de una posición existencial de superioridad de parte de quienes prestan el servicio, ya sea asistencial, administrativo o de apoyo, atribuyéndose el derecho a irrespetar al usuario e ignorar su condición intrínseca de dignidad que implica la necesidad que todos los seres humanos sean tratados con igualdad y puedan gozar de los derechos fundamentales que de ello derivan.

El mal servicio se relaciona, según los ciudadanos, con la vulneración de sus derechos, el mal manejo de protocolos, la falta de formación, la mala actitud de los profesionales y las demoras en la atención. Influyen, igualmente, aspectos relacionados con la formación en salud, que a pesar de la riqueza de las reflexiones y revisiones que se proponen en la literatura y que han concluido que es necesario reevaluar la formación de los profesionales en cuanto a las prioridades en competencias, para dar mayor espacio a aquellas relacionales, del ser y en especial las habilidades sociales, esto parece seguir siendo un discurso al que no se le ha dado ninguna relevancia en la academia y algunas instituciones de salud.

Es determinante el compromiso de la academia en la formación integral del personal de la salud, la cual debe exigir no solo una elevada preparación técnica y científica sino una avanzada formación humanista que promulgue el desarrollo de las habilidades, destrezas, actitudes y valores que deben estar presentes hoy día en este personal.

Igualmente, la reflexión debe llevar a valorar las condiciones laborales en las que trabaja el personal de la salud, las cuales inciden de manera directa en la prestación de los servicios; situaciones de alta demanda de trabajo y de desarrollo de atenciones en condiciones inseguras pueden acarrear comportamientos relacionados con la ansiedad, miedo, incertidumbre, agresividad, depresión, estrés, entre otros.

Finalmente, es importante superar la creencia que humanizar significa únicamente un asunto de buenos modales o calidez en la atención; se hace necesario apuntar de forma directa a una transformación cultural y estructural del mismo sistema.

Por lo anterior, se puede concluir que **un trato digno** y respetuoso, que garantice los **derechos** a través de una atención **de cuidado pertinente, ético y seguro**, que promueva una cultura centrada en la buena **comunicación e información, sin discriminación** y con predominio de un **enfoque diferencial**. (SDS – *Investigación humanización SDCSSS 2021- Percepción de los Ciudadanos*), es el verdadero significado que expresan los usuarios frente a una atención humanizada.

Conflicto de intereses: los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

Financiación: no se recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación.

Referencias

1. Spinsanti S. Bioética global o la sabiduría para sobrevivir. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1998;7:9-19.
2. Gutiérrez F. La humanización de (en) la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2017;10(1):29-38.
3. Departamento Nacional de Planeación. Implementación Bogotá nos cuida, un Modelo de Salud para una ciudadanía plena [Internet]. Bogotá; 2020. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/201_sds_2020110010164_7827_0.pdf
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Humanización en Salud. Entretejemos Esfuerzo en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana 2021-2031. [Internet]. Bogotá; 2020. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/09/Proyecto-en-borrador-Politica-de-Humanizacion-en-Salud.pdf>
5. Alcaldía de Bogotá. Acuerdo no. 761 de 2020, junio 11. Por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2020-2024 “un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”. 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93649> <https://bogota.gov.co/asi-va-el-plan/files/Plan%20Distrital%20de%20Desarrollo.pdf>
6. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993, octubre 4. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
7. Ospina DP, Cristancho SM, Lafaurie MM, Rubio DC. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. Revista Cuidarte. 2020;11(2):1-13. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1005>
8. Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. BMC pregnancy and childbirth. 2003; 13(1):74. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>
9. Rojas MM, González ME. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2018;32(3):236-243.
10. Meyer J. Cambia tus palabras, cambia tu vida. New York: FaithWords; 2012.
11. Cruz C, La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2020;9(1):21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>

12. Burgos M, Paravic T. Violencia hospitalaria en pacientes. *Cienc. Enferm.* 2003; 9(1):9-14. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000100002>
13. Bernal Aguirre, LC. Humanización en la prestación de servicios de salud de la empresa social del estado de primer nivel de atención “ESE Salud Aquitania” [tesis de especialización]. Boyacá, Colombia: Universidad Santo Tomás; 2015. <https://doi.org/10.15332/tg.esp.2019.00049>
14. Watson J. *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League of Nursing; 1988. 158.
15. Azeredo YN, Schraiber LB. Authority, power and violence: a study on humanization in health. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e190838. <https://doi.org/10.1590/interface.190838>
16. Duque-Castro JA, Ortíz-Urbano J, Rengifo-Arias DM. Entorno cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos. *MedUNAB*. 2018;21(2):60-68. <https://doi.org/10.29375/01237047.2799>
17. Mejía CM, Faneyra L, Molina DP, Arango JD. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. *Invest. Educ. Enferm.* 2018;36(1):e03. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>
18. Constitución Política de Colombia. 7 de julio de 1991 (Colombia). Artículos 11 y 49.
19. Carlosama D, Villota N, Benavides V, Villalobos F, Hernández E, Matabanchoy S. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*. 2019;23(2):245-262. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
20. Boladeras M, Padilla M. (coord.), *Bioética del cuidar: ¿qué significa humanizar la asistencia?*, Tecnos: Madrid, 2015, 293 p.
21. Correa-Pérez L, y Chavarro GA. Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2020;21(1):77-82. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>
22. Delgado AI, Naranjo ME. El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo. *Av.enferm.* 2015;33(3):412-419. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.42015>
23. Patiño AP. Problemática de la primera atención en salud a mujeres víctimas de abuso sexual. *Criterio Jurídico Garantista*. Fundación Autónoma de Colombia. 2016;9(15):180-195. <https://doi.org/10.26564/21453381.650>
24. Thomas H, Mitchell G, Rich J, Best M. Definition of whole person care in general practice in the English language literature: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(12):1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023758>
25. Díaz Amado E. Editor. *La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. Primera edición. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética; 2017. 420 p. <https://doi.org/10.2307/j.ctv893jjj>
26. Zapata TM. Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios de Salud de Lima Norte [tesis de maestría]. Lima, Perú: Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/16535>
27. Ávila JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*. 2017;30(2):216-229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>
28. Ariza C. Soluciones de humanización en salud en la práctica clínica. *Enfermería universitaria ENEO-UNAM*. 2012;9(1):45-51.
29. García-González DE, Rueda XA. Cancer: a perspective of human dignity and informed consent from ethics and justice. *Rev. Salud Pública*. 2020;22(3):1-5. <https://doi.org/10.3390/cancers12010229>
30. Rojas MM, González ME. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. *Educación Médica Superior*. 2018;32(3):236-243.

31. Onor ML, Misan S. The Clinical Interview and the Doctor–Patient Relationship in Telemedicine. *Telemedicine and E-Health*. 2005;11(1):102-105. <https://doi.org/10.1089/tmj.2005.11.102>
32. Secretaría Distrital de Gobierno. Enfoque diferencial [Internet]. Disponible en: <https://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/enfoque-diferencial#:~:text=El%20enfoque%20diferencial%2C%20configura%20la,especial%20protecci%C3%B3n%20constitucional%2C%20que%20requieren>
33. Fonseca M, Costa MADJ, Souza PTL, Pinto RNM, Morais GSDN, Duarte MCS. O Lúdico como Estratégia de Comunicação para a Promoção do Cuidado Humanizado com a Criança Hospitalizada. *Revista Brasileira de Ciências de la Salud*. 2014;17(4):393–400. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2013.17.04.11>
34. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehrn MB. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(3):530-539. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020>
35. Talleres Nómada. La razón del estado. Michel Foucault. [video en internet]. Youtube. 19 de octubre de 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=yRlCavqgzd>

Fecha de recepción: 13 de diciembre de 2021

Aceptado para publicación: 25 de noviembre de 2022

Correspondencia:

*Leonardo Fabio Garzón-Leguizamón
lfgarzon@saludcapital.gov.co*

Bogotá D.C., Colombia

Evaluación de la calidad del aire y observación de microfauna acuática en la ciclorruta del humedal Juan Amarillo de Bogotá, 2022: un ejercicio de ciencia ciudadana

Evaluation of air quality and observation of aquatic microfauna on the Juan Amarillo wetland cycle route in Bogotá, 2022: an exercise in citizen's science

Avaliação da qualidade do ar e observação da microfauna aquática na ciclovia do pântano Juan Amarillo em Bogotá, 2022: um exercício de ciência cidadã

Grupo de Salud Ambiental y Laboral - Instituto Nacional de Salud (INS), Bogotá (Colombia)*
Escuela corporal Dalamatia, Bogotá (Colombia)*

Resumen

Objetivo: durante los últimos años, las actividades de ciencia ciudadana han cobrado mayor interés, debido a que contribuyen a la recopilación de nueva información y a generar nuevas preguntas de investigación. El propósito de este trabajo es presentar un ejercicio de ciencia ciudadana enfocado en la evaluación de la calidad del aire y la caracterización de microfauna acuática del humedal Juan Amarillo de la ciudad de Bogotá. **Métodos:** se diseñó un estudio longitudinal desde la perspectiva de la ciencia ciudadana que involucró mediciones de material particulado 2,5 (PM_{2,5}) en la ciclorruta del humedal Juan Amarillo. El recorrido fue dividido en dos zonas. Se realizó una caracterización de la microfauna acuática residente en el humedal mediante observación con microscopio óptico y estereoscopio. **Resultados:** las concentraciones de PM_{2,5} fueron significativamente mayores en la zona 1 comparadas con las de la zona 2 ($p < 0,001$). Se identificaron diferentes especies de macroinvertebrados pertenecientes a los grupos

* Lista completa al final del documento.

Gastropoda, Oligochaeta, Hirudínea. **Conclusiones:** se estableció una relación entre la concentración de PM_{2,5} y las condiciones ambientales de la ruta. Se identificaron algunos microorganismos que podrían ser usados como bioindicadores de la calidad del agua. Las actividades de ciencia ciudadana pueden ser útiles para acercar a niños(as) a la ciencia.

Palabras clave: ciencia ciudadana, contaminantes ambientales, humedal, material particulado.

Abstract

Objective: During recent years, citizen's sciences activities have gained greater interest, because they contribute to the collection of new information and to generating new research questions. The objective of this work is to present a citizen's science exercise focused on the evaluation of air quality and the characterization of aquatic microfauna on the Juan Amarillo wetland in the city of Bogotá. **Methods:** A longitudinal study was designed from the perspective of citizen's science that involved 2.5 (PM_{2.5}) particle material measurements on the Juan Amarillo wetland cycle route. The route was divided into two areas. The aquatic microfauna inhabiting the wetland was characterized through observation with an optic microscope and a stereoscope. **Results:** The PM_{2.5} concentrations were significantly greater in area 1 compared with those in area 2 ($p < 0.001$). Different macroinvertebrate species were identified, belonging to the Gastropoda, Oligochaeta, Hirudinea groups. **Conclusions:** A relationship was established between the PM_{2.5} concentration and the route's environmental conditions. Some microorganisms were identified that may be used as bioindicators of water quality. Citizen's science activities can be useful to get children interested in science.

Keywords: Citizen's science, environmental pollutants, wetland, particulate material.

Resumo

Objetivo: durante os últimos anos, as atividades de ciência cidadã ganharam um interesse crescente, uma vez que contribuem para a coleta de novas informações e geram novas questões de pesquisa. O objetivo deste trabalho é apresentar um exercício de ciência cidadã focado na avaliação da qualidade do ar e na caracterização da microfauna aquática do pântano Juan Amarillo na cidade de Bogotá. **Métodos:** desenhou-se um estudo longitudinal desde a perspectiva da ciência cidadã que envolveu medições de material particulado 2,5 (PM_{2,5}) na ciclovía do pântano Juan Amarillo. O percurso foi dividido em duas zonas. Foi realizada uma caracterização da microfauna aquática residente no pântano através da observação com microscópio óptico e estereoscópio. **Resultados:** as concentrações de PM_{2,5} foram significativamente maiores na zona 1 em comparação com a zona 2 ($p < 0,001$). Foram identificadas diferentes espécies de macroinvertebrados pertencentes aos grupos Gastropoda, Oligochaeta e Hirudínea. **Conclusões:** foi estabelecida uma relação entre a concentração de PM_{2,5} e as condições ambientais do percurso. Foram identificados alguns microorganismos que poderiam ser utilizados como bio-indicadores da qualidade da água. As atividades de ciência cidadã podem ser úteis para aproximar as crianças da ciência.

Palavras chave: ciência cidadã, poluentes ambientais, pântano, material particulado.

Introducción

La ciencia ciudadana –también conocida como ciencia comunitaria, ciencia colectiva, ciencia colaborativa– ha sido, durante los últimos 20 años, una nueva forma de aproximarse a los problemas de investigación, con un enfoque que trasciende del aprendizaje formal (1,2). Este tipo de investigación involucra personas cuya actividad diaria no es investigar, pero que están interesadas en diseñar y responder preguntas relacionadas con un problema de investigación (3). Así las cosas, la ciencia ciudadana incluye personas que tienen interés en servir a la comunidad en general para la solución de una necesidad, en colaboración con científicos, profesionales e instituciones científicas (4,5).

Dentro de las principales fortalezas de este tipo de aproximaciones a la investigación se encuentra que, a partir del conocimiento no formal, se pueden formular preguntas interesantes que pueden contribuir con la generación de nuevas maneras de abordar un problema (6,7). A través de la ciencia ciudadana se contribuye a inspirar a las personas, incluidos niños, niñas y adolescentes, a que se aproximen a las disciplinas STEM (ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas), promoviendo vocaciones en estos campos de acción de manera temprana (4,8), así como a la formación de pensadores críticos (9).

Si bien en Colombia existen experiencias exitosas en torno al tema de ciencia ciudadana, desarrolladas a través de la colaboración Cochrane - CROWD (10), el Instituto Von Humboldt y plataformas como iNaturalist (11), los proyectos relacionados con salud ambiental y salud humana en el país son escasos (12,13).

Desde el proyecto ITHAQUITA (Air Contamination And Health Effects in Microenvironments in Bogotá) realizado por el Instituto Nacional de Salud (INS), la Universidad Manuela Beltrán y la Universidad de los Andes, se ha logrado llevar a cabo la caracterización de los factores que determinan la exposición a contaminantes en el aire en cinco rutas de la ciudad de Bogotá, así como evaluar el efecto en el corto plazo sobre la salud respiratoria de usuarios de transporte motorizado y no motorizado (14-16).

A partir de esta línea, los investigadores del proyecto ITHAQUITA planearon el diseño de una investigación que incluyera a niños y niñas entre los 4 y 12 años,

pertenecientes a la Escuela Corporal Dalamatia, con el objetivo de que participaran en las mediciones de calidad del aire y el conocimiento de la composición de fauna microscópica residente en el humedal Juan Amarillo de la ciudad de Bogotá y su importancia como bioindicador de la calidad del agua.

Una vez presentada la actividad a los niños y las niñas se formularon con ellos las siguientes preguntas de investigación: ¿cómo varía la calidad del aire en las distintas zonas del trayecto de la ciclorruta que rodea la zona sur occidental del humedal Juan Amarillo?, ¿qué tipo de fauna microscópica habita el humedal?

Métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio longitudinal, desde la perspectiva de la ciencia ciudadana, enfocado en evaluar la calidad del aire en el recorrido de la ciclorruta del humedal Juan Amarillo de la localidad de Engativá (17). El estudio involucró como coinvestigadores a niños y niñas de la Escuela Corporal Dalamatia. Ellos(as) participaron en la formulación de las preguntas, después de una breve capacitación que incluyó la apropiación y adopción de una serie de conceptos claves, siguiendo las recomendaciones de la estrategia Ondas del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (18) para el análisis de los datos y la información obtenida.

Localización

El estudio se realizó en el humedal Juan Amarillo, costado occidental, entre las calles 80 y 90, y carreras 118C y 104. Para efectos del análisis, el recorrido fue dividido en dos fragmentos de iguales proporciones (4 km ida y regreso) (zona 1 y zona 2) (figura 1).

El triángulo azul demarca el punto de inicio y llegada de ambos recorridos. El recorrido uno inicia en el triángulo y sigue la dirección de la flecha naranja. Posteriormente, se retorna al punto de partida y se sigue en dirección de la flecha verde hasta el punto de recolección de las muestras de agua (estrella roja). Finalmente, se retorna al punto de origen (triángulo azul).

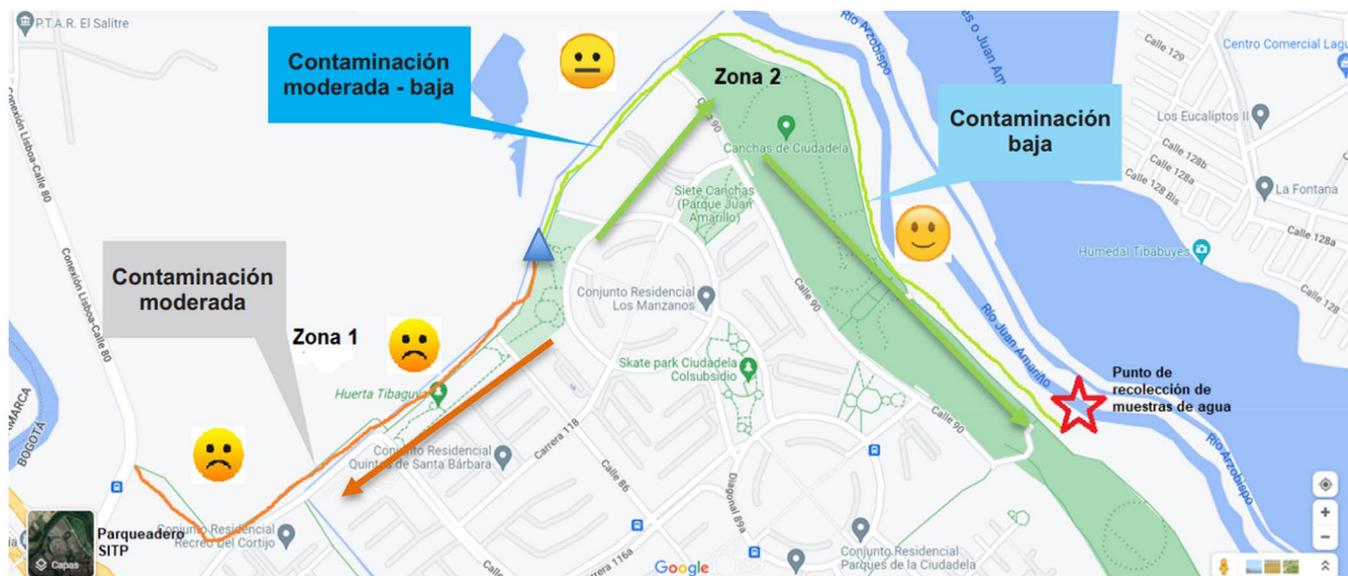


Figura 1. Plano de rutas de la visita al humedal Juan Amarillo, Tibabuyes, localidad de Suba, Bogotá.

Fuente: tomado de Google Maps.

Evaluación de la calidad del aire

Se realizó un recorrido guiado en bicicleta por las rutas establecidas. Para evaluar la calidad del aire se usó un dispositivo de bajo costo (AireCiudadano®) que permite cuantificar la cantidad de material particulado 2,5 (PM_{2,5}) presente en el aire por medio de fotometría. Los dispositivos fueron sincronizados con el GPS de un dispositivo móvil Android (figura 2). Los registros tomados por el dispositivo AireCiudadano® V.8.2 se descargaron en formato JSON y luego fueron transformados en CSV (19).

El recorrido fue dividido en dos segmentos de igual tamaño (4 km). Con ayuda de los datos del GPS del dispositivo móvil se identificaron las zonas del trayecto que tuvieron las mayores concentraciones de PM_{2,5}. Se realizó una comparación de medianas y rango intercuartílico (RIQ) usando la prueba U de Mann-Whitney (20).

Toma de muestras de agua

Cada uno de los participantes de la actividad, con la asistencia de un intérprete ambiental de la Secretaría Distrital de Ambiente, tomó una muestra de agua en la zona del humedal que corresponde a la Chucua Colsubsidio, específicamente en el punto denominado “Biofiltro”. Las muestras fueron selladas herméticamente y llevadas al laboratorio de campo.

Análisis de las muestras de agua

Previo a la realización de la actividad de campo se diseñó una guía para la caracterización de la microfauna residente en aguas del humedal Juan Amarillo. La guía fue elaborada por bacteriólogas y biólogas del Grupo de Investigación de Salud Ambiental y Laboral del Instituto Nacional de Salud (Material suplementario).

Cada niño y niña, con ayuda de uno de los investigadores del grupo, tomó su muestra de agua, realizó su identificación y posteriormente, con una pipeta Pasteur, ubicó una gota de agua en una lámina portaobjetos. Con la asistencia de los profesionales del grupo, los microorganismos se ubicaron en el microscopio y en el estereoscopio, para su observación.

Aspectos éticos

La recolección de muestras de agua y especies se realizó con el acompañamiento de personal técnico del Instituto Nacional de Salud y de la Secretaría Distrital de Ambiente.

Previo participación de los niños y las niñas se obtuvo el consentimiento informado de parte de los padres, que autorizaron su participación y la toma de registros fotográficos y videos durante el evento.

Los especímenes recolectados no fueron sacrificados, al final del evento fueron devueltos a las aguas del humedal Juan Amarillo.

El proyecto ITHAQUITA contó con el aval del Comité de Ética y Técnico del INS.

Resultados

Se realizó un recorrido en bicicleta que tuvo una distancia de 8 km. La zona 1 se recorrió en 30 minutos, mientras que la zona 2 tuvo una mayor duración (105 min) debido a que en este segmento se recolectaron las muestras de agua (figura 1).

Evaluación de la calidad del aire

La zona 1 estuvo caracterizada por una menor presencia de árboles, un parqueadero de buses del Sistema Integrado de Transporte Público de Bogotá (SITP) y circulación de automotores como camiones, buses SITP, ciclomotores y motocicletas. Se identificó que la cercanía a ciclomotores incrementó los picos de material particulado en el registro del medidor portátil. Así mismo, el 58% (n=7/12) de los participantes manifestaron reconocer cambios en la percepción del olor.

Por otro lado, la zona 2 del recorrido tuvo una mayor presencia de árboles y ausencia de tráfico automotor. No se identificaron emisores móviles ni fijos de contaminantes ambientales. No obstante, el 100% de los participantes manifestó que en la zona había presencia de olores desagradables.

Las concentraciones de PM_{2,5} fueron significativamente mayores en la zona 1 comparadas con las de la zona 2 (p<0,001) (tabla 1, figura 2).

Tabla 1. Concentraciones de PM_{2,5} en los recorridos.

Segmento de la ruta	Concentración PM _{2,5} µg m ⁻³ (Mediana - Rango intercuartílico)	p
Zona 1	21 (RI=2)	<0,001
Zona 2	19 (RI=6)	

Fuente: datos del estudio.

En la figura 2A se observan los registros de las concentraciones de PM_{2,5} tomados durante el recorrido en bicicleta.

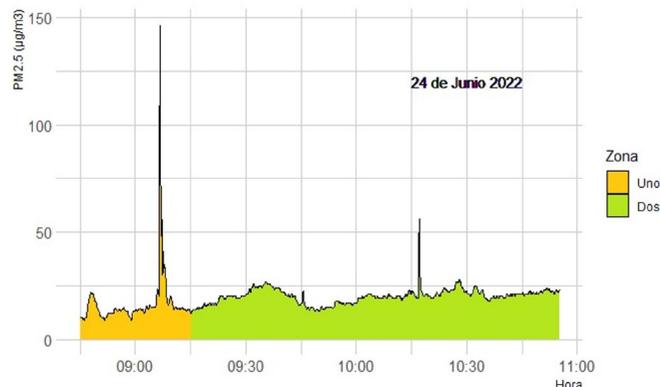


Figura 2A. Superior Registros de concentraciones de PM_{2,5} durante el recorrido en bicicleta. B. Medidor de material particulado AireCiudadano®.

Fuente: datos del estudio.

Análisis de las muestras de agua e identificación de especies al microscopio y estereoscopio

Con base en la guía elaborada y por medio de la observación a través de un microscopio y un estereoscopio, se inició el reconocimiento y la identificación de especies de microorganismos invertebrados colectados durante el muestreo y se procedió a su registro.

Registro de especies

Se ubicaron diferentes microorganismos presentes en las muestras, se tomaron fotografías que permitieron la documentación de cada uno de los especímenes recolectados y, para su registro, los niños realizaron dibujos de los organismos observados (figura 3).

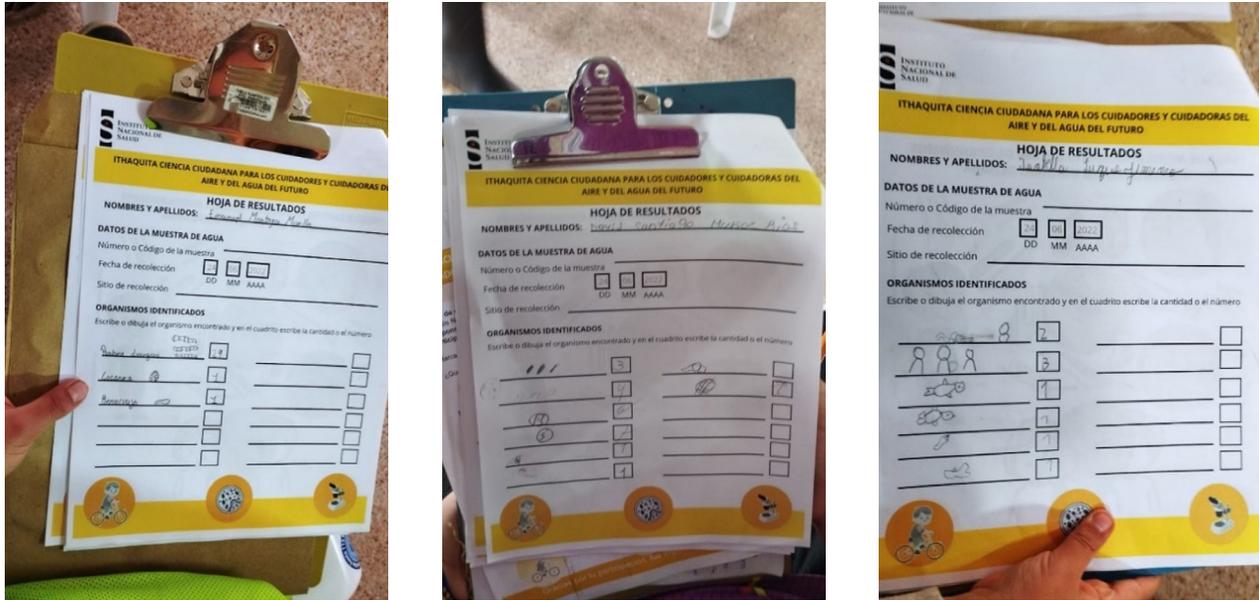


Figura 3. Registro de los organismos documentados.

Fuente: archivos del estudio.

Organismos identificados

Los niños lograron reconocer diferentes especies de microinvertebrados pertenecientes a los grupos Gastropoda, Oligochaeta, Hirudínea, así como larvas de insectos de los órdenes Díptera, Odonata.

Se observaron diferentes estadios de renacuajos de la rana sabanera *Dendropsophus molitor*. En campo se

reconocieron diferentes especies de plantas acuáticas: sombrilla de agua (*Hydrocotyle ranunculoides*), buchón de agua (*Eichhornia crassipes*), lentejas de agua (*Lemna spp*), sombrilla de agua (*Hydrocotyle ranunculoides*), junco (*Juncus effusus*). Bajo el microscopio se logró el reconocimiento de especies de algas cianofíceas, clorofíceas, euglenofíceas y diatomeas (figura 4).



Figura 4. Registro fotográfico de actividades de la jornada ITHAQUITA.

Fuente: archivos del estudio.

Discusión

Las actividades de ciencia ciudadana son cada vez más frecuentes en el entorno científico. Sin embargo, la mayor parte de estas se centra en ciencias de la vida como la biología. Hasta donde sabemos, esta es la primera experiencia documentada de ciencia ciudadana sobre calidad del aire y humedales en el contexto de Bogotá.

El estudio encontró que existen elementos en el entorno que son capaces de influir en las concentraciones de PM_{2.5}, entre las que se destacan la ubicación cercana a parqueaderos y avenidas. Estos hallazgos son coincidentes con lo reportado en la literatura donde se sostiene que dentro de los principales determinantes de la exposición personal se encuentran el tipo de vehículos y la cercanía de las ciclorrutas a las fuentes emisoras móviles (15,21).

Si bien el proceso de muestreo no fue sistemático, los hallazgos de la observación de macroinvertebrados coinciden con los reportes realizados en años anteriores en la zona baja y la Chucua de Colsubsidio del humedal, que reportaron la presencia de organismos del orden Amphipoda, Gastropoda, Oligochaeta, Hirudínea y Odonata (22).

Por otro lado, se pudo determinar la presencia de especies de macroinvertebrados en las aguas del humedal Juan Amarillo, lo que sugiere que, a pesar de las intervenciones que han contribuido a contaminar las aguas del humedal, existe un nivel alto de resiliencia en el ecosistema. Si bien estos hallazgos podrían ser incluso incidentales, permiten mostrar a la ciudadanía que el humedal es más que un lugar de aves de paso y de reciclaje de aguas. El humedal constituye un ecosistema vivo al que las personas pueden contribuir a mejorar (23).

A través de la ITHAQUITA se incentivó la curiosidad y la capacidad de asombro en los niños y las niñas participantes, además de motivar el interés por la realización de actividades de ciencia, así como el fortalecimiento de habilidades para formular preguntas, crear hipótesis, analizar resultados y establecer conclusiones. Adicionalmente, se hizo énfasis en la importancia de las acciones que de forma individual los ciudadanos y las ciudadanas pueden realizar para mantener una buena calidad del aire y del agua, como recursos necesarios para la vida.

Limitaciones

Este trabajo tiene numerosas limitaciones. La primera tiene que ver con la temporalidad de las mediciones que se realizaron. Corresponde a un ejercicio que, si bien es longitudinal, solo muestra las concentraciones para el día, lugar y horas específicas, lo que no necesariamente refleja las condiciones de calidad del aire en la zona evaluada. Por otro lado, los medidores de calidad del aire corresponden a monitores de bajo costo, que pueden tener limitaciones frente a la calidad del dato evaluado. No obstante, se debe mencionar que en el análisis de los datos no hubo variaciones significativas que superaran los valores reportados por la Red de Monitoreo de la Calidad del Aire de Bogotá.

A su vez, las observaciones de fauna y flora de las aguas del humedal no siguieron un ejercicio sistemático, por lo que este no se puede considerar

como representativo de la fauna y flora acuática del humedal.

Conclusiones

Se estableció una relación entre la concentración de PM_{2,5} y las condiciones ambientales. Así mismo, se identificaron algunos microorganismos con potencial uso de bioindicador de la calidad del agua.

Los niños y las niñas participantes en el estudio identificaron la ciencia ciudadana como una alternativa propicia para hacer ciencia e investigación, en esta oportunidad se contó con el acompañamiento de profesionales del área de salud ambiental y se logró la adopción de conceptos y la construcción conjunta de nuevo conocimiento.

* Grupo de Salud Ambiental y Laboral - Instituto Nacional de Salud (INS), Bogotá (Colombia)

Jeadran Malagón-Rojas, MD, PhD; Luisa Lagos-Martínez, Mag. en Bioquímica; Diana Pinzón-Silva, Mag. Salud Pública; Eliana Téllez-Ávila, Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo; Ronald López-Hernández, Mag. en Desarrollo Sustentable y Gestión Ambiental; Yesith Toloza-Pérez, Mag. en Epidemiología; Claudia Portilla-Velandia, Esp en Salud; Jenny Gamboa-López; Alejandra Parada-López; Eliana Parra Barrera, Mag. en Epidemiología.

* Escuela Corporal Dalamatia, Bogotá (Colombia)

Victoria Malagón-Garrote, Manuel Santiago Cruz-Garrote, Juan Felipe Muñoz-Ríos, Isabella Luque-Jiménez, Anny Gabriela Chaparro-Jaramillo, Ángel David Ariza-Monroy, David Santiago Muñoz-Ríos, Santiago Barragán-Bonilla, Sharon Montoya, Emanuel Montoya, Enrique Montoya, María Fernanda Torres-Téllez, Juan Camilo Alvarado-Lagos, María Fernanda Alvarado-Lagos y Diego Barragán.

Agradecimientos

A Norma Celly, Andrés Abril, Alexander Casas, al Instituto Nacional de Salud, a la Secretaría Distrital de Ambiente, a la Escuela Corporal Dalamatia y a los padres de familia acompañantes y que autorizaron la participación de sus hijos en la actividad.

Referencias

1. Vohland K, Land-Zandstra A, Ceccaroni L, Lemmens R, Perelló J, Ponti M, et al., editores. *The Science of Citizen Science*. Cham: Springer International Publishing; 2021. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-58278-4>
2. Pudifoot B, Cárdenas ML, Buytaert W, Paul JD, Narraway CL, Loiselle S. When it rains, it pours: Integrating citizen science methods to understand resilience of urban green spaces. *Front Water*. 2021;3:654493. <https://doi.org/10.3389/frwa.2021.654493>
3. Bedessem B, Julliard R, Montuschi E. Measuring epistemic success of a biodiversity citizen science program: A citation study. Gutiérrez-Pérez J, editor. *PLoS ONE*. 2021;16(10):e0258350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258350>
4. Nov O, Arazy O, Anderson D. Scientists@Home: What drives the quantity and quality of online citizen science participation? Bar-Ilan J, editor. *PLoS ONE*. 2014;9(4):e90375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090375>
5. Roche J, Bell L, Galvão C, Golumbic YN, Kloetzer L, Knoblen N, et al. Citizen Science, education, and learning: Challenges and opportunities. *Front Sociol*. 2020;5:613814. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.613814>
6. Walker DW, Smigaj M, Tani M. The benefits and negative impacts of citizen science applications to water as experienced by participants and communities. *WIREs Water*. 2021;8(1). <https://doi.org/10.1002/wat2.1488>
7. Wiggins A, Wilbanks J. The rise of citizen science in health and biomedical research. *Am J Bioeth*. 2019;19(8):3-14. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1619859>
8. Ballard HL, Dixon CGH, Harris EM. Youth-focused citizen science: Examining the role of environmental science learning and agency for conservation. *Biol Conserv*. 2017;208:65-75. <https://doi.org/10.1016/j.biocon.2016.05.024>
9. Ellwood ER, Crimmins TM, Miller-Rushing AJ. Citizen science and conservation: Recommendations for a rapidly moving field. *Biol Conserv*. 2017;208:1-4. <https://doi.org/10.1016/j.biocon.2016.10.014>
10. Cochrane Collaboration. Cochrane Crowd [Internet]. 2021. Disponible en: <https://community.cochrane.org/help/tools-and-software/cochrane-crowd>
11. California Academy of Sciences. Una comunidad para naturalistas. iNaturalist [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.inaturalist.org/>
12. Marks L, Laird Y, Trevena H, Smith BJ, Rowbotham S. A scoping review of citizen science approaches in chronic disease prevention. *Front Public Health*. 2022;10:743348. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.743348>
13. de Sherbinin A, Bowser A, Chuang TR, Cooper C, Danielsen F, Edmunds R, et al. The critical importance of citizen science data. *Front Clim*. 2021;3:650760. <https://doi.org/10.3389/fclim.2021.650760>
14. Malagon-Rojas J, Pinzón-Silva DC, Parra EL, Lagos L, Toloza-Perez YG, Hernández Florez LJ, et al. Assessment of personal exposure to particulate air pollution in different microenvironments and traveling by several modes of transportation in Bogotá, Colombia: Protocol for a mixed-methods study. (Preprint). *JMIR Research Protocols* [Internet]. 2020. <https://doi.org/10.2196/preprints.25690>
15. Malagon-Rojas J, Parra-Barrera EL, Toloza-Pérez YG, Soto H, Lagos LF, Méndez D, et al. Assessment of factors influencing personal exposure to air pollution on main roads in Bogotá: A mixed-method study. *Medicine & Pharmacology*. 2022. <https://doi.org/10.20944/preprints202203.0211.v1>
16. Malagón-Rojas J, Mendez-Molano D, Almentero J, Toloza-Pérez YG, Parra-Barrera EL, Gómez-Rendón CP. Environmental Effects of the COVID-19 Pandemic: The Experience of Bogotá, 2020. *IJERPH*. 2022;19(10):6350. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106350>
17. Katapally TR, Bhawra J, Leatherdale ST, Ferguson L, Longo J, Rainham D, et al. The SMART Study, a mobile health and citizen science methodological platform for active living surveillance, integrated knowledge translation, and policy interventions: Longitudinal study. *JMIR Public Health Surveill*. 2018;4(1):e31. <https://doi.org/10.2196/publichealth.8953>

18. Programa Ondas Colciencias. El viaje de la investigación [Internet]. 2018. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/ckeditor_files/WEB%20OK%20PAGS%20SUELTAS%20COMPLETO%20CATINST%20Colciencias%2021ago18%2001.pdf
19. Tryner J, Quinn C, Windom BC, Volckens J. Design and evaluation of a portable PM 2.5 monitor featuring a low-cost sensor in line with an active filter sampler. *Environ Sci: Processes Impacts*. 2019;21(8):1403-15. <https://doi.org/10.1039/C9EM00234K>
20. Ventura-León JL. Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2016;54(4):353-4. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000400010>
21. Franco JF, Segura JF, Mura I. Air pollution alongside bike-paths in Bogotá-Colombia. *Front Environ Sci* [Internet]. 2016;4. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fenvs.2016.00077/full>
22. Conservación Internacional - Colombia, Empresa de Acueducto de Bogotá. Plan de manejo ambiental humedal Juan Amarillo [Internet]. Bogotá; 2010. Report n.º 7. Disponible en: https://oab.ambientebogota.gov.co/?post_type=dlim_download&p=15062
23. Páez-Contreras S. Efectos de la transformación antrópica en los humedales Juan Amarillo y Jaboque, en base a los índices de calidad ambiental urbanos desde el año 2010 hasta el año 2019 [tesis de grado]. [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2020. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/42570/Sapaezc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2022

Aprobado para publicación: 18 de octubre de 2022

Correspondencia:

Jeadran Malagón-Rojas

Correo electrónico:

jmalagon@ins.gov.co, jnmalagon@unbosque.edu.co

Bogotá, D.C., Colombia

Sobre los efectos de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

On the Effects of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Workers in the Salud Centro Oriente ESE Integrated Services Subnetwork

Sobre os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores da Subred Integrada de Serviços de Saúde Centro Oriente ESE

Jaime Velosa-Forero¹

Resumen

Este artículo de reflexión tiene como propósito reconocer los efectos en la salud mental de la población de los trabajadores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, Bogotá, Colombia, como efecto de la pandemia de la COVID-19. Este documento constituye un avance de un trabajo con enfoque cualitativo, diseño descriptivo, que recogió consideraciones sobre la percepción de los trabajadores sanitarios respecto a la salud mental y la pandemia.

La vida mental siempre está implicada, y su condición –propiedad o estado– es muy importante. La vida psíquica en ocasiones se ve sobrepasada, desbordada por factores externos o por la estructura interna. Los trabajadores de la salud se vieron impactados de diversas maneras por las condiciones dramáticas que la pandemia y la cuarentena ocasionaron. Puede mencionarse un aumento de la carga laboral, dificultades en el clima de trabajo, alteraciones en la dinámica familiar, tensión por el trabajo en contexto sobrecogedor, estigmatización social, temor a contagiarse y contagiar a familiares y, finalmente, tristeza y frustración frente a la muerte.

Sobre cómo se vivió la experiencia y cuales los efectos en la vida psíquica, se adelantó un trabajo, del que acá se dan cuenta algunos avances, se plantean algunas reflexiones y se hacen recomendaciones para los cuidados psicológicos de la población y en particular de los trabajadores de la salud.

Palabras clave: COVID-19, Coronavirus, trabajadores sanitarios, atención psicosocial, salud mental, trastornos mentales, trastornos psicossomáticos, pandemia.

1. Psicólogo. MG. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, Bogotá (Colombia).

Abstract

The purpose of this reflective article is to recognize the effects on the mental health of the population of workers at the Salud Centro Oriente ESE Integrated Services Subnetwork, Bogotá, Colombia, as an effect of the COVID-19 pandemic. This document is an advance on a piece of work with a qualitative, descriptive design focus. The article brings together considerations on the perception of health workers regarding mental health and the pandemic.

Mental life is always implicated, and its condition - property or state - is particularly important. The psychic life is sometimes overwhelmed, overset by external factors or by the internal structure. Health workers were impacted in diverse ways by dramatic conditions caused by the pandemic and lockdown. These include an increase in workload, difficulties at work, alterations in family dynamics, stress from work in an overwhelming context, social stigmatization, fear of becoming infected and infecting family members and, finally, sadness and frustration in the face of death.

A study was carried out on how the experience was lived and what were the effects on the psychic life. Some progress is reported in this document, reflections and recommendations are made for psychological care of the population and in particular of health workers.

Keywords: COVID-19, Coronavirus, health workers, psychosocial care, mental health, mental disorders, psychosomatic disorders, pandemic.

Resumo

O objetivo deste artigo de reflexão é reconhecer os efeitos na saúde mental da população de trabalhadores da Subred Integrada de Serviços de Saúde Centro Oriente ESE, Bogotá, Colômbia, como efeito da pandemia do COVID-19. Este documento constitui um avanço de um trabalho com abordagem qualitativa, delineamento descritivo, que levantou considerações sobre a percepção dos trabalhadores da saúde sobre a saúde mental e a pandemia.

A vida mental está sempre envolvida, e sua condição - propriedade ou estado - é muito importante. A vida psíquica às vezes está sobrecarregada, sufocada por fatores externos ou pela estrutura interna. Os trabalhadores da saúde foram impactados de várias maneiras pelas condições dramáticas que a pandemia e a quarentena causaram. Pode-se citar o aumento da carga de trabalho, dificuldades no ambiente de trabalho, alterações na dinâmica familiar, estresse pelo trabalho em contexto avassalador, estigmatização social, medo de infectar e contagiar familiares e, por fim, tristeza e frustração diante da morte.

Foi realizado um estudo sobre como a experiência foi vivida e quais os efeitos que teve na vida psíquica, dos quais se referem aqui alguns progressos. São propostas algumas reflexões e recomendações para os cuidados psicológicos da população e, em particular, dos profissionais de saúde.

Palavras chave: COVID-19, Coronavírus, profissionais de saúde, atenção psicossocial, saúde mental, transtornos mentais, transtornos psicossomáticos, pandemia.

Introducción

La pandemia del COVID-19 provocó una emergencia que tuvo gran impacto en las diversas áreas de la salud. Los estudios de Ramírez et al. (1) y Salazar-Campos et al. (2) han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicológicas y psicosociales, a nivel individual, familiar y social, que trajo consigo el nuevo coronavirus. “Son múltiples las alteraciones psicológicas asociadas, que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos, con un deterioro marcado de la funcionalidad” (1). Así mismo, estos estudios mencionan, como efectos de la pandemia en las personas, el insomnio, la ansiedad, la depresión, los trastornos psicósomáticos y las repercusiones en los ámbitos familiar, laboral y social.

Dentro del conjunto de la población, los trabajadores de instituciones de salud fueron actores altamente significativos en esta emergencia y, por esta razón, su salud mental constituyó un aspecto relevante. Antes de que transcurriese un año desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia de la enfermedad por el coronavirus COVID-19, esta ya había enfatizado en que era esencial cuidar a quienes nos cuidan durante una crisis sanitaria global (3). Para entonces, ya existía evidencia relacionada con enfermedades infecciosas —como el brote de SARS en 2002— y se había dicho que las circunstancias constituían una seria amenaza para la salud pública global y, en especial, para la salud mental de los equipos de salud (4,5). Esta fue uno de los motivos para que, desde el inicio de la pandemia por COVID-19, se constatará la problemática y se pusiera de manifiesto la importancia de hacer un llamado para apoyar psicológicamente al personal (6,7).

Con la aparición de la pandemia -marzo de 2020 y los cambios que esta provocó a nivel social, específicamente en las instituciones de salud —aislamiento, uso de tapabocas y otros elementos, cuarentena, aumento del trabajo, tensión, miedo, entre otros— se pusieron en juego afectaciones psicológicas, psicosociales y de salud mental. Esta situación hizo evidente muy pronto la importancia del apoyo psicológico y psicosocial, razón por la que se conformó un grupo de trabajo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E que se ocupó de conocer, registrar, brindar asesoría, diseñar planes y prestar atención a la salud mental de los trabajadores que se iban viendo afectados por el COVID-19 y sus consecuencias. En el grupo de

trabajo participaron funcionarios de Talento Humano, de Riesgo Psicosocial, Humanización, Bienestar y de los programas de atención de Salud Mental de la Subred e inicialmente también personal de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).

De manera paralela al trabajo asistencial, se planteó un trabajo de investigación del cual hace parte este documento. La investigación incluyó información de las actividades realizadas y entrevistas a trabajadores de las diferentes unidades: asistenciales, administrativos, profesionales, técnicos y operarios. De igual manera, se trabajó y se realizaron entrevistas semiestructuradas a miembros del equipo de apoyo psicosocial y se revisó permanentemente la literatura pertinente.

El presente documento —una comunicación inicial— pretende dar a conocer algunos aspectos generales sobre la forma cómo se ha abordado la problemática por parte de la Subred y, de manera particular, recoge consideraciones, reflexiones y recomendaciones sobre la salud mental y la pandemia.

Consideraciones iniciales

El personal de salud está capacitado generalmente para enfrentar diversas dificultades y trabajar bajo presión y alta tensión. Sin embargo, la aparición del COVID-19 y los cambios que ocasionó implicaron un desafío muy importante en la dinámica cotidiana de los trabajadores de las instituciones de salud, lo cual perturbó de diversas maneras su vida y afectó de manera especial su salud mental.

Desde inicios de la pandemia, la OMS (8) advirtió que los cambios presentados a raíz de las nuevas circunstancias podían afectar la salud mental de la población. El teletrabajo, el desempleo temporal, la enseñanza en casa, la falta de contacto físico con familiares, amigos y colegas, los cambios en los hábitos de vida, el temor de contraer el COVID-19 y la preocupación por las personas cercanas más vulnerables, entre otras, fueron experiencias que tuvieron un impacto emocional importante en las personas.

De manera específica, se señaló que en el caso de los trabajadores y funcionarios de instituciones prestadoras de atención en salud, era importante tener en cuenta la presión laboral a la que estaban sometidos y el temor que vivían de contagiarse y contagiar a las personas más cercanas. De acuerdo con lo anterior,

esta situación desató diversos síntomas de posible afectación, los cuales van desde las dificultades propias por la ansiedad y la depresión, la presencia de mayor estrés, la angustia, la inquietud y la presencia de quejas psicosomáticas, hasta las dificultades laborales para algunos, como la contrariedad de si continuar o no en el trabajo y especialmente si regresar a su empleo tras las cuarentenas.

Esta preocupación por los efectos de la pandemia en la salud mental fue evidente desde un principio, así lo señalaron algunas publicaciones que muy pronto llamaron la atención y convocaron a abordar el tema (9-12). Hoy es claro: la pandemia tuvo un impacto profundo en el mundo y un área especialmente importante —en ocasiones no considerada suficientemente— que se vio afectada fue la salud mental. Los efectos y síntomas psíquicos en relación con el COVID-19 y la cuarentena fueron múltiples, el riesgo de padecer trastornos mentales se hizo evidente y, como señalan diferentes autores (13-15), las consecuencias en la salud mental son considerables e inmediatas.

Inicialmente en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE se conformó un equipo de atención psicosocial por pandemia, integrado por profesionales de diferentes áreas que asumieron diversas tareas. Este equipo creó un centro de información, que recibía las solicitudes de apoyo, y una línea de atención con un número de teléfono celular y un WhatsApp atendido por la psicóloga del grupo según los protocolos establecidos. Así mismo, los profesionales encargados diseñaron otros mecanismos para difundir información y recibir llamadas y, al mismo tiempo, desarrollaron actividades de información, promoción, intervención, educación y prevención. Para lograr esto, el grupo realizaba una reunión semanal desde la cual se hacía la planeación correspondiente y se programaba la atención, el seguimiento psicosocial y la remisión de casos según protocolos que se iban construyendo.

Las solicitudes de atención y apoyo para los funcionarios eran básicamente de quienes habían sido diagnosticados con COVID-19 o de quienes estaban en aislamiento. Frecuentemente estas personas solicitaban apoyo porque presentaban estrés, depresión, ansiedad, temor ante el contagio del virus y otros síntomas. La intervención se hacía al responder las llamadas de jefes de unidades que solicitaban apoyo frente a circunstancias complejas, como el fallecimiento de trabajadores o de sus familiares. De esta manera,

durante el transcurso del primer año de pandemia, las solicitudes de intervención fueron permanentes y, gracias a esto, fue posible desarrollar una investigación paralela sobre el proceso de trabajo.

Métodos

Se realizó una investigación cualitativa debidamente aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Subred. Se trató de un estudio exploratorio, descriptivo y explicativo, cuyo centro estuvo en reconocer la realidad subjetiva e intersubjetiva de los involucrados y en comprender el sentido, las miradas y los sentimientos que afloraron de las descripciones de las distintas realidades que componen el eje temático.

El trabajo, que incluye varias fases, se centra en entrevistas semiestructuradas dirigidas a funcionarios de la Subred que hacen parte del grupo de trabajadores atendidos entre abril de 2020 y diciembre de 2021. Estas entrevistas tuvieron como propósito conocer y reconocer la experiencia, el significado de lo vivido y la relación de esto con la salud mental.

Resultados

En primer lugar se identificaron varios elementos que se pueden considerar como factores que expusieron a mayor riesgo a los trabajadores. Por un lado, la falta de información clara o de la debida comunicación generó en los primeros momentos mucha incertidumbre. El volumen de información que circuló, tanto en los medios de comunicación y las redes, como en el voz a voz, provocó temor, pesimismo y confusión sobre lo que sucedía e incluso sobre las acciones a seguir. Es importante resaltar aquí que un adecuado manejo de la información a través de canales seguros constituye un factor importante de seguridad y de confianza.

De igual manera, asociada a este tema, está la cuestión del conocimiento. Inicialmente, debido a la falta de información clara y veraz y a la ausencia de vacunas o de tratamientos seguros en las primeras etapas de la pandemia, se experimentó una sensación de ausencia de conocimiento ya que la ciencia parecía estar en aprietos porque no sabía realmente cómo proceder. Esta sensación se acrecentó con las noticias falsas y los contenidos sensacionalistas, los cuales terminaron por intensificar en los funcionarios la inseguridad, el temor,

el sentimiento de vulnerabilidad y la pérdida de control sobre la situación.

Por otro lado, la sobrecarga laboral y el desborde de la demanda asistencial generó serias dificultades. La situación se vio agravada y el trabajo fue mayor en varias unidades porque algún personal pidió vacaciones y se ausentó y otros incluso dejaron su trabajo. Igualmente, en fases de pico de pandemia muchos trabajadores estuvieron incapacitados y en cuarentena por la presencia del virus y el trabajo se hizo más pesado aún. No obstante, debe resaltarse cómo la mayoría de los funcionarios asumió con el mayor compromiso, dedicación y responsabilidad la situación tan dramática que supuso la pandemia.

El riesgo continuo de infección —en algunas unidades vivido de manera particularmente dolorosa y dramática por la enfermedad y por la pérdida de compañeros o familiares— constituyó un factor perturbador especialmente en los primeros meses, en los cuales aún no había seguridad sobre la vacuna y los tratamientos del virus. El hecho de que inicialmente en algunas unidades fueran insuficientes los equipos de protección personal llevó a que se generara tensión, cambios de turno, traslados y otros eventos propios de estas circunstancias tan difíciles que afectaron el clima laboral.

Otra de las situaciones que afectó el ambiente de trabajo fue la gran presión emocional en las zonas de atención directa, especialmente donde pasaban o estaban pacientes con COVID-19. Esta presión se incrementó porque en varias unidades se creó un sistema de alarma y comunicación para informar la llegada de casos de coronavirus, lo cual afectó a muchos de los trabajadores, quienes en las noches de insomnio escuchaban retumbar el sonido que anunciaba los casos. Por otro lado, los espacios para descansar un momento, tomar un café y conversar con compañeros se redujeron o desaparecieron. Estas circunstancias trajeron consigo nuevos dilemas éticos y morales. El aumento de personas contagiadas o fallecidas constituyó, además, una carga extra para muchos, la cual se volvía más pesada si dentro de la familia o de los compañeros se confirmaban estas noticias. Por esta razón, muchas personas pertenecientes a la línea de atención expresaron lo importante que fue proporcionar, no solo atención sanitaria, sino también apoyo psicológico a pacientes y familiares, con los cuales la comunicación se dio muchas veces por teléfonos celulares y mensajes.

De igual manera, el alejamiento y la separación de las familias constituyó un gran motivo de desestabilización. Varios médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros profesionales, prefirieron aislarse de sus familias —en especial de padres mayores, de familiares enfermos de otras patologías y también de sus hijos— para protegerlos y no contaminarlos. Esto generó un costo emocional adicional y en muchos casos fue un detonante de depresión, ansiedad y otros síntomas. Además, la situación provocó grandes cambios en las dinámicas familiares y sociales que a su vez repercutieron en el ámbito laboral.

La salud mental

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y puede aportar algo a su comunidad” (16). Lo primero que se podría señalar es que ese estado de bienestar en los trabajadores de la salud se vio fuertemente afectado especialmente durante el primer pico de la pandemia, allí fue notable la acentuación de una perspectiva pesimista de la vida y la presencia de ansiedad, temores y otros síntomas psíquicos. Esta visión se expresó en las entrevistas y en las actividades grupales y estuvo asociada a la aparición de síntomas y manifestaciones clínicas que muy pronto comenzaron a presentarse.

La manifestación clínica más visible en los funcionarios fue la presencia significativa de un sentimiento de angustia que tomó varias formas. Por un lado, apareció como ansiedad, la cual se manifestó en varios temores y en la desconfianza, el rechazo al contacto con los otros y el recelo a estar en ciertos lugares y a realizar ciertos procedimientos. Y, por otro lado, este sentimiento se dejó ver también en las alteraciones de sueño —que fueron muy frecuentes y cuya presencia generó otras dificultades— y en los trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia. Además de lo anterior, el miedo a la muerte y el miedo a que los más cercanos murieran – agravado por la responsabilidad que sentía el personal de salud— fue algo de lo que se habló en las entrevistas y que tuvo gran relevancia justamente porque intensificó la sensación de angustia.

En segundo lugar, la tristeza y la depresión también fueron muy frecuentes. En un principio muchas personas, al notar las limitaciones de la ciencia y ser más conscientes de la fragilidad de la vida y del ser humano, sintieron tristeza, decepción, frustración,

desesperanza y miedo. Es importante subrayar que en los meses donde hubo picos de fallecimientos, la imagen de tantos cadáveres y de tantas carrozas fúnebres en los servicios o en el hospital se presentaba con frecuencia en las horas de descanso y sueño del personal, lo cual aumentó significativamente el sentimiento de aflicción y abatimiento.

Adicional a esto, las alteraciones en las relaciones familiares y de pareja fueron un tema central. Muchos de los funcionarios se alejaron o se separaron temporalmente de sus familias, mientras otros, por el contrario, pasaron todo su tiempo en casa acompañados, mientras trabajaban de manera virtual. Las dificultades fueron numerosas y entre los síntomas se incluyen las tensiones y el hastío en las relaciones afectivas, así como un exceso de presión, intolerancia, irritabilidad y agresividad con parejas, hijos y familia.

Otro aspecto importante fue el de los trastornos psicosomáticos, entre ellos el incremento constante de los dolores de cabeza, los dolores de espalda, la gastritis y otros síntomas digestivos, la dermatitis y los síntomas respiratorios. Varios trabajos sobre la pandemia resaltan este incremento de cuadros psicosomáticos asociados al COVID-19 (17-19).

Por otro lado, las distintas afectaciones que trajo consigo el virus tuvieron otras implicaciones en ámbitos sociales, económicos, psicosociales y profesionales. Una de estas afectaciones tuvo que ver con la satisfacción, el desempeño y el rendimiento del personal sanitario en sus actividades laborales. Por ejemplo, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la realización de procedimientos se vieron alteradas y esto lo señalaron tanto el personal al describir su propio funcionamiento, como los compañeros, los jefes y algunos autores (20). Debe recordarse que, en un ambiente hospitalario, en donde la toma de decisiones e intervenciones clínicas es una realidad del día a día, esto puede representar un alto riesgo. Los diferentes estudios sobre el tema llaman la atención sobre la presencia de estrés, ansiedad y depresión (21-22). El trabajo durante la pandemia puso en evidencia cómo estos eventos sintomáticos disminuyen las capacidades del personal, aumentan el ausentismo, reducen los niveles de satisfacción laboral y deterioran la calidad de la atención. De igual manera, también se hizo más ardua la vida laboral por temas como la sobrecarga de trabajo. Por ejemplo, durante periodos de pico de la pandemia, en los que más del 70 % del personal estaba contagiado, aquellos que continuaban

laborando debían doblarse en turnos, apoyar otros servicios y trabajar más del tiempo habitual.

Otro tema que es importante mencionar es el asunto de la estigmatización a la que se vieron sometidos muchos trabajadores de la salud, especialmente durante el primer año de pandemia. Aunque no fueron muchos los casos, el personal sí sufrió discriminación por parte de algunas personas, tanto vecinos del conjunto o del edificio, como gente en el transporte público o en la calle que los miraba con cierta desconfianza, especialmente a quienes empleaban uniformes.

Sobre todo lo anterior, varios estudios realizados por diferentes autores sobre el impacto psicológico del COVID-19 y otras enfermedades virales en el personal de salud (23-25) comparten algunas ideas: al considerar el impacto de las epidemias en la salud mental, los trabajadores sanitarios representan un grupo particularmente vulnerable debido al alto riesgo de infección, el aumento del estrés laboral y el miedo a contagiarse y a contagiar a sus familias. En este caso en particular, el trabajo mostró que más que presentar altos niveles de estrés por su salud personal, el miedo de los trabajadores se extendió a la salud del núcleo familiar. Al respecto, también es posible asegurar que la angustia y la ansiedad que aquejaron al personal afectaron las relaciones interpersonales con su entorno familiar y social.

Como lo señalan varios autores, los trabajadores de la salud fueron personas especialmente afectadas en estas circunstancias (20,26,27).

Conclusiones

- Comprender y abordar las problemáticas psicosociales y de salud mental es una tarea primordial.
- Llevar a cabo intervenciones de promoción, prevención y atención en salud mental con los trabajadores y funcionarios de los servicios de salud es fundamental, sobre todo en circunstancias complejas o catastróficas como las vividas durante la pandemia por COVID-19.
- Atender y brindar apoyo en la salud mental y el bienestar de los trabajadores de primera línea, como el personal de la salud, los identificadores de casos, los funcionarios encargados del tratamiento de los cuerpos de los fallecidos y otros grupos

altamente comprometidos, contribuye a la salud mental particular y a la dinámica de trabajo colectivo dentro de la institución.

- No puede haber un enfoque único para todos a la hora de resolver las necesidades psicosociales y de salud mental de la población pues, la realidad y las circunstancias afectan a las personas de formas diferentes. Dentro de cada contexto, es necesario comprender las necesidades específicas por grupos determinados. Por ejemplo, para algunas personas acceder a cierta información puede ser más relevante, mientras que para otras tener un espacio para ser escuchadas o recibir atención psicológica puede ser el interés central.
- En el caso específico de las instituciones de salud se puede definir y dividir la atención en salud mental de los trabajadores de acuerdo con sus condiciones particulares. Por ejemplo, un grupo podría ser el de las personas que por su trabajo están más expuestas al contagio y otro grupo el de las personas con algún grado de vulnerabilidad (p.ej., personas cuyo sistema inmunológico está comprometido). La intervención también se puede abordar de acuerdo con las necesidades especiales según áreas o servicios (urgencias, cuidado intensivo, personal de ambulancias, etc.) y, en el caso de la Subred Centro Oriente, que cuenta con diferentes sedes físicas, estas también se deben intervenir.
- La respuesta a brotes de una enfermedad como el COVID-19 o a sus efectos tiene que ser efectiva y no reproducir ni perpetuar las desigualdades, ni de nivel jerárquico, ni de género, ni de otra circunstancia diferencial.
- Compartir información entre todos los sectores/pilares de emergencia es crucial. Se pudo observar cómo la saturación informativa, el miedo o incertidumbre y la poca preparación o capacitación son factores que exacerban los niveles de estrés en los trabajadores de la salud. Estas situaciones son de suma importancia y no deben ignorarse, ya que ponen en riesgo el bienestar de los trabajadores y afectan su rendimiento en la realización de sus tareas cotidianas, lo cual, si se considera la naturaleza de sus labores, pone en riesgo la salud de otras personas.
- Comunicar tanto los acontecimientos, como los riesgos y las acciones que se implementen, constituye un aspecto significativo. En la experiencia práctica, la falta de información confiable generaba inseguridad e incertidumbre. Por el contrario, cuando la información era brindada de forma adecuada, constituía un elemento tranquilizante y de apoyo. Integrar mensajes en los espacios institucionales y en los canales públicos (redes sociales, intercomunicaciones, etc.) genera seguridad, bienestar y confianza. Compartir estos mensajes es responsabilidad de todos los sectores (por ej., salud, bienestar social, protección) (28).
- Se deben tomar precauciones para asegurar que las personas que padecen trastornos de la esfera mental sigan teniendo acceso a sus tratamientos e incluso un apoyo extra durante las circunstancias especiales tanto en la comunidad como en las instituciones.
- Se debe respetar en todo momento el derecho a la confidencialidad y al consentimiento informado de las personas que padecen trastornos de la salud mental.
- Las personas que desarrollan síntomas de una enfermedad –como en el caso del COVID-19– reciben el mismo nivel de tratamiento y calidad que el resto de las personas.
- Generar espacios de información y conocimiento de la oferta institucional, sobre dónde y cómo consultar y remitir a las personas que puedan necesitar apoyo más especializado, es algo muy importante porque brinda seguridad y confianza. Debe garantizarse que esta atención se brinde con suficiente personal y que este tenga la disposición para hacerlo.
- Apoyar la creación de equipos y agentes de atención psicosocial y de promoción de salud mental también resulta benéfico. Los programas de salud mental pueden y deben cumplir un papel fundamental en la respuesta a la situación.
- Algunos trabajadores pueden sufrir exclusión por parte de su familia o comunidad debido a su miedo y estigma; de igual manera algunas familias de los trabajadores encargados de salud pueden ser también estigmatizadas y aisladas de su comunidad. Para que este proceso no perjudique el bienestar mental de las personas afectadas, y para evitar que una situación que ya es complicada se vuelva más difícil, durante este periodo se pueden

alquilar apartamentos temporales y brindar apoyo extra.

- Otro aspecto para considerar en el futuro es la pertinencia de hacer más pedagogía y capacitación de todo el personal de salud con un enfoque multidisciplinario en asuntos diversos que incluyan especialmente el tema de salud mental.
- Se pueden desarrollar muchas acciones para mejorar el clima laboral. La participación en la toma de decisiones y en el manejo de situaciones del personal favorece su percepción de la problemática y resulta benéfica al momento de generar apoyos y soluciones. También se ha sugerido introducir periodos de trabajo más cortos, descansos regulares y participación del personal en el manejo de los turnos.
- Los trabajadores de la salud, durante los brotes de enfermedades a gran escala, son vulnerables a desarrollar trastornos relacionados con el trauma o el estrés, además de otras afecciones. Si no se aborda adecuadamente el problema, el impacto negativo en la salud mental del personal puede tener consecuencias psicológicas a largo plazo que se extiende a sus familias. Durante una pandemia, los trabajadores son particularmente vulnerables a los problemas de salud mental debido al alto riesgo de infección, el aumento del estrés laboral y el temor de transmitir el virus a sus familias. Los factores externos, como el trabajo por turnos, las altas exigencias y los entornos laborales de alta presión, aumentan los riesgos de agotamiento, depresión y miedo, además de las diversas restricciones sociales que complican la situación.
- La detección oportuna de problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud es especialmente importante durante periodos de pandemia. El tema de la salud mental es un asunto que ha sido desatendido y dejado en segundo plano a lo largo de los años. Sin embargo, si se toma en consideración el contexto social y el escenario que se ha generado tras la crisis sanitaria por el COVID-19, este tema debe traerse al primer plano y ser expuesto.
- Un tema pendiente es revisar la normatividad de salud mental vigente en Colombia y propender porque eventos totalmente inusuales y altamente complejos como el presente sean considerados. Aunque las normas plantean una serie de

mecanismos que contemplan, reconocen e incluyen los parámetros para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en circunstancias reales y calamitosas, estas no se materializan cabalmente. Debe reiterarse que la atención y el acceso a los servicios de salud son aspectos fundamentales relacionados con la oportunidad, la eficiencia, la eficacia y la pertinencia, características con las que debe contar la oferta de servicios en relación a tiempos de atención, programas, capacidad instalada para oferta amigable para los usuarios, etc. No podemos olvidar que, para la atención en salud mental, las EPS hacen una oferta limitada de citas con baja disponibilidad en tiempos y horarios, y por ende con dificultades para generar procesos de recuperación o tratamiento que respondan a las necesidades de las personas y garanticen la calidad de vida y la salud.

- La tarea de mejorar la atención de salud mental en Colombia, y la de articular esta atención en circunstancias como las de una pandemia, sigue vigente. Con miles de fallecidos, cuarentenas, medidas especiales de aislamiento, protección, cambios en las relaciones sociales esta importante tarea debe continuar.
- De acuerdo con la evidencia revisada, las afectaciones en la salud mental son comunes y muy importantes. Los efectos y consecuencias de estas pueden perjudicar aspectos particulares de la subjetividad de los funcionarios, su desempeño laboral o profesional y la convivencia general.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación: no se recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación.

Referencias

1. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2020;48(4):1-7. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
2. Salazar-Campos A, Reyes-Silva J. La Salud Mental de los Profesionales de la Salud en Tiempos

- de Pandemia (Covid-19). *Uno Sapiens Boletín Científico De La Escuela Preparatoria No. 1* [Internet]. 2022;5(9):1-5. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa1/article/view/8908>
- 3 Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas [Internet]. Washington D.C: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 4. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(12):1924-1932. <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>
 5. Maunder RG, Lancee WJ, Mae R, Vincent L, Peladeau N, Beduz MA, Hunter J, Leszcz M. Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: a randomized trial of the optimal dose of training. *BMC health services research.* 2010;10(72): 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-72>
 6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 [Internet]. OPS, OMS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
 7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Intervenciones, recomendadas en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) durante la Pandemia [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Intervenciones-recomendadas-SMAPS-pandemia-COVID-19.pdf>
 8. OMS. Cuidar nuestra salud mental. [Internet]. 2020. Disponible en: www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health
 9. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020;37(2):327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
 10. Mendoza-Velásquez J. Impacto de la COVID-19 en la salud mental. *Medscape* [Internet]. 10 de marzo de 2020. Disponible en: https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905131#vp_2
 11. Mayo Clinic. COVID-19 y tu salud mental [Internet]. 05 de junio de 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/mental-health-covid-19/art-20482731>
 12. World Health Organization Regional Office for Europe. Long-stay mental health care institutions and the COVID-19 crisis: identifying and addressing the challenges for better response and preparedness [Internet]. 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333964/WHO-EURO-2020-40745-54930-eng.pdf>
 13. Lozano-Vargas, A. Vega-Dienstmaier, J. Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de la nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima, Perú . *Rev. peru. med. exp. salud publica.* 2013;30(2):212-219. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.302.193>
 14. Sanabria J, Riaño V, Rojas JS, Carmona M, Méndez J, Feliu-Soler A, Canedo C, Sanz A. Efectos en la salud mental de la población colombiana durante la pandemia del COVID-19. *PSI- COVID* [Internet]. 2020. Disponible en: www.researchgate.net/publication/342992611_Efectos_en_la_salud_mental_de_la_poblacion_colombiana_durante_la_pandemia_del_COVID-19
 15. Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund J, Sikander S, Balaji M, Benjet C, et al. Impacto en la salud mental...y respuestas en países de ingresos bajos y medianos: reimaginar la salud mental mundial. *Lancet Psiquiatría.* 2021;8:535-550. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)
 16. Passos AG, Silva G, Araújo A, Cardoso MRA, Alves MR, Costa MS, Silva R, Pereira T, Gomes B. El aumento de las enfermedades psicosomáticas durante la pandemia y las dificultades en la

- atención psicológica. *Research, Society and Development*. 2021;10(8):1-5. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17004>
17. Pérez L, González M, Pérez L. Manifestaciones psicósomáticas secundarias a la pandemia COVID-19. Presentación de un caso. *Psicovilla* 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://psicovilla2021.sld.cu/index.php/psicovilla/2021/paper/viewPaper/54>
 18. OMS. Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. [Internet] Ginebra: OMS; 3 de junio de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%20BB>
 19. Szapiro L. Psicósomática, crisis de pánico y pandemia. *Intersecciones Psi. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología de la UBA* [Internet]. 2022; 42. Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=859:psicosomatica-crisis-de-panico-y-pandemia&Itemid=1
 20. Hidalgo S, Vargas R, Carvajal L. El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Rev. méd. sinerg*. 2021;6(8). <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.706>
 21. Santamaría MD, Ozamiz-Etxebarria N, Rodríguez IR, Alboniga-Mayorb JJ, Gorrotxategic MP. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev psiquiatr Salud ment*. 2021;14(2):106–12. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
 22. Danet AD. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin*. 2021; 156(9): 449–58. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
 23. abarkapa S, King J, Ng C. The psychiatric impact of COVID-19 on healthcare workers. *Australian Journal of General Practice*. 2020;49(12):791-795. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-20-5531>
 24. Carrasquilla AS, Consuegra C, Losada C, Camargo Y, Bustamante RM, Vargas M. Salud mental en el contexto de la pandemia del COVID-19: ¿cómo ha afectado a los profesionales de la salud y a los pacientes con patologías mentales y neurológicas? *SMJ* [Internet]. 2021;2(1):90-100. Disponible en: <https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/view/28>
 25. Palomera-Chávez A, Herrero M, Carrasco N, Juárez-Rodríguez P, Barrales Díaz C, Hernández-Rivas M, Llantá Abreu M, Montenegro L, Meda-Lara R, Moreno-Jiménez B. Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2021;53:83-93. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.10>
 26. Martín E, Pacheco T. Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. *Cuadernos de crisis y emergencias* [Internet]. 2021;20(1):71–89. Disponible en: https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1_2021_impacto_psicologico.pdf
 27. Montes-Berges B, Ortuñez ME. Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global*. 2021;20(2):254–68. <https://doi.org/10.6018/eglobal.427161>
 28. Inter-Agency Standing Committee. Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19. IASC [Internet]. 2021. Disponible en: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29_o.pdf

Fecha de recepción: 30 de junio de 2022

Aprobado para publicación: 04 de octubre de 2022

Correspondencia:

Jaime Velosa-Forero

Correo electrónico: jvelosa@fucs.salud.edu.co

Bogotá, D.C., Colombia