



EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ESTRÉS Y EL AGOTAMIENTO EN LOS Y LAS TRABAJADORAS DE LA SALUD QUE PROPORCIONAN SERVICIOS A MIGRANTES VENEZOLANOS

Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades
Saludables

Orden de Trabajo I, USAID Sistemas Integrados de Salud
IDIQ

Junio 2021

Este documento fue elaborado para su revisión por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por el proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID.

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables (LHSS, por sus siglas en inglés), bajo la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), Sistemas Integrados de Salud entrega indefinida/cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en inglés), ayuda a los países de ingresos bajos y medianos a la transición a sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar la cobertura sanitaria universal. El proyecto trabaja con los países asociados y las partes interesadas locales para reducir los obstáculos financieros a la atención y el tratamiento, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Dirigido por Abt Associates, el proyecto de cinco años y 209 millones de dólares desarrollará la capacidad local para mantener un funcionamiento fuerte del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y la prosperidad. En Colombia, este proyecto se conoce como "Comunidades Saludables."

Presentado a: Scott Stewart, COR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

USAID Contrato No: 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

Citación recomendada: Estrada-Orozco, Kelly; Mesa-Melgarejo, Lorena; Nariño, Santiago; Sosa, Julio; Rodríguez, Jaime; Hermida, Jorge; Arrieta, Jafet. Junio 2021. *Evaluación de los factores que contribuyen al estrés y el agotamiento en los y las TS de salud que proporcionan servicios a migrantes venezolanos*. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Fenómeno Migratorio Venezolano	5
1.2. El Agotamiento Y Estrés Entre Los Trabajadores Y Las Trabajadoras De La Salud	6
1.3. La Respuesta del Sistema de Salud Colombiano	6
1.4. Intervenciones para Reducir el Estrés e Incrementar la Resiliencia	7
1.5. Objetivos del Estudio	8
2. MÉTODOS	9
2.1. Componente Cuantitativo	9
2.1.1. Tamaño de la muestra	10
2.1.2. Análisis de datos	10
2.2. Componente Cualitativo	10
2.2.1. Estrategia de muestreo	11
2.2.2. Análisis de datos	11
2.2.3. Criterios de rigor	11
2.3. Triangulación de la Información	11
2.4. Aspectos Éticos	12
3. RESULTADOS	13
3.1. Componente Cuantitativo	13
3.1.1. Características laborales de los y las trabajadores de la salud en la muestra	15
3.1.2. Significado y propósito	17
3.1.3. Seguridad física y psicológica	17
3.1.4. Camaradería y trabajo en equipo	17
3.1.5. Reconocimiento, recompensa e incentivos	18
3.1.6. Autonomía y control en el trabajo	18
3.1.7. Integración trabajo – vida	18
3.1.8. Red de apoyo y familia	18
3.1.9. Otros factores de riesgo personales para agotamiento laboral	19
3.1.10. Factores de riesgo relacionados con la pandemia de COVID-19	19
3.1.11. Características de la personalidad	19
3.1.12. Medición del agotamiento en los Y las trabajadoras de salud	19
3.2. Componente Cualitativo	22
3.2.1. Hallazgos de las entrevistas	22
3.2.2. Hallazgos de los grupos focales	30
3.3. Triangulación de Resultados Cuantitativos y Cualitativos	34
3.3.1. Evidencia cuantitativa y cualitativa de agotamiento	34
3.3.2. Seguridad física y experiencias violentas	34
3.3.3. Reconocimiento, recompensa e incentivos	35
3.3.4. Camaradería y trabajo en equipo	35
3.3.5. Realidad de las condiciones laborales	35
3.3.6. El rol de la pandemia	35

4. DISCUSIÓN	36
4.1. Fortalezas	40
4.2. Limitaciones	40
5. CONCLUSIONES	41
6. RECOMENDACIONES Y PRÓXIMOS PASOS	42
REFERENCIAS	44
ANEXOS	47
A. Formulario de Encuesta y Definición de Variables de Personalidad.....	47
B. Inventario de Agotamiento de Maslach	56
C. Guiones Entrevistas y Grupos Focales	58
D. Tablas Auxiliares de Resultados del Componente Cuantitativo	61

ACRÓNIMOS

ACNUR	<i>Agencia de la ONU para los Refugiados</i>
APS	<i>Atención primaria de salud</i>
CSTI	<i>Centro de Servicios de Tecnología de la Información</i>
EPS	<i>Entidad Promotora de Salud</i>
ET	<i>Ente Territorial</i>
IOM	<i>International Organization for Migration</i>
IIP	<i>Información de Identificación Personal</i>
ISP	<i>Información de Salud Protegida</i>
IPS	<i>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud</i>
LHSS	<i>Local Health System Sustainability Project (Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local)</i>
OIM	<i>Organización Internacional para las Migraciones</i>
RAMV	<i>Administrative Registry of Venezuelan Migrants (Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos)</i>
TS	<i>Trabajadores de la salud</i>
UNHCR	<i>United Nations High Commission for Refugees (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados)</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)</i>

DEFINICIONES CLAVE

Agotamiento laboral: el agotamiento laboral es un tipo de estrés especial relacionado con el trabajo, un estado de agotamiento físico o emocional que también implica una ausencia de la sensación de logro y pérdida de la identidad personal.¹

Estrés: puede definirse como un conjunto de reacciones fisiológicas que se presentan cuando una persona sufre un estado de tensión nerviosa, producto de diversas situaciones en el ámbito laboral o personal: exceso de trabajo, ansiedad, situaciones traumáticas que se hayan vivido, etc.²

Estudio de corte transversal analítico: son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. En los estudios transversales analíticos se recolectan simultáneamente el resultado de interés y potenciales factores de riesgo en una población definida. Luego se compara la prevalencia del resultado en aquellas personas expuestas a cada factor de riesgo con la prevalencia en aquellos no expuestos.³

Factores contextuales: factores que reflejan un contexto particular, características únicas de un grupo, comunidad, sociedad e individuo en particular.

Prevalencia: se denomina **prevalencia** a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado. Se pueden distinguir tres tipos de prevalencia: puntual, de periodo o de vida.⁴

Síndrome de Burnout: es considerado un trastorno que afecta a nivel emocional y psicológico a una parte importante de trabajadores que viven en un estado de estrés y ansiedad. La Organización Mundial de la Salud caracteriza de esta manera el agotamiento: «Sentimientos de agotamiento o agotamiento de la energía; aumento de la distancia mental del trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo; y reducción de la eficacia profesional».⁵

¹ De Hert S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and regional anesthesia*, 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>

² WHO. (2020). Occupational health: Stress at the workplace. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/occupational-health-stress-at-the-workplace>

³ Setia M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian journal of dermatology*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>

⁴ Spronk, I., Korevaar, J.C., Poos, R. et al. Calculating incidence rates and prevalence proportions: not as simple as it seems. *BMC Public Health* 19, 512 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6820-3>

⁵ WHO. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Retrieved from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

I. INTRODUCCIÓN

I.1. FENÓMENO MIGRATORIO VENEZOLANO

Desde 2015, Colombia ha estado recibiendo un número sustancialmente mayor de migrantes venezolanos, quienes han huido de su país debido a la inestabilidad política y económica⁶. Para agosto de 2020, casi 1.8 millones de venezolanos habían huido al territorio colombiano, lo que representa el 34% del total de la diáspora venezolana.⁷ Además, se estima que más de cuatro millones de venezolanos se encuentran involucrados en movimientos pendulares en la frontera con Colombia⁸, lo que se traduce en su tránsito hacia otros lugares, buscando servicios como atención primaria y comedores comunitarios.⁹ Según el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) 2018 en Colombia, la mayoría de migrantes venezolanos se concentra en Norte de Santander (19%), La Guajira (17%), Bogotá (10%), Atlántico (10%), Magdalena (7%), Arauca (6%) y Bolívar (6%).¹⁰

El creciente número de migrantes venezolanos ha contribuido a incrementar la demanda de servicios de salud, particularmente en las comunidades receptoras de servicios de atención primaria de salud. Los principales servicios que se buscan en las zonas con mayor incremento de migrantes en Colombia incluyen atención a enfermedades transmitidas por vectores, servicios de salud materna y neonatal, atención primaria y apoyo en salud mental.¹¹ Existe evidencia anecdótica de que el aumento en la demanda de servicios ha contribuido a intensificar la carga de trabajo, el estrés y el agotamiento entre los y las trabajadores de la salud (TS) de atención primaria de salud (APS) que brindan servicios a migrantes venezolanos en las comunidades receptoras. Además, la actual pandemia de COVID-19 ha presionado aún más la capacidad del sistema de salud colombiano para brindar atención oportuna y eficaz.¹²

Aunque el síndrome de agotamiento ya era prevalente antes de la pandemia¹³, en el último año se ha agudizado el estrés y agotamiento en los y las TS derivados de la atención en el marco de la pandemia por COVID-19. Las razones de estos resultados psicológicos adversos varían desde una carga de trabajo / horas de trabajo excesivas, equipo de protección personal inadecuado, noticias de los medios demasiado entusiastas, hasta una sensación de apoyo inadecuado y riesgo elevado de los y las TS de primera línea de atención. La evidencia de epidemias de enfermedades infecciosas ha demostrado que los y las TS están en riesgo de desarrollar problemas de salud mental a corto y largo plazo, con uno de cada tres TS que ha padecido de agotamiento y estrés.¹⁴ ¹⁵ Otra razón importante de tal impacto psicológico es la alta tasa de infección entre el personal médico. Dos de cada tres TS expuestos a coronavirus han manifestado alguna

⁶ Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. Refugee and Migrant Response Plan (RMRP). (2020). Pg 11. Retrieved from <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/73277>

⁷ Situation Response for Venezuelans. (n.d.). Retrieved September 3, 2020, from <https://r4v.info/en/situations/platform>

⁸ Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. Refugee and Migrant Response Plan (RMRP). (2020). Pg 12. Retrieved from <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/73277>

⁹ Doocy, Shannon, Page, Kathleen R, De la Hoz, Fernando, Spiegel, Paul, & Beyrer, Chris. (2019). Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *Journal on Migration and Human Security*, 7(3), 79-91

¹⁰ Ministerio de Salud. (2017). Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

¹¹ Doocy, Shannon, Page, Kathleen R, De la Hoz, Fernando, Spiegel, Paul, & Beyrer, Chris. (2019). Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *Journal on Migration and Human Security*, 7(3), 79-91.

¹² Parkin Daniels, J. Venezuelan migrants “struggling to survive” amid COVID-19. (2020). *The Lancet*, Vol 395; March 28, 2020.

¹³ Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. ;320(11):1131–1150. Retrieved from: doi:10.1001/jama.2018.12777

¹⁴ McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology* 2016;75:40-6.

¹⁵ Lynch P. New resources to help health care workers cope with COVID-19-related stress.

<http://www.univadis.co.uk/viewarticle/newresources-to-help-health-care-workers-cope-with-covid-19-related-stress-717806?topic=covid-19-2020>.

consecuencia emocional o trastorno psicológico, entre los que resaltan insomnio (38%), angustia (38%), síndrome de agotamiento o fatiga (34%), ansiedad (29%), depresión (26%), trastorno de estrés postraumático (21%), trastorno de somatización (16%) y sentimiento de estigmatización (14¹⁶).¹⁷ La combinación de la pandemia, la situación migratoria y las condiciones de cuidado de los y las TS tienen el potencial de abrumar el sistema de salud, con una posibilidad muy alta de causar impactos negativos a la salud y bienestar de los y las TS y el mantenimiento de una fuerza laboral y un sistema de salud funcional.

1.2. EL AGOTAMIENTO Y ESTRÉS ENTRE LOS TRABAJADORES Y LAS TRABAJADORAS DE LA SALUD

Durante las últimas dos décadas, los y las TS han informado niveles crecientes de estrés y agotamiento en todo el mundo. El síndrome de agotamiento se describe en tres áreas claves a través del agotamiento emocional, la despersonalización y una sensación de fracaso. En los Estados Unidos se estima que las tasas de agotamiento son del 50% o más entre los médicos estadounidenses e incluso son mayores entre los proveedores de atención primaria. En América Latina, el contexto es aún más complicado ya que no hay suficiente investigación en comparación con Estados Unidos y Europa. La investigación de Molina y Osorio (2019) destaca que en los 23 artículos científicos escritos sobre el agotamiento en América Latina (incluidos México, Brasil y Colombia), el 46% de los médicos sienten síntomas del síndrome. Al igual que para las enfermeras que trabajan en entornos de atención primaria de salud, los estudios muestran una prevalencia del 23% y 31% de agotamiento emocional entre las enfermeras, así como del 8-32% y del 4%-92% de alta despersonalización y baja realización personal.

Los niveles de estrés y agotamiento son particularmente altos entre los y las TS de salud en entornos humanitarios. La escasez de personal y el aumento del número de pacientes tiende a crear una gran carga de trabajo y una falta de apoyo social, que puede provocar que los y las TS de salud experimenten angustia emocional y agotamiento. En estudios provenientes de Palestina y organizaciones de ayuda humanitaria, estos trabajadores a menudo llegan sin ningún tipo de preparación emocional y cuentan con apoyo limitado, incluida una cultura organizacional rígida, una gestión deficiente y la falta de personal, lo que generalmente contribuye al agotamiento¹⁸. Los elementos impulsores del agotamiento y el compromiso son claros y se pueden explicar en diferentes factores, los individuales, de unidades de trabajo, la literatura identifica varios impulsores del agotamiento, la carga de trabajo y la demanda laboral, la eficiencia y la disponibilidad de recursos, la cultura y los valores del hospital y de cada unidad, el control y la flexibilidad de los y las TS, el apoyo social y finalmente, el significado y conexión con sus compañeros y compañeras y con la misión de la institución.¹² Los factores políticos sistémicos nacionales más amplios influyen en cada uno de los factores que impulsan agotamiento e involucran a los y las TS.¹²

1.3. LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

A principios de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia lanzó el "Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio", que tenía como objetivo dirigir la respuesta del sistema de salud del país ante el aumento de la afluencia de migrantes venezolanos. Adicionalmente, la Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela (establecida en conjunto por ACNUR y OIM)

¹⁶ Cai H., Tu B., Ma J., Chen L., Fu L., Jiang Y., Zhuang Q. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med. Sci. Monit.* 2020;26

¹⁷ Tam C.W.C., Pang E.P.F., Lam L.C.W., Chiu H.F.K. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in, 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol. Med.* 2004;34:1197–1204.

¹⁸ Maraqa, B., Nazzal, Z., & Zink, T. (2020). Palestinian Health Care Workers' Stress and Stressors During COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Journal of primary care & community health*, 11, 2150132720955026. <https://doi.org/10.1177/2150132720955026>

emitió el "Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes de Venezuela 2020", con la intención de establecer una respuesta regional coordinada al fenómeno migratorio. No obstante, ambas estrategias se centran esencialmente en las necesidades de la población migrante, omitiendo su impacto en el bienestar de los y las TS de salud.

El trabajo multidisciplinario entre los sectores más afectados por la situación migratoria es fundamental para poder crear un sistema de apoyo para amortiguar el impacto y el shock al sistema que ha causado la situación migratoria. La implementación de estrategias multidisciplinarias entre la sociedad civil, organismos responsables desde el Estado y los y las TS que enfrentan esta crisis es fundamental para reducir el impacto de un shock como la situación migratoria.

I.4. INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL ESTRÉS E INCREMENTAR LA RESILIENCIA

Las definiciones de resiliencia varían, pero a menudo se refieren a la capacidad para hacer frente a la adversidad. La resiliencia del sistema de salud se refiere a la capacidad de absorber perturbaciones y responder y recuperarse con la consecuente prestación oportuna de los servicios necesarios. Es la capacidad de los actores, las instituciones y el personal de la salud para prepararse y responder eficazmente a situaciones de crisis, mantener las funciones básicas cuando se produce una crisis y, adaptarse en acción reorganizándose por si las condiciones lo requieren a partir de las lecciones aprendidas.¹⁹

Para los propósitos de este estudio de métodos mixtos, se define la resiliencia como un proceso dinámico y multifactorial en el cual un individuo puede adaptarse a la adversidad, mantener el equilibrio, retener cierto sentido de control sobre su entorno y continuar avanzando de manera positiva.²⁰ Un sistema resiliente tiene que ser: consciente, diverso, autorregulado, integrado y adaptativo.²¹ Para obtener estos diferentes elementos de un sistema resiliente los conceptos de capital social son fundamentales. Capital social se refiere a las normas y redes que permiten a las personas actuar colectivamente hacia un objetivo. Aldrich se refiere a tres diferentes tipos de capital social en su libro *Building Resilience*, la primera, capital social vinculadora entre diferentes organizaciones institucionales (*linking social capital*) cual que se refiere a las conexiones que tenemos con instituciones políticas y sociales (Ministerio de Salud, ONGs etc), la segunda, capital social que sirve como puente (*bridging social capital*) entre relaciones entre diferentes departamentos, hospitales y relaciones dentro de las propias unidades del hospital. Finalmente, capital social vinculadora entre unidades familiares y comunidades especiales (*bonding social capital*), conecta a personas en sus unidades individuales dentro del hospital o familias. El estrés y el agotamiento son síntomas de falta de resiliencia del sistema especialmente por falta de capital social, donde específicamente la capital social vinculadora cual crea la cultura de cada unidad, y normalmente no es considerada y termina en un ambiente de desconfianza entre los y las TS en su espacio laboral, especialmente entre los líderes y los y las TS. La carga de trabajo y la demanda laboral, la eficiencia y la disponibilidad de recursos son clave para un sistema resiliente. Pero al nivel micro y meso, la capital social vinculadora crea la cultura y los valores del hospital y de cada unidad y el apoyo social que esto trae crea un nivel de comunidad que incentiva el significado y conexión con sus compañeros y la misión de la institución. La capital social vinculadora es un elemento estructural de cada unidad y hospital, que ayuda crear las circunstancias de gestión participativa, coproducción de soluciones y fomenta la oportunidad para los y las TS crear un sentido de voz y agencia dentro de su sistema.

¹⁹ Kruk M. Building Resilient Health Systems: A Proposal for Resilience Index. BMJ 2017;2323:1-8.

²⁰ Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. Journal of Advanced Nursing 2007;60(1):1-9.

²¹ Kruk M. Building Resilient Health Systems: A Proposal for Resilience Index. BMJ 2017;2323:1-8.

I.5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Este estudio buscó evaluar los factores contextuales, sistémicos e individuales que los y las TS primarios perciben como contribuyentes al aumento de los niveles de estrés y agotamiento, en el contexto del desarrollo del fenómeno migratorio en Colombia, enfocado específicamente en estos tres objetivos:

Objetivo 1: Identificar, evaluar y describir los factores contextuales, sistémicos e individuales que contribuyen al aumento de los niveles de estrés y agotamiento entre los y las TS primarios y de urgencias que brindan servicios a migrantes venezolanos en Colombia.

Objetivo 2: Comprender la experiencia de atención a población migrante venezolana por parte de los y las TS en las regiones priorizadas.

Objetivo 3: Explorar las percepciones de los y las participantes sobre las barreras, desafíos y facilitadores para brindar servicios de APS a la población migrante venezolana.

Objetivo 4: Identificar y describir las mejores prácticas para afrontar el estrés y el agotamiento asociados a la prestación de servicios de atención primaria de salud a la población migrante venezolana.

2. MÉTODOS

Se desarrolló un estudio de métodos mixtos con un componente cuantitativo y uno cualitativo, que incluye un estudio de corte transversal y un componente cualitativo de tipo interpretativo. La recolección de datos se realizó en los siguientes departamentos: Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Valle del Cauca y el distrito de Bogotá, en congruencia con los territorios que hacen parte de las intervenciones del Programa Comunidades Saludables de USAID. Los datos fueron recolectados entre febrero y mayo de 2021.

Una vez analizados los datos de cada componente, de manera independiente se realizó un proceso de triangulación de los datos cuantitativos y cualitativos basado en la identificación de patrones de convergencia. A continuación, se detallan los aspectos metodológicos de cada componente que conformó el diseño mixto.

2.1. COMPONENTE CUANTITATIVO

Se realizó una exploración de los factores individuales y contextuales que pueden relacionarse con la presencia de agotamiento en los y las TS, para lo cual se consideraron: características sociodemográficas, formación profesional o técnica, características laborales, preguntas sobre el significado y propósito de los y las TS en su lugar de trabajo, seguridad física y psicológica, aspectos sobre camaradería y trabajo en equipo, reconocimiento, recompensa e incentivos que se reciben en el trabajo, autonomía y control sobre las actividades laborales, integración trabajo - vida personal, características de la red de apoyo y familia, presencia de otros detonantes como exposición a COVID-19, situaciones personales generadoras de estrés y características de la personalidad de los y las TS. La definición operativa de las variables que representan características de la personalidad se presenta como anexo 7.1.

Adicionalmente, se midió el grado de agotamiento laboral en los y las TS de los territorios seleccionados. El grado de agotamiento se midió utilizando el inventario de agotamiento de Maslach validado para Colombia. Este instrumento que fue modificado de acuerdo a los estudios de validación en Colombia, y contó con 19 preguntas que constituyeron tres sub-escalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo y se respondió mediante respuestas ordinales en la forma 1. Nunca, 2. Algunas veces al año, 3. Algunas veces al mes, 4. Algunas veces a la semana y 5. Diariamente. El puntaje máximo posible para todo el instrumento fue de 95 puntos y un mínimo de 19 puntos. Se consideró que existía agotamiento si se encontraban al menos 24 puntos en el total del instrumento. El grado de agotamiento se definió de acuerdo con la siguiente regla: percentil 25 o menos: bajo, percentil 25 a 75: moderado y mayor de percentil 75: alto grado de agotamiento. La regla de interpretación fue la misma para la calificación de las tres Subescalas. Los detalles del instrumento y su interpretación se presentan en el anexo 7.2.

Para la recolección de las variables de contexto y la aplicación del instrumento para medir agotamiento se realizó una encuesta virtual a trabajadores de la salud en los territorios de interés, a los cuales se accedió a partir de los correos institucionales suministrados por el personal de recursos humanos de las instituciones de salud que atienden a la población migrante. Se enviaron invitaciones vía correo electrónico y WhatsApp a los profesionales del área de la salud identificados en las listas que disponen las instituciones prestadoras de salud (IPS) localizadas en los departamentos seleccionados, previa autorización por parte de los comités de ética de las instituciones. En el correo se explicaron los objetivos y los criterios de selección para participar en el estudio.

Los criterios de selección para la aplicación de la encuesta fueron: Ser mayor de 18 años, trabajar con o en la atención de población migrante venezolana, encontrarse laborando en las zonas geográficas de interés para el estudio, que desearan participar y firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron estudiantes del área de la salud que no habían obtenido un primer título al momento de la encuesta.

Sólo quienes firmaron el consentimiento informado (formato electrónico) accedieron al cuestionario de la encuesta electrónica en SurveyMonkey.

2.1.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la estimación de la prevalencia de agotamiento, se calculó un tamaño de muestra de 1068 sujetos basados en una prevalencia de 46% reportada en la literatura para trabajadores del área de la salud en estudios en Colombia. Se utilizó una precisión del 3% y un nivel de confianza del 95%. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de los y las participantes que aceptaron participar en el estudio. No fue posible estimar la población total de los y las trabajadoras de salud a cargo de la atención a población migrante venezolana en cada área geográfica de interés para este estudio por lo que la muestra no se estratificó de acuerdo a departamentos. Sin embargo, se realizó una descripción de la distribución geográfica de la muestra de participantes de este estudio para orientar el análisis.

2.1.2 ANÁLISIS DE DATOS

Para la caracterización en cada uno de los niveles de información propuesto (contexto, sistema e individuales), se realizó un análisis descriptivo, reportando los resultados de acuerdo con la naturaleza de las variables. Se reportaron medias y desviaciones estándar o medianas y rangos para variables cuantitativas luego de explorar su distribución mediante pruebas de bondad de ajuste como Shapiro Wilk, Shapiro Francia y pruebas gráficas. Las variables cualitativas se presentaron en sus frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un análisis bivariado de acuerdo con el sexo de manera exploratoria. El análisis se presentó en tablas de resumen. El análisis estadístico se realizó utilizando el Software STATA versión 14 ®.

2.2. COMPONENTE CUALITATIVO

Este componente buscó comprender la experiencia de los y las TS frente a la atención de personas migrantes en sus espacios de trabajo y explorar barreras, desafíos y facilitadores para brindar servicios de salud a la población migrante venezolana, para ello se estructuró un enfoque interpretativo que posibilitara profundizar en la experiencia de atención desde las vivencias de los actores involucrados. Con base en esto, se perfilaron dos tipos de participantes, los y las TS que brindan atención directa en instituciones de salud y tomadores de decisión de los diferentes niveles: institucional, local/departamental y nacional. No se realizó restricción al número de participantes por departamento, se convocó a profesionales de todos los departamentos priorizados.

Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas semiestructuradas para los y las TS y grupos focales para los y las tomadoras de decisión. En ambos casos se realizaron guiones semiestructurados con base en la literatura sobre agotamiento y la perspectiva sistémica (Anexo 7.3). Los y las participantes fueron convocados a través de correo electrónico, mensajes de WhatsApp o llamadas telefónicas a partir de las bases de datos entregadas por las instituciones de salud de las regiones incluidas en el estudio donde se desarrollan intervenciones por parte del Programa de Comunidades Saludables de USAID.

Los criterios de inclusión para participar en el componente fueron:

- Ser mayor de 18 años.
- Tener experiencia en la atención a población migrante.
- Aceptar y diligenciar el consentimiento informado de participación en el estudio.

2.2.1. ESTRATEGIA DE MUESTREO

El muestreo siguió la estrategia de saturación de información, la cual ocurre cuando las nuevas entrevistas no aportan ningún nuevo patrón o idea fuerza, lo que indica que se ha alcanzado la muestra suficiente para la comprensión de fenómeno²². En el presente estudio la saturación se logró hacia la entrevista número 18. En total se realizaron 22 entrevistas, pero 4 de ellas no fueron adecuadas por insuficiencia de datos.

2.2.2. ANÁLISIS DE DATOS

Tanto las entrevistas como los grupos focales fueron grabados, previa autorización por parte de los y las participantes y luego transcritas y anonimadas para garantizar la protección de datos personales y la no vulneración del principio de confidencialidad. Una vez transcrito el material, se realizó el análisis de datos siguiendo la técnica de codificación. Esta técnica es el procedimiento más comúnmente utilizado para el análisis cualitativo y se divide en dos momentos, uno de codificación abierta y otro de codificación axial²³(St). La codificación permite la síntesis, el relacionamiento y la interpretación de los datos obtenidos como textos a partir de la fragmentación y abstracción de los datos para descubrir categorías o relaciones de conceptos (codificación axial) que representan esa cualidad de lo vivido, de los sentidos y significados sobre lo que se explora. El análisis privilegió la perspectiva inductiva, es decir la construcción de categorías emergentes a partir de los datos. El análisis se realizó con apoyo del software AtlasTi®.

2.2.3. CRITERIOS DE RIGOR

Se cumplieron los criterios de rigor de Guba y Lincoln²⁴, en el que se usaron las siguientes actividades. Un investigador con experiencia en investigación cualitativa analizó los datos, la validación del análisis que se iba realizando en encuentros reflexivos con todo el equipo desarrollador del proyecto y un contraste con literatura científica reciente. Se realizará una devolución de los resultados por medio de socialización para los tomadores de decisión de nivel nacional y se planteará el envío de un resumen estructurado de los datos para las instituciones que autorizaron el acceso de los datos para la convocatoria de participantes. Finalmente, como parte de la auditoría, se informa que las transcripciones y la codificación reposarán en el archivo de proyecto bajo protección de datos.

2.3. TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Como estrategia de integración de los hallazgos obtenidos en cada uno de los componentes del estudio se recurrió a la técnica de triangulación por convergencia de datos. La triangulación es una herramienta que se usa en el marco de los diseños de método mixto de investigación para consolidar los análisis y las interpretaciones sobre los fenómenos de interés y hace referencia al uso de varios métodos, fuentes de datos, teorías o investigadores para el ejercicio analítico²⁵. Se partió de categorías de información predefinidas para el análisis siguiendo el marco de factores contextuales, sistémicos e individuales que pudieran explicar la presencia de agotamiento.

²² Morse J (1995). The significance of saturation. *Qual Health Res* 2:147-149.

²³ Strauss, A., & Corbin, J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas Y Procedimientos Para Desarrollar La Teoría Fundamentada. I. Sage Publications (Ed.); 2004 1st Ed.). Universidad de Antioquia.

²⁴ Guba EG, Lincoln YS. (1981)- Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. Jossey-Bass Eds.

²⁵ Arias Valencia, M. M. (2000). La Triangulación Metodológica: Sus Principios, Alcances y Limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, 69(1), 13. <https://doi.org/10.1001/Archneurpsyc.1953.02320250135014>

2.4. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, mediante el acta 018-192 del 12 de noviembre de 2020. De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, este estudio se clasifica como estudio sin riesgo. Además, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Abt Associates.

3. RESULTADOS

3.1. COMPONENTE CUANTITATIVO

Entre el 1 de marzo y el 3 de mayo de 2021 se recibieron 814 registros, de los cuales 551 correspondieron a sujetos que aceptaron participar. De los 551 participantes, 491 cumplieron criterios de inclusión y fueron analizados. De este número, 379 fueron mujeres (77,19%) y 112 hombres (22,81%). La edad promedio de los y las participantes fue de 36 años (Desviación Estándar -DE-: 11 años) sin encontrarse diferencias respecto al sexo. Los y las participantes encuestados residen en: Bogotá D.C (18,9%), Cundinamarca (10,6%), La Guajira (7,5%), Norte de Santander (32,8%) y Valle del Cauca (30,1%).

El grupo estuvo representado principalmente por mestizos (51,1%) y blancos (30,5%), sin embargo, otras etnias también se encontraron representadas en la muestra: Afrocolombianos (15,3%), Indígenas (2,8%) y ROM o gitano (0,2%). No se encontraron diferencias en esta representación de acuerdo con el sexo. Respecto al estado civil, la mayoría de los y las participantes se encontraban solteros (46,7%), seguido por el grupo de participantes casados (21,4%), el grupo con menor proporción fueron los viudos o viudas quienes representaron el 1,4% de los participantes. Frente a la distribución por sexo, solo un grupo presentó diferencias entre mujeres y hombres, siendo más frecuentes en la muestra las mujeres divorciadas o separadas que los hombres (6,33% versus 1,8%).

Respecto a la formación académica, se encontró que el promedio de años de escolaridad estuvo en 16 años (DE 4 años) sin diferencias por sexo, siendo el nivel de escolaridad técnico el más frecuente (38,5%), predominante en mujeres (41,7% versus 27,7%), seguido del nivel profesional conformado por quienes han terminado una carrera universitaria (32,4%), el nivel de educación menos frecuente fue doctorado y posdoctorado con 0,2% y 0,4% respectivamente. También se observaron diferencias por sexo en el grupo de especialización, la cual fue más frecuente en hombres que en mujeres (25% versus 14,5% respectivamente). Los detalles se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los y las Participantes

Características	Mujeres	Hombres	Total
	n: 379 n (%)	n: 112 n (%)	N: 491 N (%)
Edad*	36 (11,3)	35(17,5)	36(11)
Etnia			
Mestizos	195 (51,4)	56(50)	251(51,1)
Blancos	114(30)	36(32,1)	150(30,5)
Afrocolombiano (Negros, Mulatos, Palenqueros y Raizales)	58(15,3)	17(15,2)	75(15,3)
Indígena	11(2,9)	3(2,7)	14(2,8)
ROM o gitanos	1(0,26)	0(0)	1(0,2)
Estado civil			
Casado(a)	78(20,6)	27(24,1)	105(21,4)
Divorciado(a) o separado(a)	24(6,33)	2(1,8)	26(5,3)
Soltero(a)	180(47,5)	49(43,8)	229(46,7)
Unión Libre	90(23,7)	34(30,4)	124(25,3)
Viudo(a)	7(1,8)	0(0)	7(1,4)

Características	Mujeres	Hombres	Total
	n: 379 n (%)	n: 112 n (%)	N: 491 N (%)
Departamento de residencia			
Bogotá D.C	81(21,4)	12(10,71)	93(18,9)
Cundinamarca	40(10,6)	12(10,7)	52(10,6)
La Guajira	33(8,7)	4(3,6)	37(7,5)
Norte de Santander	128(33,8)	33(29,5)	161(32,8)
Valle del Cauca	97(25,6)	51(45,5)	148(30,1)
Nivel de escolaridad			
Doctorado	1(0,26)	0(0)	1(0,2)
Especialización	55(14,5)	28(25)	83(16,9)
Maestría	14(3,7)	3(2,7)	17(3,5)
Postdoctorado	2(0,5)	0(0)	2(0,4)
Profesional	118(31,1)	41(36,6)	159(32,4)
Secundaria	1(0,26)	2(1,78)	3(0,61)
Tecnológica	30(7,9)	7(6,3)	37(7,5)
Técnica	158(41,7)	31(27,7)	189(38,5)
Años de escolaridad*	15.7(3,8)	17.4(5,18)	16(4)

*Media y Desviación Estándar

Otras características relacionadas con el ejercicio de la profesión también fueron exploradas encontrando que la mayoría de la muestra estuvo representada por auxiliares de enfermería (31,4%; 34,8% de las mujeres y 19,6% de los hombres), médicos (22,4%; 15,6% de las mujeres y 45,5% de los hombres) y enfermeras(os) profesionales (15,9%; 18,5% de las mujeres y 7,1% de los hombres). Otros perfiles como nutricionistas, terapia respiratoria, auxiliar de laboratorio o microbiólogos, fisioterapia, odontología, trabajo social y personal administrativo²⁶ también hicieron parte de la muestra. Los detalles se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Características de la Formación Profesional

Características	Mujeres	Hombres	Total
	n: 379 n (%)	n: 112 n (%)	N: 491 N (%)
Administrativo	37(9,8)	15(13,4)	52(10,6)
Auxiliar de enfermería	132(34,8)	22(19,6)	154(31,4)
Enfermero(a)	58(15,3)	7(6,3)	65(13,2)
Epidemiólogo(a)	5(1,3)	0(0)	5(1,1)
Fisioterapia	15(3,9)	0(0)	15(3,0)
Laboratorio - Bacteriólogo(a)	8(2,1)	5(4,5)	13(2,6)
Medico(a)	47(12,4)	44(39,3)	91(18,5)
Nutricionista	2(0,53)	0(0)	2(0,4)
Odontología	4(1,1)	2(1,8)	6(1,2)

²⁶ Personal administrativo incluye en este trabajo a los y las trabajadoras del área de la salud que prestan servicios a población migrante, aunque no sea exclusivamente atención sanitaria. Entre ellos se encuentran auditores de calidad, vigilancia epidemiológica y 3 trabajadores del área de facturación de servicios de salud.

Características	Mujeres	Hombres	Total
	n: 379 n (%)	n: 112 n (%)	N: 491 N (%)
Otro auxiliar (laboratorio, radiología y transporte de pacientes)	22(5,8)	11(9,2)	33(6,7)
Psicólogo(a)	20(5,3)	3(2,7)	23(4,7)
Químico y Farmacéutico(a)	5(1,3)	0(0)	5(1,1)
Terapia respiratoria	6(1,6)	0(0)	6(1,2)
Trabajador(a) Social	18(4,7)	3(2,7)	21(4,3)

Al discriminar por sexo, se observa una mayor proporción de hombres médicos correspondiente al 45,5% de los hombres participantes, mientras que hay proporcionalmente más mujeres enfermeras y auxiliares de enfermería que hombres. La distribución por sexo de cada uno de los perfiles se presenta en la tabla 2.

Los y las participantes prestan atención a población migrante especialmente en las áreas de hospitalización y urgencias (38,5% y 27,5% respectivamente), seguido de consulta externa (10,6%), en seguimiento de salud Pública (9%) y prevención y promoción de la salud (5,7%), otras áreas de atención también se encontraron presentes en la muestra, aunque en menor proporción y se detallan en la tabla 3.

3.1.1. CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LOS Y LAS TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA MUESTRA

En el grupo encuestado se encontró que 15,5% de los y las TS cuentan con más de un empleo, sin embargo, el análisis por sexo demuestra una mayor frecuencia de este hallazgo en hombres que en mujeres (29,5% versus 11,3%). El principal tipo de contrato de estos trabajadores se hace por labor o servicio prestado mediante modalidades como: agremiación sindical (1,2%), por servicio u hora prestada (49,5%), orden de servicio (25,7%) o independiente (0,2%), sin encontrar diferencias por género; el grupo restante cuenta con contratos directos sea a término definido o indefinido, pero cuentan con todas las prestaciones de acuerdo con la Ley colombiana. Ver detalles en la tabla 3.

Respecto a los turnos en los que deben trabajar el 45,8% de la muestra respondió que deben trabajar de lunes a domingo, el 19,6% de lunes a sábado y el 18,5% refirió que su trabajo implica turnos no fijos. Solo una pequeña proporción respondió que su trabajo principal implicaba la realización de turnos los fines de semana y fines de semanas incluyendo festivos (0,81% para cada uno).

En relación con la jornada laboral, la principal modalidad en la muestra corresponde a turnos rotativos (34,4%), seguidos de medias jornadas matutinas o en las tardes (22,4%) y jornadas continuas en la mañana con turnos entre las 8 y 15 horas (19,4%). La jornada menos frecuente se encontró en horas de la noche exclusivamente con horarios entre las 22 horas a las 6 horas del día siguiente con una frecuencia de 1,4%. Respecto a los días que en promedio la muestra trabaja a la semana, se encuentra que tanto mujeres como hombres trabajan en promedio 7 días con una dedicación de 48 horas, sin que existan diferencias por sexo. Se interrogó por el número de pacientes a quienes se prestaba atención por jornada laboral encontrando que era de 22 a 23, con un máximo de 100 pacientes para algunos participantes.

En general los y las participantes han prestado atención a población migrante venezolana por 20 meses en promedio. 89,6% de los y las participantes está en contacto con pacientes con COVID-19 y 13,9% tiene un contacto que describen como permanente. Los detalles de las características laborales de esta muestra se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Características Laborales

Características		Mujeres n: 379 n(%)	Hombres n: 112 n (%)	Total N: 491 N (%)
Cuenta con otro trabajo				
	Sí	43(11.3)	33(29.5)	76(15.5)
	No	336(88.6)	79(70.5)	415(84.5)
Tipo de Contrato				
	Agremiación sindical	4(1.1)	2(1.8)	6(1.2)
	Orden de servicio	107(28.2)	19(17)	126(25.7)
	Por servicio u hora prestado	175(46.2)	68(60.8)	243(49.5)
	Prácticas	0(0)	2(1.8)	2(0.4)
	Término definido con prestaciones de Ley	39(10.3)	9(8.0)	48(9.8)
	Término indefinido	53(14)	12(10.7)	65(13.2)
	independiente	1(0.26)	0(0)	1(0.20)
Área donde presta servicios				
	Administrativo	9(2.4)	2(1.8)	11(2.2)
	Consulta externa	42(11.1)	10(8.9)	52(10.6)
	Domiciliaria	11(2.9)	2(1.8)	13(2.6)
	Hospitalización	140(36.9)	49(43.8)	189(38.5)
	Laboratorio clínico	13(3.4)	1(0.9)	14(2.8)
	Prevención y promoción (P y P)	27(7.1)	1(0.9)	28(5.7)
	Radiología	3(0.79)	1(0.9)	4(0.81)
	Salud Pública	38(10.0)	6(5.4)	44(9.0)
	Seguimiento epidemiológico	1(0.26)	0(0)	1(0.2)
	Urgencias	95(25.1)	40(35.7)	135(27.5)
Turnos				
	Días Irregulares o no fijos o móviles	67(17.7)	24(21.4)	91(18.5)
	Fines de semana y festivos o feriados	4(1.1)	0(0)	4(0.81)
	Lunes a Domingo	165(43.5)	60(53.6)	225(45.8)
	Lunes a sábado	82(21.6)	14(12.5)	96(19.6)
	Lunes a viernes	59(15.6)	12(10.7)	71(14.5)
	Sábados y domingos	2(0.5)	2(1.8)	4(0.81)
Jornada Laboral				
	1. Jornada partida (mañana y tarde)	89(23.5)	21(18.8)	110(22.4)
	2. Jornada continua, de mañana (ej. Entre las 8 y 15 horas)	78(20.6)	17(15.2)	95(19.4)
	3. Jornada continua, de tarde noche (ej. Entre las 13 y 21 horas)	7(1.8)	4(3.6)	11(2.2)
	4. Jornada continua, de noche-madrugada (ej. entre las 22 y 6 horas)	6(1.6)	1(0.9)	7(1.4)

3.1.2. SIGNIFICADO Y PROPÓSITO

En este nivel se exploraron características que permitieron describir la autopercepción del individuo frente a las actividades que realiza en su sitio de trabajo y cómo percibe su papel en las mismas mediante siete preguntas. Se interrogó si el trabajo realizado les permite aplicar sus conocimientos y habilidades encontrando que en el 87,8% de la muestra esto ocurre muchas veces o siempre. Un porcentaje similar de participantes (83,7%) también respondió que su trabajo le permite aprender cosas nuevas muchas veces o siempre.

En el grupo de participantes se exploró la necesidad de esconder sus emociones mientras realizan actividades laborales, a lo que un 28,8% respondió que deben hacerlo muchas veces o siempre y sólo 25,1% respondió que no debían hacerlo nunca. Al explorar por sexo se encontró que el 27,2% de las mujeres siente la necesidad de esconder sus emociones mientras realiza actividades laborales muchas veces o siempre, frente a 34,8% de los hombres quienes manifestaron hacerlo en esa misma intensidad (muchas veces o siempre).

El 68,4% de los y las participantes se sienten identificados con los objetivos misionales de la institución en los que prestan sus servicios muchas veces o siempre y 81,1% se encuentra satisfecho con las actividades que desempeña en su cargo muchas veces o siempre. Sin embargo, 30,5% de los y las participantes considera que cumplir sus objetivos personales no es posible en el trabajo que desempeñan actualmente (nunca: 0,81%; muy pocas veces 6,5%, algunas veces 23,2%). Al explorar por sexo esta variable, no se pudo observar diferencias en la proporción de mujeres o de hombres que manifestaron sentir poco posible cumplir sus objetivos personales en el trabajo que desempeñan actualmente (30,1% de las mujeres y 32,2% de los hombres).

Los detalles sobre los aspectos explorados en el nivel de significado y propósito se presentan en el anexo 7.4 en la tabla 1 y 1.a.

3.1.3. SEGURIDAD FÍSICA Y PSICOLÓGICA

De acuerdo con las respuestas obtenidas, se encontró que 56,4% de los y las participantes no se encuentran totalmente seguros físicamente en su lugar de trabajo, en ese porcentaje se incluyen quienes nunca (3,9%) o muy pocas veces (10,4%) perciben su entorno laboral como un espacio que garantice su seguridad física. Sólo un 18,9% de la muestra reporta sentirse seguro siempre en su lugar de trabajo. Sólo el 57,0% de los y las participantes sienten que tienen apoyo de sus compañeros de trabajo luego de enfrentar un evento adverso o daño durante el desarrollo de actividades laborales.

Frente a la seguridad psicológica, se interrogó si los y las participantes sentían preocupación frente a encontrar un nuevo empleo en caso de perder su empleo actual, encontrando que este sentimiento acompaña a más del 50% de los y las participantes muchas veces o siempre. Los detalles se presentan en el anexo 7.4 en la tabla 2.

3.1.4. CAMARADERÍA Y TRABAJO EN EQUIPO

De los y las participantes encuestados, 84,1% coincide en que recibe ayuda de sus superiores o jefes inmediatos en la realización de su trabajo al menos algunas veces y 67,6% recibe ayuda de sus amigos para la realización de sus tareas muchas veces o siempre. Al explorar sobre la relación con sus compañeros de trabajo, el 93,3% considera que es buena o muy buena, el 75,3% percibe el clima laboral bueno o muy bueno en y 72,3% perciben las redes de apoyo en su trabajo como buenas o muy buenas. Los detalles sobre cómo perciben los y las TS encuestados sobre estos aspectos se presentan en la tabla 3 en el anexo 7.4.

3.1.5. RECONOCIMIENTO, RECOMPENSA E INCENTIVOS

En general, se encontró insatisfacción frente a cómo los y las TS perciben el reconocimiento de su trabajo. El 70,6% consideró que no tiene un salario justo (69,4% de las mujeres y 75% de los hombres), solo el 13,6% de los y las TS considera que su salario es justo respecto de su rendimiento laboral. No se reciben recompensas diferentes a su salario por los logros alcanzados (81,2% respondió que nunca o muy pocas veces) y este mecanismo de incentivo laboral solo estuvo presente siempre en el 1,8% de los y las TS encuestados. Los detalles se presentan en el anexo 7.4 en la tabla 4 y 4.1

3.1.6. AUTONOMÍA Y CONTROL EN EL TRABAJO

Bajo este nivel se exploraron todos los aspectos relacionados con la percepción de los y las TS frente al cómo debe desarrollar las actividades laborales y el grado de autonomía que tiene para decidir sobre las tareas o la cantidad de ellas a las que se enfrenta en su lugar de trabajo. Solo el 56,2% de los y las participantes considera que tiene el tiempo suficiente para completar el trabajo que le es asignado (27,9% muchas veces y 28,3% siempre), la sensación de tener que controlar muchas tareas a la vez está presente en 88% de los y las participantes al menos algunas veces, además, 84% de los y las participantes considera que al menos algunas veces deben completar sus actividades laborales de forma rápida.

Frente a la autonomía y liderazgo en actividades laborales, se encontró que solo el 22,4% de los y las TS pueden investigar o liderar proyectos en su sitio de trabajo muchas veces o siempre (23% de las mujeres y 20,5% de los hombres), mientras que 44,4% lo hace muy pocas veces o nunca. Solo el 27,9% de los y las TS (27,2% de las mujeres y 20,5% de los hombres), considera que puede influir la cantidad de trabajo que le asignan. Los detalles se describen en el anexo 7.4 en la tabla 5.

3.1.7. INTEGRACIÓN TRABAJO – VIDA

Otro nivel explorado en los y las TS fue la forma en que su vida personal y tiempo libre se conjuga con su trabajo. Para ello se realizaron 6 preguntas para las cuales se obtuvo el siguiente resultado. El 59,3% de los y las TS encuestados puede tomar vacaciones muy pocas veces o nunca toma vacaciones (nunca 39,1%, muy pocas veces 20,2%), y el 17,1% toma vacaciones solo algunas veces. El 44,2% de los y las TS declaró no poder disfrutar de descanso en días festivos (feriados) u otros días de descanso, 29,3% puede hacerlo solo algunas veces. Otro aspecto explorado se relaciona con la posibilidad de tomar los días que se requieren por incapacidad médica o licencias encontró que 33% de los y las TS respondió que nunca o muy pocas veces puede acceder a estos, el 22,6% puede tomarlos solo algunas veces. Un resultado que fue llamativo fue lo que se describe por los y las TS del área de la salud sobre la posibilidad de ir al médico cuando lo necesitan, a lo que 5,7% respondió nunca, 15,9% respondió que muy pocas veces y 31,8% solo puede algunas veces. Por el contrario, las licencias de maternidad o paternidad son usadas sin problemas en la mayoría de los y las participantes que han requerido este recurso.

Se interrogó específicamente sobre la calidad del tiempo libre y la oportunidad de disfrutar con su familia o la inversión del tiempo en la realización de cosas personales, a lo que 20,4% respondió que este tiempo nunca o muy pocas veces se puede disfrutar. Sólo el 25,1% de los y las TS respondió que lo disfrutaba siempre. Los detalles se presentan en el anexo 7.4 en la tabla 6.

3.1.8. RED DE APOYO Y FAMILIA

Se exploraron aspectos relacionados con la conformación familiar, la presencia de hijos y la edad de los hijos. Se encontró que el 63,5% de los y las TS tiene hijos (66,5% de las mujeres y 53,6% de los hombres). 53,6% tienen 1 o 2 hijos, 6,3% tiene 3 hijos, 2% tienen 4 hijos y 1,4% tienen más de 4 hijos. Se encontró que el máximo de hijos reportado por los y las TS fue 8. El 36,2% de los y las TS tiene hijos menores de 7 años (16% son menores de 3 años).

3.1.9. OTROS FACTORES DE RIESGO PERSONALES PARA AGOTAMIENTO LABORAL

Se interrogó sobre factores de la vida personal que pudieran influir en el estado de agotamiento de los participantes, encontrando que el 3,3% de los y las TS había tenido (ellas o sus parejas en el caso de los hombres) un embarazo o parto en los seis meses anteriores al momento de responder la encuesta. El 31,8% había perdido a un familiar o persona cercana y 55,2% había tenido alguna circunstancia personal generadora de estrés y ansiedad dentro de los seis meses anteriores al momento de responder la encuesta. En estos dos últimos aspectos no se encontró diferencia en el análisis por sexo. Los detalles se presentan en el anexo 7.4 en la tabla 7.

3.1.10. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PANDEMIA DE COVID-19

Con el objetivo de explorar la influencia que ha tenido la pandemia de COVID-19 en la presencia de agotamiento laboral se exploraron aspectos relacionados con ello. Como resultado se obtuvo que existe exposición laboral al SARS CoV 2 (COVID-19) en el 97,1% de los y las TS encuestados y en el grupo, 55% tienen exposición siempre. Se exploró por sentimientos de angustia relacionados con la atención de pacientes con COVID-19 a lo que 29,1% de los y las TS respondió que estos ocurrían algunas veces, 11,6% muchas veces y 13,8% presentaba estos sentimientos siempre. Frente a la percepción de afectación de la salud mental por la pandemia de COVID-19, 24,4% de los y las TS respondieron haber sentido compromiso en su salud mental algunas veces, 11,2% muchas veces y 7,1% siempre. No se observaron diferencias por sexo en cuanto a la percepción de afectación mental u otros detonantes de agotamiento relacionados con la pandemia. Los detalles se presentan en el anexo 7.4 en la tabla 8.

3.1.11. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

Se exploraron 10 características de la personalidad, encontrando que 43,6% de los y las TS encuestados estaba de acuerdo o muy de acuerdo con tener características neuróticas en su personalidad, 50,5% respondió estar de acuerdo o muy de acuerdo con tener afectividad negativa, 60,5% de acuerdo o muy de acuerdo con ser perfeccionista, 65,2% de acuerdo o muy de acuerdo con ser extrovertido, 87,6% de acuerdo o muy de acuerdo con ser franco, 60,9% de acuerdo o muy de acuerdo con ser escrupuloso, 91,7% de acuerdo o muy de acuerdo con ser amable, 73,6% de acuerdo o muy de acuerdo con ser resistente, 75,4% de acuerdo o muy de acuerdo con ser optimista y 78,6% de acuerdo o muy de acuerdo con ser proactivo. Para los participantes incluidos en este análisis no se encontraron diferencias por sexo en las características de la personalidad explorada. Los detalles se presentan en el anexo 7.4 en la tabla 9.

3.1.12. MEDICIÓN DEL AGOTAMIENTO EN LOS Y LAS TRABAJADORAS DE SALUD

A partir de los resultados de la encuesta fue posible establecer que el 99,8% de los y las TS presenta algún grado de agotamiento laboral, la mediana del puntaje total de la escala fue 52 con un mínimo de 22 puntos y un máximo de 95 puntos. Este agotamiento es moderado en el 95,1% y alto en el 4,7% de los y las TS encuestados.

En la discriminación por subescalas que explican el agotamiento, se encuentra que existe algún grado de agotamiento emocional en 96,9% de los trabajadores, siendo de bajo grado en 3,1% de los trabajadores, moderado en 90,2% y alto en 6,7%. Se encontró despersonalización en 69,9% de los trabajadores, el grado de la misma fue media en el 68,6% y alto en 1,2%.

Respecto al dominio de realización personal en el trabajo, se encontraron indicios de agotamiento debido a esta causa en 0,2% de los trabajadores, sin embargo, hay sentimientos de alta realización personal en el

trabajo en el 78,4% de los trabajadores. Los detalles de los resultados de agotamiento en trabajadores de salud se presentan en la tabla 4 y en el anexo 7.4 en la tabla 10.

3.1.12.1. SUBESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL

El análisis de los aspectos relacionados con el agotamiento hizo notable que los y las TS encuestados se sienten emocionalmente defraudados de su trabajo diariamente en el 2,6% de los participantes, y unas veces a la semana en el 9% de ellos. Se sienten agotados al terminar la jornada laboral diariamente 18,5% y 43,6% algunas veces a la semana, 3,9% expresaron sentirse agotados a diario al levantarse por la mañana e iniciar una nueva jornada laboral en 3,9% y 24,6% algunas veces a la semana.

El 2,2% de los y las TS reportó sentir cansancio a diario relacionado con tener que trabajar todo el día con las personas, 10,4% manifestó presentar este mismo sentimiento algunas veces a la semana. Directamente el agotamiento y cansancio asociado al trabajo se manifestó a diario en 7,3% de los y las TS y en 14,3% de los y las TS manifestó tener este sentimiento algunas veces a la semana. En el grupo, 13,8% de los y las TS siente a diario que está demasiado tiempo en su trabajo y 18,9% tiene esta misma sensación algunas veces a la semana. Se encontraron también sentimientos de frustración como consecuencia del trabajo y esto se siente a diario en el 2,4% de los y las TS y en 10,2% el sentimiento aparece algunas veces a la semana.

Frente al contacto con las personas en el sitio de trabajo, 2,2% de los y las TS siente a diario que trabajar en contacto directo con las personas le cansa y 5,9% presenta este sentimiento algunas veces a la semana.

Resulta también llamativo que 4,1% de los y las TS manifestó sentirse a diario al límite de sus posibilidades, y 7,3% tiene este sentimiento algunas veces a la semana.

3.1.12.2. SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN

Frente a la sensación de despersonalización los y las TS respondieron que sienten que están tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales, este sentimiento ocurre a diario en el 3,1% de los y las TS y en el 4,5% ocurre algunas veces a la semana. También en el grupo se presentan sentimientos de estar presentando endurecimiento emocional, este ocurrió a diario en el 5,1%, mientras 7,7% de los y las TS se enfrenta a este sentimiento algunas veces a la semana.

El 3,5% de los profesionales siente a diario que no le importa lo que ocurra a los pacientes que deben atender, este mismo sentimiento se presenta algunas veces a la semana en 0,4% de los y las TS encuestados.

Se exploró también frente a la sensación de ser culpados por parte de los pacientes de algunos problemas presentados, a lo que 2,6% de los y las TS manifestó presentar estos sentimientos a diario, mientras que 12,6% enfrenta estos sentimientos algunas veces a la semana.

3.1.12.3. SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL EN EL TRABAJO

En este dominio se exploró si los y las TS sienten que pueden entender fácilmente a sus pacientes, a lo que el 79,4% considera que esto ocurre a diario, mientras que 12,2% tiene este sentimiento algunas veces a la semana. El 64,4% de los y las TS siente a diario que trata con mucha efectividad los problemas de sus pacientes, mientras que 18,5% considera que esto ocurre algunas veces a la semana. 5,1% de los y las TS siente a diario que está influyendo positivamente las vidas de otras personas a través de su trabajo, 7,7% tiene este sentimiento algunas veces a la semana.

El 59,5% de los y las TS se sienten a diario enérgicos en su trabajo, este sentimiento ocurre algunas veces a la semana en 30,5% de los encuestados y las encuestadas. El 74,5% de los y las encuestadas sienten a diario que pueden crear con facilidad un clima agradable en su trabajo, mientras que este sentimiento ocurre algunas veces a la semana en 17,3% de los trabajadores.

Tabla 4. Resultados de la Escala de Agotamiento

Característica	Mujeres		Hombres		Total	
	n: 379	%	n: 112	%	N: 491	%
	n(%)		n(%)		N (%)	
Puntaje escala*	52 (22;82)		55(36;95)		52(22;95)	
Presencia de agotamiento						
Si	378	99,7	112	100,0	490	99,8
No	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Grado de agotamiento						
Bajo	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Moderado	364	96,0	103	92,0	467	95,1
Grave	14	3,7	9	8,0	23	4,7
Subescalas de agotamiento						
Agotamiento emocional						
Puntaje escala*	19(9;43)		21(9;45)		20(9;45)	
Presencia de agotamiento						
Sí	367	96,8	109	97,3	476	96,9
No	12	3,2	3	2,7	15	3,1
Grado de agotamiento						
Bajo	12	3,2	3	2,7	15	3,1
Moderado	343	90,5	100	89,3	443	90,2
Alto	24	6,3	9	8,0	33	6,7
Despersonalización						
Puntaje escala*	6(4;16)		7(4;20)		6(4;20)	
Presencia de despersonalización						
Sí	253	66,8	90	80,4	343	69,9
No	126	33,2	22	19,6	148	30,1
Despersonalización						
Baja	126	33,2	22	19,6	148	30,1
Media	252	66,5	85	75,9	337	68,6
Alta	1	0,3	5	4,5	6	1,2
Realización personal en el trabajo						
Puntaje escala*	27(6;30)		27(17;30)		27(6;30)	
Indicios de agotamiento						
No	378	99,7	112	100,0	490	99,8
Sí	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Grado de realización personal en el trabajo						
Bajo	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Medio	79	20,8	26	23,2	105	21,4
Alto	299	78,9	86	76,8	385	78,4

*Mediana (Mínimo; Máximo)

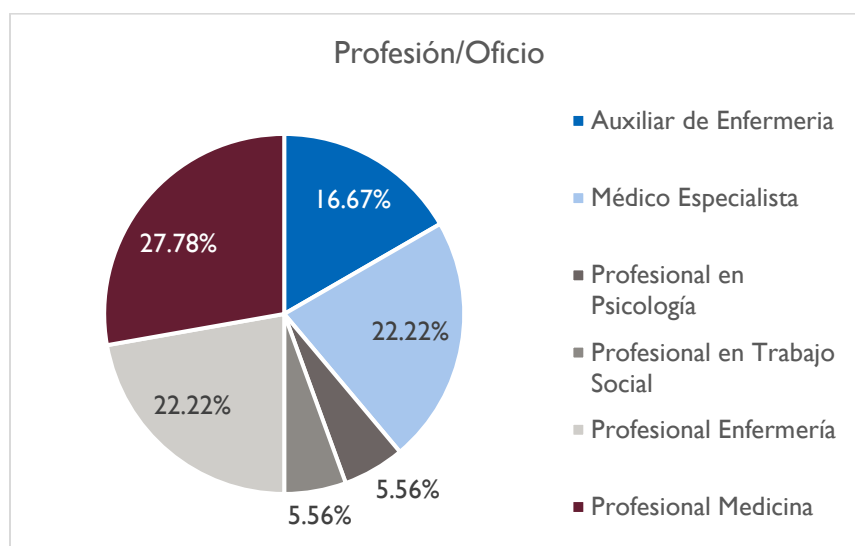
3.2. COMPONENTE CUALITATIVO

Los y las participantes en las entrevistas tenían un promedio de edad de 40 años al momento de la entrevista, con un rango de 24 a 61 años. Se entrevistaron 10 mujeres y 8 hombres. Sólo una persona hizo referencia a la pertenencia de grupos étnicos, quien se identificó como afrocolombiana. En cuanto al número de participantes por región, se encontró que la mayoría de los y las participantes trabajan en instituciones de Norte de Santander (n:6), Bogotá (n:4) y Valle del Cauca (n:4), otros participantes refirieron Cundinamarca (n:1) y La Guajira (n:2).

Con respecto a las profesiones u oficios que refirieron, se encontró que el 50% son médicos y médicas, tanto generales como especializados, seguidos de profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, participaron también una trabajadora social y una psicóloga (gráfico 1).

En los grupos focales participaron un total de 16 personas, de las cuales 10 eran mujeres y 6 hombres, de las diferentes regiones seleccionadas para el estudio y de los niveles institucional, distrital, departamental y nacional.

Gráfico 1. Profesiones Reportadas por los Entrevistados



En cuanto a los y las participantes del grupo focal, participaron un total de 16 personas de las cuales 10 fueron mujeres y 6 hombres; refirieron profesiones como medicina, odontología, psicología, trabajo social y derecho. Los y las participantes representaron instituciones de salud y entes gubernamentales del nivel territorial, distrital y nacional relacionados con la toma de decisiones del sector de salud.

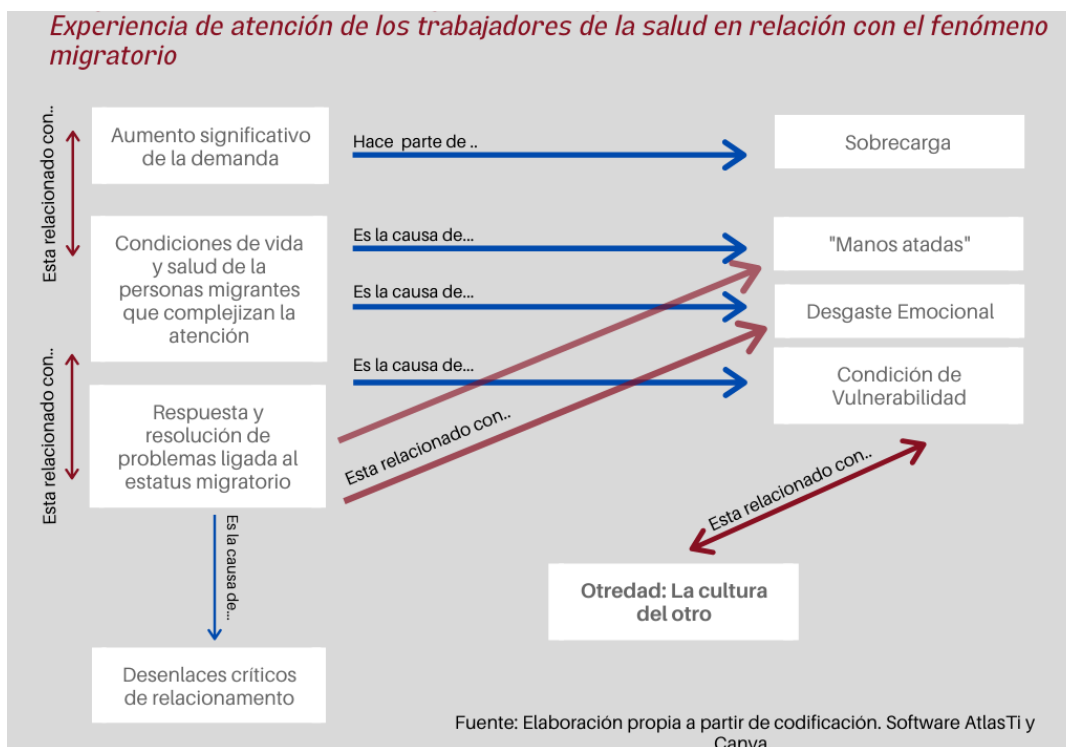
3.2.1. HALLAZGOS DE LAS ENTREVISTAS

El análisis de las entrevistas realizadas permitió construir cinco categorías emergentes a partir de los datos:

1. Aumento significativo en la demanda de servicios de salud
2. Condiciones de vida y salud de las personas migrantes complejiza la atención
3. Respuesta a necesidades de salud vinculada al estatus migratorio de las personas: baja resolución de problemas y dificultades de relacionamiento
4. Sentires del TH: sobrecarga, frustración y desgaste emocional
5. Otriedad: percepción sobre la persona migrante

El conjunto de estas categorías muestra la experiencia de atención de los y las TS en relación con el fenómeno migratorio y su impacto sobre las condiciones de trabajo. En términos generales, se identifica que el fenómeno migratorio ha tenido un impacto significativo en la vida laboral de los y las participantes que se traduce en sobrecarga, desgaste emocional y frustración, debido a la baja posibilidad de responder de manera oportuna a los problemas de salud y sociales de la población por condiciones estructurales del sistema que están por fuera del dominio y control de los y las TS. Las relaciones entre las categorías emergentes se muestran en el diagrama I.

Diagrama I. Relación de Categorías Emergentes Entrevistas a TS, 2021



A continuación, se desarrolla el contenido de cada una de las categorías emergentes.

3.2.1.1. AUMENTO SIGNIFICATIVO EN LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Al indagar con los y las participantes por la representación del fenómeno migratorio en términos de la experiencia de atención, se identifica un patrón recurrente en las narrativas de los entrevistados sobre la relación de este fenómeno con el aumento sostenido y permanente de la demanda de atención en salud que han debido afrontar desde las instituciones, principalmente públicas, y que muchas veces se dio en ausencia de nueva infraestructura y nuevos recursos. Los y las participantes expresaron que esta demanda ha podido representar un aumento de hasta el 80% en los servicios, de hecho, algunos reconocieron que actualmente puede ser mayor la atención a población migrante que a la población colombiana, algunos expresaron:

“Es una población grande. Por lo menos como un 50% de personas que ingresan al hospital [son venezolanos] y pues, muchos de ellos no tienen seguridad social.” Entrevista 25

“Hoy en día, aproximadamente, repito, no son cifras oficiales. Aproximadamente de las 18 pacientes que veo unas 13 son migrantes venezolanas” Entrevista 24

“En promedio del número de migrantes que atenderíamos, por ejemplo 200 partos en cuatro centros donde la mayoría, yo diría que casi que el 80% son de madres venezolanas. Eso ha impactado muchísimo, porque pues, antes no era así” Entrevista 26

*“Te digo que se ha cuadruplicado [la atención]. Ni duplicado ni triplicado. Tanto así porque nos han llegado ellos y nos ha aumentado, nos ha cuadruplicado el volumen de trabajo”
Entrevista 3*

Los entrevistados y las entrevistadas afirman que este aumento de la demanda se ha dado principalmente en los servicios de urgencias y en la atención materno-perinatal, pero también se mencionan servicios relacionados con la atención a enfermedades crónicas. La referencia al aumento en los servicios de urgencias se da porque en Colombia la atención inicial de urgencias está garantizada para todas las personas no nacionales sin una póliza de seguro y sin capacidad de pago en línea con lo dispuesto en las leyes: 100 de 1993, 715 de 2001 y 1751 de 2015. Sin embargo, el alcance de esta atención es la estabilización de la persona en el momento que tenga compromiso vital, pero los medicamentos o exámenes diagnósticos que se puedan requerir no tienen cobertura y deben ser asumidos por gasto de bolsillo de las personas atendidas.

Sumando a lo anterior, los y las participantes mencionan también que esto no solo se evidencia en relación con el fenómeno migratorio el aumento en la demanda en términos numéricos, sino que esta demanda suele estar acompañada con una complejidad mayor de los problemas de salud por los cuales se acude a los servicios. Así, por ejemplo, en el caso de las mujeres gestantes, al no tener controles prenatales previos llegan con riesgos que no han sido controlados, sin tratamiento de sus enfermedades de base, etc., generando que sea comunes las complicaciones y el alto riesgo en este grupo poblacional específico. Uno de los entrevistados refirió:

*“Manejamos una unidad de referencia de atención materna, pero digamos que allí un promedio casi que todas son pacientes son venezolanas. O sea, a veces por mucho hay una colombiana, y eso quiere decir que las pacientes que más llegan críticas, que digamos que tienen más riesgo de complicaciones generalmente son ellas porque pues, no van a controles prenatales, no tienen acceso a salud, entonces cuando ya llegan a nuestro servicio pues, seguramente alto riesgo obstétrico pues, claramente tienen muchas más complicaciones”
Entrevista 24*

Los relatos de los y las participantes muestran que sumado al desasosiego por la alta demanda en número y mayores complicaciones, existe otra preocupación debida a los escasos o nulos cambios en la infraestructura, recursos y personal para abordar esta situación, tan solo un par de entrevistados reconoce que, una vez el Estado se comprometió con mayores recursos, se sintió algún alivio porque se ampliaron los recursos para la atención pero que esto fue temporal porque éstos recursos no son constantes. Además, en este punto en particular se reconoce el rol de las agencias de cooperación internacional y las organizaciones no gubernamentales en este soporte de la demanda de atención en salud a la población migrante.

“Bueno, aquí estamos en una ciudad fronteriza donde hay siempre organizaciones, ONGs que se encargan de la situación de colaborar con la ciudad, de favorecer a estas personas y el único compromiso que tenemos nosotros” Entrevista 21

“Claro las ONG nos pueden brindar herramientas, como pueden ser donaciones al servicio. En estos días hubo una donación de ecógrafos, de monitores. Entonces esa parte es la que uno ve, pero ya lo que se habla en la parte – ¿Cómo le dijera? O sea, en los directivos ellos son los que se encargan de hablar de otros detalles, nosotros vemos que ellos nos aportan” Entrevista 22

“Un convenio es, por ejemplo, una organización, una ONG que recibe recursos para atender a la población migrante. Debe contactar a una empresa prestadora de servicios o una IPS o a una institución para que le vea a sus pacientes. Ahí ellos, entre estas dos instituciones realizan

un convenio. Le dicen a la institución usted me va a ver esta población, por ejemplo, para el caso gestante, y nosotros le vamos a dar estos recursos. Ese convenio favorece la paciente. Es la relación comercial y de atención entre una ONG que recibe recursos y una prestadora del servicio. Ese se llama convenio. Y esos convenios, al parecer, no están realizados adecuadamente por lo menos para la población gestante” Entrevista 16

3.2.1.2. LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES COMPLEJIZAN LA ATENCIÓN

En términos generales, se reconoce que la persona migrante y su contexto está en el marco de condiciones sociales y económicas precarias que los sitúan en una circunstancia de vulnerabilidad, pobreza económica e inadecuado acceso a bienes y servicios sociales y de bienestar²⁷. Estos aspectos impactan de manera sustantiva las condiciones de salud y cuando las personas migrantes acuden a los servicios esta realidad impacta a los y las profesionales que brindan la atención y se convierte en un aspecto que genera estrés emocional pues refieren sentirse “atados de manos” para lograr resolver el conjunto de problemáticas que requieren abordaje. Una de las entrevistas expresó:

“La experiencia con ellas a veces no puede ser tan excelente [migrantes gestantes], porque de verdad Venezuela tiene pacientes muy enfermos, muy mal, sobre todo desnutridos... muy mal económicamente pues pacientes que no tienen ni para comprarse un agua. Cuando el paciente quedaba hospitalizado la familia en la calle dormía 8 días, 5 días... que no tenían para comer, a veces los ayudamos nosotras económicamente cuando podíamos, así fuera con el pañal y con un desayuno o con un almuerzo... me afectaba mucho porque pues no se está acostumbrada a atender esa clase de persona, que llega muy mal” Entrevista 7.

Ese reconocimiento de las difíciles circunstancias en las cuales se da el proceso migratorio y la continuidad de carencias en territorio colombiano despierta empatía y solidaridad por la mayoría de los entrevistados que refirieron el tema. En contraste, un entrevistado refirió que la situación de la persona migrante se complejiza porque llegan a un territorio en el que de base existen problemáticas socioeconómicas y de desigualdad para los propios nacionales y preocupa que la focalización de servicios al fenómeno migratorio pueda profundizar estos problemas sobre todo ante escasos recursos para la atención en salud, al respecto se mencionó:

“Bueno es que lo principal es poderle garantizar y poder generar el servicio en salud adecuado primero pues, a la población Colombiana. Sabemos que este no es un país que tenga el mejor servicio de salud ni las mejores condiciones. Poder manejar nuestra propia población para pues, pasar a manejar la población de otro país que pues también tiene sus dificultades. Entonces, sí sería pues conveniente primero mejorar la accesibilidad a la salud del Colombiano. Para así mismo nosotros poder también ayudar a los otros, y no, como te digo, desplazar el propio Colombiano por atender un paciente venezolano sin desmeritar que todos tenemos derecho a la salud claramente.” Entrevista 25

El anterior texto refleja un conflicto, que si bien en el contexto del presente estudio solo se presentó en uno de los entrevistados puede ser importante explorar en futuros estudios este tipo de conflictos que se presentan en los profesionales durante la atención y los impactos psicológicos y emocionales que pueden generar.

²⁷ De acuerdo con datos del Proyecto Migración Venezuela, para el 2020 se estimó que el 48,8 por ciento de la población migrante enfrenta un hacinamiento crítico en sus viviendas y que el 51,7 por ciento está en situación de pobreza multidimensional.

En relación con la categoría anterior, las difíciles condiciones de vida cotidiana de las personas migrantes complejizan la atención en salud al reconocer que se requieren intervenciones integrales que se escapan al tratamiento médico. Al respecto se mencionó:

“Con ellos toca hacer intervenciones pues trabajo social, de psicología. Porque por la misma situación que ellos están viviendo es que pronto a veces necesitan más. [Por esa condición de migrante] no tenían atención antes y son situaciones difíciles; un paciente de pronto no tiene un diagnóstico oportuno, ya cuando llegan, tiene digamos, el diagnóstico es crónico, de pronto no habían tenido como, no se le había podido detectar al tiempo. Y ya es un manejo paliativo que hay que darle” Entrevista 3

3.2.1.3. RESPUESTA A NECESIDADES DE SALUD VINCULADA AL ESTATUS MIGRATORIO DE LAS PERSONAS: BAJA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y DIFICULTADES DE RELACIONAMIENTO

El esquema de aseguramiento basado en la capacidad de pago del sistema de salud colombiano ha estructurado un modelo que garantiza el acceso con base en la cotización al régimen contributivo o bien porque se cumple con una serie de criterios para que el Estado designe un subsidio destinado a cubrir dicho esquema de aseguramiento; sin ninguna de las anteriores opciones las personas deben pagar con gasto de bolsillo los servicios que se requieran para su atención en salud. Aunque en los casos de urgencia, como se describió en párrafos anteriores se debe brindar la atención hasta la estabilización de la persona.

Este aspecto normativo y estructural de la atención en salud se convierte en un factor determinante para acceder a los servicios, y en ausencia de un mecanismo, ya sea de capacidad de pago o la documentación que acredite a la persona como potencial beneficiario de un subsidio, no es posible el acceso efectivo a los servicios de salud. En este sentido y teniendo presente que un porcentaje importante de la población migrante se encuentra en situación migratoria irregular y no tiene capacidad de pago, el resultado es el no acceso efectivo. Lo anterior representa un escenario de frustración para los profesionales que brindan la atención pues se sienten de “manos atadas” para poder resolver, tanto los problemas directamente derivados de la condición de salud, como las problemáticas sociales que vivencian estas personas. Al respecto se mencionó:

“Realmente a veces es muy frustrante porque llegan con enfermedades muy complejas y no todo el tiempo se les puede brindar la ayuda que realmente necesitan, pues por lo que no son de acá, y el proceso en cuanto al manejo de la salud en Colombia es complejo o sea hay que llenar muchas autorizaciones, muchos requisitos. Entonces para uno poder hacer las cosas cuando son extranjeros pues obviamente hay mayor dificultad para poderlos ayudar. Entonces, en algunas cosas es más frustrante el manejo de ellos porque no se les puede dar el manejo completo como uno quisiera.” Entrevista 6

*“Entonces comenzamos a tener limitaciones [para la atención], aun pues me doy cuenta que tenemos la mejor disposición desde el área administrativo, hasta el área asistencial para realizar la atención. Pero pues comienza a sentirnos limitados... el hecho de no tener un documento de permanencia y comienza pues a generarles una barrera. Entonces, pues los extranjeros venezolanos comienzan a tener cierta limitación para acceder al servicio.”
Entrevista 11*

En este punto es importante mencionar que se han desarrollado esfuerzos normativos para abordar la situación de aseguramiento de las personas con estatus migratorio irregular y, específicamente, con la expedición del decreto 064 de 2020 se crean mecanismos para facilitar la afiliación de las personas migrantes al sistema que tienen permisos de permanencia, pero el estatus migratorio sigue siendo el que marca la pauta para afiliación. Se espera que, con la implementación del Estatuto de Protección Temporal, emitido en abril de 2021, esta situación se supere.

La consecuencia más importante de la baja resolutivead, o margen de maniobra, que pueden tener los y las profesionales al momento de brindar atención en relación al estatus migratorio por la barrera que éste representa, es que desencadena una serie de eventos críticos de relacionamiento entre pacientes y profesionales en los servicios, principalmente de urgencias. Específicamente las personas entrevistadas hablaron de agresiones físicas, verbales y de hostilidad por parte de los pacientes ante la no resolución de sus problemas de salud. Estas expresiones de violencia se dan en circunstancias de alto estrés y ansiedad por parte de los pacientes o familiares/acompañantes se desatan estas manifestaciones de violencia. Algunos entrevistados mencionaron:

“Ellos creen que uno es el culpable, que uno como médico es el que no quiere darle el tratamiento y terminan es discutiendo, insultando, regañando. Algunos son muy groseros porque no logran comprender la situación. Que no está en mis manos. Entonces ellos no logran comprender esa parte. Hay algunos que son muy violentos. Tengo compañeros en otros servicios que han dicho que les han pegado – que los mismos pacientes les han pegado a ellos porque no les pueden dar los que ellos quieren. Entonces no es tan fácil” Entrevista 6

“Porque pues obviamente ellos no tienen su EPS o su SISBEN, entonces el pensamiento de ellos es que como son gente migrante, gente venezolana, es que uno no los quiere atender. Entonces a veces son groseros. Una vez, dos veces cuando estuve en el servicio de urgencias si tuve inconveniente con una mujer y un hombre. Si pues, fueron groseros y el señor sí me alcanzó a mandar a pegar, pero pues estaba mi jefe y lo sacaron” Entrevista 1

Un elemento que matiza las anteriores expresiones es que cuando se profundiza al respecto, se informa que estos casos de violencia no son exclusivos de personas migrantes, también se han dado casos con personas colombianas.

3.2.1.4. SENTIRES DE LOS TRABAJADORES Y LAS TRABAJADORAS DE LA SALUD : SOBRECARGA, FRUSTRACIÓN Y DESGASTE EMOCIONAL

El aumento en la demanda, la compleja situación de salud y vida de la población migrante y la escasa resolución para las mismas produce en las personas entrevistadas una sensación de sobrecarga, cansancio, frustración y desgaste emocional, los cuales se dan en mayor o menor medida y aunque no siempre aparecen juntas en la descripción de la experiencia, es posible interpretar a partir de las narrativas que el sentir de los y las TS está relacionado con al menos una de éstas características. Lo más recurrente es la sensación de sobrecarga, la representación del aumento de trabajo ya sea por aumento en el número de personas como por la complejidad de los procedimientos que se requieren

“Mucho más pacientes; mucho más trabajo. El trabajo es enorme, con las mismas complicaciones que podíamos tener acá. Pero pues solamente pues ve el tamaño de la población que estamos hablando. Es más, la población es mayor y por lo tanto hay mayor trabajo.” Entrevista 21

*”Claro, siempre se impacta mucho a nivel personal, emocional, en el estrés emocional.”
Entrevista 8*

“A medida que aumenta la población y aumenta el trabajo, ya el personal que está de base empieza a estar un poquito bloqueado porque no tenemos la forma de ofertar el servicio en el sentido de que no podemos prestarle servicio a la gran cantidad de pacientes.” Entrevista 21

“ha aumentado muchísimo la carga de trabajo... Entonces pues a veces ha sido bastante complicado porque bueno es muchísimo el trabajo que tenemos” Entrevista 24

“Entonces, en algunas cosas es más frustrante el manejo de ellos porque no se les puede dar el manejo completo como uno quisiera.” Entrevista 6

En términos generales, la relación más directa que establecen los y las participantes en las entrevistas con el fenómeno migratorio es el aumento de la carga de trabajo ante la cual no existe un reconocimiento adicional en términos de salarios o algún tipo de incentivo ante dicha sobrecarga. Al respecto manifestaron:

“No recibimos compensación ni bonificación ni nada por el estilo, así desde que ingresamos acá en el hospital, tenemos, digamos le mismo salario todo por atender bien de esa paciente”.

Entrevista 3

“Pues en términos del trabajo aumentó el volumen de trabajo. O sea, tenemos más trabajo ¿Sí? Eso no necesariamente representa más ingresos. Pero realmente el objetivo de nosotros, comunidad materna y de la especialidad nuestra perinatología de nuestro trabajo es realmente ofrecer calidad en el servicio y poder atender pacientes.” Entrevista 6

“No, o sea, compensación monetaria, no la hay. Compensación de tiempo, tampoco lo hay. Solamente que hay que redistribuir el trabajo. De pronto hay más compañeros que nos apoyan. O sea, hay mayor personal que nos colabora en la atención de todo este servicio” Entrevista 21

“La compensación [salario] que nosotros recibimos es una compensación por horas en el mes. Sí, entonces un cuadro de turnos en general son X horas asistenciales. Entonces, pues esas horas son las que se pagan. Pero pues de hecho de que estemos atendiendo población extranjera no quiere decir que da de pronto algún incentivo o alguna retribución económica o alguna retribución en tiempo que eso nos genere, es más trabajo.” Entrevista 11

A partir de los textos se interpreta que, si bien existe una sensación de sobrecarga, los y las TS encuentran mecanismos para sobrellevarla, entre estos mecanismos se encuentran el trabajo en equipo, la vocación, la organización interna del trabajo y el cumplimiento del deber. Los anteriores elementos muestran el rol de aspectos ligados a la resiliencia desde lo individual y organizacional y su posible efecto en estos trabajadores para hacer frente a estas condiciones y sensaciones.

Cuando se indagó explícitamente por el rol de la pandemia en relación con el fenómeno migratorio y la experiencia de trabajo, resultan dos elementos clave para comprender dicho rol, por un lado se reconoce que con las restricciones de movilidad, las cuarentenas y en general el ambiente de confinamiento durante la declaratoria de pandemia, los profesionales percibieron un descenso en la demanda de atención por parte de esta población, aspecto que les preocupa pues muchas personas se quedaron sin diagnóstico y seguimiento oportuno. Por otro lado, mencionan que trajo una angustia adicional relacionada con el miedo al contagio y a ver compañeros y familiares enfermar. Al respecto refirieron:

“Sí. Si la ha afectado, porque muchas personas por el miedo al contagio no, a veces no consultan. Ya. Ahorita con lo de la vacuna y con pues, todas las medidas de precaución es que la gente ha vuelto nuevamente a consultar a los servicios. Pero hubo un tiempo en el que la gente no asistía a los centros de salud por el miedo a contagiarse de los afectados.”

Entrevista 10

“Bueno, inicialmente, al entrar en pandemia, la institución comienza a reflejar la ausencia de aumento en la demanda del servicio urgencias, por el miedo de ir al servicio urgencia por terminar infectándose por el virus. Entonces el servicio de urgencias comienza menos asistencia.

Por otro lado, la cantidad de pacientes respiratorios comienzan a ingresar con falla respiratoria... por síntomas respiratorios, sí termina siendo un tema importante y hay una carga, sí hay una extensión de horas laborales, comenzamos con ausencias laborales, persona de salud... compañeros que comienzan a tener síntomas, el ambiente comienza a cambiar”

Entrevista 11

“Pues la pandemia realmente limitó la atención porque nosotros como personal de salud, pues debido a las restricciones a los toques de queda y la limitación de los horarios, tuvimos que acortar las agendas. Cuando hay agendas más cortas, pues se van a ver menos pacientes y en

la medida en que se vean menos pacientes, pues obviamente empieza a represar la atención y las gestantes nuestras, empieza a diferirse la cita. ¿Qué quiere decir esto? Que estamos dando la oportunidad a una paciente de verla los dos, tres días. Pues posiblemente por la pandemia hemos tenido casos en los cuales a los veinte días todavía no hemos podido agendar algunas pacientes... pues era también complejo y estresante porque uno sabe que sus pacientes necesitan atención y no podíamos abrir la agendas como las que estábamos manejando antes.”

Entrevista 16

3.2.1.5. OTREDAD: PERCEPCIÓN SOBRE LA PERSONA MIGRANTE

Esta categoría presenta y sintetiza las referencias a la mirada sobre el “otro” migrante y la marcada diferencia hacia su “cultura”, aun cuando se comparten aspectos como el lenguaje, la historia y existen lazos sociales, principalmente en las zonas de frontera. El concepto de otredad o alteridad hace referencia al reconocimiento del *otro* como un individuo totalmente diferente, que no forma parte de la comunidad propia. De acuerdo el filósofo Dario Sztajnszrajber, esta definición supone que el otro es un externo que puede apropiarse de lo de *nuestro*, lo cual genera un orden social en el cual ese otro es amenaza, peligro y propicia exclusiones sociales²⁸. A partir de las narrativas de los y las participantes se interpreta que existe una mirada sobre el otro como alguien profundamente distinto, externo, a quien, si bien requiere garantizársele la atención, sigue siendo un extranjero, es decir no es reconocido como parte de la propia comunidad. Algunos refirieron:

“Entonces en ciertos momentos era un tanto, no sé cómo decirlo, como triste el ver que tendría que negarles yo solicitud de exámenes, solicitud de procedimientos al propio colombiano porque su EPS no se los autoriza y por el hecho pues de que dieran fondos para atender los pacientes venezolanos frente a ellos y a ellos sí les podríamos dar de todo. Entonces eso fue como chocante en un principio. Pues, independientemente que la culpa no sea de ellos. Pero sí le queda a uno un sabor de que se van cambiando los papeles ¿No?. A la persona que está en su propio país no se le puede brindar la atención necesaria y hay gente, pues por diferentes causas esta acá y hay que cubrirlos de una mejor manera” Entrevista 25

“Hay que brindarles la oportunidad porque pues son personas, son seres humanos a los que hay que tratar de brindarle pues, toda la atención mejor posible, pero lo único es que yo no sé, como le digo, si es por su cultura, porque allá los llevaban acostumbrados a los subsidios, entonces se embarazan mucho. Muchos niños y la verdad no les prestan mucha atención... es una población pues bastante vulnerable, la cual también en ocasiones no sé si es por una cultura o porque venían acostumbrados a un tipo de subsidios que les daban allá, tienden como a descuidar su salud, por decirlo así” Entrevista 10

“Pues por lo menos que sean conscientes que si se vienen para acá tenga su permiso, tengan todas sus cosas al día y tengan una EPS. Que si van por urgencias obviamente se le va a atender, pero es que ellos a veces no entienden, o sea no entienden eso. Que ellos acá están ilegales. Y entonces uno por más que quiera, no les puede colaborar.” Entrevista 1

A modo de cierre, es importante sintetizar que las experiencias de los y las participantes frente a la atención en el marco del fenómeno migratorio se relacionan con un sentir de sobrecarga por el importante aumento de la demanda de servicios de salud por parte de esta población, una sensación de desgaste emocional y frustración por las complejas condiciones sociales y económicas en las que viven las personas migrantes que acuden a los servicios y que no pueden ser abordadas o resueltas por los profesionales, ni por el sistema de salud. En este sentido, es posible considerar desde las vivencias de los y las participantes que las condiciones en las cuales se presentan los servicios de salud a la población migrante en las regiones

28 Sztajnszrajber, D. (2015). Mentira La Verdad (T1), El Otro - Canal Encuentro. Canal Encuentro. [Http://Encuentro.Gob.Ar/Programas/Serie/8023/6929](http://Encuentro.Gob.Ar/Programas/Serie/8023/6929)

seleccionadas pueden considerarse un asunto que contribuye a mayores niveles de estrés y agotamiento en los y las TS.

3.2.2. HALLAZGOS DE LOS GRUPOS FOCALES

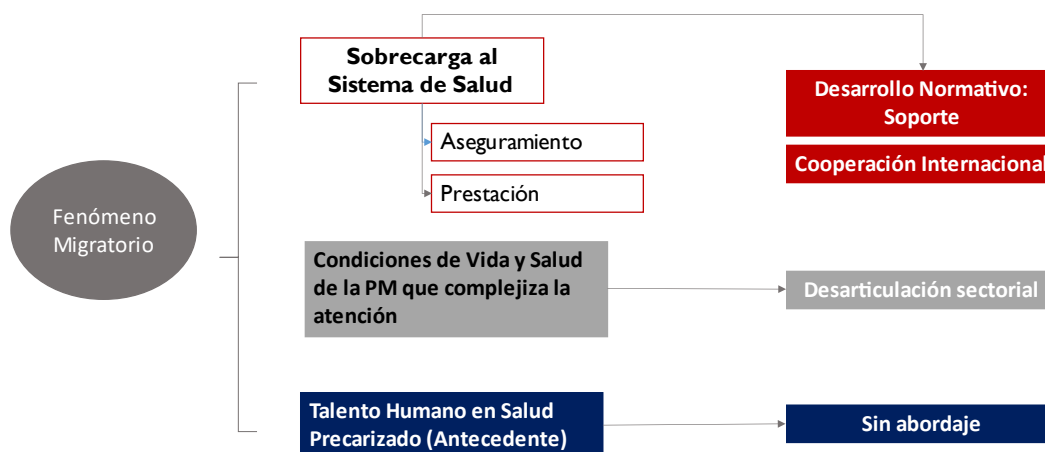
El objetivo de exploración con los tomadores de decisión fue conocer su percepción frente al impacto del fenómeno migratorio en la prestación de servicios de salud, en especial en los y las TS y explorar las barreras y facilitadores que se identifican en este escenario. Se realizaron 4 grupos focales, con la participación de 16 actores en total con relación en la toma de decisiones de los niveles institucional, departamental o nacional. De este número de participantes, 10 fueron mujeres y 8 hombres.

A partir del análisis de datos obtenidos en los grupos, emergen 3 categorías que muestran esta percepción y abren la puerta para el reconocimiento posibles temas de trabajo sobre el fenómeno. Las categorías fueron (diagrama 2):

1. Sobrecarga al Sistema de Salud
2. Condiciones de Vida y Salud de la población migrante que complejiza la atención
3. Talento Humano en Salud en complejas condiciones laborales (Antecedente)

La relación entre estas categorías con las grandes barreras o facilitadores identificados se presentan en el diagrama 2, allí se muestra cómo cada una de dichas categorías tiene una correspondencia que permite considerar futuras exploraciones o intervenciones. En síntesis, el diagrama muestra cómo los tomadores de decisión de los diferentes niveles reconocen y se alinean con el sentir de los y las TS frente a la percepción de sobrecarga ante una oferta de servicios que no estaba planificada y que sigue en constante aumento y, sobre todo, de una población con múltiples necesidades básicas insatisfechas. Además, se reconoce que existe en el sector de salud un antecedente de condiciones laborales que no favorecen el pleno bienestar de los y las TS y que se agrega a nuevos factores de estrés y agotamiento que emergen en el marco del fenómeno migratorio.

Diagrama 2. Categorías Emergentes en los Grupos Focales



3.2.2.1. SOBRECARGA AL SISTEMA DE SALUD

El conjunto de los actores sociales participantes en los grupos focales coincide en que el fenómeno migratorio generó una sobrecarga al sistema de salud desde la función de aseguramiento, de prestación de servicios y por lo tanto financiera, pues se cubrió y se sigue dando cobertura a una población a quien no se había tenido en cuenta en términos de planificación de los servicios de salud y en determinado momento desbordó a los prestadores, en especial a los prestadores públicos. Esta situación de no

planificación de servicios afectó, desde la perspectiva de los participantes, de manera importante las finanzas de los prestadores en la medida en que no se reconoció en términos económicos el valor de las prestaciones, es decir el tema de recursos para garantizar la atención se convirtió en un tema crítico. Algunos de los y las participantes señalaron:

“...Pues definitivamente se ha convertido en una, por llamarlo de algún modo, una carga para el sistema de salud. Y hablo de una carga no solamente desde el punto de vista prestacional, sino del aseguramiento. Porque ya hemos pasado distintas etapas en las cuales era o sigue siendo todavía un reto tener conocimiento de dónde están estas personas. ¿Quiénes son estas personas? ¿A qué se dedican? ¿Dónde viven? ¿Cómo está compuesta su familia? Entre otras variables que son fundamentales para que el asegurador, pues caracteriza a esta población. Si partimos desde nuestro sistema, que se basa pues básicamente en el aseguramiento, en el que yo debo conocer a mi población, constituye un riesgo grandísimo y es una afectación inmensa sobre el sistema que yo tenga personas que prácticamente no conozco. O sea, se suma al hecho de que la población colombiana no está totalmente caracterizada, pues una población migrante va a ser una mayor carga para esas aseguradoras.” P1Grupo 2

“Porque esta población que llega en condiciones de vulnerabilidad y sus necesidades frente al tema de salud son como las más prioritarias. Entonces digamos que el sector que tiene la mano, por así decirlo de una manera inmediata, ese sector salud, porque pues resuelve esas necesidades de la población adulta de todo tipo sin discriminación, de edad, género. Entonces pienso que sí, o sea el sector que más impacta es el sector salud.” P7Grupo 1

“Y también vimos una situación similar que se atendieron muchos, muchos, muchos pacientes, y en determinado momento glosaron muchas cuentas porque pues ya no podían cubrir todos los servicios que estábamos garantizándoles a esta población [migrante]. Sí, es un factor también que de pronto genera algún tipo de estrés, digamos en el servicio de urgencias, en cuanto a que ellos, digamos tienen una estructura del sistema de salud, ya digamos de su nacionalidad. Entonces ellos son muy exigentes de que les garanticemos los mismos servicios de pronto sin tener ninguna capacidad de pago ni nada.” P3Grupo 1

Los tomadores y las tomadoras de decisión reconocen de manera unánime el importante avance que el país ha tenido en materia normativa y legislativa en esta área del aseguramiento para favorecer la afiliación y el acceso a la población migrante en un tiempo relativamente corto, teniendo en cuenta que en el sector de salud este tipo de procesos no tienen mucha velocidad. En este sentido, uno de los facilitadores que se identifican es justamente la disposición actual de normas que deberían permitir la superación de barreras en la prestación de servicios; a la vez, identifican que la falta de conocimiento en profundidad de la normativa por parte de los y las TS y los propios ciudadanos venezolanos puede significar su implementación no adecuada.

Sumado a lo anterior, y en línea con los hallazgos de las entrevistas, se reconoce que el estatus migratorio determina en gran medida el acceso efectivo a los servicios de salud de la población migrante y que allí aún existe un trabajo importante por hacer, desde unificación de mecanismos y documentos de permanencia hasta en pedagogía a la población. En uno de los grupos se mencionó:

“Frente a los retos que tiene la población migrante de Venezuela a efectos de vincularse a la Seguridad Social y también de ingresar al mundo del trabajo, la primera barrera que existe es todo el tema de regularización, porque pues tenemos el PEP. Pero el PEP solo existe para regulares. El salvoconducto dos, que no es claro cuál es el alcance de este documento. El PEPF que tiene como una serie de inconvenientes relacionados con el hecho que lo tiene que pedir el empleador, que es temporal y bien ahora el PPT, que, sin embargo, si bien abre la puerta a los irregulares, solo lo hace para aquellos que hayan ingresado hasta el 31 de enero de este año. Entonces, una primera barrera para ingresar a una cobertura deseada en salud es la

regularización. Entonces creo que ese es un tema importante. Esto, esta barrera a su vez ha generado pues un problema adicional. Y es que los venezolanos, la población migrante que esté de manera irregular solo va a tener cobertura limitada en urgencias y estos recursos al no hacer parte del sistema de salud, pues no se van a – no se van a garantizar con cargo a una UPC o un recurso financiero, sino con cargo a las entidades territoriales, lo que a su vez puede generar como un impacto en los recursos que puede afectar a la larga el sistema de seguridad social y la entidad territorial.” P4Grupo4

Frente a la sobrecarga que pudo representar el fenómeno migratorio para el sistema de salud, los actores reconocen que allí el rol de la cooperación internacional ha sido un soporte muy importante para el abordaje del fenómeno, principalmente en las zonas de frontera.

3.2.2.2. CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE QUE COMPLEJIZA LA ATENCIÓN

La segunda categoría que emerge a partir de las discusiones con los grupos focales y que condensa el mayor reto para el Estado, en términos de abordaje de la migración en el país, está relacionado con las complejas condiciones en las cuales viven en el país y por lo tanto la multiplicidad de recursos y sectores que deben converger para responder de manera adecuada a estas problemáticas porque incluyen salud, educación, trabajo, saneamiento, nutrición, etc. Sin embargo, a pesar de ello se reconoce que falta mayor articulación entre los sectores para lograr esta integralidad requerida para el abordaje del fenómeno migratorio, así como mayor integración con los cooperantes internacionales. Algunos participantes refirieron:

“En mi experiencia nosotros atendemos la población materna perinatal, migrante venezolana, que no solamente viene con sus problemas administrativos en cuanto a la atención, el asegurador, sino que son personas que traen una carga de riesgo de salud muy alta. Es decir, las madres vienen sin controles en estado de desnutrición y con múltiples infecciones que para la salud pública en Colombia ya tenían cierto control. No quiere decir que estuviéramos completamente bien, pero digamos que nosotros hayamos tenido un control mucho más estable de infecciones como – como sífilis, como VIH que otra vez con la atención de esta población ha vuelto a resurgir y a resurgir de manera casi incontrolable ¿Sí? Entonces para nosotros sí ha sido muy difícil. Esto ha aumentado las estancias en cuidados intensivos neonatales. Esto ha aumentado los riesgos sociales. Entonces son poblaciones que generalmente se llevan para que Trabajo Social valore su red de apoyo, porque lo que hemos visto también es que los pacientes generalmente se van con las madres, tienen mayor riesgo y muchos han tenido mortalidad en casa porque ellos no viven realmente en una casa estable si no están en paga diarios de un lado para otro, en condiciones que no son las mejores para ningún recién nacido ni para una madre en posparto. Y esto nos ha aumentado la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal.” P4 grupo 2

Es importante mencionar, que esta es también una categoría en la que convergen las perspectivas de los y las TS y los tomadores de decisión; en este punto se identifica una visión compartida frente al fenómeno migratorio en términos del reconocimiento a la vulnerabilidad y complejas circunstancias en las cuales viven las personas migrantes una vez llegan al país.

3.2.2.3. TALENTO HUMANO EN SALUD EN COMPLEJAS CONDICIONES LABORALES (ANTECEDENTE)

Específicamente cuando se aborda la relación de trabajadores de la salud, el fenómeno migratorio y las condiciones de trabajo, se identifican dos temas recurrentes entre las narrativas de los y las participantes en los grupos. La primera hace referencia a la percepción de que el fenómeno migratorio puede ser un factor que esté contribuyendo en el aumento de los niveles de estrés en los y las TS de salud y que es un

aspecto sin ningún abordaje y la segunda, el reconocimiento de un antecedente de precarización en los y las TS , sector en el cual persisten condiciones de empleo ligadas a la tercerización laboral.

En cuanto al primer aspecto, se menciona que desde la parte administrativa y de toma de decisiones en el sector ha faltado mayor contundencia y despliegue de estrategias para el abordaje de posibles afectaciones psicológicas o emocionales de los y las TS ante la sobrecarga del sistema; allí se menciona como alternativa la necesidad de poder trabajar más de la mano con las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL) para fomentar diagnósticos y acompañamientos en este sentido.

“Estamos hablando de que solamente es un trabajador que tiene que cumplir con ciertas obligaciones, que tiene que responder por el sistema y para el sistema, y dejando de lado toda su situación afectiva, emocional, espiritual, cultural, social, familiar. Y eso es un tema crítico en el talento humano en salud. Es crítico. Lo digo porque yo he sido formado en talento humano en salud en universidades y también he trabajado en territorios, y lo que uno ve es que está completamente desprotegido en esta área, donde realmente toca fortalecer mucho las competencias transversales y fortalecer el conocimiento de las personas cuando llegan a los territorios. Si vamos a trabajar con la población migrante, tenemos que conocer de la población migrante, tenemos que conocer de las culturas, de dónde vienen, cómo viven, cuáles son sus costumbres. Bueno, todas esas situaciones específicas de la cultura que hace parte de lo que tenemos ahora en migración.” Participante 1 Grupo 4

“Todo el tema de la frustración, la ansiedad, incluso la depresión. Sabemos que hay cifras elevadísimas de depresión en talento humano, en salud, de conducta suicida y demás. Entonces ¿Cómo los empleadores asumen esta responsabilidad con el apoyo de sus ARLs para poder desarrollar estos programas, estas acciones?” Participante 3 Grupo 1.

En el segundo aspecto mencionado, los y las participantes en los grupos mencionan que en las condiciones laborales del sector salud, en general, tiene unas condiciones poco favorables por la forma como se organiza la atención en salud, principalmente en el área clínica, de modo que en términos de factores que contribuyen al estrés todo lo relacionado con el fenómeno migratorio sería solo una parte del conjunto de aspectos a considerar. Una de las participantes mencionó:

“Esto se agrava con todo un componente en donde la prestación de servicios de salud, el talento humano en salud tiene una situación en desventaja relacionada con los horarios, los turnos, la sobrecarga laboral, la falta de pagos o remuneraciones adecuadas. Vimos con la pandemia como no pagan a las personas en los territorios. Como las deudas de salarios son de meses en donde las personas tienen que de todas maneras seguir trabajando para poder prestar esos servicios, pero sin una adecuada remuneración en donde las condiciones dignas de trabajo no se dan. Es que cuando uno se sienta en los territorios es distinto a cuando uno está en hospitales universitarios. O sea, inclusive desde los hospitales universitarios uno ve la situación difícil de sobrecarga laboral y sobre la falta de calidad y en lo que es el tema laboral o el ambiente laboral de talento humano en salud.” Participante 3 Grupo 4

Frente a los hallazgos relacionados con la referencia a casos de violencia verbal y física por parte de algunos trabajadores de la salud, se menciona que ésta situación se reconoce como parte de los riesgos públicos a los cuales se está expuesto el personal de salud. En términos generales los y las participantes en los grupos, plantearon la posibilidad de desarrollar y articularse a estrategias que favorecieran el ambiente laboral y disminuyeran el impacto negativo en los y las TS . Uno de los participantes mencionó:

“Sí, bueno, en esta situación, pues es importante tener en cuenta no solamente sucede con la población migrante, sino en general, a veces los profesionales de la salud se ven expuestos al riesgo en lo que se llama el riesgo público ... Pero, pues en la población migrante se enfatiza un poco más, pues porque si bien hay unos que pueden estar con una cobertura como les mencionaba, reglamentaria, pero pues hay otros que finalmente están de una manera irregular

en el país. Entonces pues sienten que, de alguna manera, digamos que se ven vulnerados y cuando ya no – digamos que se ven un poco impotentes ante su situación en salud, pues lo que tienen es todo tipo de agresiones a los profesionales de la salud.” Participante 7 Grupo 4

Finalmente, se abordó el tema del posible rol que pueden tener los incentivos en los y las TS para la atención a esta población y en los diferentes grupos hay una coincidencia frente a la consideración de no necesidad de un incentivo específico por la gran posibilidad de generación de brechas en la atención a la población nacional, es decir se considera que es un riesgo que se transforme en un incentivo perverso que entre en demerito de la calidad de la prestación de los servicios y con un importante impacto en la equidad. En contraste, se considera que el trabajo debe ser más bien estructural al fortalecimiento de las condiciones laborales y a la erradicación de las barreras para la prestación de los servicios de salud para la población en general.

A modo de cierre, es importante mencionar que la conversación con los tomadores y las tomadoras de decisión permitió evidenciar un alineamiento con los sentires de los profesionales frente a la contribución del fenómeno migratorio a la presencia de mayor sobrecarga y se identifica el rol de las difíciles condiciones laborales que de base tiene el talento humano en salud como un dispositivo que no favorece la vida laboral.

3.3. TRIANGULACIÓN DE RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

El resultado de la triangulación permitió identificar seis convergencias centrales a partir de los hallazgos cuantitativos y cualitativos, las cuales se describen a continuación:

3.3.1. EVIDENCIA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE AGOTAMIENTO

Tanto en términos de medición cuantitativa, como en las narrativas y categorías cualitativas, se identifica agotamiento por parte del personal de salud. Las estimaciones cuantitativas señalan que el 99.8% de las personas encuestadas tienen algún grado de agotamiento y para la mayoría, este agotamiento es moderado en el 95.1% y alto en el 4.7% de los trabajadores encuestados. De modo similar, las experiencias de los profesionales entrevistados se definen a partir de la sobrecarga y el aumento excesivo del trabajo. Además de lo anterior, ambos componentes convergen en la identificación de agotamiento emocional como uno de las subdimensiones de mayor prevalencia de este agotamiento laboral y es una situación que también se encuentra en las voces de los y las participantes en las entrevistas.

3.3.2. SEGURIDAD FÍSICA Y EXPERIENCIAS VIOLENTAS

Otra de las convergencias identificada a partir de la triangulación de los componentes, fue la relacionada con la seguridad física y la violencia que han experimentado algunos de los y las participantes durante la atención, principalmente en los servicios de urgencias, y que fueron referidas en las entrevistas. Frente al componente cuantitativo se obtiene que el 54% de los encuestados y las encuestadas no se encuentran seguros físicamente, lo cual se refuerza con la vivencia de los y las participantes en el componente cualitativo, quienes referían haber sido víctimas verbal o física o conocer casos en los cuales sus compañeros lo fueron, lo cual permite considerar que la exposición a la violencia y la agresión puede ser uno de los aspectos que impactan la sensación de seguridad física en estos contextos de prestación de servicios de salud. Es importante mencionar que en el componente cualitativo, al profundizar en las experiencias de violencia verbal y física por parte de pacientes durante la atención en salud, se menciona que no es una situación exclusiva de la población migrante. Con nacionales colombianos también se han presentado casos; se percibe que esta situación se genera debido a la no oportuna respuesta por parte de los prestadores y el no acceso efectivo.

3.3.3. RECONOCIMIENTO, RECOMPENSA E INCENTIVOS

De manera similar, los hallazgos cuantitativos y cualitativos señalan la no recepción de recompensas, reconocimiento o incentivos diferentes al salario en sus entornos laborales y menos, relacionados con el fenómeno migratorio. El componente cuantitativo mostró que tan solo el 1.8% de los y las TS encuestados en alguna ocasión recibe este tipo de beneficios adicionales. Un importante elemento de contraste en este tema de incentivos fueron los hallazgos de los grupos focales con tomadores de decisión, quienes consideran que un esquema de incentivos relacionados con la atención a la población migrante puede generar inequidades y brechas respecto de la atención a nacionales colombianos.

3.3.4. CAMARADERÍA Y TRABAJO EN EQUIPO

Se encontró convergencia entre los componentes cuantitativos y cualitativos frente al rol de la camaradería y el trabajo en equipo. Al respecto, los datos de la encuesta reportaron que el 84% de los y las participantes sienten que se recibe ayuda de los superiores y compañeros y de igual manera en las entrevistas se identifica que es posible llevar la sobrecarga por esa distribución del trabajo con los compañeros, la interacción entre equipos y se reconoce apoyo de los jefes como aspectos facilitadores. Otro aspecto que merece la pena ser mencionado en este tema de triangulación es el reconocimiento a la interacción y soporte que se genera desde la cooperación internacional. Los convenios con ONG para la prestación de servicios de salud para la población migrante son una representación importante de la camaradería y del trabajo en equipo altamente reconocido por los participantes.

3.3.5. REALIDAD DE LAS CONDICIONES LABORALES

Los hallazgos cuantitativos muestran que las condiciones laborales de los encuestados y las encuestadas pueden configurar un escenario de no estabilidad laboral por los tipos de contratación, además de las jornadas laborales extensas, el número de pacientes por jornada, en contraste los hallazgos de los grupos focales de manera explícita hacen alusión a las condiciones laborales que pueden ser adversas debido a los horarios, los turnos, la sobrecarga laboral, la falta de pagos y la falta de remuneraciones adecuadas, es decir, en ambos componentes se evidencia que las condiciones laborales de los profesionales son un factor que puede contribuir al agotamiento y al estrés laboral.

3.3.6. EL ROL DE LA PANDEMIA

La última convergencia central que se deriva de los dos componentes es el rol de la pandemia como factor adicional en el marco de las circunstancias generadoras de estrés; en el componente cuantitativo se muestra que un porcentaje superior al 50% de los y las participantes refieren angustia por la situación de pandemia y que el 97.1% se encuentra expuestos al contagio. De manera significativa, se rescata esa autopercepción de compromiso en la salud mental debido a la pandemia que fue declarada por el 42.7% de los encuestados y las encuestadas con diverso grado de presentación. En esta misma línea, el componente cualitativo del estudio mostró que si bien, la presencia de la pandemia produjo de alguna manera un descenso en la demanda de servicios de salud, la preocupación por el contagio, el ver que los compañeros se enfermaban, las ausencias de compañeros, etc., se convirtió en un nuevo factor de estrés y desgaste emocional.

4. DISCUSIÓN

El agotamiento laboral es un síndrome de estrés relacionado con el trabajo que resulta de la exposición crónica al estrés laboral. El término fue introducido a principios de la década de 1970 por el psicoanalista Freudenberger y posteriormente fue definido por Maslach et al como consistente en tres dimensiones cualitativas que son el agotamiento emocional, el cinismo y la despersonalización, la eficacia profesional reducida y la realización personal. Aunque el agotamiento laboral puede ocurrir en cualquier profesión, se ha descrito un mayor riesgo en trabajadores de la salud, especialmente en servicios que representan la primera línea de atención a pacientes^{29, 30, 31}. En este estudio se determinó la presencia de agotamiento en trabajadores de la salud que prestan atención a la población migrante, así como la prevalencia de factores de riesgo y protectores para el desarrollo de agotamiento que se presentan en esta población. La comprensión del fenómeno desde la perspectiva de los y las trabajadoras de salud y de los tomadores de decisión relacionados con la atención sanitaria, también fue incluida como parte del análisis y converge con la estimación cuantitativa sobre la experiencia de sobrecarga laboral de los y las TS participantes.

El estudio permitió reconocer que existe una muy alta proporción (99.8% de la muestra) de trabajadores de salud que atienden migrantes venezolanos que presentan agotamiento laboral, especialmente agotamiento emocional, aunque otros aspectos relacionados con la humanización en la realización de sus actividades principales de atención en salud también muestran un importante compromiso, derivado de este agotamiento. En contraste, se encuentra una alta sensación de eficacia profesional medida con el instrumento de Maslach que demuestra una autopercepción de alta eficacia en las tareas y contribución a mantener un buen clima laboral por quienes la contestaron a pesar del agotamiento que presentan.

Estos resultados demuestran valores superiores de agotamientos a los reportados en la literatura, en donde se han descritos prevalencias de agotamiento tan altas como 80.5%. Una revisión sistemática reciente que incluyó 182 estudios publicados entre 1991 y 2018 y que involucraron a 109.628 personas en 45 países, encontró una variabilidad sustancial en las estimaciones de prevalencia del agotamiento entre los médicos, que van del 0% al 80.5%. Esta variabilidad puede estar explicada por diferencias importantes en las definiciones del síndrome y de los métodos de evaluación aplicados para su medición. El agotamiento emocional, la despersonalización y la baja prevalencia de logros personales oscilaron entre el 0% y el 86.2%, el 0% y el 89.9%, y 0% al 87.1%, respectivamente³². Al igual que en este trabajo no parece haber un efecto real del género como un factor de riesgo que por sí mismo explique mayor agotamiento en algunos de los grupos.

Los hallazgos cualitativos permiten identificar que parte importante de la sensación de agotamiento emocional o desgaste emocional se relaciona con aspectos estructurales y sistémicos que determinan la atención en salud a la población migrante. Específicamente, las condiciones socio-económicas de ésta población y el estatus migratorio se reconocen como factores que se escapan de la capacidad resolutive de los y las TS y son causa de frustración e impacto emocional. Al respecto es importante mencionar que no se identificaron otros estudios que exploraran desde la perspectiva de los y las TS la experiencia de atención a la población migrante en el país desde un diseño de método mixto. A nivel regional, un estudio Peruano desarrollado en la ciudad de Lima, muestra que los y las TS tienen una tendencia de actitud

²⁹Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397

³⁰Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99–113. doi:10.1002/job.4030020205

³¹Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping.* 1996;9:229–243. doi:10.1080/10615809608249404

³²Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout among physicians: a systematic review. *JAMA.* 2018;320:1131–1150

negativa hacia el migrante venezolano pero con un reconocimiento a la necesidad de garantizar el acceso a salud y educación³³.

Por su parte, el estudio de Calderón-Carreño et al., realizado en Chile con personas refugiados y en condición de asilo y trabajadores de la salud y gobernantes, mostró que se reconocen barreras por parte de los diferentes actores para el acceso a servicios de salud, principalmente en la atención primaria, aspecto que genera un sobre-uso de los servicios de urgencias³⁴. De modo similar, los y las participantes en las entrevistas en el presente estudio referían la alta demanda de personas migrantes en los servicios de urgencias y gineco-obstetricia, siendo estos dos servicios los de mayor carga de trabajo de acuerdo con las experiencias de los entrevistados y dónde se presentan los desenlaces de relacionamiento más críticos (violencia verbal y física); de acuerdo con las narrativas de los entrevistados, este último aspecto puede también presentarse con colombianos.

Los y las TS se exponen a múltiples riesgos en su entorno laboral que los predisponen al cansancio y al estrés ocupacional. Muchos de estos riesgos pueden ubicarse a nivel del contexto en el que se realiza la atención, incluyendo factores estructurales relacionados con las características laborales y garantías de los derechos asociados. Otros factores se han descrito a nivel del entorno laboral e implican la naturaleza y frecuencia de las actividades a cargo, muy en relación con los perfiles profesionales de quienes las realizan, las características de los turnos, jornadas laborales, la cultura de las organizaciones e instituciones en las que se prestan servicios, el clima laboral y el lugar o servicio de salud en el que se lleven a cabo las principales actividades.

Agremiaciones de profesionales como la Asociación Nacional Enfermeras de Colombia ANEC y el Colegio Médico Colombiano, a partir de la Encuesta Laboral del Sector Salud –ELSS- realizada en 2019, han demostrado que las condiciones laborales y de trabajo de los y las TS son problemáticas y no garantizan estabilidad ni bienestar pleno³⁵ configurándose un antecedente relevante para analizar el rol del fenómeno migratorio como detonante de estrés laboral. Los desarrolladores de la ELSS afirman que “existe una contratación ilegal en el 80 por ciento de los casos, el 75 por ciento de los profesionales de la salud ha tenido problemas en su empleo, el 50 por ciento ha tenido inconvenientes con el pago de salarios y honorarios, y casi la mitad ha sufrido de acoso laboral”³⁶

En el presente estudio, los principales factores de riesgo para agotamiento explorados en los participantes, que mostraron una alta prevalencia, se relacionan con aspectos del contexto laboral que se ubican en niveles estructurales y que cobijan las características de contratación que en su mayoría ocurre por la prestación de servicios. En consecuencia, conduce a inseguridad laboral relacionada con tiempos de descanso, como vacaciones, incapacidades o licencias remunerados que fueron declarados como insuficientes por los participantes. En relación con lo anterior, no sorprende que un porcentaje alto de los y las TS no se encuentre satisfecho con los salarios recibidos e incluso perciban los mismos como insuficientes frente a las actividades que deben desarrollar en su día a día laboral. En línea con lo anterior, los hallazgos de los grupos focales en el componente cualitativo muestran un reconocimiento por parte de los tomadores de decisión de las complejas condiciones laborales en el sector que fueron dramáticamente evidentes con la Pandemia.

³³ Hervias, B. Malca, K. Huansi A. Morales, J. Attitudes among Lima healthcare workers against the arrival of foreign migrants. 2019 IEEE Sciences and Humanities International Research Conference (SHIRCON), pp. 1-4, doi: 10.1109/SHIRCON48091.2019.9024859.

³⁴ Carreño-Calderón A, Cabieses B, Correa-Matus ME (2020) Individual and structural barriers to Latin American refugees and asylum seekers' access to primary and mental healthcare in Chile: A qualitative study. PLOS ONE 15(11): e0241153. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241153>

³⁵ Colegio Médico Colombiano (2019) Encuesta Laboral del Sector Salud. CMC.

³⁶ Colegio Médico Colombiano (2019). Encuesta de Situación laboral para los profesionales de la salud 2019. *Epicrisis No. 12 jul-Ago*. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/09/epicrisis.pdf>

Sin duda, el contexto de pandemia por COVID-19 representa un factor adicional que está sumando estrés y preocupaciones al trabajador de salud y se reconoce como un claro elemento disparador del mismo en los y las participantes encuestados. Del mismo modo, esta situación de pandemia es reconocida por el TS como un factor que se asocia con el compromiso de la salud mental en un grupo importante de ellos. Otros estudios recientes realizados en el marco de pandemia por COVID-19 también han encontrado una elevada prevalencia de agotamiento laboral en los y las TS. Tal es el caso del estudio realizado por Vinueza-Veloz et al en Ecuador, quienes estimaron el agotamiento laboral en 224 médicos y enfermeras, encontrando agotamiento moderado o alto de más de 90%.¹⁷ Otros estudios en etapas tempranas de la pandemia también reportaron prevalencias mayores a las observadas previo a la pandemia, cercanas que alcanzan un 41%³⁷. En México y Chile, el reporte de HEROES de la Organización Mundial de la Salud (OMS), concluyó que el 55.5% de los y las TS en Chile y 29.6% en México han necesitado apoyo psicológico desde el inicio de la pandemia. Más del 80% de las y los y las TS chilenos han experimentado en la última semana estrés o se ha sentido agobiado más de lo habitual y más del 55% de los y las TS expresaron sentirse poco feliz o deprimidos en la última semana, esta sensación se experimentó en el 45.2% de TS en México³⁸.

Específicamente la preocupación por el contagio también es evidente, situación que está en acuerdo con resultados de este trabajo en Colombia en el que se encontró que esta preocupación ocurre en alrededor 54.5% de las y los TS, similar a países de Latinoamérica como Chile (68.7%) o México (79%). El miedo es uno de los aspectos cualitativos que se describen durante las entrevistas a los y las TS en relación con la COVID-19. Ellos reconocen que, si bien la cuarentenas y el confinamiento redujeron la demanda de servicios por parte de las personas migrantes, un nuevo factor de estrés se genera y es el miedo por el contagio propio y de los compañeros y familiares, aspecto que se suma a los factores y detonantes que contribuyen al agotamiento, especialmente el emocional.³⁹

La presencia de agotamiento en TS resultado de este trabajo son superiores a las prevalencias reportadas en el contexto colombiano en el periodo inmediatamente anterior al de pandemia, como es el caso del estudio de Vásquez –Trespacios et al en 2020, realizado en la ciudad de Medellín, en el que se encontró una prevalencia de agotamiento del 67.9% en personal de enfermería en instituciones privadas,¹⁸ o el estudio de Gutierrez-Lesmes et al, quienes estimaron una prevalencia de 16% en la muestra, siendo mayor en el área de atención hospitalaria (25.5%) y menor en áreas diferentes (6,1%); con proporciones de agotamiento emocional en el 42%, despersonalización en el 38% y falta de realización personal en el 30% de TS en el estudio⁴⁰.

A nivel del sistema, nuestro estudio encontró una gran proporción de TS que presentan preocupación por la seguridad física en el trabajo, sentimientos que pueden estar relacionados con situaciones de exposición a violencia física, como se declara en las entrevistas por algunos participantes. Otros elementos de insatisfacción están en relación con los objetivos misionales, el alto número de actividades que se deben realizar, la poca oportunidad de liderazgo y de decisión frente a las actividades y la carga que representan las mismas para los TS, así como la sensación de tiempo insuficiente y de alta variabilidad en tareas que probablemente también se puede relacionar con la aparición de agotamiento laboral. Sumado a todo esto,

³⁷ Forrest, C.B., Xu, H., Thomas, L.E. et al. Impact of the Early Phase of the COVID-19 Pandemic on US Healthcare Workers: Results from the HERO Registry. *J Gen Intern Med* 36, 1319–1326 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06529-z>

³⁸ Ramirez-Florez, J. Arias, D. Estudio HEROES - Implementación en países latinoamericanos y resultados preliminares: Chile y México. PAHO. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estudio-heroes-implementacion-paises-latinoamericanos-resultados-preliminares-chile>

³⁹ Organización Panamericana de la Salud. Heroes Study Implementación en Países Latinoamericanos y Resultados Preliminares: Chile y México.

⁴⁰ Gutiérrez-Lesmes OA, Loba-Rodríguez NJ, Martínez-Torres J. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. *Univ. Salud.* 2018;20(1):37-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.107>

la inseguridad frente a la no consecución de un nuevo empleo en caso de perder el actual puede estar ocasionando una pobre solicitud de mejora de las condiciones laborales.

A pesar de la alta prevalencia de factores protectores en los y las TS en este estudio, como el trabajo colaborativo, la percepción de un buen clima laboral y el apoyo de los equipos de trabajo, el grado de agotamiento laboral es alto. Frente a esto, es importante mencionar que las narrativas de los y las participantes en el componente cualitativo evidencian que el apoyo entre los miembros del equipo de salud para distribuir trabajo es uno de los aspectos que se reconoce como factor que alivia la sensación de sobrecarga. En términos de sistema de salud, se reconoce el apoyo y soporte de la cooperación internacional y de las organizaciones no gubernamentales como parte de ese trabajo colaborativo en una escala interinstitucional. Otro factor que emerge como protector desde las voces de los actores es la vocación y cumplimiento de los deberes de la profesión, ya que esa sensación de deber cumplido y de servicio es de alguna manera un alivio para los TS.

Frente a la presencia de factores individuales asociados con la aparición de agotamiento laboral, no hay una tendencia específica en las características de la personalidad que permita en este grupo plantear hipótesis sobre su posible relación con el agotamiento. Hasta el 60% de los y las participantes cuentan con características que se han asociado con el desarrollo de agotamiento, entre ellas, la presencia de rasgos neuróticos de la personalidad, el ser perfeccionista o tener una afectividad negativa. A pesar de ello, fueron más los y las participantes que presentaron características que se reconocen por ser factores protectores para la aparición de agotamiento entre los que sobresalen características como la resistencia, franqueza, optimismo, y la amabilidad. En el nivel individual también fue importante la alta presentación de situaciones personales generadoras de estrés, así como la pérdida de un familiar o persona cercana.

En general, es notable la coexistencia de factores de riesgo para el desarrollo de agotamiento laboral en los y las TS en este estudio. Estos incluyen factores mencionados previamente, la exposición y cambio de las dinámicas laborales como consecuencia de la pandemia y el incremento de actividades laborales por la atención a la población migrante. Sin embargo, otros factores no son exclusivos de estos fenómenos y obedecen a elementos estructurales históricos que representan la dinámica laboral en Colombia. Estos son referente especialmente a las formas de contratación que obliga en ocasiones a la consecución de varios empleos, la pérdida de derechos a descansos remunerados y como van impactando el bienestar de los TS. Lo anterior permite considerar que, si bien el fenómeno migratorio genera nuevos factores y dimensiones relacionados con el agotamiento, no es plausible atribuir una relación directa con el mismo; se debe reconocer que el agotamiento y las circunstancias desfavorables en el trabajo que afectan a los y las TS son múltiples e interactúan entre sí requiriendo de intervenciones relacionales y sistémicas para su abordaje.

En definitiva, las cifras de agotamiento encontradas son un signo de alerta en el sistema de salud colombiano. Como ha sido reportado previamente por la OMS, el estrés laboral incrementa en el estado de irritabilidad y angustia, favoreciendo estados en los que se dificulta el estar relajado o concentrarse. Puede haber dificultad para pensar con lógica y tomar decisiones, disminuir el compromiso con el trabajo y su elaboración, sentir cansancio, depresión e intranquilidad, tener dificultad para dormir e incluso sufrir trastornos físicos⁴¹. Es necesario, por tanto, implementar de manera pronta estrategias e intervenciones que permitan garantizar que el personal de salud disminuya el estrés y agotamiento y mejore su bienestar, hechos que redundarán en una mejor calidad de la atención de los pacientes.

⁴¹ Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping*. 1996;9:229–243. doi:10.1080/10615809608249404

4.1. FORTALEZAS

Este estudio representa el primero en su naturaleza en generar información en Colombia sobre la presencia de factores relacionados con agotamiento laboral en TS que atienden a la población migrante venezolana en el contexto de la pandemia por COVID-19. La exploración de factores estructurales del contexto, de las características laborales, así como características del individuo profundizan desde una perspectiva sistémica en todos los aspectos que han mostrado en la literatura guardar relación con el síndrome de agotamiento laboral. Esta información es valiosa en la medida que ayuda a comprender un problema multidimensional desde la mayoría de componentes que aportan a su presentación. Esta comprensión amplia a su vez, facilita la propuesta de estrategias que apoyen la resolución de los problemas identificados y que redunden en el bienestar de los y las TS, objetivo de este estudio.

4.2. LIMITACIONES

Por restricciones en la ventana temporal asignada para la recolección del tamaño de muestra para las encuestas, no fue posible completar el tamaño de muestra necesario para la estimación de medidas de asociación propuestas para los factores explorados. Un gran número de parámetros, así como la prácticamente escasa variabilidad respecto a la variable de interés (presencia o ausencia de agotamiento) contribuyó a esta limitación. En consecuencia, las inferencias a toda la población de trabajadores de la salud que atienden población migrante venezolana deben ser interpretadas con precaución. A pesar de todas las estrategias que se utilizaron para minimizar la inclusión de sesgos en el estudio, es indispensable también que se consideren los riesgos de sesgos al que este tipo de estudio son vulnerables. Entre ellos, sesgos de no respondedor que pueden significar que la población de TS que respondieron a la solicitud de participar en este estudio son sistemáticamente diferentes a los que no respondieron a la invitación a participar. Incluso, quienes decidieron participar, pueden haber considerado el espacio de este estudio como una oportunidad para expresar las necesidades o problemas relacionados con el agotamiento laboral, lo que puede incrementar la frecuencia de agotamiento encontrada en el estudio.

Si bien se realizó un análisis exploratorio bivariado en busca de comportamientos diferenciales de algunos de los resultados por género, no fue posible encontrar diferencias importantes en este análisis, que, aunque coincide con lo reportado en estudios con tamaños de muestras más grandes, no están necesariamente ausentes en la población de estudio de este trabajo y puede ser una consecuencia de la falta de poder estadístico debido a un tamaño de muestra menor al requerido para encontrar diferencias entre los géneros cuando están realmente existen. Por todo ello, no es posible concluir con confianza que no existen diferencias entre los géneros representantes de esta muestra.

Otra limitación que se encontró en el estudio se relaciona con la dificultad que representó la realización de entrevistas por medio de plataformas como *Teams*, pues se evidenció que los y las TS no tienen mucho contacto con este tipo de medios y no son muy cercanos a su uso cotidiano, así como los problemas relacionados con la conectividad requerida (ancho de banda, velocidad de internet, etc.) para garantizar una comunicación plena y sin interrupciones técnicas, lo cual pudo impactar en el flujo natural de la conversación durante las entrevistas. Para futuros estudios, este tipo de plataformas para la comunicación deben ser valorados.

5. CONCLUSIONES

Los y las TS de las regiones seleccionadas donde se desarrolló el estudio experimentan altos niveles de agotamiento laboral los cuales se evidencian desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa y son diversos los factores que contribuyen a la presencia de este agotamiento laboral.

Factores como la sobrecarga de trabajo, la sensación de inseguridad física, las condiciones laborales, el no reconocimiento ni existencia de incentivos, la alta demanda en los servicios de salud (especialmente los servicios de urgencias) y los aspectos estructurales del sistema que afectan la capacidad de resolución de problemas por parte de los profesionales, fueron considerados como factores contribuyentes en la presencia de estrés y agotamiento en los y las TS participantes en el estudio.

La experiencia de atención a la población migrante por parte de los y las TS participantes en el estudio muestra que el alto aumento de la demanda, las condiciones propias de vulnerabilidad de la población migrantes y la estructura del sistema de salud que genera barreras de acceso, son aspectos que impactan negativamente la experiencia de atención generando sobrecarga, cansancio físico y emocional que no ha sido abordado.

Durante la realización del estudio, los y las participantes no reconocen el desarrollo de programas o estrategias de abordaje que favorezcan el afrontamiento de la situación de agotamiento.

Por lo tanto, es necesario que las instituciones y organismos gubernamentales atiendan a la necesidad de diseñar e implementar estrategias sistémicas y estructurales con enfoque de género, que mejoren el bienestar de los y las TS que atiende a población migrante venezolana, considerando los factores aquí identificados y que promuevan contextos seguros que favorezcan la resiliencia del sistema y la resiliencia individual de los y las TS. Es deseable que estas estrategias no solo se apliquen a TS que atienden a la población migrante, sino que se hagan extensivas a los y las TS en general.

Dado que el problema de agotamiento y estrés laboral es multidimensional, es imperativo que la respuesta al mismo sea también multidimensional y que incluya intervenciones a todos los niveles con énfasis particular en los factores sistémicos identificados, de manera que pueda lograrse la cuarta meta de los sistemas de salud: el bienestar de quienes cuidan la salud y el bienestar de los y las TS en Colombia. Estos hallazgos informarán el desarrollo de una propuesta para promover la resiliencia y reducir el estrés y agotamiento de los y las TS en Colombia.

6. RECOMENDACIONES Y PRÓXIMOS PASOS

Con base en los resultados del estudio y una revisión de la literatura, se proponen recomendaciones para promover la resiliencia y reducir el estrés y el agotamiento de los y las TS utilizando un abordaje contextual y sistémico. En la literatura y en la práctica se ha recomendado varias estrategias para apoyar la resiliencia de los y las TS. El marco conceptual “Alegría en el Trabajo”(Perlo et al., 2017) del Institute for Healthcare Improvement (IHI) propone una serie de estrategias enfocadas en reducir el agotamiento y estrés de los y las TS con un enfoque en la creación y fortalecimiento de un sistema de salud consciente, diverso, autorregulado, integrado y adaptativo, donde los individuos tengan autonomía y el sistema les dé la oportunidad de ser profesionales felices, productivos y alegres.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones para reducir el agotamiento de los y las TS que proporcionan servicios de salud a la población migrante venezolana y a las comunidades de acogida en Colombia. Estas serán desarrolladas por el programa en planes de trabajo específicos con prestadores de servicios de salud de las diferentes regiones del país, a través de pilotos de implementación de fortalecimiento de resiliencia de los y las TS.

- 1) Involucramiento activo de los y las TS para identificar lo que les motiva y sus necesidades en el día a día, así como los factores (procesos, problemas o circunstancias) que contribuyen al agotamiento y estrés a nivel local y de sistemas.
- 2) Crear un espacio para co-diseñar estrategias enfocadas en reducir el agotamiento y estrés con base en los factores contribuyentes y en los factores protectores identificados.
- 3) Utilizar un enfoque de gestión participativa y crear espacios donde los y las TS se sientan con más flexibilidad y control sobre su carga de trabajo.
- 4) Garantizar un ambiente que garantiza la seguridad física y psicológica de los y las TS.
- 5) Usar un abordaje intersectorial y multidisciplinario que permite hacer frente a la situación migratoria de una manera más efectiva.
- 6) Utilizar la ciencia de la mejora de la calidad para desarrollar y probar estrategias a nivel local encaminadas a reducir el agotamiento y el estrés, y promover la resiliencia entre los y las TS.
- 7) Contextualizar las intervenciones con base en evaluaciones y encuestas sobre el clima y la cultura organizacional y los factores locales que contribuyen al agotamiento y estrés. Esta contextualización es fundamental para conseguir abordar las diferencias de cultura en cada unidad, y así abordar el agotamiento que, si bien tiene factores contextuales nacionales y regionales como la crisis migratoria, son altamente dependientes de la cultura local de un hospital y hasta de la unidad en que trabaja.
- 8) Desarrollar e implementar políticas que garanticen la institucionalización y sostenibilidad de estas estrategias en el tiempo.

El presente estudio es el primer paso de una estrategia longitudinal, que incluye adicional a la presentación de resultados en un evento de características académicas organizado por el programa, el desarrollo de acuerdos de trabajo específico con los diferentes actores del sistema de salud a nivel macro, meso y micro, que incluyen:

- Durante el tercer trimestre de 2021, articulación de actividades con las direcciones de Talento Humano en Salud y la Subdirección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social que permitan definir líneas de acción para implementar estrategias de mitigación del estrés en los trabajadores y trabajadoras de la salud en Colombia, construyendo acciones específicas a partir de las medidas desarrolladas para la población general en Colombia y que son promovidas desde la subdirección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del MSPS.

- Diseño e implementación durante los años 3 y 4 del programa de acciones que promuevan la implementación de la estrategia “*Joy in Work*”, esta estrategia será implementada con hospitales públicos seleccionados en los territorios del programa y en articulación con las direcciones territoriales de salud.
- Articulación con las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales que permitan el desarrollo de acciones que fortalezcan la resiliencia de los trabajadores y trabajadoras de la salud, que serán concertadas a partir del mes de octubre de 2021.

REFERENCIAS

1. De Hert S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and regional anesthesia*, 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
2. WHO. (2020). Occupational health: Stress at the workplace. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/occupational-health-stress-at-the-workplace>
3. Setia M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian journal of dermatology*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>
4. Spronk, I., Korevaar, J.C., Poos, R. et al. Calculating incidence rates and prevalence proportions: not as simple as it seems. *BMC Public Health* 19, 512 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6820-3>
5. WHO. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Retrieved from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
6. Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. Refugee and Migrant Response Plan (RMRP). (2020). Pg 11. Retrieved from <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/73277>
7. Situation Response for Venezuelans. (n.d.). Retrieved September 3, 2020, from <https://r4v.info/en/situations/platform>
8. Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. Refugee and Migrant Response Plan (RMRP). (2020). Pg 12. Retrieved from <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/73277>
9. Doocy, Shannon, Page, Kathleen R, De la Hoz, Fernando, Spiegel, Paul, & Beyrer, Chris. (2019). Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *Journal on Migration and Human Security*, 7(3), 79-91
10. Ministerio de Salud. (2017). Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
11. Doocy, Shannon, Page, Kathleen R, De la Hoz, Fernando, Spiegel, Paul, & Beyrer, Chris. (2019). Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *Journal on Migration and Human Security*, 7(3), 79-91.
12. Parkin Daniels, J. Venezuelan migrants “struggling to survive” amid COVID-19. (2020). *The Lancet*, Vol 395; March 28, 2020.
13. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. ;320(11):1131–1150. Retrieved from: doi:10.1001/jama.2018.12777
14. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology* 2016;75:40-6.
15. Lynch P. New resources to help health care workers cope with COVID-19-related stress. www.univadis.co.uk/viewarticle/newresources-to-help-health-care-workers-cope-with-covid-19related-stress-717806?topic=covid-19 2020.
16. Cai H., Tu B., Ma J., Chen L., Fu L., Jiang Y., Zhuang Q. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID19) in Hubei, China. *Med. Sci. Monit.* 2020;26

17. Tam C.W.C., Pang E.P.F., Lam L.C.W., Chiu H.F.K. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in, 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol. Med.* 2004;34:1197–1204.
18. Maraqa, B., Nazzal, Z., & Zink, T. (2020). Palestinian Health Care Workers' Stress and Stressors During COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Journal of primary care & community health*, 11, 2150132720955026. <https://doi.org/10.1177/2150132720955026>
19. Kruk M. Building Resilient Health Systems: A Proposal for Resilience Index. *BMJ* 2017;2323:1-8.
20. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2007;60(1):1-9.
21. Kruk M. Building Resilient Health Systems: A Proposal for Resilience Index. *BMJ* 2017;2323:1-8.
22. Morse J (1995). The significance of saturation. *Qual Health Res* 2:147-149.
23. Strauss, A., & Corbin, J. *Bases De La Investigación Cualitativa. Tecnicas Y Procedimientos Para Desarrollar La Teoría Fundamentada*. I. Sage Publications (Ed.); 2004 1st Ed.). Universidad De Antioquia.
24. Guba EG, Lincoln YS. (1981)- Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. Jossey-Bass Eds.
25. Arias Valencia, M. M. (2000). La Triangulación Metodológica: Sus Principios, Alcances y Limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, 69(1), 13. <https://doi.org/10.1001/Archneurpsyc.1953.02320250135014>
26. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
27. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99–113. doi:10.1002/job.4030020205
28. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping.* 1996;9:229–243. doi:10.1080/10615809608249404
29. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout among physicians. a systematic review. *JAMA.* 2018;320:1131–1150
30. Hervias, B., Malca, K., Huansi A., Morales, J. Attitudes among Lima healthcare workers against the arrival of foreign migrants. 2019 IEEE Sciences and Humanities International Research Conference (SHIRCON), pp. 1-4, doi: 10.1109/SHIRCON48091.2019.9024859.
31. Sztajnszrajber, D. (2015). *Mentira La Verdad (TI), El Otro - Canal Encuentro*. Canal Encuentro. <http://encuentro.gob.ar/programas/Serie/8023/6929>
32. Carreño-Calderón A, Cabieses B, Correa-Matus ME (2020) Individual and structural barriers to Latin American refugees and asylum seekers' access to primary and mental healthcare in Chile: A qualitative study. *PLOS ONE* 15(11): e0241153. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241153>
33. Colegio Médico Colombiano (2019) Encuesta Laboral del Sector Salud. CMC.
34. Colegio Médico Colombiano (2019). Encuesta de Situación laboral para los profesionales de la salud 2019. Epicrisis No, 12 jul-Ago. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/09/epicrisis.pdf>
35. Forrest, C.B., Xu, H., Thomas, L.E. et al. Impact of the Early Phase of the COVID-19 Pandemic on US Healthcare Workers: Results from the HERO Registry. *J GEN INTERN MED* 36, 1319–1326 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06529-z>

36. Ramirez-FLopez, J. Arias, D. Estudio HEROES - Implementación en países latinoamericanos y resultados preliminares: Chile y México. PAHO. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estudio-heroes-implementacion-paises-latinoamericanos-resultados-preliminares-chile>
37. Organización Panamericana de la Salud. Heroes Study Implementación en Países Latinoamericanos y Resultados Preliminares: Chile y México.
38. Gutiérrez-Lesmes OA, Loba-Rodríguez NJ, Martínez-Torres J. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. Univ. Salud. 2018;20(1):37-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.107>
39. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. Anxiety Stress Coping. 1996;9:229–243. doi:10.1080/10615809608249404

ANEXOS

A. FORMULARIO DE ENCUESTA Y DEFINICIÓN DE VARIABLES DE PERSONALIDAD

Cuestionario

Responda todas las preguntas a continuación, una x, donde señale(x) según corresponda, para las otras preguntas debe escribir los datos completos.

Características Sociodemográficas					
¿Qué edad tiene (años)?					
¿Con que género se identifica?(x)	Femenino	Masculino	Transgénero femenino	Transgénero Masculino	Otro (cual)
¿Cuál es su lugar de Residencia	Ciudad		Departamento		
¿Cuál es su etnia?(x)	Blancos				
	Mestizos				
	Afrocolombiano (x)		(negros, mulatos, palenqueros y raizales)		
	Indígena				
	RrOM o gitanos				
¿Cuál es su estado civil?(x)	Otro				
	Especifique_____				
	Casado(a)				
	Soltero (a)				
	Divorciado/separado(a)				
	Viudo(a)				
Seleccione su nivel de escolaridad. (x) Especifique sólo el ultimo nivel que haya completado	Unión Libre				
	Otro				
	Especifique_____				
	Primaria				
	Secundaria				
	Técnica				
	Tecnológica				
	Profesional				
	Especialización				
	Maestría				
Años de escolaridad (incluya años desde primaria hasta su el último año de su mayor formación)	Doctorado				
	Postdoctorado				
	Ninguna				

Características Sociodemográficas

¿Cuál es su profesión? (x)	Medico(a)		Si tiene alguna especialidad, especifique_____			
	Enfermero(a)		Si tiene alguna especialidad, especifique_____			
	Químico y Farmacéutico					
	Administrativo		Especifique_____			
	Auxiliar de enfermería					
	Camillero					
	Otro		Especifique_____			
¿Cuánto tiempo ha ejercido en esa profesión (en años)?						
Además del trabajo principal, ¿tiene otro u otros trabajos remunerados?						
¿En su trabajo principal qué tipo de contrato laboral tiene?						
¿Cuál es el área o lugar en el que usted presta atención a pacientes migrantes venezolanos? (x)	Urgencias	Consulta externa	Laboratorio clínico	Radiología	Otro	Especifique

Variables de control

Seleccione la opción que describa su situación de trabajo principal		Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca	No Sabe/ No aplica	
	¿Ha estado usted expuesto a COVID-19 en su lugar de trabajo?							
	¿En el último mes, usted ha sentido angustia por el hecho de atender pacientes con COVID-19?							
	¿En el último mes, usted ha sentido que su salud mental se ha visto afectada como consecuencia de la pandemia de COVID-19?							
	¿En su trabajo principal, atiende a población migrante venezolana?							
Condiciones laborales	¿Cuáles son las tareas que desempeña habitualmente usted en su profesión?							
	¿Cuántas horas trabaja usted como promedio a la semana?	Indicar el Numero						
	¿Cuántas días trabaja usted como promedio a la semana?	Indicar el Numero						
	¿Qué días de la semana trabaja usted habitualmente? (Marcar la más frecuente) (x)	Lunes a viernes						
		Lunes a sábado						
		Lunes a Domingo						
		Sábados y domingos						
Fines de semana y festivos o feriados								
Días Irregulares o no fijos o móviles								

Seleccione la opción que describa su situación de trabajo principal		Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca	No Sabe/ No aplica
Condiciones laborales	¿Qué tipo de jornada u horario de trabajo tiene usted habitualmente?	1. Jornada partida (mañana y tarde);					
		2. Jornada continua, de mañana (ej. Entre las 8 y 15 horas);					
		3. Jornada continua, de tarde noche (ej. Entre las 13 y 21 horas);					
		4. Jornada continua, de noche-madrugada (ej. entre las 22 y 6 horas);					
		5. Turnos rotativos, excepto el turno de noche;					
		6. Turnos rotativos, incluyendo el turno de noche;					
		7. Jornadas irregulares o variables según los días;					
		8. Otros (especificar) _____					
	Aproximadamente ¿cuántas pacientes se atiende por turno?, incluyéndose usted, trabaja en su mismo centro o establecimiento de trabajo?						

Por favor seleccione la respuesta que mejor describa la frecuencia de ocurrencia para cada pregunta

Variables de del sistema que contribuyen a la “alegría en el trabajo, resiliencia y síndrome de agotamiento”²¹

Variables de Alegría, agotamiento y Resiliencia	Seleccione la opción que describa su trabajo principal	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca	No Sabe/ No aplica
Autonomía y Control	¿Usted considera que tiene el tiempo suficiente para completar el trabajo?						
Autonomía y Control	¿Usted considera que tiene que trabajar muy rápido?						
Autonomía y Control	¿Usted considera que su trabajo exige que tenga que controlar muchas cosas a la vez?						
Autonomía y Control	¿Usted considera que su trabajo le permite investigar o liderar proyectos?						
Autonomía y Control	¿Usted considera que puede influir sobre la cantidad de trabajo que le asignan?						
Seguridad física y psicológica	¿Usted considera que su trabajo exige que esconda sus emociones o sentimientos?						
Significado y Propósito	¿Usted considera que en su trabajo se siente físicamente seguro?						
Significado y Propósito	¿Usted considera que su trabajo le permite aplicar sus conocimientos y/o habilidades?						
Significado y Propósito	¿Usted considera que su trabajo le permite aprender cosas nuevas?						
Seguridad física y psicológica	¿Qué tan frecuente se preocupa por lo dificultad que sería encontrar otro trabajo, en caso de que se quedara desempleado?						

Variables de Alegría, agotamiento y Resiliencia	Seleccione la opción que describa su trabajo principal	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca	No Sabe/ No aplica
Seguridad física y psicológica	¿Usted considera que tiene un sistema de apoyo entre mis miembros del equipo cuando hay un evento adverso o después de que ocurra un evento traumático o daño?						
Seguridad física y psicológica	¿Usted considera que se siente cómoda/o hablando sobre errores que pasan en el trabajo con mis gerentes o líderes organizacionales?						
Camaradería y trabajo en equipo	¿Usted considera que recibe ayuda de sus superiores o jefes inmediatos en la realización su trabajo?						
Camaradería y trabajo en equipo	¿Usted recibe ayuda de sus compañeros en la realización de sus tareas?						
Reconocimiento, Recompensa e Incentivos	¿Usted considera que su salario es justo con respecto a su rendimiento laboral?						
Reconocimiento, Recompensa e Incentivos	¿Usted recibe algún tipo de recompensa diferente a su remuneración por los logros alcanzados en su lugar de trabajo?						
Significado y Propósito	¿Qué tan frecuente se siente identificado con los objetivos misionales de la institución en la que trabaja?						
Significado y Propósito	¿Qué tan frecuente se siente satisfecho con las actividades que hacen parte de su cargo?						

Por favor seleccione la respuesta que mejor describa la frecuencia de ocurrencia para cada pregunta

Seleccione la opción que describa su situación de trabajo principal		Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca	No Sabe/ No aplica
Integración trabajo-vida Bienestar y resiliencia	¿Usted Puede tomar vacaciones?						
	¿Usted puede tomar días feriados o de descanso sin problema?						
	¿Usted puede tomarse la incapacidad médica, licencia o reposo sin problema y cuando lo necesita?						
Integración trabajo-vida Bienestar y resiliencia	¿Usted puede ir al médico cuando lo necesita sin problema?						
	¿Usted puede hacer uso de la licencia o permiso de maternidad o paternidad sin problema?						
	¿Usted puede disfrutar su tiempo libre con su familia o para realizar cosas personales sin problema?						
Integración trabajo-vida Significado y Propósito	¿Usted puede cumplir sus objetivos personales?						

Seleccione la opción que mejor describa su situación de trabajo principal		Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Sabe/ No aplica
Camaradería y trabajo en equipo	¿Usted cómo considera que es la relación con sus compañeros de trabajo?						
Camaradería y trabajo en equipo	¿Usted cómo considera que es el clima laboral?						
Camaradería y trabajo en equipo	¿Usted cómo considera las redes de apoyo en su trabajo?						
Para orientarlo a responder de manera más precisa, hemos incluido las definiciones correspondientes debajo de cada característica a evaluar							
De acuerdo con las siguientes características de personalidad, ¿cómo se describiría? Seleccione la opción que describa su personalidad		Muy de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No Sabe/ No aplica
Neurótico <i>El Neuroticismo se caracteriza por la tendencia a experimentar emociones negativas y de ansiedad, presentando rasgos cognitivos y conductuales asociados a las mismas. Entre los rasgos presentes se puede encontrar miedo, irritabilidad, baja autoestima, ansiedad social, comportamiento impulsivo e impotencia</i>							
Afectividad Negativa <i>La afectividad negativa se define como la tendencia a experimentar estados emocionales negativos tales como tristeza, ansiedad u hostilidad.</i>							
Perfeccionista (definición) <i>El perfeccionismo puede definirse como la disposición a considerar inaceptable cualquier cosa que no sea perfecta. Establecer altos estándares para uno mismo y el nivel de preocupación por cometer errores en el desempeño son las dos dimensiones más importantes estudiadas en la investigación sobre el agotamiento. Establecer altos estándares para uno mismo es la forma autodirigida de perfeccionismo, mientras que la preocupación por cometer errores es la forma socialmente prescrita de perfeccionismo.</i>							
Extrovertido <i>La extroversión se caracteriza por una tendencia a ser seguro de sí mismo, dominante, activo y en busca de emociones. Los extrovertidos muestran emociones positivas, mayor frecuencia e intensidad de interacciones personales y una mayor necesidad de estimulación.</i>							

De acuerdo con las siguientes características de personalidad, ¿cómo se describiría? Seleccione la opción que describa su personalidad	Muy de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No Sabe/ No aplica
Franco <i>La franqueza es la habilidad de comunicarse abierta, directa y honestamente.</i>						
Escrupuloso <i>La escrupulosidad se caracteriza por la planificación cautelosa, organización efectiva y manejo eficiente del tiempo, permitiendo al individuo maximizar resultados en el tiempo disponible.</i>						
Amable <i>Amabilidad es la capacidad de ser cooperativo, cariñoso, de buena fe y amigable con los demás.</i>						
Resistente <i>La resistencia se define como la capacidad que tiene un individuo de soportar situaciones de estrés sin experimentar efectos dañinos, tales como tensión física o psicológica.</i>						
Optimista <i>El optimismo disposicional es la tendencia a creer que únicamente ocurrirán cosas buenas en el futuro.</i>						
Proactivo <i>La personalidad proactiva se define como una persona que está relativamente libre de obstáculos por las fuerzas situacionales y, posteriormente, altera el entorno. Las personas proactivas buscan oportunidades, actúan, muestran iniciativa y perseveran hasta producir cambios o alcanzar el cierre o aliviar el estrés</i>						

B. INVENTARIO DE AGOTAMIENTO DE MASLACH

Inventario de Maslach		
	Item	Subescala a la que pertenece
1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo:	Agotamiento emocional
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado:	Agotamiento emocional
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado	Agotamiento emocional
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender	Realización personal en el trabajo
5	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales	Despersonalización
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa:	Agotamiento emocional
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	Realización personal en el trabajo
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	Agotamiento emocional
9	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	Realización personal en el trabajo
10	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	Despersonalización
11	Me siento muy enérgico en mi trabajo	Realización personal en el trabajo
12	Me siento frustrado por el trabajo	Agotamiento emocional
13	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	Agotamiento emocional
14	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente:	Despersonalización
15	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	Agotamiento emocional
16	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo:	Realización personal en el trabajo
17	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades:	Agotamiento emocional
18	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada:	Realización personal en el trabajo
19	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas:	Despersonalización

(1) Nunca

(2) Algunas veces al año

(3) Algunas veces al mes

(4) Algunas veces a la semana

(5) Diariamente

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".

INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO DE AGOTAMIENTO DE MASLACH

Subescala	Valoración	Número de preguntas	Puntuación Máxima	Bajo	Medio	Alto	Sin indicios de agotamiento	Con indicios de agotamiento
Agotamiento emocional	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.	9	45	Menor a 11 puntos	Entre 11 a 34 puntos	Mayor a 34 puntos	Menor a 11 puntos	Igual o mayor a 11 puntos
Despersonalización	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento hacia las personas objetos de su atención.	4	20	Menor a 5 puntos	Entre 5 a 15 puntos	Mayor a 15 puntos	Menor a 5 puntos	Igual o mayor a 5 puntos
Realización personal en el trabajo	Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.	6	30	Mayor a 23 puntos	Entre 8 y 23 puntos	Menor a 8 puntos	Igual o mayor a 8 puntos	Menor a 8 puntos

C. GUIONES ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES

Guión de entrevista semiestructurada

Objetivos:

- Comprender la experiencia de atención a población migrante venezolana por parte de trabajadores de la salud de las regiones priorizadas
- Explorar la percepción de los y las participantes sobre las barreras, retos y facilitadores para la provisión de servicios de salud a la población migrante venezolana.

Población

Profesionales y técnicos de la salud de las regiones priorizadas

Temáticas para explorar.

1. Datos Sociodemográficos
 - Edad
 - Género (¿explícita o subjetiva?)
 - Raza
 - Profesión
 - Área de desempeño
 - Años de experiencia en el servicio

Introducción

2. ¿Cómo ha sido su experiencia de la atención a personas migrantes?

Significado del trabajo

3. ¿Qué ha representado o significado para usted, en términos de su trabajo, ¿la atención a la población migrante venezolana?

Carga de trabajo:

4. ¿Cómo considera que esta experiencia de atención a impactado su carga de trabajo?
 - 4.1 Compensación relacionada con la sensación del aumento de carga de trabajo
5. ¿Cómo considera que el COVID-19 ha afectado la atención que le brinda a migrantes?

Eficiencia

6. ¿Considera que su rendimiento se ha afectado de alguna manera por la atención a las personas migrantes?

Sondeo:

- ¿Cómo lo ha manejado?
- ¿Le ha sido posible decir “No”?

7. ¿Considera que su rendimiento se ha afectado de alguna manera por el COVID-19?

Sondeo:

- ¿Cómo lo ha manejado?
- ¿Le ha sido posible decir “No”?

Control/flexibilidad

8. ¿Siente que tienen control sobre los procesos de atención a la población migrante?

Sondeo

- ¿Cuáles son esos aspectos que se le escapan de las manos y que siente que le generan más estrés?

Apoyo social

9. ¿Ha encontrado apoyo social o comunitario para la prestación de servicios a migrantes?

Sondeo

- ¿Quién le ha proporcionado ese apoyo?

Respuesta institucional

10. ¿Cómo considera que ha sido la respuesta institucional dónde labora para abordar la atención a la población venezolana?

Sondeo

- ¿Cómo mejoraría la respuesta institucional?
- ¿Como ha cambiado respuesta institucional durante la pandemia de COVID-19?

Atención a población migrante

11. ¿Le genera estrés la atención a la población venezolana?

Sondeo:

- ¿Cuáles son las razones por las que le genera estrés?

12. ¿Qué ha sido lo más difícil para brindar atención a la población migrante?

Sondeo:

- ¿Qué barreras ha tenido al brindar atención a la población migrante?

13. ¿Qué aspectos han facilitado la atención a migrantes?

Sondeo:

- ¿Qué le ayuda a desempeñar mejor la atención que brinda a los migrantes?

Guión de Grupos focales

Objetivo:

- Explorar la percepción de los y las participantes sobre las barreras, retos y facilitadores para la provisión de servicios de salud a la población migrante venezolana.

Población

Actores clave.

Temáticas para explorar.

Introducción

1. Desde su perspectiva y de manera general, ¿cuál considera que es la relación entre el fenómeno migratorio y la atención en salud?
2. ¿Considera que el fenómeno migratorio ha impactado la atención en salud en el país? ¿De qué formas se ha impactado?

Retos y barreras

3. ¿Cuáles han sido los principales retos para el abordaje de las situaciones de salud de la población migrante?
4. ¿Cómo perciben que la atención a la población migrante ha impactado a los profesionales de la salud de las regiones con mayor demanda de servicios por parte de esta población?
5. ¿Cuáles considera que han sido las principales barreras desde la perspectiva del sistema de salud para la atención a esta población? Y, ¿cuáles ha sido los principales facilitadores?
6. ¿Cuál considera que es el papel de los incentivos en la atención a esta población?
7. ¿Qué elementos normativos, del sistema de salud o institucionales considera que han favorecido la provisión de servicios de salud a la población migrante?
8. Desde su perspectiva, ¿cuál es el balance de la atención en salud a la población migrante en términos de la capacidad del sistema de salud para el abordaje del fenómeno migratorio?

D. TABLAS AUXILIARES DE RESULTADOS DEL COMPONENTE CUANTITATIVO

Tabla D.1. Significado y Propósito

Características	Total N: 491 N (%)											
	Nunca	%	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/ no aplica	%
Se siente seguro físicamente en su trabajo	19	3,87	51	10,39	207	42,16	113	23,014	93	18,941	8	1,6293
Su trabajo le permite aplicar sus conocimientos y habilidades	2	0,41	9	1,833	47	9,572	111	22,607	320	65,173	2	0,4073
Su trabajo le permite aprender cosas nuevas	1	0,2	17	3,462	59	12,02	99	20,163	312	63,544	3	0,611
Su trabajo exige esconder sus emociones y sentimientos	123	25,1	74	15,07	139	28,31	87	17,719	55	11,202	13	2,6477
Se identifica con objetivos misionales de la institución donde trabaja	10	2,04	21	4,277	113	23,01	159	32,383	177	36,049	11	2,2403
Siente satisfacción con las actividades de su cargo	2	0,41	8	1,629	70	14,26	180	36,66	218	44,399	4	0,8147
Puede cumplir sus objetivos personales en el trabajo que desempeña	4	0,81	32	6,517	114	23,22	158	32,179	179	36,456	4	0,8147

Tabla D.I.a. Significado y Propósito por Sexo

Característica	Nunca	%	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/no aplica	%
	Mujeres n: 379 n(%)											
Se siente seguro físicamente en su trabajo	13	3,4	36	9,5	162	42,74	87	23	74	19,53	7	1,85
Su trabajo le permite aplicar sus conocimientos y habilidades	2	0,5	9	2,37	37	9,763	81	21,4	249	65,7	1	0,26
Su trabajo le permite aprender cosas nuevas	0	0	13	3,43	45	11,87	70	18,5	249	65,7	2	0,53
Su trabajo exige esconder sus emociones y sentimientos	94	25	57	15	114	30,08	62	16,4	41	10,82	13	3,43
Se identifica con objetivos misionales de la institución donde trabaja	8	2,1	16	4,22	89	23,48	115	30,3	142	37,47	9	2,37
Siente satisfacción con actividades de su cargo	2	0,5	7	1,85	53	13,98	139	36,7	175	46,17	3	0,79
Puede cumplir sus objetivos personales en el trabajo que desempeña	2	0,5	25	6,6	87	22,96	118	31,1	144	37,99	3	0,79
	Hombres n: 112 n(%)											
Se siente seguro físicamente en su trabajo	6	5,4	15	13,4	45	40,18	26	23,2	19	16,96	1	0,89
Su trabajo le permite aplicar sus conocimientos y habilidades	0	0	0	0	10	8,929	30	26,8	71	63,39	1	0,89
Su trabajo le permite aprender cosas nuevas	1	0,9	4	3,57	14	12,5	29	25,9	63	56,25	1	0,89
Su trabajo exige esconder sus emociones y sentimientos	29	26	17	15,2	25	22,32	25	22,3	14	12,5	2	1,79
Se identifica con objetivos misionales de la institución donde trabaja	2	1,8	5	4,46	24	21,43	44	39,3	35	31,25	2	1,79
Siente satisfacción con actividades de su cargo	0	0	1	0,89	17	15,18	50	44,6	43	38,39	1	0,89
Puede cumplir sus objetivos personales en el trabajo que desempeña	2	1,8	7	6,25	27	24,11	40	35,7	35	31,25	1	0,89

Tabla D.2. Seguridad Física y Psicológica

Características	Total N: 491 N (%)											
	Nunca	%	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/no aplica	%
Hay preocupaciones por encontrar otro trabajo si queda desempleado	31	6,31	67	13,6	129	26,27	132	26,9	118	24,03	14	2,851
Se siente seguro físicamente en su trabajo	19	3,87	51	10,4	207	42,16	113	23	93	18,94	8	1,629
Siente que tiene apoyo entre los miembros del equipo de trabajo luego de un evento adverso, traumático o daño	18	3,67	45	9,16	144	29,33	134	27,3	146	29,74	4	0,815

Tabla D.3. Camaradería y Trabajo en Equipo

Características	Total N: 491 N (%)											
	Nunca	%	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/no aplica	%
Considera que recibe ayuda de sus superiores o jefes inmediatos en la realización de su trabajo	23	4,7	53	10,8	119	24,2	158	32,2	136	27,7	2	0,4
Recibe ayuda de sus amigos en la realización de sus tareas	10	2,0	28	5,7	119	24,2	182	37,1	150	30,5	2	0,4
Características	Muy mala	%	Mala	%	Regular	%	Buena	%	Muy Buena	%	No sabe/no aplica	%
Como considera es la relación con sus compañeros de trabajo	1	0,2	1	0,2	28	5,7	271	55,2	187	38,1	3	0,6
Como considera es el clima laboral	1	0,2	12	2,4	105	21,4	276	56,2	94	19,1	3	0,6
Como considera las redes de apoyo en su trabajo	7	1,4	13	2,6	108	22,0	273	55,6	82	16,7	8	1,6

Tabla D.4. Reconocimiento, Recompensa Incentivos

Características	Total N: 491 N (%)											
	Nunca	%	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/no aplica	%
Considera que su salario es justo respecto a su rendimiento laboral	116	23,6	90	18,3	141	28,7	63	12,8	67	13,6	14	2,9
Recibe alguna recompensa diferente a su remuneración por los logros alcanzados	335	68,2	64	13,0	32	6,5	28	5,7	9	1,8	23	4,7

Tabla D.4.a. Reconocimiento, Recompensa e Incentivos por Sexo

Característica	Nunca	%	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/no aplica	%
	Mujeres n: 379 n(%)											
Considera que su salario es justo respecto a su rendimiento laboral	89	23,5	64	16,9	110	29,0	51	13,5	55	14,5	10	2,6
Recibe alguna recompensa diferente a su remuneración por los logros alcanzados	259	68,3	46	12,1	28	7,4	23	6,1	5	1,3	23	6,1
	Hombre n: 112 n(%)											
Considera que su salario es justo respecto a su rendimiento laboral	27	24,1	26	23,2	31	27,7	12	10,7	12	10,7	4	3,6
Recibe alguna recompensa diferente a su remuneración por los logros alcanzados	76	67,9	18	16,1	4	3,6	5	4,5	4	3,6	5	4,5

Tabla D.5. Autonomía y Control en el Trabajo

Características	Total N: 491 N (%)											
	Nunca	%	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/no aplica	%
Considera tiene tiempo suficiente para completar su trabajo	18	3,7	45	9,2	146	29,7	137	27,9	139	28,3	6	1,2
Considera debe completar sus actividades laborales de forma rápida	22	4,5	49	10,0	177	36,0	146	29,7	90	18,3	7	1,4
Considera que en su trabajo debe controlar muchas cosas a la vez	13	2,6	42	8,6	127	25,9	131	26,7	174	35,4	4	0,8
Su trabajo le permite investigar y liderar proyectos	83	16,9	135	27,5	148	30,1	59	12,0	51	10,4	15	3,1
Puede influir en la cantidad de trabajo que le asignan	78	15,9	97	19,8	160	32,6	94	19,1	43	8,8	19	3,9

Tabla D.6. Integración Trabajo - Vida

Característica	Total N: 491 N (%)											
	Nunca	%	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/no aplica	%
Puede usted tomar vacaciones	192	39,1	99	20,2	84	17,1	25	5,1	57	11,6	34	6,9
Puede tomar días feriados o de descanso sin problema	112	22,8	105	21,4	144	29,3	54	11,0	62	12,6	14	2,9
Puede tomar incapacidad médica, licencia o reposo sin problema y cuando lo necesita	70	14,3	92	18,7	111	22,6	52	10,6	137	27,9	29	5,9
Puede ir al médico cuando lo necesita	28	5,7	78	15,9	156	31,8	67	13,6	143	29,1	19	3,9
Puede hacer uso de la licencia de maternidad o paternidad sin problema	42	8,6	17	3,5	39	7,9	32	6,5	151	30,8	210	42,8
Puede disfrutar su tiempo libre con su familia o para realizar cosas personales	15	3,1	85	17,3	166	33,8	90	18,3	123	25,1	12	2,4

Tabla D.7. Otros Factores de Riesgo Personales

Característica	Mujeres		Hombres		Total	
	n: 379	%	n: 112	%	N: 491	%
	n(%)		n(%)		N (%)	
Embarazo o postparto en últimos 6 meses	15	4,0	1	0,9	16	3,3
Perdido algún familiar o persona cercana últimos 6 meses	130	34,3	26	23,2	156	31,8
Circunstancias personales generadores de estrés y ansiedad en últimos 6 meses	210	55,4	61	54,5	271	55,2

Tabla D.8. Otros Factores de Riesgo Relacionados con la Pandemia de COVID 19

Característica	Total N: 491 N (%)									
	Muy pocas veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Siempre	%	No sabe/ no aplica	%
Exposición a COVID 19 en lugar de trabajo	32	6,5	90	18,3	85	17,3	270	55,0	14	2,9
Angustia por atender pacientes con COVID 19 en el último mes	172	35,0	143	29,1	57	11,6	68	13,8	51	10,4
Percepción de afectación salud mental por la pandemia COVID 19	188	38,3	120	24,4	55	11,2	35	7,1	93	18,9

Tabla D.9. Características de la Personalidad

Característica	Total N: 491 N (%)											
	Muy en desacuerdo	%	En desacuerdo	%	Parcialmente de acuerdo	%	De acuerdo	%	Muy de acuerdo	%	No sabe/ no aplica	%
Característica de la personalidad												
Neurótico	87	17,7	60	12,2	86	17,5	152	31,0	62	12,6	44	9,0
Afectividad negativa	90	18,3	44	9,0	73	14,9	176	35,8	72	14,7	36	7,3
Perfeccionista	27	5,5	42	8,6	99	20,2	208	42,4	89	18,1	26	5,3
Extrovertido	20	4,1	37	7,5	98	20,0	234	47,7	86	17,5	16	3,3
Franco	3	0,6	6	1,2	41	8,4	245	49,9	185	37,7	11	2,2
Escrupuloso	14	2,9	44	9,0	114	23,2	225	45,8	74	15,1	20	4,1
Amable	4	0,8	1	0,2	29	5,9	209	42,6	241	49,1	7	1,4
Resistente	9	1,8	17	3,5	93	18,9	233	47,5	128	26,1	11	2,2
Optimista	8	1,6	20	4,1	84	17,1	235	47,9	135	27,5	9	1,8
Proactivo	4	0,8	15	3,1	71	14,5	243	49,5	143	29,1	15	3,1

Tabla D.10. Puntaje Discriminado de la Escala

Ítem	Total N (%)									
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo	191	38,9	133	27,1	110	22,4	44	9,0	13	2,6
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	17	3,5	51	10,4	118	24,0	214	43,6	91	18,5
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado	131	26,7	98	20,0	122	24,8	121	24,6	19	3,9
Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender	6	1,2	12	2,4	23	4,7	60	12,2	390	79,4
Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales	367	74,7	51	10,4	36	7,3	22	4,5	15	3,1
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	247	50,3	113	23,0	69	14,1	51	10,4	11	2,2
Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	28	5,7	24	4,9	32	6,5	91	18,5	316	64,4
Siento que mi trabajo me está desgastando	119	24,2	154	31,4	112	22,8	70	14,3	36	7,3
Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	8	1,6	15	3,1	35	7,1	51	10,4	382	77,8
Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	260	53,0	92	18,7	76	15,5	38	7,7	25	5,1
Me siento muy enérgico en mi trabajo	2	0,4	10	2,0	37	7,5	150	30,5	292	59,5
Me siento frustrado por el trabajo	251	51,1	103	21,0	75	15,3	50	10,2	12	2,4
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	127	25,9	91	18,5	112	22,8	93	18,9	68	13,8
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente	433	88,2	23	4,7	16	3,3	2	0,4	17	3,5
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	289	58,9	103	21,0	59	12,0	29	5,9	11	2,2
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo	5	1,0	11	2,2	24	4,9	85	17,3	366	74,5
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	241	49,1	129	26,3	65	13,2	36	7,3	20	4,1
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada:	60	12,2	101	20,6	85	17,3	68	13,8	177	36,0
Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas	250	50,9	97	19,8	69	14,1	62	12,6	13	2,6

(1) Nunca

(2) Algunas veces al año

(3) Algunas veces al mes

(4) Algunas veces a la semana

(5) Diariamente