

Experiencia del personal sanitario durante la primera ola de Covid-19 en España: un estudio cualitativo con grupos focales

Pablo Orgaz⁽¹⁾; Beatriz Rodríguez Vega⁽²⁾; Carmen Bayón⁽³⁾; Ángela Palao⁽⁴⁾; Nicolás Lorenzini⁽⁵⁾; Miguel Ángel González Torres⁽⁶⁾

¹Psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Hospital universitario de Galdakao. Vizcaya. España.

²Psiquiatra. Instituto de investigación del hospital universitario La Paz (IdiPaz) Madrid. España

³Psiquiatra. Instituto de investigación del hospital universitario La Paz (IdiPaz) Madrid. España

⁴Psiquiatra. Instituto de investigación del hospital universitario La Paz (IdiPaz) Madrid. España

⁵Psicólogo. Departamento de investigación Clínica, Educativa y Psicología de la Salud, University College London. Londres. Reino Unido.

⁶Psiquiatra. Servicio de psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. España.

Correspondencia:

Dr. Pablo Orgaz

Dirección: Servicio de psiquiatría, Hospital universitario de Galdakao, Vizcaya, España. Barrio Labeaga, s/n, 48960, Galdakao (Vizcaya)

Correo electrónico: pablo_orgaz@yahoo.es

La cita de este artículo es: Pablo Orgaz. Experiencia del personal sanitario durante la primera ola de covid-19 en España: Un estudio cualitativo con grupos focales. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2022; 31(2): 155-166

RESUMEN.

Objetivo: Analizar la experiencia de los profesionales que atendieron en primera línea a los pacientes infectados durante la primera ola de la pandemia de COVID-19.

Material y Métodos: Los participantes fueron reclutados entre médicos y enfermeras de varios hospitales y centros de salud en España. Sus narrativas se obtuvieron a través de tres grupos focales. Se empleó la metodología cualitativa, de acuerdo con sus principios exploratorios, inductivos y etnográficos.

Resultados: La experiencia del personal sanitario se clasificó en seis categorías: La reacción y organización de los sanitarios, el material y las pruebas, los aspectos emocionales en relación con la asistencia, los conflictos éticos, la gestión sanitaria de la pandemia y el papel social de los sanitarios.

EXPERIENCE OF HEALTH WORKERS DURING THE FIRST WAVE OF COVID-19 IN SPAIN: A QUALITATIVE STUDY WITH FOCUS GROUPS

ABSTRACT

Objectives: to analyze the experience of health professionals who provided first-line care to infected patients during the COVID-19 pandemic during the first wave.

Material and Methods: Participants were recruited from among physicians and nurses in several hospitals and health centers in Spain. Narratives were obtained through three focus groups. Qualitative methodology was used according to exploratory, inductive, and ethnographic principles.

Results: The experience of the health personnel was classified into six categories: The reaction and organization of health workers,

Conclusiones: Los sanitarios adoptaron un rol proactivo durante la pandemia. Se señalan las vulnerabilidades y las fortalezas de la asistencia. Los aspectos que tiene que ver con la regulación emocional de los sanitarios resultan claves para el funcionamiento asistencial.

Palabras clave: COVID-19; pandemia; personal sanitario; estudio cualitativo.

materials and tests, emotional aspects of care, ethical conflicts, health management of the pandemic, and the social role of health workers.

Conclusions: Healthcare workers took a proactive approach during the pandemic. Weaknesses and strengths in the provision of health care were. The capacity of emotional self-regulation of the health care workers is shown to be key to the ability of the health care system to continue operating.

Keywords: COVID-10; pandemics; health personnel; qualitative research.

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2021

Fecha de aceptación: 4 de julio de 2022

Introducción

La pandemia de COVID-19 es tal vez la mayor crisis sanitaria a la que se ha enfrentado el conjunto del planeta en las últimas décadas.⁽¹⁾ A 11 de enero de 2022, dos años después de que China anunciase la primera muerte por COVID,⁽²⁾ se han contabilizado más de 304 millones de casos de infecciones y más de 5,4 millones de muertos confirmados por la OMS en 219 países y territorios⁽³⁾.

La situación generada por la pandemia durante la primera ola supuso un desafío para los sistemas de salud,⁽⁴⁾ que en muchos casos han estado al borde del colapso.⁽⁵⁾ Se ha enfatizado la necesidad de revisar los sistemas de salud en países como EEUU⁽⁶⁾, India⁽⁷⁾, Reino Unido⁽⁸⁾, Francia⁽⁹⁾ o España⁽¹⁰⁾, entre otros.

La experiencia de profesionales de la salud, que han vivido en primera línea la asistencia a la pandemia,

cobra un protagonismo especial a la hora de valorar las fortalezas y debilidades del sistema asistencial.^(11,12) Este estudio trata de analizar su discurso prestando especial atención a los ámbitos que han mostrado relevancia en investigaciones recientes, como las condiciones de trabajo en los centros, lo que incluye aspectos como la reorganización de los espacios de trabajo⁽¹³⁾, la adecuación del material de protección o la organización de los equipos de profesionales⁽⁵⁾; los factores psicológicos que afectan a los sanitarios⁽¹⁴⁾ como el riesgo de presentar trastorno de ansiedad, insomnio⁽¹⁵⁾, depresión⁽¹⁶⁾, estrés postraumático⁽¹⁷⁾ y uso abusivo de alcohol⁽¹⁸⁾ y el papel social que la población general y distintos agentes sociales han asignado a los propios sanitarios durante la crisis⁽¹⁹⁾. Aunque se han publicado estudios que analizan el discurso del personal sanitario en China^(11,12,21,22,23),

TABLA 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión	Confirmación de la voluntariedad a participar en el estudio después de haber sido informado de todos los aspectos que puedan influir en su decisión.
	Realizar la actividad asistencial en el sistema público nacional de salud en España.
	Haber prestado atención a pacientes con coronavirus durante los meses de marzo y abril de 2020
Criterios de exclusión	Contraindicación clínica para participar en un grupo en el momento del estudio. Confirmación de la voluntad de participar en este estudio después de haber sido informado de todos los aspectos del ensayo que puedan influir en su decisión.
	Incapacidad para dar consentimiento informado

existen pocos estudios cualitativos que informen de la experiencia de los sanitarios en otros lugares que impliquen contextos sociales, culturales, económicos y organizativos diferentes. Este estudio plantea como objetivo analizar la experiencia de los profesionales sanitarios que atendieron en primera línea a los pacientes infectados durante la pandemia de COVID-19 entre marzo y mayo de 2020 en España.

Material y Métodos

Diseño del estudio

Realizamos un estudio cualitativo con grupos focales. Empleamos una metodología cualitativa, de acuerdo con sus principios exploratorios, inductivos y etnográficos⁽²⁰⁾ que nos permita obtener los puntos en común de las experiencias de la población que investigamos⁽²⁰⁾.

Selección de la muestra

Los participantes se reclutaron entre médicos y enfermeras que tuvieron actividad asistencial en primera línea durante la pandemia de Covid-19. Para ello se contactó con las Unidades de Formación Continuada de varios hospitales de España, quienes informaron a los profesionales de la posibilidad de participar en el estudio. Se incluyeron participantes que realizaron labores de coordinación (Tabla 1).

Los participantes reclutados ejercieron su actividad durante la pandemia en cinco hospitales de España y tres centros de salud. Las características de la muestra vienen recogidas en la Tabla 2.

Tras completar el tercer Grupo Focal el equipo investigador consideró que no se aportaba nueva información relevante y el discurso se había saturado, alcanzando el tamaño muestral definitivo. (Figura 1)

Grupos focales

Organizamos los grupos focales para realizar las entrevistas en profundidad. El número de participantes seleccionados para cada grupo fue de entre 4 y 8. Las sesiones grupales duraron 90 minutos y realizaron telemáticamente a través de la plataforma zoom (Zoom Video Communications, Inc. San José, California, USA). Fueron conducidas por un moderador con experiencia en grupos focales, con ayuda de un guion orientativo realizado por el equipo de investigación, favoreciendo el discurso espontáneo. Los grupos focales se grabaron en video, tras solicitar el permiso por escrito de los participantes. Después el discurso se transcribió. Las transcripciones configuran los textos primarios y suponen la principal fuente de análisis. Incluyen observaciones sobre la comunicación no verbal.

Análisis de los datos

El análisis de las transcripciones o textos primarios se llevaron a cabo siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada, según la cual, la teoría emerge de los datos particulares de forma inductiva. Pretende que el análisis no sea una simple descripción de los hechos, sino que avance hacia la generación de conceptos, principios e ideas que expliquen

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Profesional	Edad	Cargo	especialidad	Experiencia (años)	Lugar de asistencia durante la pandemia	Sexo	Grupo focal
Médico 1	61	Jefe de servicio	Neurología	39	Hospital (coordinación)	H	1
Médico 2	59	Jefe de servicio	Análisis clínicos	34	Hospital (coordinación)	M	1
Médico 3	64	Jefe de servicio	Psiquiatría	43	Hospital (coordinación)	H	3
Médico 4	61	Jefe clínico	Radiología	38	Hospital (Plantas)	H	3
Médico 5	36	Adjunto	Cardiología	11	Hospital (Plantas)	H	2
Médico 6	38	Adjunto	Psiquiatría	14	Hospital (Plantas)	M	2
Medico 7	44	Adjunto	Familiar y comunitaria	20	Hospital (urgencias)	M	1
Médico 8	44	Adjunto	Anestesia	19	Hospital (UCI)	H	1
Médico 9	35	Adjunto	Familiar y comunitaria	10	Hospitalización a domicilio	M	2
Médico 10	43	Adjunto	Endocrinología	18	Hospitalización a domicilio	M	2
Medico 11	44	Adjunto	Nefrología	20	Hospitalización a domicilio	M	1
Médico 12	44	Adjunto	Familiar y comunitaria	19	Hospitalización a domicilio	M	1
Médico 13	29	Residente	Análisis Clínicos	3	Hospital (laboratorio)	M	3
Médico 14	30	Residente	Familiar y comunitaria	3	Ambulatorio	M	3
Enfermera 1	45	Supervisora	Cirugía	21	Hospital (Plantas)	M	1
Enfermera 2	60	Adjunto	Familiar y comunitaria	40	Ambulatorio	M	1
Enfermera 3	49	Adjunto	Familiar y comunitaria	26	Ambulatorio	M	3
Enfermera 4	27	Adjunto	Familiar y comunitaria	5	Hospitalización a domicilio	M	3

esos hechos. Para ello los investigadores leímos los textos primarios hasta prácticamente memorizarlos y los fragmentamos en unidades de significado. En un proceso de progresiva abstracción, pasamos del plano textual al conceptual una y otra vez (método de la comparación constante) hasta reagrupar varias unidades de significado similares generando

un código. A partir de varios códigos, generamos categorías y, a partir de varias categorías, temas. (Tabla 3) Para ayudarnos en el análisis de datos, utilizamos el software QDA Miner (software QDA Miner (Provalis Research; Montreal, Canada).

El ensayo se llevó a cabo siguiendo la normativa local y los principios establecidos internacionalmente en

FIGURA 1. ESQUEMA DEL PROCESO DE OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

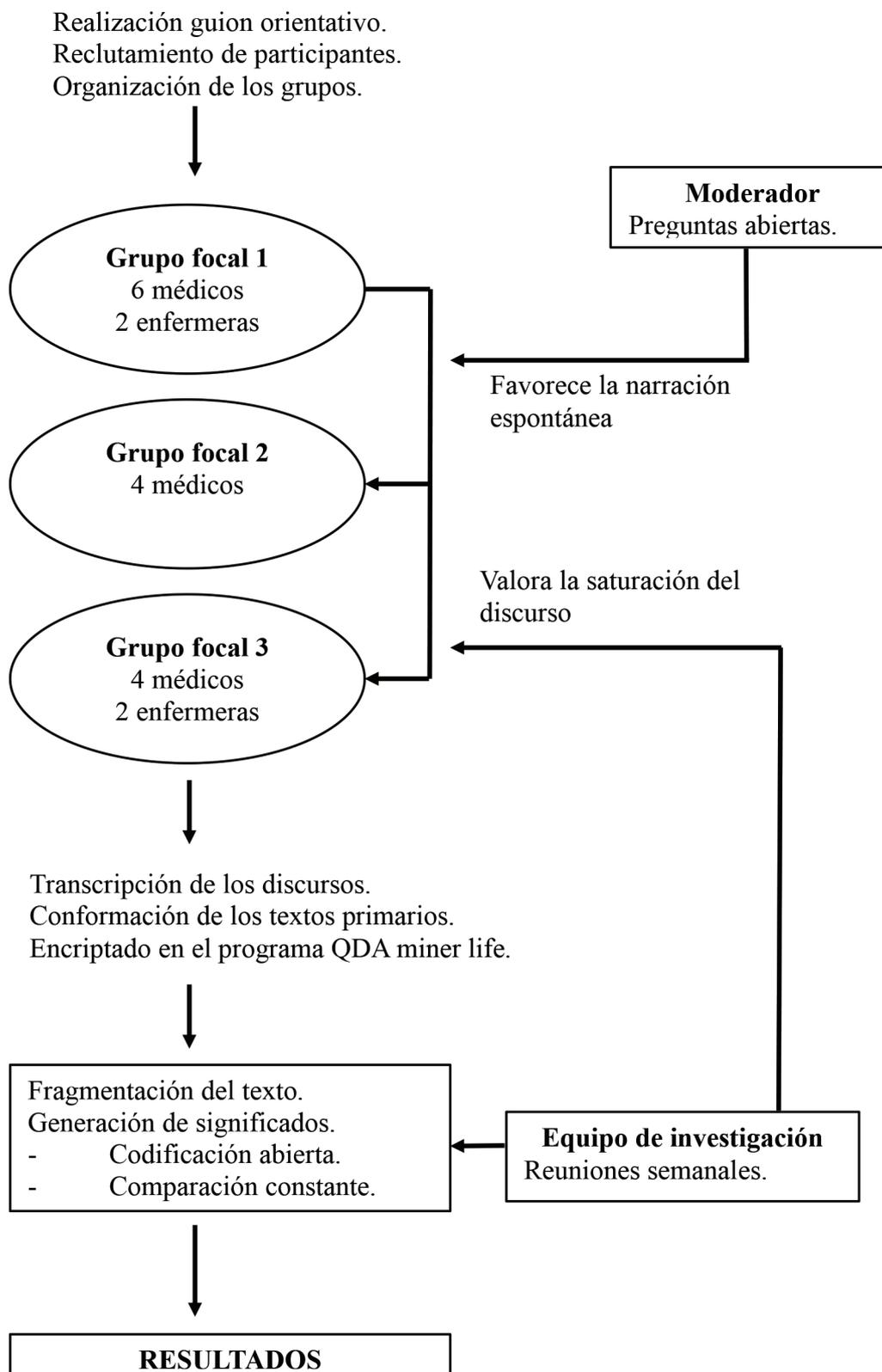


TABLA 3. CÓDIGOS.

Temas	Categorías	Códigos
Reacciones y organización de los sanitarios	Conformación y funcionamiento de los equipos COVID	Voluntarios
		Formación de los equipos
		Heterogeneidad de los equipos
		Trabajo colaborativo
	Iniciativas de los sanitarios	Actuaciones al margen de la administración
	flexibilidad de los equipos	Capacidad de adaptación
		Nuevas formas de trabajo
	Sanitarios en segunda línea	Sanitarios de segunda línea
		Sanitarios poco colaboradores
	Material y pruebas	percepción de la adecuación del material
Percepción de material insuficiente		
Mascarillas		
EPIS		
Material alternativo		Material casero
		Donaciones de material
material de protección		Cambios de criterios en el uso del material
Pruebas diagnósticas		Baja sensibilidad de las pruebas
		Cambio criterios en pruebas a profesionales
		Indicación de PCR/serologías a la población
Aspectos emocionales en relación con la asistencia	Factores que influyen en el nivel de ansiedad	Incertidumbre
		Miedo al contagio
		posibilidad de contagiar a familiares
		Compañeros que caen enfermos
		Otros factores que producen ansiedad
	Factores que incrementan la tensión	Tensión en la asistencia
		Informar a familiares
	Consecuencias del malestar emocional	Cansancio
		Irritabilidad
		Tristeza
falta de concentración		
Estrés postraumático		

TABLA 3. CÓDIGOS. (CONTINUACIÓN)

Gestión del malestar emocional	Mecanismos de afrontamiento	Gestión emocional del profesional
		Apoyo emocional entre miembros del equipo
	Actuaciones de salud mental	Apoyo telefónico a los pacientes
		Apoyo a sanitarios en su labor asistencial
		Apoyo emocional a los sanitarios
Conflictos éticos	Conflictos éticos	Criterios restrictivos de derivación a UCI
		Pacientes mueren solos sin despedirse
Gestión sanitaria de la pandemia	Distanciamiento entre gestores y sanitarios	Falta de información
		Falta de transparencia
		Falta de colaboración
	Diferencias de criterios con gestores	Decisiones interesadas
		La dirección como obstáculo
	Medicina preventiva	Medicina preventiva
		Salud laboral
		El discurso de la dirección
Debilidades previas a la pandemia	Desigualdad interterritorial	
	Temporalidad	
Papel social de los sanitarios	Papel de héroes	aplausos
		Apoyo social
	Otros actores sociales	Medios de comunicación
		Políticos
		Redes sociales
	La pandemia no ha acabado	Retos tras el covid

la declaración de Helsinki, Fortaleza (Brasil) 2013, el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Fue aprobado por el comité ético de investigación clínica de Euskadi (PI 2020093) Se respetó la voluntad de aquellos sujetos que no quisieran participar en el estudio.

Resultados

Se identificaron seis temas principales:

1. REACCION Y ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Al inicio de la pandemia, muchos médicos y enfermeras se ofrecen voluntarios para atender a pacientes con covid. Otros viven su incorporación como un traslado natural. Algunos tienen que interrumpir sus vacaciones o bajas maternales. Casi todos tienen miedo, pero existe una conciencia del deber y un clima de motivación ante la pandemia que los lleva a participar activamente. La respuesta médica no siempre se pone en marcha de forma planificada. *La gente empezó espontáneamente a organizarse (...) con muchas iniciativas, que no estaban*

planificadas. Ante situaciones de crisis, la gente reacciona. No sé si es lo mejor, pero todo el mundo reaccionó. (M3)

Muchos sanitarios se ven obligados a realizar funciones distintas a las que están habituados.

No es que hayamos salido de nuestra zona de confort, nos hemos dado un chapuzón fuera de nuestra zona de confort. Yo estoy acostumbrada a crónicos. (...) Yo me meto un paciente en la mochila y es para toda la vida. No estoy acostumbrada a que los pacientes se me mueran. Y ahora eran, cuatro o cinco al día. (M10)

La atención en las residencias

Algunos médicos participantes del estudio acuden a las residencias en sus comunidades autónomas para hacerse cargo de la asistencia, o apoyar al médico en las que disponen de uno. Destacan el impacto emocional que les produce la situación que encuentran.

Lo que hemos encontrado ahí ha sido descorazonador. Me parece que las críticas que tenemos que hacer el sistema sanitario y el sistema social de cómo hemos abandonado a estos pacientes... es desolador. (M12)

Médicos y personal de las residencias forman equipos para asistir a los ancianos. En algunas residencias improvisan estructuras cercanas a plantas hospitalarias, mientras atienden a un elevado número de pacientes.

Ha habido residencias que han sido enteras positivas. Hemos tenido que montar absolutos campamentos para atenderles. Les hemos tenido con los sueros, con antibióticos, con oxigenterapia, con tratamiento sintomático, hemos hecho sedaciones... (E4)

2. MATERIALES Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Los sanitarios señalan cambios frecuentes en la disponibilidad y uso del material de protección que utilizan.

Cada día tenías un traje diferente (...) Al principio, había que tirarlo todo, después no; había que reutilizarlo, o usarlo entre compañeros, luego no... (M14)

Algunos piensan que los cambios de criterios para el uso del material, están influidos por las dificultades de abastecimiento.

El mensaje ha ido cambiando según la disponibilidad de material que íbamos teniendo. Veíamos que no tenía nada que ver con nuestra seguridad o la evidencia científica. No, era simplemente medicina basada en existencias. (M5)

3- ASPECTOS EMOCIONALES EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA

El miedo al contagiarse es quizás lo que genera mayor ansiedad entre los sanitarios, condicionado por sus circunstancias personales. Participantes jóvenes, sin patologías, que viven solos tienen menos miedo con respecto a aquellos con factores de riesgo o que conviven con familiares vulnerables. Algunos sanitarios cambian la estructura de su vida privada habitual para protegerles.

Como no quería contagiar a mis padres, me metí en el sótano donde hay una habitación con un baño, y allí he vivido un mes, en ese sótano. De tal manera que mis movimientos eran desde el sótano al hospital y del hospital al sótano y ya está. (M5)

La ansiedad que generan las exigencias de la asistencia durante la pandemia ayuda a mantener a los sanitarios la tensión en su trabajo. Pero al mismo tiempo, no les permite parar para conectar con su propia realidad emocional. No hay espacios para el autocuidado.

La cosa era decir: ahora no puedo desfallecer porque hace falta que yo esté aquí. O sea, eso es una medicina de guerra; no te puede dar una crisis de ansiedad, no puedes quedarte en casa porque estás súper nerviosa... (M11)

Entre los sanitarios son frecuentes el insomnio, las pesadillas, la dificultad para concentrarse, la irritabilidad y la tristeza. Muchos médicos tienen que tomar psicofármacos.

Tengo que tomar medicación para dormir. Soy una persona joven, que nunca he tomado ninguna medicación. Pero es que, si no, no puedo dormir. No puedo dormir; por las circunstancias que he vivido. Pero no solo yo, muchos compañeros con los que he trabajado han estado igual. (M9)

Manejo del malestar emocional

Un apoyo especialmente valorado para sobrellevar el malestar emocional es el que ofrecen los compañeros de trabajo.

No tienes nada en lo que apoyarte, sólo en los compañeros y yo eso lo quiero recalcar: la terapia entre nosotros mismos es por lo que hemos tirado adelante. (M11)

Se señala la motivación, la implicación en la asistencia y el propio trabajo como la mejor forma de mantener el equilibrio personal.

Hemos podido salir adelante por la voluntad y las ganas de trabajar de la gente. Nos quedábamos si nos teníamos que quedar más tiempo, trabajamos los días festivos... Yo creo que hemos sacado el trabajo adelante por la vocación, porque entre todos hemos sumado y hemos trabajado. (M14)

4- DECISIONES QUE IMPLICAN CONFLICTOS ETICOS

La afluencia masiva de pacientes graves limita la disponibilidad de recursos y los criterios de derivación a los hospitales se hacen más restrictivos.

Para mí lo más duro ha sido el conflicto moral: Porque nos ha tocado ver a la gente más vulnerable y eso ha significado ver morir a mucha, mucha, mucha gente. Y luego la orden, no directa, pero sí decían: los de las residencias, intentad que no vengan al hospital (M)

Otra situación éticamente controvertida se produce ante los pacientes que mueren solos. Algunos médicos describen cómo facilitaron material de protección a los familiares para que se despidieran, ignorando los protocolos establecidos.

Cuando ya llevábamos muchos fallecimientos en esa residencia, acordamos con la supervisora dejar entrar a un familiar a despedirse. Nosotros llevábamos un EPI y negociábamos una entrada de 10-15 minutos. Ya me daba igual el protocolo (...) o que me hubiesen llamado la atención. (M9)

5. GESTION SANITARIA DE LA PANDEMIA

Los sanitarios son comprensivos con las dificultades que entraña la gestión de la pandemia, pero al mismo tiempo sienten poco apoyo de algunas direcciones.

Ha faltado organización desde dirección. Sobre

todo, no he notado ese apoyo que evidentemente necesitábamos. (M11)

Se quejan de falta de información y de que su opinión no siempre es tenida en cuenta. Existe la percepción de que algunos de los gestores que toman decisiones durante la pandemia no poseen experiencia en la realidad clínica asistencial.

A mí me producía estrés un tremendo notar que se estaba hablando de cosas médicas, de temas sanitarios... y no se nos oía a los sanitarios. (M8)

6- PAPEL SOCIAL DE LOS SANITARIOS

Los sanitarios agradecen los aplausos de reconocimiento de la población, que no interpretan en términos personalistas, sino como un homenaje a la labor de la sanidad en su conjunto, pero no se identifican con el papel héroes.

Yo no me considero héroe ni mucho menos. (...) Yo hago mi trabajo, lo hago encantada. Voy todos los días a trabajar, lo doy todo y ya está. (E4)

Se percibe que los aplausos pueden llevar a interpretar que la salud es asunto exclusivo de los sanitarios, sin ofrecer un papel activo al resto de la población en la pandemia.

Me da la sensación de que se ha proyectado demasiado la responsabilidad de esto en los sanitarios (...) y no sé hasta qué punto la sociedad va a ser capaz de hacer que cada individuo haga una autocrítica de esta situación, de por qué estamos así. (M12)

Apoyo social

Los participantes perciben el apoyo social a través de las muestras de cariño de su entorno. Existe una cercanía de la gente hacia los sanitarios sin precedentes; Algunos médicos cuentan cómo, incluso en circunstancias extremas, los familiares y los propios pacientes les agradecen su trabajo y les mandan ánimos.

Los familiares nos pedían que le transmitiéramos a todo el equipo médico su agradecimiento por todo el trabajo que estábamos haciendo, aunque les estabas dando muy malas noticias. (M6)

Tras la primera ola de la pandemia, los sanitarios están emocionalmente agotados. El estrés externo

disminuye, pero los aspectos emocionales no se recolocan automáticamente.

Abora todo el mundo piensa que ya se ha pasado. Asímate a la ventana y todo el mundo está en la calle, como sin miedo. Y nosotros estamos agotados, sin descanso, sin saber qué es lo que va a pasar ahora. Una vez más desinformados. Y yo, sinceramente, sin sentir un amparo desde la organización que me tiene que respaldar: (M11)

Discusión

El discurso de los participantes aporta significados que señalan las fortalezas y debilidades del sistema asistencial. Su valor radica en su potencial para mejorarlo, de cara a futuros retos.

Entre las vulnerabilidades señalan las deficiencias en la atención en las residencias, donde se produce un doble abandono, a los ancianos y a los médicos que acudieron a atenderlos; la falta de material de protección, que aumenta tanto el riesgo de contagio como la sensación de vulnerabilidad de los profesionales y la dificultad para ingresar a los pacientes graves debido al colapso hospitalario. También se destaca la acumulación de horas de trabajo sin descanso, las bajas de los sanitarios infectados por COVID, que además de mermar la capacidad del sistema asistencial, aumenta el miedo y la incertidumbre en sus colegas sanos y la falta de formación de los médicos y enfermeras que les remplazaron, procedentes en ocasiones de especialidades poca habituadas a tratar enfermedades infecciosas respiratorias. Se señala que muchas de estas vulnerabilidades son consecuencia de las carencias previas del sistema sanitario exacerbadas por la pandemia, con lo que la crisis podría suponer una oportunidad para el análisis y la mejora del propio sistema de salud.⁽⁶⁾

Entre sus fortalezas, los participantes destacan la agilidad de los hospitales para transformar sus plantas en unidades covid, la proactividad y flexibilidad de los equipos médicos para organizar la asistencia y el clima de colaboración y apoyo entre sanitarios, favorecido por la dificultad compartida. La conciencia del deber y la implicación en la asistencia

se señalan como valores en los que se apoyan y gracias a los cuales mantienen el equilibrio personal. Estos datos destacan la importancia del factor humano y el equilibrio psicológico de los sanitarios en el funcionamiento asistencial.⁽¹⁹⁾

Gran parte de los resultados obtenidos son congruentes con otros estudios cualitativos realizados en China^(11,12,21,22,23), Oman,⁽²⁴⁾ Turkia,⁽²⁵⁾ e Irán⁽²⁶⁾. Algunas de las diferencias con estos estudios pueden atribuirse al contexto cultural (ej. la importancia de la religiosidad descrita por sanitarios en Oman) Otra diferencia radica en la ausencia de críticas a los gestores, que sí están presentes en el discurso los sanitarios españoles y abarcan desde la dirección médica de los centros hasta cargos políticos y van en la línea de las señaladas por sanitarios británicos en un estudio cualitativo realizado en Reino Unido⁽²⁷⁾. Estas críticas incluyen la mala coordinación entre gestores y clínicos, los cambios constantes en los protocolos que en la práctica generaron situaciones paradójicas y contradictorias, la falta de información sobre la seguridad y medidas de protección y cuestionan que decisiones asistenciales sean tomadas por gestores ajenos a la clínica en vez de por clínicos. Subrayan la necesidad de facilitar la comunicación clara y rápida entre clínicos y directivos.⁽²⁸⁾

Por último, se señala el malestar generado por los conflictos éticos a los que los participantes se enfrentaron, como asumir unos criterios de derivación a las UCIS más restrictivos. Los médicos, habituados a tomar decisiones cuyo fin es el máximo beneficio del paciente (lo que, en términos de weber, representa la ética de la convicción) tienen que cambiar el paradigma ético al imponerse la conciencia de la limitación de los medios y el deber de preservar los recursos para los pacientes con más probabilidades de sobrevivir (ética de la responsabilidad)⁽²⁹⁾. Otro conflicto ético se produce ante los pacientes que mueren solos, sin poder despedirse de sus familiares. En este caso la ética se presenta escindida en dos leyes, reproduciendo el conflicto que Hegel describe a partir de la tragedia de Antígona*: por un lado, ley publica que mira por el bien común y por otro la ley natural, representada por el derecho a morir acompañado y en condiciones dignas⁽³⁰⁾. En este caso,

algunos médicos se decantarán por esta ley natural que se resiste a dejar morir solos a los enfermos y permitirán a los familiares despedirse, sin atender los protocolos establecidos.

Entre las debilidades del estudio, se encuentra el momento en el que se produjeron las entrevistas focales, al final de la primera ola, cuando los sanitarios estaban emocionalmente exhaustos, situación que podría condicionar su discurso. Además, sólo están representadas sanitarios de 3 comunidades autónomas de España; la inclusión de médicos o enfermeras de otras regiones podría aportar significados nuevos al discurso. Por último, el reclutamiento fue realizado entre aquellos sanitarios que activamente se ofrecieron a participar, lo que podría suponer un nuevo sesgo con respecto al discurso del personal sanitario en su conjunto.

El discurso de los participantes apoya las recomendaciones de mejorar la coordinación entre gestores y sanitarios, incluyendo la presencia de éstos en la toma de decisiones que atañen a la clínica. También se señalan como áreas de mejora la transparencia en la información, el apoyo de la administración en las situaciones éticamente comprometidas, la prevención ante el riesgo de malestar psicológico de los sanitarios, donde la regulación emocional podría jugar un papel clave y la necesidad de la evaluación y fortalecimiento global de los sistemas de salud fuera de los periodos de crisis.

**Antígona quebranta las leyes de Tebas y entierra a su hermano Polinices, que había sido condenado a no recibir sepultura. Hegel interpreta la tragedia de Antígona como el conflicto entre la Ley humana y la ley divina, que Antígona resuelve echando simbólicamente sobre su hermano un puñado de tierra⁽³¹⁾.*

Bibliografía

1. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):779-88.
2. Molokhia A and Hkaliq W. Death in the ICU from COVID-19: more research on its effects on families needed.: *Br J Anaesth*. 2020;125(3): e338-9.
3. World Health Organization. Weekly Operational Update on COVID-19, 2021: available on: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19-11-january-2022>.
4. Tabari P, Mitra Amini M, Moghadami M, Moosavi M. International Public Health Responses to COVID-19 Outbreak: A Rapid Review. *IJMS* 2020; 45,3,157-69.
5. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*. 2020;46(3):73-80.
6. Covid-19 — Implications for the Health Care System. Blumenthal D, Fowler EJ, Abrams, M, Collins, SR. *N Engl J Med*. 2020; 383:1483-88.
7. Mathpati MM, Payyappallimana U, Shankar D, Porter JD. 'Population Self-Reliance in Health' and COVID 19: the need for a 4th Tier in the Health System *J Ayurveda Integr Med*. Published online Sep 21, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2020.09.003>.
8. Flynn D, Moloney E, Bhattarai N et al. COVID-19 pandemic in the United Kingdom. *Health Policy Technol*. 2020;9(4):673-691.
9. Paché G. Facing the COVID-19 Pandemic in France: From Managerialism to Business Logistics Population Health Management. Published online Jun 30, 2020. <http://doi.org/10.1089/pop.2020.0141>
10. García-Basteiro A, Alvarez-Dardet C, Arenas A, et al. The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain. *Lancet*. 2020; 22;396(10250):529-30.
11. Liu Q, Luo D, Haase JE, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(6):790-98.
12. Sun N, Wei L, Shi S, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020;48(6):592-8.
13. Gagliano A, Villani PG, Co' FM, Manelli, et al. COVID-19 Epidemic in the Middle Province of Northern Italy: Impact, Logistics, and Strategy in the First Line Hospital. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;1-5.

14. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. 2020. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):15-6.
15. Chew NWS, Lee GKH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020;88:559-65.
16. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-7.
17. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020;9(3):241-7.
18. Hennein R, Lowe S. A hybrid inductive-abductive analysis of health workers' experiences and wellbeing during the COVID-19 pandemic in the United States. *PLoS One*. 2020 Oct 26;15(10):e0240646.
19. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, et al. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):7857-79.
20. Pardo ES, Rivas AF, Barnier PO, et al. A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):245.
21. Gao X, Jiang L, Hu Y et al. Nurses' experiences regarding shift patterns in isolation wards during the COVID-19 pandemic in China: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2020;29:4270-80.
22. Jia Y, Chen O., Xiao, Z et al. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nursing ethics*, published online Aug 28, 2020. <https://doi.org/10.1177/0969733020944453>
23. Xu Z, Ye Y, Wang Y et al. Primary Care Practitioners' Barriers to and Experience of COVID-19 Epidemic Control in China: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2020;35(11):3278-84.
24. Al Ghafri T, Al Ajmi F, Anwar H, et al. The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2020; 11;1-8.
25. Kackin O, Ciydem E, Aci OS, Kutlu FY. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020. *International Journal of Social Psychiatry*. 1-10.
26. Eftekhari Ardebili M, Naserbakht M, Bernstein C et al. "Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study." *American journal of infection control*; Published online 6 Oct, 2020, <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.001>
27. Bennett P, Noble S, Johnston S, et al. COVID-19 confessions: a qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19. *BMJ Open*. 2020;10(12):e043949.
28. Wickner P, Hartley T, Salmasian H, et al. Communication with Health Care Workers Regarding Health Care-Associated Exposure to Coronavirus 2019: A Checklist to Facilitate Disclosure. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2020;46(8):477-82.
29. Weber, M. *Politik als Beruf*. München: Duncker & Humblot; 1926.
30. Hegel, G.W.F. *Phänomenologie des Geistes*. Hamburg: Meiner; 2014.
31. Sófocles. *Tragedias*. Barcelona: Planeta; 2001.