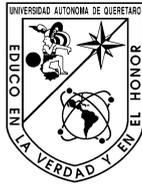


Perspectiva ética en problemas bioéticos y
formas de violencia hacia el personal de
salud por COVID-19

2022

L.E. Juan Pedro Horta
Sánchez



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho_____

**PERSPECTIVA ÉTICA EN PROBLEMAS BIOÉTICOS Y
FORMAS DE VIOLENCIA HACIA EL PERSONAL DE SALUD
POR COVID-19**

Protocolo de Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestría en Ética aplicada y Bioética

Presenta

L.E. Juan Pedro Horta Sánchez

Centro Universitario, diciembre 2022



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Perspectiva ética en problemas bioéticos y formas de
violencia hacia el personal de salud por COVID-19

por

Juan Pedro Horta Sánchez

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](#).

Clave RI: DEMAC-177702



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Maestría en Ética aplicada y Bioética

PERSPECTIVA ÉTICA EN PROBLEMAS BIOÉTICOS Y FORMAS DE VIOLENCIA
HACIA EL PERSONAL DE SALUD POR COVID-19

PROTOCOLO DE TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado
de Maestría en Ética aplicada y Bioética

Presenta:

L.E. Juan Pedro Horta Sánchez

Dirigido por:

Dra. Hilda Romero Zepeda

SINODALES

Dra. Hilda Romero Zepeda
Presidente

Firma_____

Dr. Raúl Ruiz Canizales
Secretario

Firma_____

Dr. Victor Manuel Castaño Meneses
Vocal

Firma_____

Dra. María Concepción Méndez Gómez-Humarán
Suplente

Firma_____

Dr. Bernardo García Camino
Suplente

Firma_____

Nombre y firma del
Director de la Facultad

Nombre y firma del
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Diciembre 2022
México

Resumen

La contingencia sanitaria por el coronavirus no solo ha traído una crisis de salud y económica, sino que también ha modificado las dinámicas sociales afectando con ello a millones de personas. El costo humano de esta enfermedad ha sido muy alto y con base a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “ningún otro grupo lo ha sentido más de cerca que los profesionales sanitarios”. Además de la evidencia con la que se cuenta de la violencia sentida por el personal de salud, la pandemia vino a acrecentar esta situación. Por lo tanto, en este estudio se buscó conocer el nivel de violencia ejercido hacia el personal sanitario a causa de la pandemia por COVID-19 y como este afecto su calidad de vida desde una perspectiva Bioética, mostrando así los efectos de este fenómeno y las alternativas deseadas para poder disminuirlo. Dentro de los resultados más significativos podemos encontrar que el 80% de la población de estudio, consideró haber trabajado en condiciones de riesgo, tales como falta de Equipo de Protección Personal (EPP) o que el equipo con el que trabajaron estuviera en malas condiciones, ir a laborar en condiciones de salud vulnerables, así mismo el aumento del estrés postraumático y algunas afectaciones que sobrepasaron la salud mental, traduciéndose en síndromes y síntomas que afectan directamente la calidad de vida de los involucrados.

PALABRAS CLAVE: personal de salud, violencia, bioética, COVID-19, calidad de vida.

SUMMARY

The health contingency due to the coronavirus has not only brought a health and economic crisis, but has also modified social dynamics, thereby affecting millions of people. The human cost of this disease has been very high and based on the Pan American Health Organization (PAHO), "no other group has felt it more closely than health professionals." In addition to the evidence of the violence felt by health personnel, the pandemic has increased this situation. Therefore, this study sought to know the level of violence exerted towards health personnel due to the COVID-19 pandemic and how this affected their quality of life from a Bioethical perspective, thus showing the effects of this phenomenon and the desired alternatives to reduce it. Among the most significant results we can find that 80% of the study population considered having worked in risk conditions, such as lack of Personal Protective Equipment (PPE) or that the equipment with which they worked was in poor condition, going to work in vulnerable health conditions, as well as the increase in post-traumatic stress and some affectations that exceeded mental health, translating into syndromes and symptoms that directly affect the quality of life of those involved.

KEYWORDS: health personnel, violence, bioethics, COVID-19, quality of life.

Dedicatoria

A mis padres, por confiar y creer ciegamente en mí, a mis profesores por sembrar el conocimiento y amor por la Bioética, a mis estudiantes por ser la semilla y motivación para seguir preparándome.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el apoyo para poder desarrollarme como profesional en el terreno de la Bioética.

A mi directora de Tesis, por el apoyo incondicional, académico y personal, siendo un ejemplo de un verdadero Bioeticista.

ÍNDICE

I.	Descripción del Problema	1
	OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	3
	OBJETIVO GENERAL	3
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
	HIPÓTESIS.....	3
II.	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	4
	2.1 Pandemias, manejo y atención por el personal de salud	4
	2.2 Manejo Sanitario de SARSCOV2 o COVID 19	6
	2.2.1 Perfil epidemiológico de COVID-19 a nivel internacional y en México	7
	2.2.2 Recursos sanitarios para la atención de COVID-19	9
	2.2.3 Políticas públicas sanitarias de aislamiento y atención médica durante la pandemia.	11
III.	LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD-ANÁLISIS ÉTICO	15
	3.1 Tipos de violencia ejercida al personal de salud	15
	3.2 Incremento de la violencia a causa del covid-19 hacia el personal de salud	16
	3.3 Marco legal para la protección del personal de salud	17
	3.3.1 Carta de los Derechos Generales de las y los Médicos y los Derechos de los y las enfermeras	19
IV.	LOS PROBLEMAS BIOÉTICOS ASOCIADOS A LA PANDEMIA	21
	4.1 Falta de recursos sanitarios para la atención de la pandemia (ética de la distribución de recursos sanitarios)	21
	4.2 Políticas sanitarias de distanciamiento y cierre de espacios de encuentros colectivos (ética de la salud pública)	22
	4.3 Aprobación de farmacología y vacunas bajo condiciones de emergencia (ética de ensayos clínicos controlados)	22
	4.4 Cambios en la relación médico-paciente y en el derecho al acompañamiento de un cuidador.	23
V.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	25
	5.1 Violencia	25
	5.2 Tipos de violencia	25
	5.3 Dignidad humana, Derechos Humanos y Derecho a la salud	25
	5.4 Calidad de vida	27
	5.5 Estigma y Discriminación	28

5.6 Grupos vulnerables, desigualdad y pobreza	29
5.7 Ética de Principios como Marco de la Ética Clínica	30
VI. METODOLOGÍA	31
6.1. Población de estudio	32
6.2. Muestra	32
6.3. Criterios de inclusión	32
6.4. Criterios de Exclusión	32
6.5. Criterios de Eliminación	32
6.6. Instrumentos de evaluación	33
VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
7.1. Regulación ética de las condiciones contractuales del personal de salud y reformas vigentes	41
7.2 Mirada ética en la reestructuración contractual	42
VIII. CONCLUSIONES	43
IX. REFERENCIAS	45
X. Anexos.....	47
ESCALA DE TIPOLOGIA DE LA VIOLENCIA modificada	47
Formulario	60

I. Descripción del Problema

El trabajo cotidiano en las complejas organizaciones de salud que son los hospitales tiene características propias que las distingue de otras organizaciones y que sustenta su singularidad y complejidad, sea por funcionar las 24 horas de los 365 días del año, como por trabajar con la salud, la enfermedad y el cuidado; conceptos que a excepción de la enfermedad se presentan complejos y esquivos a una definición. (Spinelli y Trotta 2013, 1)

Aunado a lo anterior desde el inicio de la pandemia de la enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) en México, casi media centena de personas que trabajan en el área de la fueron agredidas, lo que puso en riesgo el acceso a la salud y a la vida de toda la población. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) emitió un comunicado conjunto donde expresó que la mayoría de las agresiones fueron contra enfermeras, lo que presenta una preocupante tendencia en el país. Como consecuencia el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) incluyó al personal de salud como un grupo dentro de la población con más riesgo de ser discriminado durante la emergencia sanitaria.

Muestra de lo anterior son los episodios de violencia y señalamiento social, trayendo como consecuencia la discriminación y las agresiones físicas, verbales y psicológicas al personal de salud que se incrementó con la pandemia.

Como lo menciona Bedoyoja (2020) ejemplos de esta situación, son las experiencias vividas por múltiples profesionales de distintas áreas de la salud, que son discriminados en las calles, en el transporte público, en los supermercados y hasta en sus propios lugares de residencia donde son víctimas de una fuerte estigmatización, que en varias ocasiones se han logrado materializar en agresiones físicas y verbales.

En un estudio realizado por el Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI, 2020) se manifiesta que fueron reportados hasta julio de ese año 111 casos de discriminación al personal de salud en Latinoamérica, enunciados por ocurrencia en

los siguientes países: México, Colombia, Argentina, Venezuela, Paraguay, Honduras, Panamá, Perú, Costa Rica y El Salvador.

Ampliando más el concepto de violencia, según datos provisionales de los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional, así como los reportes de 15 países publicados por los ministerios o secretarías de salud al igual que de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al mes de febrero de 2021 México ocupaba el primer lugar de decesos de trabajadores de la salud en América Latina por Covid-19 al tener un acumulado de 2 mil 580 casos, es decir, más del 100 por ciento que lo reportado por Estados Unidos (López 2021). A la par de estas cifras al mes de abril de 2021 según datos del periódico Milenio, el Universal y diarios de circulación nacional, personal de salud del sector privado no había recibido la primera dosis de la vacuna por no estar contemplados en el Programa Nacional de Vacunación al no ser considerados como primera línea de atención.

Los problemas bioéticos evidentes y derivados de la pandemia se ubican en diferentes puntos nodales: 1) políticas sanitarias de distanciamiento, cierre de espacios de encuentros colectivos (ética de la salud pública); 2) falta de recursos sanitarios para la atención de la pandemia además de la atención sanitaria considerando la morbimortalidad comunitaria (ética de la distribución de recursos sanitarios); 3) Aprobación de farmacología y vacunas bajo condiciones de emergencia (ética de ensayos clínicos controlados); 4) Evolución de la enfermedad y el acompañamiento del enfermo 3) cambios en los derechos del paciente para un cuidador principal, dependencia de apoyo del personal sanitario para la comunicación, manejo y triaje médico de atención; así como el manejo de cuerpos ante la muerte del paciente (relación personal de salud y paciente). 4) vulnerabilidad y desprotección del personal médico ante emergencias sanitarias. Los anteriores, se han visto relacionados con la frecuencia y diversidad de las expresiones de violencia hacia el personal de salud, que posiblemente pueda mitigarse a partir de la propuesta de regulación normativa institucional en condiciones laborales.

En ese sentido el presente estudio buscó analizar con perspectiva ética los problemas bioéticos y las formas de violencia acrecentadas durante la pandemia

por COVID-19 al personal de salud, a través de la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué forma se vio acrecentada la violencia hacia el personal de salud, su relación con los problemas bioéticos a causa de la pandemia por Covid-19 y como esta afecto su calidad de vida?

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

OBJETIVO GENERAL

- Analizar las diferentes formas de violencia que ha experimentado el personal de salud y su afectación a la calidad de vida en relación con problemas bioéticos derivados por la pandemia por COVID-19 en el estado de Querétaro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las diferentes formas de violencia que ha sufrido el personal de salud
- Identificar la afectación de la violencia en la calidad de vida del personal de salud y su relación con problemas bioéticos derivados por la pandemia.
- Examinar el marco legal y ético de las condiciones contractuales/laborales del personal de salud en el estado de Querétaro
- Sugerir acciones afirmativas a favor de la protección laboral del personal sanitario

HIPÓTESIS

El personal de salud en el estado de Querétaro manifestó mayor frecuencia y diversidad de episodios de violencia que los que fueron registrados o expuestos en los medios formales de comunicación, así como una mayor afectación en las

dimensiones que componen su calidad de vida acorde con los problemas bioéticos derivados por la pandemia, que pueden ser regulados éticamente en la protección laboral del personal sanitario

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1 Pandemias, manejo y atención por el personal de salud

Empezaremos por definir que es una pandemia, según la OMS se le da este nombre a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Etimológicamente la palabra “pandemia” viene del griego “pandemos”, que significa todos, a su vez demos significa población. Es así como “pandemos” es un concepto en el que existe la creencia de que la población de todo el mundo potencialmente pueda enfermar a causa de un mismo agente patógeno (Ryan 2020).

La OMS como eje rector de salud en el mundo, durante el paso de los años se ha encargado de publicar y actualizar los lineamientos para responder a una pandemia, con base a diferentes fases según el estado de esta, pasando desde el denominado período interpandémico hasta la conclusión del contagio. Además de las fases, integra cinco componentes: planificación y coordinación, seguimiento y evaluación, reducción de la propagación, continuidad de la oferta de servicios y comunicaciones (Henaó 2010, 10).

En cada una de las fases y componentes de una pandemia el actuar del personal de salud es clave para el éxito en el abordaje de esta, ejemplo de ello; dentro de la reducción de la propagación de la enfermedad el principal objetivo del equipo sanitario es promover la “distancia social” entre los miembros de la comunidad, el uso de los fármacos apropiados y autorizados para su consumo, sin promover la automedicación y la difusión de la importancia en la aplicación de vacunas.

A pesar de que la actuación del personal de salud se encuentra en cada una de las fases y niveles, estos están mayormente involucrados en la parte clínica de la enfermedad, es decir como primeros respondientes en las unidades hospitalarias de frente al agente infeccioso con todos los signos y síntomas que este puede causar al individuo. Teniendo en cuenta como personal de salud a todas las personas, con o sin goce de haberes, que trabajan en ámbitos de cuidado de salud cuyas actividades los pone en riesgo de contagiarse de infecciones de sus pacientes, por estar en la habitación del paciente o en una sala de clasificación o examen u otra área posiblemente contaminada, y manipular sangre, líquidos corporales, secreciones o excrementos, suministros médicos, equipos o superficies ambientales sucias. (NCIRD 2014)

A raíz de esto el personal de salud dependiendo del agente patógeno y su mecanismo de transmisión deberá conocer y llevar a cabo todas las medidas de bioseguridad, precauciones estándar y los sistemas de aislamiento pertinentes. Como menciona García (2002) la bioseguridad es una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones y tiene como principio básico: “no me contagio y no contagio”. Estas actividades van desde el lavado de manos, el uso de guantes, uso de bata, hasta la adecuada disposición de desechos de material punzocortante. El objetivo de estas medidas es lograr la protección del individuo enfermo, familiares y de los trabajadores de la salud, de infecciones que pueden ser adquiridas a través de las diferentes vías de acceso dentro y fuera del entorno hospitalario.

Además de las precauciones estándar aplicables a todo paciente de igual manera, existen condiciones que requieren medidas adicionales incorporadas en las denominadas precauciones adicionales. Estas precauciones están definidas según las vías de transmisión conocidas, por contacto, por gota y por vía aérea. (Suárez 2019, 30)

De ahí la importancia de que las organizaciones y sus administraciones provean a sus empleados de equipo y material de bioseguridad para el tratamiento y atención

de pacientes y material infectados con el propósito de preservar un ambiente biológicamente seguro para todos.

2.2 Manejo Sanitario de SARSCOV2 o COVID 19

A finales del 2019 se identificaron los primeros casos de un nuevo Coronavirus en Wuhan provincia de Hubei en China y a partir del 13 de enero del 2020 se reportaron casos importados en el este y sureste de Asia, Oceanía, América del Norte, Europa y África occidental. Un nuevo coronavirus (CoV) es una nueva cepa de coronavirus que no se había identificado previamente en el ser humano. El nuevo coronavirus, que ahora se conoce con el nombre de Covid-19 no se había detectado antes de que se notificara el brote en Wuhan, este es un virus capaz de causar neumonía grave y en algunos casos fatal. (UNAM-China 2020)

Con base a datos de la Secretaría de Salud se sugiere que la ruta de transmisión de una persona a otra de SARS-CoV-2 es mediante gotas, vía aérea (a través de aerosoles) y/o por contacto, advirtiendo así que cualquier individuo que se encuentre en contacto a menos de 1 metro de distancia con alguien que sea portador del virus, esta potencialmente en riesgo de estar expuesto a la infección.

Con relación a lo comentado en párrafos anteriores sobre las medidas de bioseguridad la OMS hace hincapié en la necesidad del uso de la mascarilla en todas las personas dentro y fuera de los establecimientos sanitarios, con mayor cuidado en aquellas zonas donde se presume haya transmisión del virus, de igual forma hace un llamado a utilizar de manera racional y adecuada todo el equipo de protección personal (EPP).

Desde la aparición del COVID-19 la OMS desarrolló un Plan estratégico de preparación y respuesta, que sirviera como oferta para los todos los países a modo de dar solución favorable a la pandemia; los principales objetivos de este plan son: frenar y detener la transmisión; ofrecer una atención óptima a todos los pacientes, y minimizar el impacto de la epidemia en los sistemas de salud, los servicios sociales y la actividad económica. (OMS 2020)

Cada país desde su autonomía maneja la pandemia de acuerdo con lo que para ellos era el mejor abordaje, sin embargo, como se mencionó a manera de apoyo; dentro del Plan estratégico de la OMS sugieren rutas asistenciales (anexo 1) para dar atención a las personas afectadas con la enfermedad, para ser utilizadas a manera de algoritmo, valorando los síntomas con los que cursan, una vez determinado que se ajusta a la definición de caso presunto o caso confirmado; incluyendo también diagnósticos diferenciales así como diagnósticos infecciosos simultáneos como pueden ser gripe, paludismo o tuberculosis.

Adicional a lo ya comentado la OMS recomienda que se proporcione apoyo psiquiátrico y psicosocial básico a todos los casos presuntos o confirmados de COVID-19; además de consultar sus necesidades e inquietudes, con el propósito en medida de lo posible darles respuesta. De igual forma es de vital importancia la valoración del paciente antes de otorgar el alta hospitalaria con el objetivo de determinar si necesitan rehabilitación y de ser así facilitar su derivación. En este sentido la OMS hace énfasis en los programas de rehabilitación personalizados, de mediano y largo plazo, en función de necesidades individuales, sobre todo en aquellos individuos que cursen con síntomas crónicos y/o que presenten limitaciones funcionales.

En casos más complicados es a bien averiguar si los pacientes cuentan con un plan de voluntades anticipadas (por ejemplo, el deseo de que se les proporcionen cuidados intensivos) respetando sus prioridades de tal modo que el personal sanitario adapte así el plan asistencial proporcionando la mejor atención posible.

2.2.1 Perfil epidemiológico de COVID-19 a nivel internacional y en México

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe de mayo de 2022; desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta esa fecha, fueron notificados 526 millones de casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 6 millones de defunciones en todo el mundo. De igual forma la Universidad Johns Hopkins a esa misma fecha tenía reportados 532 769 845 casos confirmados y 6 301 418 muertes. Encabezando Estados Unidos la lista de casos

confirmados y defunciones. Le sigue en la lista de más casos confirmados; India, Brasil, Francia y Turquía; en la que concierne a muertes reportadas, en el segundo puesto se encuentra: Brasil, seguido por India, México y Reino Unido.

Como sucede en los procesos evolutivos de los virus, el SARS-CoV-2 desde su primera caracterización genética ha sufrido diferentes mutaciones, de acuerdo con datos de la OPS, desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta abril de 2021, se habían difundido a nivel internacional más de 1, 086, 614 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.

En su estudio “Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data” (2021) Loannidis obtuvo como resultado que la tasa de letalidad a nivel mundial oscilaba entre el 0.00% y el 1.54%, sin embargo, resalta que estas cifras varían de manera sustancial de acuerdo del lugar donde se hable, reflejando diferencias en los grupos etarios, lo complejo de cada paciente infectado y fallecido, entre otros factores.

En lo que respecta a México el 27 de febrero de 2022 fue diagnosticado el primer caso de COVID-19, en la Ciudad de México, a las pocas horas se diagnostica un segundo caso positivo en el estado de Sinaloa, ambos pacientes coincidieron en un viaje reciente a Italia. Para el 31 de mayo del mismo año, las cifras oficiales de la secretaría de salud en el país mostraron 90, 664 casos confirmados acumulados, con 9, 930 defunciones. (Villagrán 2020, 67)

A finales del 2020 según datos publicados en el informe epidemiológico de la situación de COVID-19 las entidades que tenía el mayor número de casos activos en México eran: La Ciudad de México, Nuevo León, Guanajuato, Estado de México, Coahuila, Jalisco, Querétaro, Durango, Yucatán y Zacatecas. En lo que ha factores de riesgo se refiere, en México las principales comorbilidades presentadas en los casos positivos de COVID-19 son: hipertensión, obesidad, diabetes, tabaquismo, asma, EPOC, insuficiencia cardiovascular, inmunosupresión y VIH o SIDA. Lo anterior cobra sentido al recordar que en el país de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud el 70% de los mexicanos padece sobrepeso y casi una tercera parte sufre de obesidad, asociados estos dos padecimientos a diabetes,

enfermedades cardiovasculares, trastornos óseos, musculares y algunos tipos de cáncer.

Según Hernández (2020) el 70% de los muertos por COVID-19 en México son hombres, de estos el 71% tenía entre 40 y 69 años. Con relación a las mujeres se encuentra un patrón similar ya que el 65% de los decesos se produce entre los 40 y 69 años. En este mismo documento se manifiesta que al 27 de mayo de 2020 la tasa de mortalidad en el país es de 7.07 por cada cien mil habitantes y por encima de la tasa nacional se encontraban los estados de México, Tabasco, Quintana Roo, Ciudad de México, Chihuahua y Baja California.

2.2.2 Recursos sanitarios para la atención de COVID-19

Según el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) en España, una adecuada gestión de la pandemia por SARS-CoV-2 requiere tomar decisiones importantes durante la evolución de esta, a través de una gestión eficaz y segura; este organismo propone disponer de estrategias puntuales en 4 áreas específicas: asistencia sanitaria, vigilancia epidemiológica, identificación y contención precoz de fuentes de contagio y medidas de protección colectiva.

En el caso específico de México el 03 de abril del 2020 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación un Acuerdo, en donde se aprecian acciones extraordinarias que se realizarán para la adquisición de los bienes y servicios con el objetivo de dar atención a la pandemia por COVID-19. En este acuerdo se pueden encontrar como acciones extraordinarias: adquirir todo tipo de bienes y servicios, a nivel nacional o internacional, entre los que mencionan, equipo médico, agentes de diagnóstico, material quirúrgico y de curación, **sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla, y las demás que estime necesarias la Secretaría de Salud;** justificando lo anterior debido a que (como se puede leer después) a nivel internacional existía una sobre demanda de diversos bienes, servicios e insumos para dar atención a los enfermos infectados, generando escasez y encarecimiento de los mismos; de igual forma hacía énfasis en la necesidad de contar de manera

urgente con los recursos materiales y **humanos** para prestar a la población los servicios de salud que otorga el Estado, siendo necesario **agilizar y simplificar los procedimientos de adquisición** y realizar pagos anticipados a los proveedores de dichos insumos para garantizar su abastecimiento.

Además de lo anterior al inicio de la pandemia se incentivó a todas las unidades de salud a promover las acciones preventivas entre todo el personal y usuarios de los servicios. Retomo importancia las medidas de bioseguridad en el personal de salud, reportarse con síntomas respiratorios si es que los presentaban, adicionando el mantenimiento de la limpieza en el área de trabajo, así como tener completo su esquema de vacunación.

Respecto a las Unidades de Salud, el gobierno Federal a través de la Secretaria de Salud, hace un llamado a verificar disponibilidad de insumos médicos como de EPP, contar con los materiales de limpieza y la ejecución correcta de esta, no reutilizar material de uso médico y en casos de material reutilizable, realizar de forma adecuada su desinfección y descontaminación, dar el manejo adecuado de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI), lavar todas las superficies y objetos de uso común, permitir la ventilación y entrada de iluminación natural a los espacios dentro de la unidad, crear una ruta para la atención de personas sospechosas y confirmadas de SARS-CoV-2, de contar con ello designar un cuarto aislado para todos los pacientes con signos y síntomas de la enfermedad, verificar de manera permanente la implementación de las medidas de prevención, así como la capacitación continua en las actualizaciones para el abordaje del SARS-CoV-2.

Una de la soluciones a la problemática por parte del gobierno Federal en México fue la implementación de Centros de Atención Temporal COVID-19 (CAT-COVID-19) estos son módulos provisionales habilitados durante la contingencia, se ubicaron en estacionamientos, espacios contiguos a centros hospitalarios reconvertidos; el objetivo de estos CAT-COVID-19 es la diferenciación entre pacientes con sospecha o confirmados COVID-19 y de otras patologías, ampliando la capacidad de atención e interviniendo en la prevención, control y seguimiento de la infección.

Otra de las intervenciones fue la elaboración de un protocolo de evaluación liderado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en conjunto con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y TecSalud del Tecnológico de Monterrey; el propósito de este protocolo fue someter a valoración las pruebas serológicas para determinar IgG e IgM para COVID-19, con el fin de garantizar la eficacia de estas. Lo mismo sucedió con las pruebas diagnósticas de “Reacción en cadena de la Polimerasa” (PCR por sus siglas en inglés *Polymerase Chain Reaction*) la COFEPRIS en conjunto con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) evaluaron de forma comparativa estuches comerciales de diagnóstico del virus SARS-CoV-2 y a partir de ello aprobaron pruebas que resultaron eficaces para la población.

2.2.3 Políticas públicas sanitarias de aislamiento y atención médica durante la pandemia.

El virus de SARS-CoV-2 al tener múltiples mecanismos de transmisión; aumenta la probabilidad de contagio, por ello desde su aparición, la mejor forma de prevenirlo es evitar contacto con el virus; como menciona Sedano (2020) la mejor arma para prevenir la infección son las medidas de aislamiento, cuarentena y contención comunitaria, entendiendo aislamiento a la separación de personas infectadas de las no infectadas. Cuarentena a la limitación de la movilización en personas no infectadas que fueron expuestas al virus. Y la limitación comunitaria a la intervención para reducir la interacción y movilidad de la población.

Lo anterior considerado por la OPS como **medidas no farmacéuticas** sumando a las ya mencionadas; las medidas de protección personal, medidas ambientales y las relacionadas con los viajes. La OMS comparte que además de disminuir la transmisión y aplanar la curva epidémica las medidas de distanciamiento social: alivian el estrés en ellos servicios de salud, evitando el colapso de estos, a su vez que permite ganar tiempo para cuando haya disponibilidad de medidas farmacéuticas específicas.

Esta misma organización (OMS) destaca la importancia que durante el distanciamiento social deberán existir cadenas logísticas que garanticen la

prestación de servicios esenciales, la llegada de ayuda humanitaria, que se permita el ingreso de suministros básicos; así como la comunicación continua entre la población, informando la situación de la emergencia sanitaria en todo momento y de aplicar, el régimen de sanciones establecidas para el incumplimiento de las medidas. En este sentido se hizo necesario la cancelación de eventos mayores ya programados, donde hubiera aglomeraciones de individuos, no importando el carácter de estos: religioso, deportivo, cultural, de entretenimiento, científico, académico o político. Así mismo la suspensión de actividades educativas presenciales; y en el caso de actividades no esenciales el cierre de empresas públicas y comerciales. A lo antes escrito se sumó el confinamiento domiciliario (sobre todo de aquellos individuos con factores de riesgo). En algunos países fue necesaria la aplicación de herramientas legales, administrativas y sancionadoras para hacer cumplir estos preceptos, dando paso al despliegue de las fuerzas de seguridad en casos extremos. Otra medida importante fue la reducción de las horas de operación y de la frecuencia de los servicios de transporte local, de media/larga distancia.

Para el caso especial de México a partir del 23 de marzo del 2020 el Instituto Mexicano del Seguro Social en conjunto con la secretaria de Salud dieron inicio la “Jornada Nacional de Sana Distancia” cuyo propósito era aplicar de manera correcta el distanciamiento social/físico para con ello disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad. A pesar de ello a finales del mes de abril un aumento preocupante de casos en la región de las Américas, preocupó a los expertos en la OMS quienes solicitaron a México y otros países vecinos a no bajar la guardia y solicitaron reforzar su sistema de salud, así como las medidas de prevención.

Adicional al distanciamiento social, la OMS reitero el uso de mascarillas como parte del conjunto amplio de medidas de prevención, sumado a la higiene de manos, el no tocarse la cara y los buenos hábitos al toser y estornudar. La importancia de estos equipos radica en como menciona la OMS se utilizan para proteger a personas sanas o evitar la transmisión ulterior del virus (control del origen), según el tipo de mascarilla que se utilice.

En entornos de atención sanitaria, la OMS (2020) recomendó que además de la mascarilla se utilice el EPP habitual para las precauciones ordinarias contra gotículas y contacto, mascarillas de tipo médico en aquellos sitios en los que no se generen aerosoles y mascarillas respiratorias filtrantes N95 o FFP2 o FFP3, normalizada, o equivalente, en salas donde se atienda a pacientes de COVID-19 y se puedan generar aerosoles.

Para aquellas zonas de transmisión comunitaria del virus se recomienda el uso universal del dispositivo, la OMS desaconseja el uso de mascarillas con válvulas de espiración, debido a que sortean la función de filtrado del aire espirado por el usuario.

En cuanto a caretas protectoras, la OMS considera que solo ofrecen un grado de protección ocular y, por tanto, no se deben considerar equivalentes a las mascarillas en lo que se respecta a la protección contra aerosoles.

En México a pesar de las contradicciones del Gobierno Federal en relación con el uso obligatorio de la mascarilla a partir de abril del 2020, 27 estados se sumaron para recomendar a sus ciudadanos el uso del dispositivo: Aguascalientes, Colima, Campeche, Coahuila, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Guanajuato, Guerrero, Quintana Roo, Tabasco, Sinaloa, Tamaulipas, Yucatán, Nayarit, Zacatecas, Baja California Sur, Sonora y Querétaro.

A causa de la pandemia millones de personas en todo el mundo siguen resguardadas en casa a modo de evitar contagios y con ello complicaciones entre las personas infectadas, al mismo tiempo en caso contrario, el personal sanitario se prepara para hacerle frente a la contingencia. A consecuencia de lo antes descrito, es vital que los gobernantes volteen a ver médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud, considerarlos como pieza fundamental en el combate a situaciones de pandemia, desde una perspectiva holística, como seres humanos, miembros de una familia, con propósitos de vida diversos, no solo el laboral.

En respuesta a lo manifestado, en el mes de abril de 2020 se presentó en el estado de Querétaro la iniciativa de Ley que reforma del Capítulo IV, los artículos 293 y se agrega el 293 BIS del Código Penal para el Estado de Querétaro, donde se establecen sanciones de 1 a 5 años de prisión y hasta 100 días de multa a quienes atenten contra el personal de salud. Si bien es un avance en la lucha por erradicar la violencia hacia el personal de salud, solo es el inicio de un conjunto de acciones con el mismo propósito.

Con el presente estudio se pretende a través de la identificación de las diferentes formas de violencia, y su relación con problemas bioéticos derivados por la pandemia SARSCOV2 con la finalidad de llevar a cabo una propuesta de regulación normativa que tenga la intención de protección laboral del personal de salud por esta causa.

El estudio resulta factible debido a que se cuenta con los recursos necesarios para llevarlo a cabo, es viable dado que las características y circunstancias del mismo permiten desarrollarlo y pertinente debido a que aqueja un problema de actualidad en el cual existe mucho campo de actuación.

III. LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD-ANÁLISIS ÉTICO

En América Latina, el número de trabajadores sanitarios es de 24.8 por cada mil habitantes, la tasa más alta comparada con el resto de los continentes (OMS, 2006).

Trabajar con la salud entraña entre otras cosas insertarse en una estructura organizacional con altos niveles de autonomía en la base, así como procesos de trabajo que se extienden los 365 días del año, y que, como implica lidiar con la vida, la muerte y el sufrimiento, pone en juego el proyecto de vida de los trabajadores, los significados y sentidos del proceso de trabajo, sus valores e ideologías (Spinelli, 2013).

Resulta curioso que durante su etapa de formación y ya en el mercado laboral el profesional de salud es capacitado para velar por la salud y el mantenimiento de la misma de la sociedad en general, sin embargo en la mayoría de los casos ese mismo profesional descuida su propia salud y la de las personas que lo rodean.

3.1 Tipos de violencia ejercida al personal de salud

La violencia en el lugar de trabajo sea física o psicológica, se ha convertido en un problema mundial (...) representa una amenaza grave contra la eficiencia y el éxito de las Organizaciones. La violencia causa perturbaciones inmediatas, y a veces de largo plazo en las relaciones entre las personas y en el entorno laboral. (Vítolo 2010, 1).

Según Atamari (2013) Los tiempos actuales han favorecido a que la violencia hacia el personal de salud vaya en aumento en los últimos años, haciéndose más frecuente en sus diversas manifestaciones: física, sexual, psíquica y las que incluyen privaciones o descuido.

En una revisión sistemática realizada en Chile por Palma (2018) la mayor parte de los artículos revisados, estudiaron la violencia externa de acuerdo con su procedencia y una tercera parte hacía alusión a violencia interna y externa; con relación a la forma de agresión prevalece la violencia física y psicológica (56.5%), únicamente violencia psicológica en el 26.1% de los casos y una triada de violencia

física, psicológica y sexual en el 17.4% de las investigaciones revisadas. En este mismo estudio se enumeran como consecuencias relevantes de la violencia, la sintomatología depresiva y el Trastorno por Estrés postraumático (TEPT) así como el estrés laboral.

En una investigación realizada en el 2005 por Intramed, se cuestionó a más de 30000 profesionales usuarios de este portal, el tópico principal de la investigación era si en alguna ocasión habían sufrido agresiones como consecuencia de su profesión asistencial, el resultado obtenido fue del 54.6% de prevalencia. En este sentido como menciona Carlos (2016) el maltrato laboral a los profesionales del sector sanitario es un fenómeno emergente y global en el ámbito de los riesgos laborales. En el estudio realizado por este mismo autor en Argentina se observa que de la totalidad de los profesionales sanitarios que el entrevistado el 74%, respondió haber recibido agresiones durante su trabajo, 79% de tipo verbal, 31% de tipo psicológica, 3% de tipo físico. El problema más grave quizá es como menciona Guerra (2020) el personal de salud ha normalizado la violencia que padece, debido a que no reporta las agresiones sufridas.

3.2 Incremento de la violencia a causa del covid-19 hacia el personal de salud

La contingencia sanitaria por el coronavirus no solo ha traído una crisis de salud y económica, sino que también ha modificado las dinámicas sociales afectando con ello a millones de personas. El costo humano de esta enfermedad ha sido muy alto y con base a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “ningún otro grupo lo ha sentido más de cerca que los profesionales sanitarios”. Explica dicha organización internacional, que si bien los trabajadores de la salud, enfermeras, médicos y otros profesionales representan no solo una pequeña fracción de la población mundial, ellos han sido especialmente vulnerables a la pandemia por Covid-19, cuyos efectos han impactado directamente sobre su salud, economía, estabilidad emocional y relaciones sociales.

Lo anterior viene en un momento de la historia en que, como lo menciona Morales (2019) las acciones violentas por parte de los usuarios hacia los profesionales de la

salud van en aumento en todos los países, perjudicando con ello su bienestar mental, además de sufrir daños físicos y psicológicos irreversibles.

Prueba de ello es que en el mes de septiembre del 2020 la OMS hizo un llamamiento a todos los gobiernos y los responsables de otorgar los servicios de salud para adoptar medidas con el fin de proteger a los trabajadores de la salud de la violencia, mejorando su salud mental, protegerlos de peligros físicos y biológicos, dar promoción a los programas nacionales de seguridad de los trabajadores sanitarios y vincular las políticas de seguridad de los trabajadores de la salud con las ya existentes para la protección de los pacientes.

3.3 Marco legal para la protección del personal de salud

La OMS (2020) a través de la emisión de la “Carta de Seguridad de los Trabajadores de la Salud” ha hecho énfasis en recordar a los gobiernos que tienen la responsabilidad jurídica y moral de garantizar la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores sanitarios, por medio de la adopción de distintas medidas: Establecer sinergias entre las políticas y estrategias de seguridad de los trabajadores de salud y de seguridad de los pacientes; Elaborar y aplicar programas nacionales a favor de la salud y seguridad en el trabajo de los trabajadores de la salud; Proteger a los trabajadores de la salud frente a la violencia en el lugar de trabajo; mejorar la salud mental y el bienestar psicológico y proteger a los trabajadores de la salud frente a los peligros físicos y biológicos.

Además de este documento la OMS emitió objetivos específicos para el año 2021, centrados en: la prevención de las lesiones causadas por objetos punzantes, la reducción del estrés y el agotamiento relacionados con el trabajo, la mejora del uso del EPP, la promoción de la tolerancia cero frente a la violencia contra los trabajadores de la salud, y la notificación y el análisis de los incidentes graves relacionados con la seguridad.

Con respecto al marco normativo en México, existe el Observatorio Nacional de Inequidades en Salud, éste se fundamenta en diversas disposiciones legales a nivel nacional e internacional, una de estas es la Constitución Política de los Estados

Unidos Mexicanos que en su artículo 1 manifiesta: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

En específico en el artículo 18, fracción III de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal se enuncia que será responsabilidad de la Secretaría de Salud, “proponer normas oficiales mexicanas y demás actos administrativos de carácter general, en términos de las disposiciones aplicables, a los que deberá sujetarse en las instituciones públicas, sociales y privadas, la prestación de los servicios de atención médica y asistencia social, así como los de **formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud** y, en esta última materia, promover y vigilar su cumplimiento, con la participación que corresponda a las unidades administrativas competentes.

El título tercero Bis Delitos contra la Dignidad de las Personas del Código Penal Federal, en su artículo 149 Ter. Enuncia que: Se aplicará sanción de uno a tres años de prisión o de ciento cincuenta a trescientos días de trabajo a favor de la comunidad y hasta doscientos días multa al que por razones de origen o pertenencia étnica o nacional, raza, color de piel, lengua, género, sexo, preferencia sexual, edad, estado civil, origen nacional o social, condición social o económica, condición de salud, embarazo, opiniones políticas o de cualquier otra índole atente contra la dignidad humana o anule o menoscabe los derechos y libertades de las personas mediante la realización de diferentes conductas.

En la Ley General de Salud Federal en su artículo 427. Se puede leer que: Se sancionará con arresto hasta por treinta y seis horas; a la persona que interfiera o se oponga al ejercicio de las funciones de la autoridad sanitaria, y a la persona que en rebeldía se niegue a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria, provocando con ello un peligro a la salud de las personas.

A raíz de los sucesos presentados a causa de la pandemia por COVID-19 en octubre de 2020 la Cámara de Diputados aprobó reformas al Código Penal Federal, para imponer hasta 10 años de prisión al que cometa un delito en contra del personal sanitario, cuerpos de emergencia o las fuerzas armadas en funciones de auxilio.

Así mismo con el dictamen anterior se propuso la reforma al artículo 427 de la Ley General de Salud, mencionado previamente.

En cuestión salarial de acuerdo a la última actualización del Contrato Colectivo de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (2021) en México el salario mensual promedio de un médico general ronda en los \$8,531 y para el personal de Enfermería con categoría de Enfermera general alrededor de \$6000 al mes.

3.3.1 Carta de los Derechos Generales de las y los Médicos y los Derechos de los y las enfermeras

Así como existe un decálogo que conforma los derechos generales de las y los pacientes; existe la carta de los derechos generales de las y los médicos y los derechos de los y las enfermeras. El propósito de difundirlas es exponer los principios básicos en los que se debería llevar a cabo la práctica médica.

De las y los médicos

- Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
- Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
- Tener a su disposición los recursos que requieren su práctica profesional.
- Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
- Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares y así como del personal relacionado con su trabajo profesional.
- Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
- Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.
- Asociarse para promover sus intereses profesionales.
- Salvaguardar su prestigio profesional.
- Percibir la remuneración por los servicios prestados.

De los y las enfermeras

- Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
- Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
- Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
- Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
- Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
- Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
- Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo con sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
- Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
- Acceder a posiciones de toma de decisiones de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
- Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

IV. LOS PROBLEMAS BIOÉTICOS ASOCIADOS A LA PANDEMIA

Sin duda, la actual pandemia deja al descubierto la falta de justicia en todos y cada en cada uno de sus niveles: igualdad, equidad social, estado de bienestar, distribución de la riqueza y el respeto a los derechos humanos. Al mismo tiempo, visibiliza la ausencia y detrimento historio del trabajo responsable que debió realizarse por parte de gobiernos, legisladores, impartidores de la justicia, amén de mostrar la debilidad de las instituciones públicas, de la falta de políticas para el bienestar social que han sido ignoradas u omitas de manera irresponsable. (García et al. 2020, 149)

4.1 Falta de recursos sanitarios para la atención de la pandemia (ética de la distribución de recursos sanitarios)

La crisis sanitaria actual sin duda sobrepaso la capacidad y estructura sanitaria en la mayor parte del mundo, sobre todo en América Latina y demás países en vías de desarrollo. A razón de esto cada Estado tienen la responsabilidad ética de adoptar medidas para la distribución justa de los recursos sanitarios escasos, para la asignación y distribución ética a la sociedad. Como menciona Aguilera (2020) uno de los principios para la asignación de estos recursos es el de “utilidad social” el cual alude a la maximización de los beneficios netos, pero trasladados al ámbito de la salud pública. En situaciones de crisis, como la pandemia por SARS-CoV-2, este principio suele traducirse en salvar el mayor número de vidas, lo que es consistente con el reconocido valor inherente de toda vida humana.

De acuerdo a la Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia (2020) Cualquier intento de asignación de recursos escasos entre dos o más pacientes debe basarse en una evaluación acuciosa del paciente en cuanto a: su situación presente, si situación pasada, la expectativa de supervivencia al tratamiento de acuerdo con las características conocidas específicas de la enfermedad según afecta al organismo de distintos individuos y siempre será prioritario el personal de salud

4.2 Políticas sanitarias de distanciamiento y cierre de espacios de encuentros colectivos (ética de la salud pública)

A partir del 23 de marzo del 2020 en México inicia la “Jornada Nacional de Sana Distancia” el objetivo de esta campaña contemplaba el cese de actividades presenciales del sector educativo público y privado, suspensión de actividades no esenciales de órganos públicos y privados, así como la cancelación de eventos masivos y la invitación a la concentración de los individuos en sus hogares.

Junto con la campaña de Sana Distancia se instauró en México el semáforo Epidemiológico, el cual es un sistema de evaluación regionalizada de la epidemia que deriva en un esquema gradual de apertura de actividades laborales, sociales y educativas (SSA, 2020). La jornada Nacional de Sana Distancia terminó el 01 de junio del mismo año (69 días después de iniciar) sin embargo se dio inicio a la “nueva normalidad” dando apertura a tres nuevas actividades en las ya consideradas esenciales (construcción, minera y el sector automotriz), a partir de ese momento el eje rector de la situación epidemiológica es el semáforo, pretendiendo que con el se tiene la máxima seguridad sanitaria.

4.3 Aprobación de farmacología y vacunas bajo condiciones de emergencia (ética de ensayos clínicos controlados)

Hasta marzo de 2022 la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) tenían 10 vacunas autorizadas para uso de emergencia en México, identificadas con el siguiente nombre y/o biofármaco: **BNT162b2** de Pfizer, **AZD1222 Covishield** de AstraZeneca, **Gam-COVID-Vac** o “Sputnik V” de la FSBI Gamaleya National Center of Epidemiology and Microbiology of the Ministry of Health of Russia, **Coronovac** de Sinovac Life Sciences Co.Ltd, **Ad5-nCoV Covidecia** de CanSino Biologics Inc., **BBV152 Covaxin** de Bharat Biotech International Limited, **Ad26.COV2-S** de Johnson & Johnson, **CX-O24414** de Birmex (Moderna), **Antígeno SARS-CoV de Birmex (Sinopharm)** y **Proteína recombinante del dominio de unión al receptor del virus SARS-CoV2 (RBD)** de empresa laboratorios AICA (Abdala).

Con relación a lo anterior hasta el 21 de diciembre del año pasado la base de datos de estudios clínicos financiados con fondos públicos y privados realizados alrededor del mundo, **Clinical Trial** reportó 4816 estudios clínicos relacionados con Covid-19, 113 de estos en México, en México la investigación de cualquier protocolo clínico pasa por el escrutinio de por lo menos tres rigurosos comités: De ética, de investigación y de bioseguridad, además de contemplar los lineamientos nacionales e internacionales, así como las guías éticas correspondientes (AMIIF 2020).

A pesar de lo ya comentado de acuerdo con Carracedo (2021) los ensayos clínicos llevados a cabo en la Región de América Latina y el Caribe reveló una tendencia hacia la realización de estudios pequeños, repetitivos y no rigurosos, que duplican esfuerzos y desaprovechan los recursos limitados sin proporcionar evidencia sólida sobre la seguridad y eficacia de las investigaciones realizadas. A pesar de que la investigación se incrementó durante la pandemia, en la región sigue habiendo áreas de oportunidad importantes con respecto principalmente a la organización y distribución de recursos, situación que no se replica en otros países, principalmente en los desarrollados.

La situación no es diferente con respecto al tratamiento para Covid-19 en uso de emergencia, la COFEPRIS el 07 de enero de 2022 autorizó un tratamiento oral para COVID-19, el medicamento Molnupiravir el cuál fue destinado a la atención de pacientes leves a moderados con alto riesgo de complicación, este fármaco requiere de prescripción médica, y su aprobación fue autorizada en tiempo récord según la dependencia sanitaria, siendo el principal objetivo la disminución en el número de hospitalizaciones, la indicación terapéutica para este medicamento es administración oral a través de capsulas por cinco días.

4.4 Cambios en la relación médico-paciente y en el derecho al acompañamiento de un cuidador.

De acuerdo a la historia natural de la enfermedad en cuestión, dentro del periodo prepatogénico los huéspedes ideales para el Covid-19 se encuentran los menores de 5 años, personas adultas mayores, individuos inmunocomprometidos o con tratamientos que impliquen la disminución del sistema inmunitario y el ambiente ideal los lugares fríos, en lugares donde la ventilación es limitada y la higiene no es

la adecuada, los síntomas más significativos son la dificultad para respirar, fiebre, tos continua, sentido del gusto u olfato alterado, teniendo como complicaciones: neumonía grave, insuficiencia multiorgánica y la muerte.

Por el alto grado de diseminación de la enfermedad las condiciones de aislamiento de los pacientes con Covid-19 se adecuaron al código de aislamiento por gotas, en donde el contagio es a través de las partículas de secreciones respiratorias que se producen al hablar, estornudar o toser y que son iguales o mayores de cinco micras, por tal motivo no fue posible que los pacientes infectados tuvieran el acompañamiento de un familiar durante el proceso de la enfermedad, mucho menos en aquellos casos en los que terminaban en complicaciones graves, hasta la muerte. El enfermo de Covid-19 no tuvo la posibilidad de un acompañamiento en el lecho de muerte, no existió oportunidad de tener una despedida y en algunos casos afortunados el único canal de comunicación con el exterior era el personal sanitario. Personal sanitario que estaba siendo rebasado por el exceso de trabajo, fatigado y con alto grado de estrés, lo que de alguna forma alteró la relación médico-paciente.

V. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1 Violencia

La OMS (2014) define a la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Según Cuervo (2016) la violencia es el acto efectivo de intervención, con intencionalidad voluntaria de causar daño, perjuicio o influencia en la conducta de otra persona o en otras personas, y a su vez en sus acciones potenciales. Ese mismo acto de intervención puede ser ejercido sobre la condición material del otro o sobre su psique.

5.2 Tipos de violencia

La clasificación de la OMS divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- La violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones),
- La violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco),
- La violencia colectiva (social, política y económica)

La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psíquica, los anteriores incluyen privaciones o descuido.

5.3 Dignidad humana, Derechos Humanos y Derecho a la salud

Según el diccionario panhispánico del español jurídico encontramos cuatro definiciones para el concepto de dignidad de la persona: cualidad propia de la condición humana de la que emanan los derechos fundamentales, junto al libre desarrollo de la personalidad, que precisamente por ese fundamento son inviolables

e inalienables; valor del hombre y fin supremo de todo el derecho y acción del Estado; límite mínimo e indisponible a la regulación de los derechos fundamentales que debe ser protegido y fundamento de los derechos fundamentales, del orden político y de la paz social.

Según Carbonell (2018) La dignidad humana es reconocida en el orden jurídico mexicano como condición y base de los demás derechos fundamentales, reconocida en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconociendo que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso, constituyéndose necesario para que se desprendan los demás derechos: derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al libre desarrollo de la personalidad, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal.

Desde una perspectiva ontológica, que trata de explicar el ser de manera inmanente al ser, la dignidad humana aparece justificada por las propias características biológicas del ser humano. Esto es, cualquier ser que no contenga el código genético de un humano carecería de dignidad. (Arellano & Farías 2020, 22)

Su importancia es tal ya que como menciona Marín (2014) La Declaración Universal de los Derechos Humanos encuentra en la dignidad personal su propia legitimidad interna, es el fundamento que hace que resulte plausible para el mayor número de Estados, de pueblos y de personas. Constituyendo a la dignidad de la persona como el pilar fundamental en el que está sustentado el sistema axiológico de la Declaración, así como la guía conductora del conjunto de su contenido.

Como se puede observar la Dignidad Humana y Los Derechos Humanos son dos conceptos indisolubles, como menciona Gualde (2010) ambos conceptos encierran ideas de universalidad capaces de traspasar cualquier sistema político-social. Son valores idénticos comunes a toda la familia humana y que los Estados deben reconocer y garantizar.

Es así como la salud es uno de esos valores idénticos de los que hace alusión Gualde; según la OMS (1946) se entiende como salud al “estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta misma organización en el 2017 expuso que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Esto significa como lo dice la OMS (2017) que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras. Por ello dicho organismo defiende la idea de la atención centrada en la persona, que es la materialización de los derechos humanos en la práctica clínica.

En lo que a México respecta La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4º reza que: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”. Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios

5.4 Calidad de vida

Para poder definir este concepto se puede recurrir a varios autores y cada uno de ellos le dará un sentido particular, dependiendo desde el enfoque que este sea descrito, partiendo desde las condiciones de vida, la satisfacción con esta y los valores que cada individuo considera indispensables para alcanzar la felicidad, para fines de la presente investigación y quizá una de las definiciones más completas es la propuesta por Hornquist (1982), citado en Urzúa (2012) quien la define en términos de satisfacción en las esferas físicas, psicológica, social, de actividades, materia y estructural, así mismo Calman (1987) la describe como la satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar los contratiempos, medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.

Entendiendo así a la calidad de vida como esa unidad de medida o estándar que cualquier individuo tendría que tener en sus niveles máximos para lograr el bienestar en conjunto con las personas que convive y su entorno.

5.5 Estigma y Discriminación

Se entenderá por discriminación, según establece la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo.

En ese mismo tenor en la Sociología, el estigma se entiende como el comportamiento, el rasgo o la condición que posee un individuo y que genera su inclusión en un grupo social cuyos miembros son vistos como inferiores o inaceptables. Las razones del menosprecio o la discriminación son el origen racial, religioso, étnico, entre otros. El estigma es un atributo profundamente desacreditador. El termino fue acuñado por Erving Goffman y se define como el rechazo social por características o creencias que van en contra de las normas culturales establecidas.

Para fines prácticos el trabajador sanitario es toda persona cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades; toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad proveer la salud. Todos ellos conforman juntos dentro de su diversidad, la fuerza de trabajo sanitaria mundial.

En la Ley General de salud como recurso humano para los servicios de salud se integra a: las actividades en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas.

Y la discriminación del personal de salud en tiempos de pandemia emerge, porque muchas personas asocian que tener cualquier tipo de contacto con el personal de salud aumenta sus probabilidades de contagio, la reacción apunta a las creencias y a la irracionalidad para enfrentarlas, pues el personal médico simbólicamente representa la propia enfermedad y la cura; entonces el terror que implica ese mal y estigma es incontrolable y genera las creencias más interesantes como un proceso social.

5.6 Grupos vulnerables, desigualdad y pobreza

De acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, (CNDH) existen dentro de la sociedad, sectores que debido a sus condiciones y/o características son más propensos a ver violentados sus derechos humanos. La CNDH enlista algunos de estos grupos: personas migrantes, víctimas del Delito, personas desaparecidas, niños, mujeres, personas con VIH, periodistas y defensores civiles, víctimas de trata de personas, pueblos y comunidades indígenas, personas con discapacidad, reclusos, entre otros.

En México el centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2006) reconoce también a los grupos vulnerables como grupos sociales en desventaja; explica además que la vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar. Dentro del Plan de Desarrollo Federal (2006) se concibe el concepto de vulnerabilidad como un fenómeno de desajustes sociales que ha crecido y se ha arraigado; siendo cumulo de desventajas, multicausal y con varias dimensiones. Denota carencia de elementos esenciales para el desarrollo y subsistencia de los individuos.

Según la Agencia de la ONU para los Refugiados, cuando se habla de desigualdad, se hace alusión a la falta de equilibrio entre dos o más personas; esta puede presentarse en muchas facetas: social, económica, educativa, de género, legal, entre otras. Las consecuencias de la desigualdad son graves y distintas, sin embargo, la principal a lo largo de los años ha sido la pobreza, acompañada de otros graves problemas mundiales como lo son el hambre y la desnutrición. La ONU (2019) encuentra a la desigualdad como un desequilibrio arraigado.

Con lo anterior coincide Dante (2011) considerando a la pobreza como el principal factor de exclusión social y desigualdad por excelencia, que incide directamente en los ámbitos económico, social y cultural.

De acuerdo con datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2018) existen más de 800 millones de personas en el mundo que viven con menos de 1,25 dólares al día y gran parte de estos carecen de acceso a alimentos, agua potable y saneamiento adecuados. Además de las consideraciones anteriores la ONU también considera a la pobreza como un fenómeno multidimensional que comprende, además, la falta de las capacidades básicas para vivir con dignidad. Considera de igual forma que este problema es un asunto de Derechos Humanos urgente y a la vez causa y consecuencia de violaciones de los Derechos Fundamentales.

5.7 Ética de Principios como Marco de la Ética Clínica

La relevancia de la ética médica se encuentra en la necesidad de establecer guías de actuación en los actos médicos, a la par de los avances a causa de la globalización y descubrimientos científicos. Con relación a esto la presencia de las comisiones de los Derechos Humanos, a nivel local o nacional, ha hecho evidente la importancia que tiene el respeto a los Derechos Humanos, a través de la aplicación de los principios éticos vigentes (Aguirre, 2004)

García y Vigil (2011) Definen como principios éticos aquellos que sirven de punto de partida para la reflexión y acción en función de un determinado valor moral que,

como formulaciones generales válidas son aplicables a conductas y situaciones concretas.

La ética médica juzga los actos médicos con base en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Los actos de los médicos y otros profesionales de la salud deben guiarse por estos principios (INCMNSZ, 2017)

- **Principio de Beneficencia:** este principio habla del trabajo del profesional sanitario para hacer cuanto pueda para mejorar la salud de sus pacientes. Es el principio básico que se aplica primariamente y responde al fin primario de la medicina, que es el promover el bien para el enfermo y la sociedad.
- **Principio de No Maleficencia:** Asociado a la máxima latina **primum non nocere** “Sobre todo, no hacer daño”. El deber de no hacer daño es más contundente que la exigencia de promover el bien.
- **Principio de Autonomía:** otorgándole al individuo la libertad de tener el control de sus decisiones vitales básicas, reflejado en el “consentimiento informado” documento legal que regula la relación entre el médico y su paciente.
- **Principio de Justicia:** Trato igualitario en los tratamientos y distribución de los recursos para la atención sanitaria y de investigación.

VI. METODOLOGÍA

Se realizará un estudio cuantitativo de tipo no experimental ya que solo se recolectarán datos de las variables y no se manipulará al personal de salud entrevistado, transversal porque la recolección de la información se llevará a cabo en un solo momento, correlacional ya que se medirán las variables de violencia y calidad de vida verificando su relación y la frecuencia de dicho fenómeno, lo que propiciará el desarrollo de una hipótesis. (Grove K., GrayR., & Burns, 2016)

6.1. Población de estudio

Se incluirán en el estudio a personal de salud -profesionales de la medicina, enfermería y personal de salud en general que estuvieron en contacto directo con pacientes hospitalizados y con diagnóstico de Covid-19 en hospitales de segundo nivel de atención públicos y privados en el estado de Querétaro.

6.2. Muestra

El tipo de muestra es no probabilística por conveniencia, de acuerdo con Velasco (2002) al no tener antecedentes estadísticos de nuestra población, para tener un nivel de confianza aceptable (95%) se tomó una muestra de 100 sujetos de estudio, con 10% de error y 80% de poder.

6.3. Criterios de inclusión

- Médicos (as), Enfermeras (os) y personal de salud asignados a los servicios de atención a pacientes con Covid-19 en un Hospital de segundo nivel de atención que deseen participar en el estudio.

6.4. Criterios de Exclusión

- Personal de salud que no deseen participar en el estudio.
- No contar con el consentimiento informado.
- Pasantes o estudiantes que no hayan formalizado sus estudios en el área correspondiente.
- Personal de salud que no haya tenido contacto directo con enfermos por Covid-19.

6.5. Criterios de Eliminación

- Aquellos colaboradores que decidan abandonar el estudio
- Contestar de forma errónea el cuestionario
- No entreguen el cuestionario

6.6. Instrumentos de evaluación

Evaluación de indicadores de violencia y calidad de vida (WHOQOL- 100)

El WHOQOL-100 es un instrumento que valora la calidad de vida, desarrollado simultáneamente en 15 centros alrededor del mundo. Los aspectos importantes de la calidad de vida y la manera de preguntar fueron bosquejados con base en declaraciones hechas por pacientes con una gama de padecimientos, por personas sanas y por profesionales de salud de diferentes culturas. El instrumento fue probado rigurosamente para determinar su validez y confiabilidad, este instrumento se puede aplicar en diversas culturas y está disponible en 20 diversos idiomas.

El WHOQOL-100 resume y define los dominios y subdominios (facetas) de la calidad de vida, enlista preguntas seleccionadas para la dirección de cada una de las 24 facetas, distribuidas en los seis principales dominios de calidad de vida.}

Tipología e índice de severidad de la violencia modificado.

Para la evaluación de los indicadores de prevalencia e intensidad de violencia se utilizó también la escala tipo Likert de violencia e índice de severidad que recomienda el Instituto Nacional de la Mujer, en donde se evalúan los diferentes tipos y frecuencias de violencia. Se evalúa la tipología de la violencia clasificadas de la siguiente forma: Violencia verbal, Violencia psicológica, Violencia física, Violencia sexual y Violencia patrimonial. Valorando la frecuencia con que se presenta la violencia, en donde el valor menos esperado es muchas veces, varias veces, alguna vez y el valor más esperado es nunca.

VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

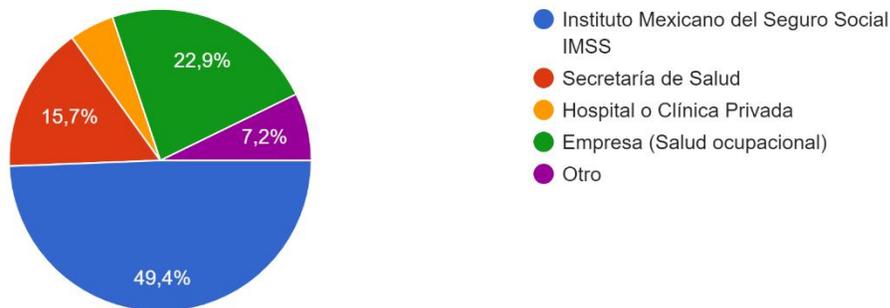
La evaluación del perfil sociodemográfico poblacional permitió obtener los siguientes resultados:

El 70% de las personas del estudio fueron del sexo femenino, el resto personal masculino, el rango de edad oscilo entre los 35 y 55 años, obteniendo una media de 32 años, una población en su predominantemente joven, personal de recién ingreso, que en su mayoría fue el que otorgo sus servicios en las primeras filas contra el SARS-CoV2. Esto se puede ver reflejado en el indicador de años laborando en donde el 52% de la población tuvo menos de 5 años laborando, seguido del 20% que ha trabajado de 5 a 10 años en la institución respectiva.

El 75% de los entrevistados fueron profesionales de la enfermería 20% personal médico y el restante se manejó como “otros” considerando aquí a personal de laboratorio y limpieza.

Con respecto a la institución empleadora de procedencia, la figura 1.1 muestra los lugares de origen, en esta se puede apreciar que en su mayoría provienen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido por la Secretaría de Salud (SESEQ) y empresas dedicadas a otorgar servicios de Salud Ocupacional.

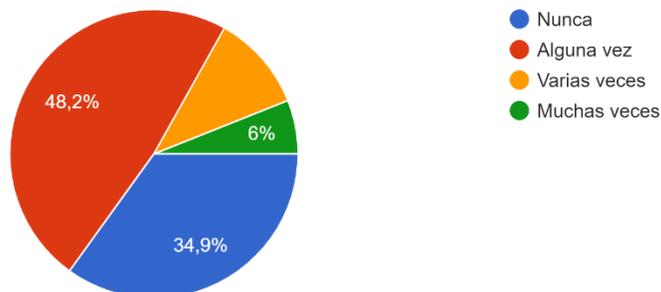
Con respecto a lo anterior el personal que percibió mas actos de violencia eran los que se desempeñan en instituciones que otorgan servicios de segundo nivel de atención en salud, sobre todo en hospitales públicos (IMSS y SESEQ)



$n=100$

Ilustración 1.1 Lugar de Trabajo del personal sanitario

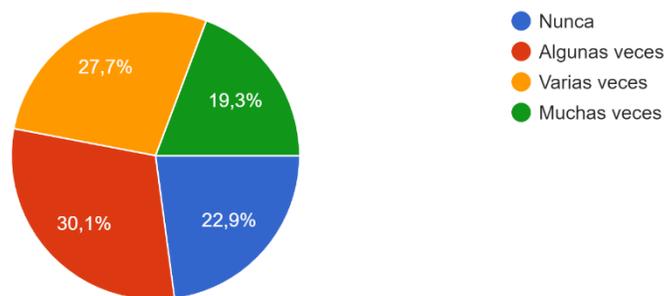
Dentro de los datos más significativos podemos encontrar a la violencia verbal, en donde gran parte del personal de salud por lo menos 1 vez la ha vivido, tal como se muestra en la figura 2.1 en donde se cuestiona, si alguna vez ha recibido insultos, esto tiene congruencia con lo expuesto por Carlos (2016) en ese mismo sentido, un porcentaje bastante similar ha sufrido humillaciones o menosprecios de los cuales un porcentaje importante (60%) ha sido frente otras personas (pacientes, familiares y/o compañeros de trabajo).



$N=100$

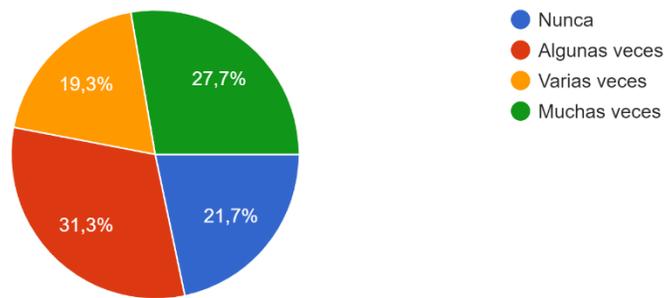
Ilustración 2.1 Insultos a personal de salud. ¿Recibió insultos?

Aunado a la violencia que el personal pueda sufrir por los propios usuarios y/o familiares de estos se suman las condiciones laborales ineficientes, en este sentido podemos observar en la figura 3.1 que a más del 75% del personal entrevistado se les limitó el uso de fármacos, equipo y/o material por paciente en cuestión, dicho resultado no cumple con el apartado 2 y 3 de la Carta de los derechos Generales de los médicos y personal sanitario en donde se enuncia que se tiene derecho a laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional, así como tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional. En ese mismo sentido se puede hacer referencia al uso prolongado de Equipo de protección personal, por jornadas en donde los propios Equipos de Protección ya no garantizaban la bioseguridad del usuario, exponiéndolo a un riesgo inminente de contagio, tal situación se puede apreciar en el ITEM 28,(Figura 4.1) aquí casi el 80% del personal sanitario consideró por lo menos una vez, haber trabajado en condiciones de riesgo, ya sea por el EPP, condiciones de salud debilitada o jornadas extenuantes de trabajo sin periodos de descanso.



n=100

Ilustración 3.1 Limitación de Equipo, material y fármacos. ¿Le limitaron el uso de fármacos, equipo y/o material por paciente?

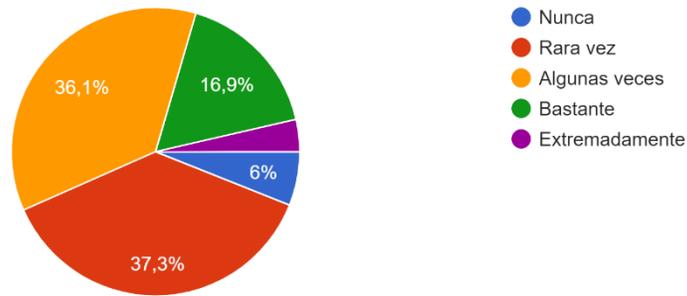


n=100

Ilustración 4.1 Trabajo en condiciones de riesgo. ¿Trabajó con falta de EPP, EPP deteriorado, horas extra, en condiciones de vulnerabilidad, etc.?

Con respecto a las jornadas extenuantes de trabajo el 50% de los trabajadores sanitarios participantes en el estudio considero haber cumplido con largas jornadas sin su previo consentimiento, así mismo el 52% manifestó haber sido enviado a áreas de atención a pacientes COVID sin su previo consentimiento y lo más relevante aún es, que al 55% de este personal le fue suspendido el apoyo que sus instituciones otorgaban por atender a pacientes con este padecimiento sin motivo ni explicación alguna.

Con respecto a la manera en que estos datos de violencia y condiciones laborales afectaron a la calidad de vida, se encontraron datos significativos en el dominio de Salud Física, que, de acuerdo a los datos arrojados anteriormente, relacionados a las jornadas extenuantes de trabajo más del 50% del personal médico manifiesta cansarse al realizar sus actividades de la vida diaria (Figura 5.1), repercutiendo de manera directa en lo molesto que les ocasiona sentirse fatigado (más del 75% de los entrevistados)

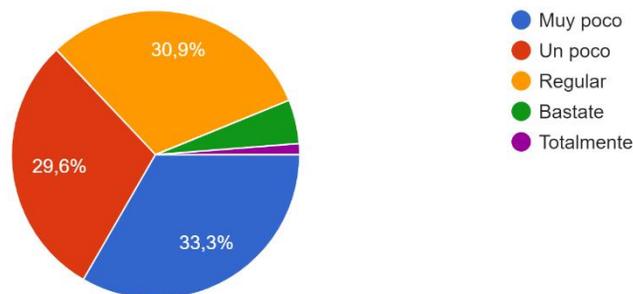


n=100

Ilustración 5.1 Frecuencia con la que sus actividades diarias le cansan. Cuando hace quehaceres o actividades diarias, ¿Con qué facilidad se cansa?

Partiendo de lo ya comentado, la calidad del sueño, descanso y reparación del personal se ve alterado debido a que más del 55% de los sujetos de estudio no está del todo conforme con el tiempo que duerme y este mismo porcentaje manifestó tener o haber presentado dificultades para dormir, sobre todo durante el tiempo de pandemia.

Y con relación al retiro de bonos económicos y el pago incompleto de incapacidades médicas, existe una relación con la dimensión ambiente de la guía para la determinación de la calidad de vida, que impacta en la economía del personal encuestado dado que mas del 60% manifiesta tener algún tipo de dificultad económica. (Figura 6.1)



n=100

Respecto al dominio psicológico, dentro de los hallazgos más significativos está cuando al personal se le cuestiona si es que: ¿Se siente apenado por su apariencia? Más del 70% de los entrevistados manifestó por lo menos un poco tener ese sentimiento ante su autoimagen, situación que tiene sentido en algunos casos cuando se relaciona con el concepto errado de una parte de la población, quienes cuando identificaban al personal de salud por el uso de uniforme y a raíz de este y gracias a la infodemia generada en los diversos medios de comunicación, los agredían. Quizá otra pregunta que también guarda relación estrecha con los altos índices de suicidio del personal de salud, es: ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión? En esta parte, mas de la mitad de los encuestados (60%) manifestó tener esos sentimientos, situación preocupante dado que de ese sentir si no es atendido a tiempo puede tener consecuencias bastante graves para el individuo y las personas que le rodean.

Dentro del dominio de ambiente, el hallazgo que mas se relaciona con los datos arrojados en investigaciones previas y los reportes de violencia hacia el personal de salud es si: ¿Al personal de salud, le preocupa su seguridad? Aquí los datos son contundentes con un 72% de profesionales preocupados y claro que hay una relación estrecha que abarca desde la situación de inseguridad que se vive en el país de manera general, como los diversos ataques que incentivados por el desconocimiento y la ignorancia aquejo al personal sanitario en el punto mas alto de la pandemia, ya que como se mencionaba, las agresiones llegan de diversos estratos, la institución, pacientes, familiares e incluso compañeros de trabajo.

Quizá la parte mas nutritiva del cuestionario, es cuando se le da un espacio al final de las preguntas, para que pueda expresar si paso por situaciones que no abarca el instrumento y algunos de los comentarios mas interesantes los enlisto a continuación:

- *“Imponer medicamentos sin evidencia como tratamiento y dejar en duda tu capacidad como médico”*

- *“Yo no sufrí directamente, pero tuve compañeros que fueron despojados de su vivienda por ser personal de salud, del lugar donde rentaban”*
- *“El personal del Hospital General de San Juan del Río, en tiempos de pandemia, fueron violados nuestros derechos por parte de los directivos y de nuestro sindicato. Para ser acreedor al Bono Covid, nos dieron a firmar un documento donde el personal de enfermería, no tendría derecho de tomar vacaciones, pases de salida o meter alguna incidencia”*

En el comentario anterior se visualiza lo que refleja la parte del dominio económico en los resultados arrojados, la manera en que se condicionaba el aporte económico que recibían por trabajar en condiciones de riesgo.

- *“En el medio de salud privado durante el pico alto de la pandemia fuimos muy agredidos por no aceptar pacientes con sintomatología respiratoria, pero eran políticas de la institución, los familiares nos ofendían de manera muy grosera porque creían que nosotros no los queríamos atender y nos insultaban de manera muy grosera”*

Esta expresión demuestra y justifica alguna de las acciones que tuvieron que realizar las instituciones privadas, al no ser contempladas como de primera línea por parte del gobierno federal, en la aplicación de vacuna y la distribución ética de los recursos sanitarios.

- *“Hubo ocasiones en las que viví cierta discriminación ya que había servicios médicos que se limitaban al personal de salud, por ejemplo, consultas con dentistas... tuve que atrasar mi tratamiento más de un año por esta situación ya que no me permitían consultas al estar con pacientes Covid”*
- *“Somos un gremio acostumbrado a la violencia, normalizamos el acoso u hostigamiento, no tenemos herramientas que ayuden a nuestra salud mental”*
- *“Después de la pandemia desarrolle síndrome de Burn out y estrés postraumático”*

- *“Hace 8 días al haber terminado mi turno de trabajo, quisieron servicio, pero lo negué pues tenía que trasladarme a otro trabajo, la persona se enojo y dijo: “por eso las matan” y se fue”*

Con el último comentario queda visibilizada la necesidad del personal de salud de contar con mas de dos empleos debido a los salarios bajos, situación que agrava el problema de la sobrecarga de trabajo.

Y como los comentarios que se demuestran hay muchos más, que como se comenta, no se convierten en quejas formales, se quedan en anécdotas y comentarios del día a día, situación por la cual no existen estadísticas certeras que demuestren lo que se creía en un inicio, que los episodios de violencia efectivamente fueron muchos mas que los reportados por los medios de comunicación y las instituciones creadas para su abordaje.

7.1. Regulación ética de las condiciones contractuales del personal de salud y reformas vigentes

Desde el inicio de la pandemia, una de las estrategias del Estado fue la contratación masiva de personal de salud eventual, algunos de estos trabajando en condiciones que no se alinean a lo dispuesto en la Carta de los Derechos Generales de las y los Médicos, con prestaciones y seguridad social limitada, aumentando su vulnerabilidad ante la pandemia por COVID-19.

Con base en el Contrato Colectivo de Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social se define como **Trabajadores a Obra Determinada**: A los individuos contratados para realizar una labor específica que no tiene carácter permanente, concluida la cual, se extingue la relación de trabajo, Derechos y Prestaciones que les correspondan. Y como **Trabajadores Sustitutos**: A los que, sin ser de base, ocupan eventualmente el puesto de pie de rama o categoría autónoma de un trabajador de base durante la ausencia temporal de éste, y siempre que la vacante no pueda ser ocupada con un trabajador interino. Derechos y Prestaciones que le corresponden.

Sin embargo, a la fecha, existe un sinnúmero de trabajadores que se encuentran en espera de contrato, personal que lleva meses sin percibir salario, pero que tampoco puede emplearse de manera formal en alguna otra institución, debido a que en cuanto el IMSS le mande llamar, tendrá que tener la disponibilidad de traslado, en caso contrario perdería cualquier derecho adquirido hasta el momento y su lugar en la fila para la obtención de una base o nuevo contrato.

Y con lo que concierne a los episodios de violencia, el estado ha tenido a bien echar a andar algunas estrategias, en estados como Puebla, Tlaxcala, Yucatán, Colima y Oaxaca cada congreso local ha modificado su código penal para introducir las agresiones a personal médico en el contexto de una emergencia como un delito que se sancionaría con prisión de 3 y 5 años, así como multas que van desde los 100 hasta los 450 UMAS (Unidades de Medida y Actualización) así como trabajo comunitario en centros de salud.

Sin embargo, siguen siendo insuficientes para la extensa lista de necesidades y problemáticas que aquejan al personal de salud.

7.2 Mirada ética en la reestructuración contractual

Se necesitan ajustes al marco normativo con el propósito de hacer énfasis en la protección de la vida y la salud del personal sanitario, esquemas de contratación justa con las prestaciones de Ley durante el periodo que desempeñe su labor e indemnización y pago de incapacidades correspondientes en casos de riesgos de trabajo o actos que generen deterioro del estado de salud agudo o crónico, con el respectivo concepto de invalidez, cuando por motivo de su jornada laboral sea adquirido.

La necesidad de un defensor de derechos humanos en las áreas laborales o de mayor concentración de personal sanitario, tal como lo recomienda la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Así como el mejoramiento en los protocolos de actuación y fortalecimiento de las instancias responsables dedicadas a la protección de los profesionales de la salud.

Revisión de los salarios de acuerdo a los contratos colectivos de trabajo, de acuerdo a la actividad que desarrolla cada personal de salud, lo anterior desde la remuneración económica digna a pasantes de servicio social, médicos internos, residentes y personal de salud en formación.

Y sobre todo la sensibilización de pacientes y familiares acerca de las condiciones de trabajo, con el propósito de concientizarlos y trabajar en equipo.

VIII. CONCLUSIONES

Sin duda es inminente que el personal de salud, sobre todo en Latinoamérica, ha sido blanco de ataques de todo tipo, predominando los verbales, que en ocasiones se materializan en agresiones de tipo físico, de igual forma es sabido que ante situaciones de emergencia como lo es la Pandemia por COVID-19, el miedo y la psicosis generalizada desemboca en el desborde de pasiones por parte de la sociedad, que guiadas por el desconocimiento en su mayoría dan origen a estas agresiones.

Probablemente lo más delicado es que esas agresiones no son situaciones aisladas o que vengan de un sector en específico, el personal sanitario como se puede observar, al realizar revisiones sistemáticas y con los resultados del presente estudio, es que dicha violencia es ejercida por pacientes, familiares, por las propias instituciones donde el personal trabaja, por autoridades de esas instituciones, compañeros de trabajo, la sociedad en las calles y en casos más graves la propia familia. Sumado a esto, esos eventos no tienen una consecuencia solo inmediata, más aún las consecuencias también se observan a largo plazo, consecuencias que si no son atendidas o erradicadas pueden convertirse en crónicas o que pueden generar trastornos de la salud mental y estos desencadenar en suicidios o autolesiones del personal médico, ejemplo de ello eventos que ya se tienen registrados en nuestro país.

Por tal motivo es necesario e indispensable que los cuerpos de gobierno sobre todo en América Latina y el Caribe tomen cartas en el asunto, hagan caso a las recomendaciones internacionales tales como las de la Organización Mundial de la

Salud (2020) de contar con un defensor de derechos humanos en las instituciones de salud. Y es aquí donde se necesita una mira Bioética para poder lograr esos objetivos, entendida a la Bioética como esa disciplina interdisciplinaria que desde diferentes enfoques abarcara el problema y dará diferentes soluciones desde cada una de las aristas del mismo, ya que buscar un enfoque únicamente legal, le restaría la responsabilidad a la parte semiótica y filosófica de la razón por la cual ocurren esas agresiones, de igual forma pensar en dejar fuera las emociones que mueven al sujeto a realizar dichas acciones no daría resultados satisfactorios a las intervenciones.

La tarea es amplia y el problema crece debido a la aparición de nuevas epidemias y problemas de índole biológico en donde el personal de salud seguirá siendo la primera línea de atención, por ello es importante resignificar el valor del personal sanitario, no como alguien superior, sino como alguien que merece el respeto y las condiciones óptimas para laborar, es aquí donde la mirada Bioética desde su multidisciplinariedad logrará el cometido.

IX. REFERENCIAS

- Bedoya, M. (2020). Covid-19: La pandemia del maltrato contra el personal de la salud en tiempos de pandemia. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*. 3(1): e-6276 Doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.1.6276
- Carbonell, M. (2018). Dignidad humana. *Hechos y Derechos*, 1(48).
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, "Definición", en Grupos Vulnerables [Actualización: 20 de febrero de 2006], en www.diputados.gob.mx/cesop/Consultado de <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/12985/14530>
- Centers for Disease Control and Prevention (2020, junio). COVID-19 Vaccination Clinical & Professional Resources. (NCIRD). [COVID-19 Vaccination Clinical and Professional Resources | CDC](#)
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 10 derechos Generales de las y los trabajadores de la Salud. 14 de febrero de 2020
- Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación. El derecho a la no discriminación. Julio de 2018 • Diaz, F., Toro, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: The virus, the disease and the pandemic. T. *Revista bvsalud*. (2):3
- Henao-Kaffure, L. (2010). El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009. *Revista Gerencia y Políticas de salud Scielo*. Volumen 9 No. 19 (pp. 53-68).
- García, Z. (2021, enero). *Personal de salud en clínicas privadas no son considerados para vacunas anticovid*. GRUPO MILENIO. [Edomex. No consideran en vacunas anticovid a personal de salud privado - Grupo Milenio](#)
- Gobierno de México. (2020, marzo). *Llama CONAPRED a evitar actos discriminatorios contra personal médico y de enfermería que atiende casos de COVID-19*. (Boletín No. 105/2020). [Llama Conapred a evitar actos discriminatorios contra personal médico y de enfermería que atiende casos de COVID-19 | Secretaría de Gobernación | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)
- Guerra E. Médicos y enfermeras: ¿por qué los vemos como enemigos?. Infobae: Mexico; 2020.

<https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/21/medicos-y-enfermeras-por-quelosvemos-como-enemigos/>

- Irrazabal, M. Pusiol, A. Rollán, M. (2019) Bioseguridad: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes de las carreras de Bioquímica y Veterinaria de la Universidad Católica de Córdoba. *InVet Investigación Veterinaria Redalyc*. Volumen 21, núm. 1, (pp. 25-55)
- Requena, M. (2020, mayo). *La pandemia de covid-19 se extenderá por mucho tiempo, según la OMS*. CNN. [La pandemia de covid-19 se extenderá por mucho tiempo, según la OMS | Video | CNN](#)
- Milenio digital. (2021, enero). *México, primer lugar de AL con más muertes de personal de salud por Covid-19: experto*. (cog). [México, primer lugar de AL con más muertes de personal de salud por Covid-19: experto \(multimedios.com\)](#)
- Ministerio de Salud de El Salvador. Manual de precauciones estándares y de aislamiento de pacientes (Archivo PDF). [manualprecaucionesestandaresaislamientopacientes2019.pdf \(salud.gob.sv\)](#)
- Morales, J. Cordero, J. (2019). Violencia física y psicológica en trabajadores del primer nivel de atención de Lima y Callao. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(3), 186-194. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000300002&lng=es&tlng=es.
- Pascual et, al. (2020). Ataque al personal de la salud durante pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI) Educación y Práctica de la Medicina*. Vol.45 No.3. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975>
- Spinelli et al. (2013). *La salud de los trabajadores de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. (p.1). ISBN 978-92-75-31813-3
- Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, 18 de abril de 2006

- Vítolo, F (2011). Violencia contra profesionales de la salud. (Archivo PDF). [PDF ENERO 2011 \(spa.org.ar\)](#)

X. Anexos.

ESCALA DE TIPOLOGIA DE LA VIOLENCIA modificada

PREGUNTA	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
VIOLENCIA VERBAL				
Durante el punto más alto de contagios y/o desarrollo de la pandemia en su ejercicio profesional o con motivo de él, usted:				
1. ¿Recibió insultos?				
2. ¿Le rebajaron o menospreciaron?				
3. ¿El menosprecio o humillación fue frente a otras personas?				
4. ¿Se le dijo que era poco profesional o cuestionaron su actuar?				
5. ¿Le prohibieron que usted diera la atención y/o acudieron a otro personal de salud, estando en el mismo servicio?				
PREGUNTA	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
VIOLENCIA PSICOLOGICA				
Durante el punto más alto de contagios y/o desarrollo de la pandemia en su ejercicio profesional o con motivo de él:				
6. Algún paciente, familiar o miembro del equipo de salud, ¿golpeó o pateo la pared o algún otro mueble?				
7. ¿Le amenazaron con golpearle?				
8. Algún paciente, familiar o miembro del equipo de salud ¿Destruyó algo dentro de la habitación donde se encontraba?				

9. ¿Se le hizo sentir miedo?				
PREGUNTA	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
VIOLENCIA FISICA Durante el punto más alto de contagios y/o desarrollo de la pandemia en su ejercicio profesional o con motivo de él:				
10. ¿Le pegaron con la mano o con el puño?				
11. ¿Le sacudieron, zarandearon, o jalonearon?				
12. ¿Le torcieron el brazo?				
13. ¿Le patearon?				
14. ¿Le empujaron a propósito?				
15. ¿Le golpearon con algún palo o cinturón o algún objeto cercano?				
16. ¿Se le amenazó con causarle la muerte a usted, o alguien del equipo de salud?				
17. ¿Le dispararon con una pistola o rifle?				
18. ¿Le agredieron con alguna navaja, cuchillo o machete?				
19. ¿Le quemaron con cigarro o alguna otra sustancia?				
20. ¿Le amenazaron con alguna pistola o rifle?				
21. ¿Le amenazaron con alguna navaja, cuchillo o machete?				
22. ¿Le trataron de ahorcar o asfixiar?				
PREGUNTA	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces

		vez	veces	veces
VIOLENCIA SEXUAL Durante el punto más alto de contagios y/o desarrollo de la pandemia en su ejercicio profesional o con motivo de él:				
23. ¿Se le exigió mantener relaciones sexuales?				
24. ¿Recibió algún tipo de tocamiento u hostigamiento sexual?				
25. -----				
PREGUNTA	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
VIOLENCIA PATRIMONIAL O ECONOMICA Durante el punto más alto de contagios y/o desarrollo de la pandemia en su ejercicio profesional o con motivo de él:				
26. ¿Le condicionaron darle contrato/trabajo si no participaba en el servicio de atención a pacientes COVID?				
27. ¿Le suspendieron el bono “COVID” o cualquier apoyo relacionado sin motivo alguno?				
28. Si enfermo de COVID ¿se le dio atención medica oportuna, la incapacidad correspondiente y el trato digno?				

CALIFICACIONES Y ALGORITMOS PARA DETERMINAR CALIDAD DE VIDA Y DOMINIOS CON MAYOR AFECTACION

WHOQOL – 100

INSTRUCCIONES

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de tu **calidad de vida**, su salud, y otras áreas de tu vida. Por favor, lee despacio y contesta todas las preguntas. Sí no estás seguro sobre qué respuestas dar a una pregunta, escoge la que te parezca más apropiada. Ten presente tu modo de vivir, tus expectativas, placeres y preocupaciones. **Te pedimos que pienses en tu vida durante la pandemia**

Salud en General

CALIFICACIONES	1	2	3	4	5
$(4 \times 5) - (4 \times 1) = 16, 16 = 100\% \ x' = ?, \ x' = \text{valor total del dominio} - 4$					
G1 ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
G2 ¿Está contento con su calidad de vida?	Muy Poco	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
G3 ¿Está contento con su vida?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
G4 ¿Está contento con su salud?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento

Dominio 1. Salud Física

CALIFICACIONES	1	2	3	4	5
CALIFICACIONES INVERSAS	5	4	3	2	1
$(12 \times 5) - (12 \times 1) = 48, 48 = 100\% \ x' = ?, \ x' = \text{valor total del dominio} - 12$					
Faceta 1	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F1.1 ¿Con qué frecuencia sufre algún dolor o malestar en su cuerpo?					
F1.2 Cuando tiene ese dolor o malestar ¿Le preocupa?	Nunca	Un poco	Algunas veces	Bastante	Extremadamente

F1.3 ¿Qué tan difícil es aliviar ese dolor?	Nada	Un poco	Algunas veces	Bastante	Extremadamente
F1.4 Cuando tiene ese dolor o malestar ¿Hasta qué punto le impide hacer sus actividades?	Nada	Un poco	Algunas veces	Bastante	Extremadamente
Faceta 2					
F2.1 ¿Tiene fuerzas suficientes para realizar su vida diaria?	Nunca	Un poco	Algunas veces	Bastante	Totalmente
F2.2 Cuando hace quehaceres o actividades diarias ¿Con qué facilidad se cansa?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastante	Extremadamente
F2.3 ¿Está contento con la fuerza que tiene para su vida diaria?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F2.4 ¿Cuánto le molesta sentirse fatigado?	Nada	Un poco	Algunas veces	Bastante	Extremadamente
Faceta 3					
F3.1 ¿Cómo duerme?	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
F3.2 ¿Tiene alguna dificultad para dormir?	Ninguna	Un poco	Algunas veces	Bastante	Extremadamente
F3.3 ¿Está contento con el tiempo que duerme?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F3.4 ¿Cuánto le preocupa el no poder dormir?	Nada	Un poco	Algunas veces	Bastante	Extremadamente

Dominio 2. Psicológico

CALIFICACIONES	1	2	3	4	5
CALIFICACIONES INVERSAS	5	4	3	2	1
$(20 \times 5) - (20 \times 1) = 80, 80 = 100\% \ x' = ?, \ x' = \text{valor total del dominio} - 20$					
Faceta 4	Nada	Un poco	Algunas veces	Bastante	Extremadamente

F4.1 ¿Cuánto disfruta de la vida?					
F4.2 ¿Generalmente se siente contento?	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F4.3 ¿Qué tan optimista o positivo se sientes sobre su futuro?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
F4.4 ¿Tiene sentimientos optimistas o positivos en su vida?	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
Faceta 5					
F5.1 ¿Cómo calificaría su memoria?	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
F5.2 ¿Está contento con su capacidad de aprender?	Inconforme	Poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F5.3 ¿Cómo es su capacidad de concentración?	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
F5.4 ¿Está contento con su capacidad para tomar decisiones?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 6					
F6.1 ¿Cuánto se valora a si mismo?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
F6.2 ¿Cuánta seguridad tiene de si mismo?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
F6.3 ¿Está contento de sí mismo?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F6.4 ¿Está contento con lo que puede hacer?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 7					
F7.1 ¿Acepta usted su apariencia física?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F7.2 ¿Se siente apenado por su apariencia?	Nunca	Un poco	Lo normal	Frecuentemente	Siempre

F7.3 ¿Hay alguna parte de su apariencia física que lo hace sentir incómodo?	Ninguna	Alguna	Pocas	Muchas	Todas
F7.4 ¿Está contento con su apariencia física?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 8					
F8.1 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F8.2 ¿Qué tan preocupado se siente?	Nada	Un poco	Lo normal	Mucho	Muchísimo
F8.3 ¿Cuánto interfiere con sus actividades diarias estos sentimientos de tristeza o depresión?	Nada	Un poco	Lo normal	Mucho	Muchísimo
F8.4 Estos sentimientos de depresión ¿Cuánto te molestan?	Nada	Un poco	Lo normal	Mucho	Muchísimo

Dominio 3. Nivel de Independencia

CALIFICACIONES	1	2	3	4	5
CALIFICACIONES INVERSAS	5	4	3	2	1
$(16 \times 5) - (16 \times 1) = 64, 64 = 100\% x' = ?, x' = \text{valor total del dominio} - 16$					
Faceta 9					
F9.1 ¿Es capaz de desplazarse por usted mismo de un lugar a otro? (De su casa aquí)	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F9.2 ¿Te sientes bien porque es capaz de ir de un lugar a otro?	Nunca	Un poco	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F9.3 ¿Cuándo tiene dificultad para desplazarse o moverse, le molesta?	Nada	Un poco	Lo normal	Mucho	Muchísimo

F9.4 ¿Qué tanto le afecta en su manera de vivir cualquier dificultad para moverse?	Nada	Un poco	Lo normal	Mucho	Muchísimo
Faceta 10					
F10.1 ¿Qué capacidad tiene para realizar sus actividades diarias?	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
F10.2 ¿Con qué dificultad realiza las actividades de la vida diaria?	Ninguna	Poca	Regular	Bastante	Extremadamente
F10.3 ¿Esta contento con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F10.4 ¿Cuánto le molesta cualquier limitación para realizar las actividades de la vida diaria?	Nada	Un poco	Lo normal	Mucho	Muchísimo
Faceta 11					
F11.1 ¿Para poder realizar sus actividades diarias que tan necesario es que tome sus medicamentos o remedios?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
F11.2 ¿Que tanto necesita de los medicamentos o remedios para realizar sus actividades?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
F11.3 ¿Además de sus medicamentos, dependes de otras cosas como inyecciones, curaciones, terapias, para hacer tu vida diaria?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
F11.4 ¿Hasta qué punto su calidad de vida depende de los tratamientos?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Faceta 12					
F12.1 ¿Actualmente es capaz y puede trabajar o hacer quehaceres en casa?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F12.2 ¿Se siente capaz o puede realizar sus quehaceres u obligaciones?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

F12.3 ¿Cómo calificaría su capacidad para poder trabajar?	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
F12.4 ¿Qué tan contento se siente de su capacidad de poder trabajar?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento

Dominio 4. Relaciones Sociales

CALIFICACIONES	1	2	3	4	5
CALIFICACIONES INVERSAS	5	4	3	2	1
$(12 \times 5) - (12 \times 1) = 48, 48 = 100\% \ x' = ?, \ x' = \text{valor total del dominio} - 12$					
Faceta 13					
F13.1 ¿Qué tan solo se siente usted en su vida?	Nada	Un poco	Lo normal	Mucho	Muchísimo
F13.2 ¿Te sientes feliz en su relación con los miembros de tu familia?	Muy infeliz	Un Poco	Regular	Bastante feliz	Muy feliz
F13.3 ¿Qué tan contento (a) se siente de su relación con sus conocidos, amigos o familiares?	Inconforme	Poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F13.4 ¿Qué tan contento se siente de la forma en que puede ayudar a sus familiares o amigos?	Inconforme	Poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 14					
F14.1 ¿Obtiene de sus amigos y familiares la ayuda que necesita?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F14.2 ¿Cuándo necesita ayuda, puede contar con sus amigos?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F14.3 ¿Estas contento con la ayuda que obtienes de su familia?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F14.4 ¿Qué tan contento esta con la ayuda que obtiene de tus amigos?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 15	Muy malas	Malas	Regulares	Buenas	Muy Buenas

F15.1 ¿Cómo calificaría sus relaciones sexuales?					
F15.2 ¿Estas contento con el número de veces que tiene relaciones sexuales?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F15.3 ¿Está contento con sus relaciones sexuales?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F15.4 En sus relaciones sexuales, cuando tiene dificultades de cualquier tipo, ¿Que tanto le molesta?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo

Dominio 5. Ambiente

CALIFICACIONES	1	2	3	4	5
CALIFICACIONES INVERSAS	5	4	3	2	1
$(32 \times 5) - (32 \times 1) = 128, 128 = 100\% \ x' = ?, \ x' = \text{valor total del dominio} - 32$					
Faceta 16					
F16.1 ¿Siente seguridad en su vida diaria?	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F16.2 ¿Se siente seguro en el lugar donde vive?	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F16.3 ¿Se preocupa su seguridad?	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F16.4 ¿Está contento de su seguridad? (Que le suceda algo)	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 17					
F17.1 ¿Tiene comodidad el lugar donde vive?	Ninguna	Un poco	Regular	Bastante	Totalmente
F17.2 ¿La calidad de su casa satisface sus necesidades?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Totalmente
F17.3 ¿Está contento de las condiciones del lugar donde vive?	Inconforme	Poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F17.4 ¿Cuánto le gusta el lugar donde vive?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo

Faceta 18					
F18.1 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Muy Poco	Un poco	Regular	Bastante	Totalmente
F18.2 ¿Tiene dificultades económicas?	Muy Poco	Un poco	Regular	Bastante	Totalmente
F18.3 ¿Está contento con su situación económica?	Inconforme	Poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F18.4 ¿Cuánto le preocupa el dinero?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Faceta 19					
F19.1 ¿Con que facilidad tiene la oportunidad de una buena atención médica?	Nada Fácil	Un Poco Fácil	Regular	Fácilmente	Muy Fácilmente
F19.2 ¿Cómo calificaría el apoyo que te da su comunidad?	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
F19.3 ¿Estas contento con la cercanía que tiene a los servicios de salud?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F19.4 ¿Está contento con el apoyo que le ofrecen las personas de su comunidad?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 20					
F20.1 ¿Tiene disponible la información que necesita para estar al tanto de lo que pasa en tu comunidad (por ejemplo, noticias)?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F20.2 ¿Tiene la oportunidad para conseguir la información que piensa que necesita?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F20.3 ¿Esta contento con las oportunidades de adquirir habilidades nuevas?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F 20.4 ¿Esta contento con las oportunidades de adquirir información nueva?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 2					

F21.1 ¿Tiene oportunidad de realizar actividades en su tiempo libre?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F21.2 ¿Qué capacidad tiene de relajarse y disfrutar de sí mismo?	Ninguna	Un poco	Regular	Bastante	Totalmente
F21.3 ¿Cuánto disfruta de su tiempo libre?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Extremadamente
F21.4 ¿Está contento de como usa su tiempo libre?	Inconforme	Un poco	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 22					
F22.1 ¿Es saludable el medio ambiente de su alrededor?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Totalmente
F22.2 ¿Cuánto le preocupa el ruido del área donde vive?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Demasiado
F22.3 ¿Está contento con su medio ambiente? Ej. población, clima, ruido, contaminación, belleza?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F22.4 ¿Esta contento con el clima del lugar donde vive?	Inconforme	Un poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
Faceta 23					
F23.1 ¿Tiene los medios adecuados de transporte?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F23.2 ¿Tienes problemas con el transporte?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F23.3 ¿Está contento con su medio de transporte?	Inconforme	Poco contento	Conforme	Contento	Muy Contento
F23.4 ¿Cuánto le limita su vida las dificultades del transporte?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Extremadamente

Dominio 6. Creencias

CALIFICACIONES	1	2	3	4	5
CALIFICACIONES INVERSAS	5	4	3	2	1

$$(4 \times 5) - (4 \times 1) = 16, 16 = 100\% \ x' = ?, \ x' = \text{valor total del dominio} - 4$$

Faceta 24					
F24.1 ¿Sus creencias religiosas dan sentido a su vida?	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
F24.2 ¿Siente que su vida tiene sentido?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F24.3 ¿Sus creencias religiosas le dan fuerza para hacer frente a las dificultades de la vida?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
F24.4 ¿Sus creencias religiosas te ayudan a entender las dificultades en la vida?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

GRACIAS POR SU AYUDA

Formulario



Perspectiva Ética en problemas Bioéticos y formas de violencia hacia el personal de salud por Covid-19

El siguiente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación sobre las diferentes formas de violencia que experimentan los profesionales de salud, la forma en que se vio incrementada por la pandemia de COVID-19 y como esta afecta directamente a su calidad de vida. Para ello es importante conocer cómo percibió su vida durante el punto más crítico de la pandemia por SARS-CoV2. Es de suma importancia contar con su colaboración durante algunos minutos para responder algunas preguntas sobre diferentes aspectos de su vida: eventos de violencia, estilo de vida, salud física, vida emocional, relación con amigos y familiares, medio ambiente y creencias.

Vale la pena dejar claro que en esta investigación, la información recabada, será completamente confidencial y únicamente se utilizara para este fin. La divulgación de datos será anónima.

Si está de acuerdo en colaborar con este estudio le agradecería marcará la casilla de la siguiente sección.

Gracias

Contacto del investigador:

Lic. Juan Pedro Horta

mail: juan.horta@uaq.edu.mx