



Universidad
de Alcalá

VIVENCIA AL INICIO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL HOSPITAL JAIME OLIVER PINO A TRAVÉS DE LA PERSPECTIVA DE UN GESTOR SANITARIO

EXPERIENCE AT THE BEGINNING OF THE COVID-19 PANDEMIC AT THE JAIME OLIVER
PINO HOSPITAL THROUGH THE PERSPECTIVE OF A HEALTH CARE MANAGER

Máster Universitario en

MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIOSANITARIAS
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Presentado por:

Loraine Crispín Rubert

Dirigido por:

Dr. Rubén Mirón González y Dra. Purificación González Villanueva

Alcalá de Henares, a 21 de julio de 2022.

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Contextualización	7
1.2. Repercusión de la Pandemia COVID-19 en la República Dominicana	8
1.3. Sistema de Salud en la República Dominicana antes y después de la pandemia COVID-19.....	10
1.4. Aspecto Socioeconómico de la República Dominicana durante el inicio de la pandemia COVID-19.....	11
1.5. Implicaciones psicológicas y psicosociales durante pandemia COVID-19.....	12
1.6. Contexto mundial de la pandemia COVID-19 y la vivencia del equipo de salud 14	
2. OBJETIVOS	18
3. METODOLOGÍA	19
3.1. Diseño.....	19
3.3. Consideraciones éticas.....	21
3.4. Limitaciones del estudio	22
4. RESULTADOS	23
5. DISCUSIÓN	31
6. CONCLUSIÓN	34
7. BIBLIOGRAFÍA	35
8. ANEXOS	40
Anexo I. Guion de la entrevista.	40
Anexo II. Hoja de información de los participantes.	41
Anexo III. Consentimiento informado (CI)	45
Anexo IV. Aprobación comité de ética	46
Anexo V. Resultados agrupados por familias de códigos y categorías.....	47
Anexo VI: Autorización para la inclusión en Archivos Abierto.....	52

RESUMEN

La situación de emergencia sociosanitaria mundial provocada por el coronavirus (SARS-CoV-2), causante de la enfermedad COVID-19, ha sido un desafío sin precedentes para el sistema sanitario. El primer en República Dominicana provocó miedo e incertidumbre por su pronta propagación generando que el personal sanitario se convirtiera en los verdaderos protagonistas en todo el proceso de la pandemia. **Objetivo:** Explorar la vivencia del inicio de la pandemia del COVID'19 a través de un gestor sanitario. **Metodología:** Investigación cualitativa con un enfoque metodológico. **Resultados:** Emergen de las siguientes categorías: reestructuración del hospital, ayudas solidarias, transformación de recurso humano, gestión hospitalaria, protocolos, comunicación paciente y familia, desconfianza de las vacunas, magnitud del problema, dificultades del hospital, asistencia de salud mental, angustia y miedo

Discusión: Nuestro estudio guardó algunas similitudes con otras investigaciones semejantes a este tema, donde reflejaron la precariedad por la cual pasó el personal sanitario al faltar los insumos médicos, desconocimiento del virus, desgaste laboral, reflejándose en los estados emocionales, en los estados de ánimo como la angustia y medio.

Conclusiones: La experiencia del personal médico fue una situación impactante, afectando la salud mental tanto del equipo multidisciplinario que componen el personal de la salud, así como de los pacientes y sus familiares. Es prudente destacar que la humanidad no estaba preparada para enfrentar crisis sanitarias de impacto mundial, y que la COVID-19 demostró las vulnerabilidades de dicho sistema sanitario; sin embargo, a raíz de este conocimiento es importante que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se mantenga vigilante e implemente un equipo integral: insumos médicos, personal paramédico tanto en la salud física y emocional, donde se brinden capacitaciones en busca de la mejora continua, para fortalecer la asistencia médica y psicológica.

Palabras claves: COVID-19, pandemia, percepción, gestor sanitario, vivencia.

ABSTRACT

The worldwide socio-health emergencia caused by the coronavirus (SARS-CoV-2), which causes the disease COVID-19, has been an unprecedented challenge for the health system. The first one in the Dominican Republic caused fear and uncertainty due to its rapid spread, making healthcare personnel the real protagonists in the whole process of the pandemic. **Objective:** To explore the experience of the beginning of the COVID'19 pandemic through a health manager. **Methodology:** Qualitative research with a methodological approach. Results: The following categories emerge: hospital restructuring, solidarity aid, transformation of human resources, hospital management, protocols, patient and family communication, distrust of vaccines, magnitude of the problem, hospital difficulties, mental health care, anguish and fear.

Discussion: Our study kept some similarities with other researches similar to this topic, where they reflected the precariousness through which the health personnel went through due to the lack of medical supplies, lack of knowledge of the virus, labor wear, reflecting in emotional states, in moods such as anguish and medium.

Conclusions: The experience of the medical staff was a shocking situation, affecting the mental health of both the multidisciplinary team that make up the health staff, as well as patients and their families. It is prudent to emphasize that humanity was not prepared to face health crises of global impact, and that COVID-19 demonstrated the vulnerabilities of the health system; however, as a result of this knowledge it is important that the World Health Organization (WHO) remains vigilant and implements a comprehensive team: medical supplies, paramedical personnel in both physical and emotional health, where training is provided in search of continuous improvement, to strengthen medical and psychological assistance.

Key words: COVID-19, pandemic, perception, health manager, experience.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización

La historia de la humanidad ha estado envuelta a un sin número de crisis sanitarias que han afectado de manera recurrente las vidas humanas poniendo en peligro la salud de la población, donde han existido también colapsos económicos prolongados. Donde la sociedad se ha visto envuelta en una larga y dura lucha. Entre las epidemias recurrentes que han afectado al mundo están: la peste bubónica, viruela, fiebre amarilla o la denominada gripe española a comienzo del siglo XXI, eso en general ha sido un impacto que ha cambiado el curso de la historia y la humanidad (León, 2020).

La pandemia es una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región (Alarcón, 2021). Mientras que la COVID-19 es ocasionada por el coronavirus, y ha generado una propagación mundial que en cierto sentido se debe a la infección del virus que ha colapsado el sistema de salud en muchos países y a sus diferentes actores (Lopera Betancur *et al.*, 2021).

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, el cual produce síntomas similares a los de la gripe, entre los síntomas que este virus representa esta la neumonía y la dificultad respiratoria (Brito & Fernández, 2020). Esta pandemia se ha convertido en un virus que ha amenazado la salud de la población a nivel mundial, propagándose muy rápido en muchos países incluyendo la República Dominicana (Fañas, 2021). Aunque no podemos dejar de reconocer que esta pandemia ha representado unos avances significativos para la salud sanitaria en los dominicanos, especialmente para los municipios de San Pedro de Macorís, ya que, a través del brote sanitario ocurrido en la provincia, el estado ha realizado inversiones que favorecieron al sector salud, con adecuación y creación de nuevos espacios sanitarios.

La vivencia es el conocimiento de la experiencia que alguien vivió y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter de memorias y opiniones (Paulín *et al.*, 2013).

Gestor sanitario es el profesional que valora y aporta soluciones en lo que respecta a la eficiencia de organizaciones del sistema de salud, y se encarga de la gestión empresarial y promoción de todas las actividades que se realizan en las organizaciones que prestan servicios sanitarios (García, 2010).

El Hospital está ubicado en San Pedro de Macorís (República Dominicana) y desde el 2016 pasa al servicio de salud del ministerio como red única. Este hospital cuenta actualmente con 94 habitaciones, tiene una cartera de clientes de pensionados, asegurados de diferentes Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y no asegurados. Es un hospital de primer y segundo nivel de atención, cuenta con 470 personas en la institución, dentro de estas hay 83 médicos/as especialistas en diversas áreas, 15 médicos residentes, 30 médicos en la capacidad de pensión, 105 enfermeros/as y 31 bioanalistas, nueve odontólogos, 12 personas en farmacia y 137 personas en áreas administrativas y de mantenimiento. El hospital también cuenta con una unidad de cuidado intensivo, de diálisis y de pie diabético¹.

San Pedro de Macorís es la provincia número 23 y se encuentra en la República Dominicana, esta provincia cuenta con seis municipios (Quisqueya, Ramón Santana, Guayacanes, Consuelo, Los llanos y dos distritos municipales (El puerto y Gautier); la provincia está compuesta también por barrios y sub barrios (Tactuk, 2015).

1.2. Repercusión de la Pandemia COVID-19 en la República Dominicana

Una crisis de esta magnitud en curso deja en evidencia la inestabilidad de organización social de la población en América Latina y el Caribe, poniendo de relieve que es relevante la sostenibilidad de la vida de los ciudadanos (Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2020). El primer caso publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la República Dominicana fue el uno de marzo del 2020, provocando en la población mucha confusión, por su pronta propagación incrementando así las especulaciones en las personas, a tal medida que la población se sentía en pánico por no saber qué medidas tomar para poder sobrellevar la situación (Colomé-Hidalgo *et al.*, 2021).

El SARS-CoV-2, el virus que provoca la enfermedad conocida como COVID-19, se detectó por primera vez en seres humanos en Wuhan, China, a finales del 2019. Siguiendo con esta definición podemos añadir que la pandemia fue declarada brote y una “Emergencia de salud pública” que al final del 2019 se extendió en una parte de Europa, presentando una alta tasa de contagios que provocó que se extendieran en

¹ La información de la descripción del hospital ha sido facilitada por la persona entrevistada en este trabajo de investigación.

otros países del continente europeo y de América; entre ellos la República Dominicana. Tal situación conllevó al gobierno dominicano a adoptar de manera estricta, medidas ya establecidas por organismos internacionales para impedir y evitar el colapso del sistema sanitario de la República Dominicana (Kandanya *et al.*, 2021).

La pandemia COVID-19 no solo ha impactado la económica en la República Dominicana, sino también en otros países y a la vez se ha convertido en un desafío a nivel mundial, afectando tanto la economía, el sistema sanitario y la educación. El mercado laboral fue el más afectado ya que muchas empresas tuvieron que cerrar sus puertas, teniendo que despedir a los empleados y las empresas que no quebraron tuvieron que reducir su cartera de colaboradores hasta el 50 por ciento, lo que provocó que gran parte de la población perdiera su trabajo y el nivel de ingresos de los salarios fueron reduciéndose en los hogares. Todo esto incremento en la población desesperación y mucha incertidumbre por no poder sobrellevar los gastos en sus hogares; esta situación indujo a que las personas dedicarían más tiempo a las redes sociales, lo que permitió que la población se saturará de información y a la vez se desinformará (Colomé-Hidalgo *et al.*, 2021).

En cierto sentido la percepción de la información recibida por el personal médico y la población general desde el inicio de la pandemia COVID-19, no fue una información tan verídica, ya que ha dado un concepto erróneo, incrementado en la población la confusión y afectando también de manera directa al personal sanitario. Tratar de mitigar el brote del virus en la República Dominicana ha sido todo un desafío para las autoridades por la aparición de mitos y creencias en la población (Colomé-Hidalgo *et al.*, 2021). Los conocimientos erróneos e interiorizar mitos y creencias está incidiendo por la cultura y el entorno sociodemográfico, así como el género y el nivel educativo.

En República Dominicana hay mucha desigualdad, ya que existen brechas sociales en la que la pobreza constituye un problema transversal (Colomé-Hidalgo *et al.*, 2021). Para disminuir la propagación el gobierno dominicano ha tenido que crear estrategias como: toque de queda nacional, la suspensión del transporte público, suspensión de eventos y reuniones públicas de todo tipo, entre otras intervenciones del ministerio de salud pública. Se podría enfatizar estos datos para indicar que esto ha sido muy desafiante para el estado, a diferencia de otros lugares. Algo que ha influenciado en la mala percepción de los datos, es que gran número de la sociedad dominicana no ha creído en su totalidad a las instituciones gubernamentales (Fañas, 2021).

La COVID-19 se ha vuelto un reto de salud en la historia, que hace frente a la amenaza sanitaria y sus consecuencias socioeconómicas.

El inicio de la pandemia causó angustia y desinformación en la sociedad, desvariando los datos a comunicar de las autoridades a cargo de dar soluciones, y esta situación ocasionó muchas demoras en las líneas a trazar por el estado, así como las coordinaciones o estrategias a seguir para orientar al personal sanitarios y la ciudadanía (Blanco, 2011).

Cabe destacar que la comunicación de salud pública ha jugado un papel importante porque muchos de esos datos sobre la pandemia COVID-19 han sido comunicados por el Ministerio de Salud Pública de cada país, a la vez esas informaciones fueron procesadas y transmitidas por los diferentes medios de comunicación y redes sociales, siendo un desafío para los medios de comunicación poder llevar información fiable a la sociedad en tiempo de crisis. Esta pandemia ha sido desafiante para todas las instituciones especialmente para el Ministerio de Salud Pública.

1.3. Sistema de Salud en la República Dominicana antes y después de la pandemia COVID-19

El sistema de salud de la República Dominicana ha sido muy deficiente, pero para el primer trimestre del 2020 tuvo una caída en la eficiencia de sus servicios sanitarios. En otro contexto se podría decir que la perspectiva de los hallazgos que ha dejado la pandemia COVID-19 ha provocado un colapso en el sistema de salud. Por lo tanto, las autoridades han tenido que trabajar sin descanso para detectar estrategias de mejoras para que los servicios de atención primaria en la población fueran de calidad y procurar un uso adecuado de los recursos sanitarios que disponían (Llaugel *et al.*, 2021).

En un estudio realizado en la República Dominicana, se pudo encontrar que el nivel de eficiencia en los hospitales a nivel nacional tienen una variación de manera significativa, donde únicamente 2.47 por ciento de los hospitales resultó con eficiencia superior al 50 por ciento en el trimestre enero-marzo 2020, porcentaje inferior registrado en el periodo octubre-diciembre 2019 (8.64%) (Llaugel *et al.*, 2021). La perspectiva de ese análisis arroja que con la aparición del COVID-19 el desempeño de los hospitales se vio afectado en gran manera, y fue para enero-marzo 2020 cuando el estado dominicano obtuvo un mayor margen de brote de contagio.

1.4. Aspecto Socioeconómico de la República Dominicana durante el inicio de la pandemia COVID-19

La pandemia COVID-19 ha contrarrestado de una manera directa la economía en la República Dominicana con el descenso del ingreso y divisa, por la reducción de una de las actividades de empleo más activa como lo es el turismo, afectando los ingresos en hogares pobres; aunque el gobierno efectuará subsidios de alivio para los hogares más vulnerables, esta pandemia ha azotado de manera significativa la economía dominicana. Definitivamente la manera simultánea de pérdida de vidas y la saturación del sistema sanitario han estado presente en el colapso económico que ha marcado de manera severa a la población y seguirá afectando por un periodo de tiempo incierto (Sócrates Barinas, 2020).

Con los primeros hallazgos económicos de muchos países ha resultado una caída de sector del turismo llevando a este sector a una crisis a nivel mundial, donde los distintos gobiernos tuvieron que tomar medidas como cierre de aeropuertos, fronteras terrestres y periodos largos de aislamiento. Esta situación ha tenido que llevar a las autoridades a implementar mecanismo enfocado a generar confianza que garantice el bienestar de los viajeros (Vanessa & Andrés, 2020).

La pandemia ha traído consigo consecuencias que han irrumpido en varios aspectos de la cotidianidad, impactando a nivel sociocultural, económico y político con severas consecuencias para el sistema de salud de muchos países (Abuabara, 2020). Otro sector que se ha visto muy afectado es el tema de la educación en la República Dominicana, con la suspensión de la docencia en las escuelas y universidades que ha provocado alteraciones significativas en la educación, donde el sector más pobre con alumnos de escuelas públicas se encontraba en estado de vulnerabilidad por las diferentes brechas económicas en la clase alta y media alta. Los alumnos de escuelas públicas se vieron más afectados porque las clases eran virtuales y muchos de ellos no tenían las herramientas tecnológicas para poder adaptarse al nuevo mecanismo de enseñanza virtual, donde la mayoría de estos niños perdieron el grado escolar (Medina, 2020).

En otro contexto, los adultos de estos sectores vulnerables tuvieron que utilizar la creatividad como la producción y ventas de mascarillas ante la carencia de las mismas

en los hospitales, farmacias o tiendas de abastecimientos; obteniendo a su vez ganancias en la elaboración y venta, era este sector que no estaba de acuerdo en quedarse en sus casas porque tenían que trabajar para poder subsistir a su familia. Las inequidades de las desigualdades sociales en los dominicanos, imposibilitaron a que la población más pobre al que pertenece el sector informal se quedara en sus casas, utilizando estas estrategias de sobrevivencias, también se reflejó en que no tenían una vivienda digna, donde no podían respetar el protocolo y distanciamiento social por el hacinamiento de dichas familias (Medina,2020).

1.5. Implicaciones psicológicas y psicosociales durante pandemia COVID-19

El desconocimiento de la enfermedad fue uno de los principales factores que influyeron para que la salud mental de los médicos se viera afectada en tiempo de la pandemia COVID-19. Por otra parte el bombardeo a través de las autoridades y los diferentes medios informativos hicieron que el personal sanitario tuvieran mucha incertidumbre con la información que se transmitía y que generaban confusión afectando de manera negativa al personal de salud con frustración y agotamiento (Abuabara, 2020). En esta situación de incertidumbre el personal médico tuvo un impacto psicológico procedente de: estrés laboral, posibilidad de contraer más rápido la enfermedad, situación económica inestable al contraer la COVID-19 dejando de trabajar y no percibir el pago por los servicios sanitarios establecidos, agotamiento emocional al mantenerse en contacto constante con los familiares de los pacientes fallecidos. Cabe destacar también que, aunque el personal médico siempre ha estado en situación de alto riesgo, muchos de ellos no recibieron entrenamiento de salud mental por parte de los ejecutivos o directores de los hospitales en los cuales trabajan (Medina, 2020).

El ataque psicológico en el personal sanitario ha sido de gran impacto, tanto que en Italia resonaron casos de suicidio de enfermeros debido a la alta presión laboral, el estrés y la angustia que generaban estas situaciones de crisis para el personal médico; por ejemplo, en China tomaron medidas al respecto, tenían sala para descanso del cuerpo médico, donde le propiciaban la alimentación, también brindaban esquema de relajación. Es decir que muy pocos países se preocupaban por su personal médico. En otra perspectiva se ha evidenciado que el personal médico ha recibido discriminación por la población en general, ya que la sociedad temía tener contacto con ellos fuera del hospital por miedo a que pudieran contraer el virus, sin embargo, la población mantuvo su rechazo generando que las autoridades tuvieran hasta que trasladarlos por mayor seguridad.

En los hospitales pidieron a su *staff* que no circularan en las calles con el uniforme para evitar agresiones de la población (Abuabara, 2020).

No obstante, ante la realidad de las implicaciones de la pandemia COVID-19, en el país, se han producido cambios que han afectado fundamentalmente el aspecto psicológico y social tanto en el personal médico, como en la población, haciendo transformaciones del comportamiento individual, como colectivo de los seres humanos (Medina, 2020.). Estos cambios trascendentales en todos los órdenes han proporcionado secuelas psicológicas especialmente en el personal sanitario quienes han afrontado los cuidados de la población.

Las altas horas de labor, la sensación de frustración y actitudes desafiantes por la limitaciones de los sistemas sanitarios y alta tasas de desgaste; fueron algunos de los casos por lo que se vieron envueltos el personal médico durante el inicio de la pandemia, todo este escenario agravaron situaciones ya existentes y arrojaron a que se iniciarían nuevas, obligando a que las autoridades se vieran en la posición de abordar estrategias que puedan mejorar el entorno social y brinde seguridad a la población. El personal sanitario ha desarrollado una labor de cuidados y liderazgo como equipo durante la primera oleada de la pandemia COVID-19, llevando una carga física y emocional con sus pacientes por la escasez de recursos materiales y humanos. La incertidumbre y la angustia emocional por la que atravesó el personal sanitario fue evidente por sentir que no cuidaba bien al paciente, asumiendo la gestión de las situaciones complejas y muy cambiante (González-Gil *et al.*, 2021).

Existen muchas evidencias que nos arrojan informaciones de cómo ha aumentado la carga mundial de la ansiedad, generada por trastornos mentales del personal médico especialmente por el contacto que tuvieron los médicos con las personas diagnosticada con COVID-19 (Abuabara, 2020).

En tiempo de la pandemia COVID-19 el personal médico fue el recurso más valioso a nivel mundial y esto le ha afectado colateralmente mientras asistía a los pacientes, pero también fueron víctima de hechos de discriminación, amenazas y agresiones física y psicológica, dentro y fuera de los hospitales. Esta situación se ha convertido en la mayor crisis afrontada por el ser humano en el siglo XXI.

Para el personal sanitario y sus familiares la crisis del COVID-19 ha generado pánico por contraer o transmitir la enfermedad, ya que estos han tenido que estar expuestos en los cuidados de los pacientes contagiados para poder mitigar y reducir la propagación del virus (Abuabara, 2020).

Durante todo este proceso de pandemia los niveles elevados de estrés y síntomas que padecían la población y el personal médico se basaban en: irritación, problemas de concentración, calambres musculares, cansancios, taquicardia, falta de aliento, incapacidad de relajarse (Brito & Fernández, 2020).

En la pandemia COVID-19 los médicos generales y la salud mental afecto de una manera directa la estabilidad emocional de los médicos, ya que los escenarios de precariedad de la falta de servicios de calidad para poder asistir a los pacientes y los pocos insumos con los que se contaba en ese momento resultó un limitante para los médicos en el primera ola del COVID-19, además que los mismos se vieron agobiados por las largas horas de trabajo por la escasez de médicos (Montes-Arcón & Campo-Arias, 2020).

1.6. Contexto mundial de la pandemia COVID-19 y la vivencia del equipo de salud

La expansión de la pandemia azotó fuertemente el continente europeo, la propagación de los avances de la enfermedad se observó en el lazo de abril-julio del 2020 impactando en su economía y en el sistema de salud, España, Italia y Reino Unido, fueron líderes en morbilidad y mortalidad, ya que tienen un gran número de población de adultos mayores y estas personas fueron las más vulnerables a contagiarse (Márquez, 2020). Al igual que en otros países, España ha sido uno de los países donde la COVID-19 ha impactado de manera significativa la población en general, su sistema sanitario ha tenido que afrontar una gran crisis y esa situación ha repercutido en los profesionales sanitarios, también sus centros sanitarios se han visto abocados en grandes cambios organizativos y nuevas directrices (Navarro Rubio *et al.*, 2021).

La experiencia asistencial del personal médico ha sido un desafío para la provincia de San Pedro de Macorís, y el resto de la República Dominicana, ya que ha tenido que enfrentarse a un sin número de comunicaciones erróneas acerca de información no fiable que recibió el equipo sanitario sobre la pandemia COVID-19.

Establecer una comunicación eficaz y concreta, así como lidiar con los datos falsos que se transmitían por las diferentes plataformas digitales, ha afectado la comunicación entre el equipo sanitario y los pacientes, porque a través de esa sobreinformación con la que llegaban los pacientes a consultas, los médicos/as tenían que generar una certeza de confianza ante el paciente para poder comunicarle los datos científicos y que ellos pudieran entender la realidad y consecuencia del COVID-19 (Hincapié Sánchez, 2020).

En el enfrentamiento contra la pandemia en Cuba hubo pleno control y prevención con la anticipación del riesgo, ya que todo este proceso del trabajo fue realizado en equipo tanto del gobierno cubano, como la comunidad científicas y de desarrollo tecnológico que involucraron el apoyo de las universidades y la Academia de Ciencias de este país (Alarcón, 2021). Todo esto permitió que el desarrollo de protocolo fuera adecuado, llevando a la población cubana a prácticas de calidad y seguridad en la atención sanitaria. En cambio en Perú, Ecuador y en Colombia en marzo del 2020, se detectó el primer afectado el día seis de ese mismo mes, llevando a estos países a enfrentarse en una crisis económica (Vanessa & Andrés, 2020).

Las facultades de la medicina enseñan que debe practicarse la medicina basada en evidencia. Desde hace años, los medico/as han escuchado el refrán “Los recursos sanitarios son insuficientes para atender una demanda ilimitada” pero nunca se había visto de forma tan evidente este refrán hasta que llegó la pandemia COVID-19 y el sistema sanitarios se vio tan afectado y colapsado (Sacristán & Millán, 2020). Los médicos no deciden atender pacientes ya que por vocación lo ven como un deber, por tanto, los médicos no deciden contagiarse, los médicos están expuestos, ante una población indisciplinada e irresponsable; por atender a estos pacientes terminan contagiándose y corren el riesgo de morir. Es relevante sensibilizar a la sociedad de que el personal sanitario son seres humanos, sin perder de vista que en todo el proceso de la pandemia puso a los profesionales de la salud en vulnerabilidad, así como al descuido de sus deberes con los miembros de su familia, para poder cumplir con su labor como médico y poder asistir a la población con sus conocimientos (Hincapié Sánchez, 2020).

Los enfermeros/as y los médicos/as tuvieron que enfrentarse a una práctica profesional desafiante con información limitada sobre la COVID-19 al inicio de la pandemia (González-Gil *et al.*, 2021).

Durante todo el este proceso de la pandemia los profesionales sanitarios han jugado un rol importante en la sociedad, tanto así que se han considerado los héroes en una lucha con un fin incierto no solo por su propia vida y salud, sino más por la vida de su familia y sus pacientes. Aun así, cuando no se tenía claro cuáles eran los síntomas de la enfermedad y cuáles eran los tratamientos cualificados a utilizar para enfrentar esta enfermedad, muchos médicos a nivel mundial fallecieron al ser infectados por el virus al inicio de la pandemia. Aun cuando el sistema sanitario había colapsado en muchos países el personal médico se mantuvo de pie atendiendo a los pacientes y aun lo siguen haciendo (Sacristán & Millán, 2020).

El desconocimiento de datos fiables provocó incertidumbre y estrés en la población creando esto una sobre carga emocional que afecta la sociedad en todos los aspectos a nivel social y profesional. La COVID-19 ha repercutido mucho en como el personal sanitario tuvo que manejarse ante los usuarios que venían con sobre información del virus, datos que en cierto sentido provenían en su gran mayoría de la difusión por las plataformas digitales y esta situación provocó que muchos de los médicos trabajarán con dificultad durante los inicios del COVID-19 (Lopera Betancur *et al.*, 2021).

La pandemia nos ha demostrado la versatilidad y la capacidad de adaptación para dar lo mejor de sí en una situación de alto estrés y presión asistencial en la que vivió el personal médico en la primera ola de la pandemia, más cuando estas situaciones surgen en una máxima presión asistencial con datos muy limitados y cambiantes (Fernández-Llamazares & López-Briz, 2020).

El personal médico ha jugado un papel protagónico en el impacto sanitario que ha traído consigo la pandemia COVID-19 y en cierto sentido todo esto ha modificado la forma de como practicar la medicina y la educación médica, surgiendo una transformación de ambas actividades (Sacristán & Millán, 2020). Esta crisis sanitaria ha servido para acelerar y preparar al sistema sanitario para una futura pandemia, tanto así que hoy en día ya existen consultas y tratamientos *online* que se tuvieron que poner en práctica durante la pandemia para poder asistir los pacientes mediante el aislamiento social que produjo la pandemia COVID-19, desarrollando todo esto la telemedicina.

Por otra parte, podríamos decir que la reciente crisis sanitaria global provocada por la pandemia ha agravado situaciones de no credibilidad y desconfianza al inicio de la

pandemia COVID-19, afectando la experiencia de los médicos con los pacientes por el gran flujo de movimientos sociales a raíz de la información recibida en la primera ola de la pandemia.

Por otro lado, la COVID-19 ha sido una experiencia de desafío para todo el equipo sanitario, ya que todos los cambios en las tomas de decisiones en los hospitales y en el personal eran muy evidente, todo variaba constantemente, también hace énfasis en que la COVID-19 trajo una enfermedad con sintomatología desconocida para todos. De igual forma esta eventualidad requirió fortalecimiento y nuevas orientaciones para desarrollar estrategias cualificadas para poder brindar un mejor servicio sanitario con rapidez y respuestas positiva. En este mismo contexto se hace hincapié en que todo el personal de salud trabajo por vocación de servicio con entrega y dedicación, y por último coincide con otras investigaciones indicando que “La experiencia humana y sentido de trabajo en equipo fue única” (Del Pozo *et al.*, 2020).

Los médicos/as, así como las enfermeros/as aparte de trabajar más de cerca con los pacientes, fueron las personas que se encontraban más expuestas a contraer la enfermedad, y ser más vulnerables al afectarse la salud mental, ya que perciben el sufrimiento y dolor de sus pacientes y familiares (Balde & Rodríguez, 2021). Al inicio se vivió mucha confusión y desorganización con la sensación de inseguridad por la falta de estabilidad de los protocolos, donde hubo también improvisación mientras asistían a los pacientes. La mayor preocupación y miedo de los médicos era contagiar a su familia, también los médicos trabajaron horas extras durante el inicio del COVID-19 existiendo también un agotamiento del personal (Erquicia *et al.*, 2020).

Se han encontrado estudios similares que hablan de la vivencia de los médicos durante el inicio de la pandemia COVID-19. Y después de una búsqueda rigurosa del tema de nuestro estudio, encontramos otras investigaciones con temas que guardan concordancia con nuestro estudio, los cuales detallamos a continuación.

En los hallazgos encontrados sobre el tema: Experiencia de trabajo de los proveedores de atención médica durante la pandemia de COVID-19. En la conclusión de este estudio se pudo observar que todo este proceso de la COVID-19 afecto la parte emocional de las personas, así como también de los médicos/as durante la evolución de la pandemia y todo esto provocó que el departamento de salud mental tuviera que asistir al personal médico para poder orientarlos a lo largo de la crisis (Eftekhar Ardebili *et al.*, 2021).

En la misma línea de nuestro estudio también se encontró una investigación acerca de “La experiencia de los proveedores de atención médica durante la crisis de COVID-19 en China”. El mismo estudio mostró que en todo el proceso de la pandemia COVID-19, China tuvo que tomar medidas como contratar personal sanitario sin experiencias para poder dar abasto a la alta demanda de sanitaria. Cabe destacar también que todo el personal sanitario tuvo una vocación de servicios en todo el proceso de esta crisis sanitaria ofreciendo servicios de calidad a los pacientes, así mismo es considerado presentar atención a todo el personal sanitario para proteger su salud y su estabilidad emocional (Liu et al., 2020).

En otra investigación sobre “Un estudio cualitativo sobre la experiencia psicológica de pacientes con COVID-19”. Se encontró que durante la primera ola de la pandemia COVID-19 la experiencia psicológicas de las enfermeras, las emociones negativas eran más evidente, que las emociones positivas y toda esta situación de estrés y afrontamiento se manifestó en gran medida en la salud mental de las enfermeras que trabajaron más de frente con pacientes de COVID (Sun et al., 2020).

En otros hallazgos encontrados de estudios similares también está el tema “Centrarse en las experiencias de los proveedores de atención médica en la crisis COVID-19” este estudio nos habla acerca de que los proveedores de salud que estuvieron trabajando con los pacientes de COVID sufrieron mucho estrés; por largas jornadas de trabajo y escasez de los insumos, así como el desconocimiento de no saber a qué se estaban enfrentando. Toda esta variedad de factores arrojaron la inseguridad en todo el personal sanitario (Xiong & Peng, 2020).

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Explorar la vivencia del inicio de la pandemia COVID-19 en el hospital desde la perspectiva de un gestor médico.

Objetivos Específicos

- Describir la experiencia que tuvo el equipo de salud del hospital Jaime Oliver Pino durante al inicio de la pandemia COVID-19.
- Identificar las distintas situaciones de organización hospitalaria durante el inicio de la pandemia.

- Comprender las consecuencias de la situación vivida por los profesionales en el hospital.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Fenomenología interpretativa: Es una metodología filosófica para comprender a la personas y estudiar aspectos particulares de los seres humanos, con el objetivo capturar la esencia y realidad por medio de las personas estudiadas (E. A. León, 2009).

La fenomenología surgió como una necesidad de explicar la naturaleza de las cosas (fenómenos). Los fundadores trataron de profundizar sobre si la fenomenología se trataba de una filosofía o un método, debido a que, más que ser unos pasos a seguir, observa y explica la ciencia para conocerla de forma exacta y de esta manera, encontrar la verdad de los fenómenos. El análisis cualitativo se ha realizado basándose en la propuesta de tres etapas (Martínez, 2012).

1. Preparación de datos, centrada en la transcripción de las entrevistas
2. Organización de datos, etapa en la que se codificaron y categorizaron los datos.
3. Interpretación y comprensión de los datos, extrayendo así su significado.

Se realizó un estudio con metodología cualitativa, fenomenológica interpretativa, propuesta Heidegger (Macías, 2018). Para la recolección de datos se elaboró una entrevista con preguntas abiertas que se llevó a cabo mediante la plataforma virtual *Zoom* (Lévano, 2007). Se realizó el procesamiento de los datos recogidos mediante el análisis del contenido con la codificación de los textos de las respuestas a las preguntas de las entrevistas. El análisis de la información se realizó de manera manual mediante una lectura meticulosa del texto. El desarrollo del estudio se llevó a cabo en el hospital Jaime Oliver Pino.

Ámbito geográfico: El Hospital Jaime Oliver Pino está ubicado, San Pedro de Macorís (República Dominicana).

Población de estudio: Los médicos/as de personas diagnosticadas de COVID-19 del Hospital Jaime Oliver Pino.

Criterios de inclusión:

- Profesionales médicos que han estado en el hospital en el inicio de la pandemia
- Profesionales médicos implicados en la organización de la pandemia
- Profesionales médicos que han querido participar voluntariamente

Estrategia de muestreo y selección de informantes: El muestreo se realizó con médicos/as que atendieron pacientes diagnosticados de COVID-19 dejándole saber la finalidad de este estudio y se les invitó a participar. La persona de contacto fue la investigadora principal.

Técnica de recogida de los datos: Para la recogida de los datos del estudio se utilizó una entrevista semiestructurada. Con esta técnica a modo de conversación y video para recopilar los datos percibidos. El tiempo límite de la entrevista tuvo un promedio de 60 minutos. Como se realizó en el Hospital Jaime Oliver Pino de la República Dominicana, la grabación se realizó por la plataforma digital *Zoom*. El lugar de la entrevista fue en el mismo centro hospitalario, ya que cuenta con área informática para el tipo de entrevistas *online*; se sometió este estudio al comité ético del hospital para contar con la autorización. En el anexo presentamos las preguntas que se realizaron a los entrevistados (Anexos I).

Análisis de los datos: Es el paso mediante se constituye la recopilación de información para analizarlo y posterior a esto sacar los resultados para poder así comprender e interpretar las entrevistas. Mediante este análisis comenzamos la con revisión hasta conseguir los códigos, agrupaciones de códigos para luego sacar las categorías y poder visualizar mejor los resultados extraídos de las entrevistas (Sabiote & Quiles, 2010).

El análisis y transcripción de la entrevista fue manual y el proceso del análisis cualitativo fue de la siguiente manera: (Lévano, 2007).

- Transcripción de las entrevistas de forma manual y posterior a esto analizamos y ordenamos los datos recopilados.
- Elaboramos los datos descriptivos para analizarlos y entenderlos de una manera clara mediante la codificación.

- Recolectamos el significado definitivo de donde provienen esas informaciones temáticas, que se organizaron mediante códigos y agrupación de familia de códigos.
- Luego que obtuvimos la agrupación de familia, procedimos a realizar las categorías para una mejor organización y análisis de los resultados.

Para facilitar este análisis se realizó la transcripción de manera manual de las entrevistas.

Se programó una reunión virtual por *Zoom* el gestor sanitario del Hospital, se les explicó el objetivo de la investigación y se les invitó a ser parte de este estudio. La investigadora hizo una cita con el participante, para explicarle los objetivos del estudio y enviar vía correo electrónico la hoja de información (Anexo II) y solicitando la firma del consentimiento informado (Anexo III). Luego se procedió a realizar la entrevista de manera virtual, se grabó su contenido contando con el consentimiento expreso del participante. A los participantes se les ofreció la oportunidad, si así lo deseaban, de contrastar sus respuestas con el análisis realizado por la investigadora. Una vez presentados los resultados del estudio las grabaciones fueron borradas y estos datos serán solo custodiados por los investigadores durante cinco años.

3.3. Consideraciones éticas

La investigación se llevó acabo de acuerdo a los principios éticos básicos recogidos en la declaración de Helsinki (Manzini, 2000) para la investigación clínica en seres humanos, así como los recogidos en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Juan, 1999). Esta investigación pasó por el comité de ética del hospital en el cual se obtuvo el visto bueno del mismo y se tiene una certificación firmada y aprobada por el comité de ética del hospital. La participación en el estudio es totalmente voluntaria, y los médicos/as que deseen participar en este levantamiento podrán decidir no participar si en un momento necesitaran cambiar de opinión, retirándose de la investigación cuando lo deseen.

Se respetó la libre autonomía de las personas que cumplieron con los criterios determinados para la elaboración del estudio, las cuales recibieron información vía correo (Anexo III y IV) acerca de la importancia del este estudio, condiciones de la

participación y beneficios esperado de la investigación. Para poder participar en esta investigación fue entregado el consentimiento y por escrito una vez haya recibido la información.

Esta investigación respetó, en todo momento, la Ley Orgánica 3/2018, del cinco de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Reglamento Europeo 2016/679 de protección de datos de carácter personal (RGPD).

Se llevó a cabo con el fin de preservar la confidencialidad de la información personal de los médicos que participaron en las entrevistas. Los participantes tendrán derecho al acceso, modificación, y cancelación de los datos, así como de limitación del tratamiento y portabilidad.

Para la realización de esta investigación y después la interpretación de los datos suministrados por los participantes, las entrevistas fueron grabadas por la plataforma Zoom porque el estudio planteado más arriba se realizó en un hospital República Dominicana, según queda reflejado en el consentimiento informado. Con el fin de preservar la intimidad y confidencialidad de los datos de los participantes en las grabaciones estas serán codificadas. Las grabaciones se destruirán una vez publicado el estudio.

El fichero generado por las respuestas se guardó de forma segura, teniendo sólo acceso a él los investigadores. La responsable del fichero generado y el tratamiento de los datos es la investigadora principal.

3.4. Limitaciones del estudio

La presente investigación se realizó a un gestor sanitario durante el período de enero-junio 2022, el hospital está ubicado en San Pedro de Macorís, República Dominicana. La investigación alcanzó a los médicos/as que asistieron pacientes de COVID-19.

No obstante, hay que tener en consideración que en los estudios de metodología cualitativa la intención no es inferir los datos recopilados, sino que estos representen de manera teórica estructural a la mayoría de discursos que se esperan encontrar en la población estudiada.

4. RESULTADOS

Mediante el análisis se realizó la recopilación de información para analizarlo y posterior a esto sacar los resultados para poder así comprender e interpretar las entrevistas. Mediante este análisis comenzamos con la revisión hasta conseguir los códigos, agrupaciones de códigos para luego sacar las categorías y poder visualizar mejor los resultados extraídos de la entrevista (Sabiote & Quiles, 2010).

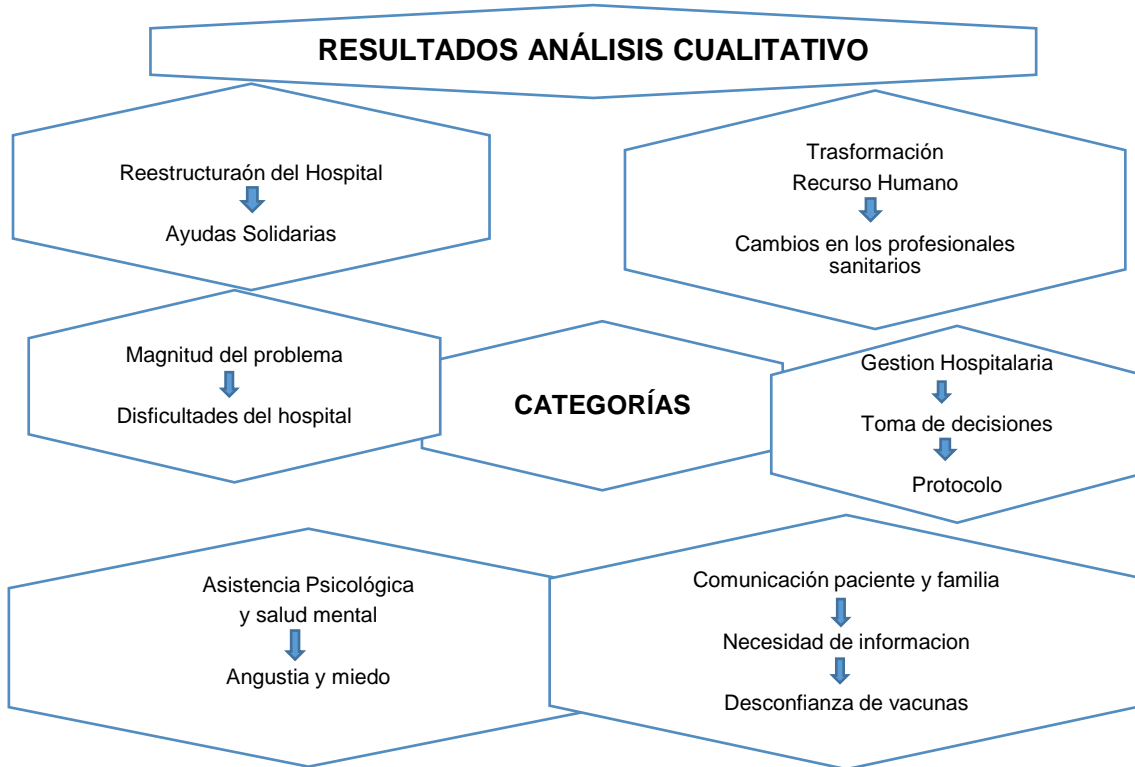
El análisis y transcripción de la entrevista fue manual y el proceso del análisis cualitativo fue de la siguiente manera: (Lévano, 2007).

- Transcripción de las entrevistas de forma manual y posterior a esto analizamos y ordenamos los datos recopilados.
- Elaboramos los datos descriptivos para analizarlos y entenderlos de una manera clara mediante la codificación.
- Recolectamos el significado definitivo de donde provienen esas informaciones temáticas, que se organizaron mediante códigos y agrupación de familia de códigos.
- Luego que obtuvimos la agrupación de familia, procedimos a realizar las categorías para una mejor organización y análisis de los resultados.

El análisis de los datos se realizó a través de agrupación de códigos, familia de códigos y categorías, con el objetivo de llegar a la mayor claridad de los datos. En total, se han identificado seis categorías denominadas: reestructuración hospital, transformación de recursos humanos, gestión hospitalaria, comunicación paciente-familia, magnitud del problema y asistencia psicológica y de salud mental.

A continuación, se presentarán los resultados más relevantes por cada una de las categorías.

Presentamos un esquema con el desglose de las categorías y posterior a esto detallamos el significado de cada categoría:



REESTRUCTURACIÓN DEL HOSPITAL

La reestructuración hospitalaria indica todas aquellas actividades y acciones que tuvieron que poner en marcha en el hospital para adaptarse a la situación de pandemia y las ayudas solidarias nos muestran el apoyo que tuvo el hospital a través de instituciones y personas, no solo económico sino de recursos de todo tipo. Estas categorías están formadas por las siguientes familias de códigos:

FAMILIA DE CÓDIGOS		
REMODELACIÓN DEL HOSPITAL		CATEGORÍA
-Adecuación de áreas	-Integración de cuidado intensivo	REESTRUCTURACIÓN DEL HOSPITAL
-Remodelación positiva del hospital	-Conformar área de triage respiratorio	
-Evoluciones mejoras del hospital	- Ampliar nº camas	
-Oportunidades de mejora al hospital	-Adecuación departamento diálisis	
Favoreció COVID-19 al hospital	-Emergencia transitoria	
-Acción de mejora	-Refuerzo área emergencia	
-Emergencia nueva	Habilitación de área	

-Confort área de paciente		
AYUDAS SOLIDARIAS		
-Donaciones de instituciones		
-Refuerzo económico		
-Apoyo económico al hospital		
-Donaciones de equipamiento		
-Aporte de ventiladores		

A continuación, se muestran algunas de las evidencias:

“El área de maternidad estaba vacía y esa área de obstetricia, maternidad y pediatría nosotros solo en tan solo una semana les cambiamos los baños, le cambiamos los plafones, le pusimos aire, le pusimos abanicos, se le remodeló las estaciones de enfermería”. “Éramos un hospital en ese momento de segundo nivel un poco más pequeño que el hospital regional”, “se nos asignó como hospital exclusivo COVID” y había que dar respuestas a todas las necesidades, había que conformar el área de triaje respiratorio y cerrar algunas áreas para tratar de proteger a los pacientes.

Luego llegaron los recursos económicos, empresas ayudaron con materiales gastables, llegaron también ayudas de equipamiento para el hospital como ventiladores y de esta forma el hospital pudo condicionarse para dar respuesta a la población.

TRANSFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Transformación del recurso humano está formada por la familia de código que se desglosan más abajo y representó un incremento en las actividades del hospital, llevando al personal a un desgaste del personal, se muestran en los discursos que muchos tenían que trabajar hasta más de 24 horas y por esta razón se tuvo que realizar reajuste de horarios para ofrecer descanso al personal.

Esta categoría engloban la siguiente agrupación de códigos:

FAMILIA DE CÓDIGOS	
CAMBIOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS	CATEGORÍA
-Ampliación personal -Reajuste horario -Cambios departamentales -Obstinación recurso humano -Disminución personal -Formación personal -Abandono personal -Sobre carga personal -Contrataciones médicos -Desgaste laboral - Agotamiento laboral -Mucho aprendizaje - Contagio 30% personal	<p style="text-align: center;">TRANSFORMACIÓN DE RECURSO HUMANO</p>

“Entonces también tenemos que poner rápidamente en movimiento todo lo que es el proceso de capacitación porque, porque muchos de los médicos que estaban ahí y que son los que hacían la guardia no estaban entrenados para en manejo de esos equipos pero rápidamente se hizo también y se salió a brote”.

Hubo que hacer una reconstrucción del recurso humano, faltaban médicos se comenzó a reforzaron con médicos del área de consultas para reforzar la emergencia”. Los médicos hacían guardia de más de 24 horas y realmente era impactante manejar todo el recurso humano que estaba angustiado, el recurso humano del hospital tenían más de 30 años de servicios por lo que muchos de ellos tuvieron que enviarse a su casa y el hospital se vio en la obligación de contratar a más personal para poder dar basto con los servicios.

GESTIÓN HOSPITALARIA

En otro orden esta la categoría “Gestión Hospitalaria” que representa todas las medidas y estrategias que tuvo que realizar el hospital para la toma de decisiones. Y en este mismo orden se encuentra también la categoría de “Protocolos” que fueron las herramientas y estrategias utilizada por el hospital para tratar de prevenir y mitigar la propagación del virus dentro del hospital.

Estas categorías componen los siguientes códigos:

FAMILIA DE CÓDIGOS	
TOMA DE DECISIONES	CATEGORÍA
<ul style="list-style-type: none"> -Utilización recurso hospital - Reuniones ejecutivas -Exoneración de traslado paciente -Cambios departamentales -Soluciones imprevista -Reporte estadístico hospital - Confidencialidad clínica -Soluciones efectivas -Compra de medicamentos <p style="text-align: center;">PROTOCOLOS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historial y registro clínico 	GESTIÓN HOSPITALARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Epidemiología de altas laborales. -Epidemiología- vacunas -Servicio nacional trazaban líneas -Protocolos internacionales -Primera fase vacuna médicos -Medidas de bioseguridad -Orientaciones-pacientes - Seguimiento paciente 	<ul style="list-style-type: none"> -Contagio- aislamiento 14 días -Orientaciones pacientes -Soporte de farmacia -Seguimiento paciente ambulatorio -Protocolos adultos mayores y embarazadas -Protección área embarazadas -Cierre algunas áreas -Desinsectación áreas -Variación de bioseguridad

“Habilitamos una área especial que tuviera un acceso independiente del hospital en sí y así las embarazadas no tenían que cruzar por ninguna área que estuviera contaminada pero podía continuar ese chequeo prenatal”. Ambas engloban la toma de decisiones que tuvo que ejecutar el hospital para poder dar servicios eficientes y de calidad a los pacientes, aun en medio de las dificultades por la que se encontraba.

Entre las evidencias más relevantes están las siguiente “Reuniones ejecutivas que se realizaban para momento de reflexión de todo el personal para plantear los pasos a seguir”, también existieron muchas soluciones de improvisado que se le iba dando soluciones a las cosas a medida que iban surgiendo. Según los resultados arrojados en este apartado, existió mucho énfasis en los “Protocolos de adultos mayores y embarazadas”, ya que eran las personas más vulnerables ante la COVID-19.

COMUNICACIÓN PACIENTE-FAMILIA

En esta categoría todo esto generaba mucha confusión e incertidumbre creando en los pacientes tabúes y mitos sobre vacunas, por recibir una sobre carga de informaciones por la falta de conocimiento del tratamiento lo que inducía a que la población no sintiera confianza por la vacuna.

En los resultados encontrados las siguientes agrupaciones de familia de códigos:

FAMILIA DE CÓDIGOS	
NECESIDAD DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	CATEGORÍA
<ul style="list-style-type: none"> -Necesidad de información -Necesidad de utilización Tablet -No visita allegados - Tergiversación de datos -Mayor daño noticias falsas -Información diferente -Transformación de evidencias - Diversidad de datos 	COMUNICACIÓN PACIENTE-FAMILIA
<p style="text-align: center;">DESCONFIANZA DE VACUNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tabúes y mitos vacunas - Falta de conocimiento tratamiento -Al inicio no había disponibilidad de pruebas -Variación fármacos -Tratamientos empíricos -Duda tratamiento 	

“Los familiares no podían visitar a los pacientes, nos ideamos que tuviera una flota o una Tablet donde el paciente que estaba ingresado el familiar lo pudiera ver; era mucha angustia para los familiares, uno porque no lo podían ver y dos porque muchos fallecían y después de fallecido tampoco lo podían ver, era una situación sumamente difícil”. Fue un momento muy difícil para los pacientes y sus familiares por lo que conllevó a que el personal sanitario tuviera que buscar estrategias para que los pacientes tuvieran en

comunicación con sus familiares ya que no era permitida las vistas a los pacientes hospitalizados. “Los primeros en vacunarse fue el personal de salud, había mucho temor también con las vacunas muchas personas y muchos de los mismos médicos tenían temor en ponerse las vacunas” hubo que estar orientándolos, sensibilizándolo con relación a todo lo que son las vacunas. “Pero lo que más, daño hacia justamente la información que se tergiversaba por las redes”.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Esta categorías representa por toda la situación de conflictos por la que pasar el hospital por deficiencia de insumo y que era un hospital de segundo nivel, que no daban basto, no había oxígeno central, no había ventiladores y por lo tanto había que trasladar a los pacientes a otros hospital cuando estos agravaban. Esta categoría presenta los siguientes códigos:

FAMILIA DE CÓDIGOS		CATEGORÍA
SITUACIONES DEL HOSPITAL		
--No nos imaginábamos la magnitud problema --No saber cómo enfrentarse --Situación impactante de personal --Vivencia única --Situaciones complejas --Deficiencia sanitaria --Pacientes atendidos 1,500 --Impacto positivo-negativo --Hospital sufrió --Déficit sanitario	- Muchas dificultades --Inseguridad de estrategias --Referir pacientes --Consulta diaria 200 --Fallecimiento inesperado --Internamiento 45 personas diarias --Complicaciones de situación --Servicios complejos --Situación caótica --Momento impactante para el personal	MAGNITUD DEL PROBLEMA
DIFICULTADES DEL HOSPITAL		
--Deficiencia de insumo --Hospital segundo nivel --Un solo ascensor --Incremento pacientes graves --No dábamos basto --Faltaban médicos --Dificultad respiratoria paciente --No había oxígeno central -- Escasez de insumo --No había ventiladores --Traslado paciente		

“Todo esto represento una vivencia única y caótica que agobiaba a todo el personal sanitario, ya que al inicio en el hospital había un déficit sanitario”.

En el hospital no había oxígeno central existía una deficiencia sanitaria por la escasez de insumo y al ser al inicio un hospital de segundo nivel no había ventiladores. Todo esto enfatizó una diversidad de situaciones complejas haciendo que este hospital, al inicio se encontrará en desventaja ante esta crisis sanitaria. Según los datos arrojados en estas categorías, este proceso ha sido una vivencia única para todo el personal, del mismo modo una situación caótica provocó inestabilidad en el hospital.

ASISTENCIA PSICOLÓGICA Y DE SALUD MENTAL

En la categoría “Departamento Salud Mental” esta área jugo un papel fundamental en todo este proceso, porque a través de este departamento se trabajó la parte emocional tanto del paciente, sus familiares y el equipo sanitarios. Así mismo dentro de esta categoría se encuentra la categoría “Miedo y Angustia” que fue lo que más prevaleció en todo el equipo sanitario por estar expuestos al contagio. Dentro de esta categoría existe una gran variación de códigos en los cuales englobamos los siguientes:

FAMILIA DE CÓDIGOS	
ASISTENCIA PSICOLOGICA	CATEGORÍA
<ul style="list-style-type: none"> -Asistencia psicóloga pacientes-familiares -Apoyo fundamental de psicología -Apoyo psicología paciente- familiar -Motivación personal medico -Soporte salud Mental -Motivación paciente-familiar -Motivación personal medico -Mensaje de aliento-familia-pacientes. 	ASISTENCIA PSICOLOGICA Y DE SALUD MENTAL
<p style="text-align: center;">MIEDO Y ANGUSTIA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Miedo profesionales -Miedo al contagio -Preocupación -Angustias -Incertidumbre -Contagio de familiares -Rechazo familiares a médicos -Desconsuelo familiares 	

“Teníamos un espacio que le llamábamos espacio de reflexión del COVID-19, eran como el amortiguador para todas las situación que estaba pasando de angustias, estrés, incertidumbre, de duelo sino que también atendían a los pacientes en si le daban ese apoyo psicológico”.

El departamento de salud mental tuvo un rol fundamental brindando “apoyo psicológico paciente-familiar”, así también realizaba motivación al equipo sanitario, para poder darle mensajes de aliento para que pudieran sobrellevar momento de desconsuelo, aunque el mayor temor era más contagio de los sus familiares. Ya que existía mucho sentimiento de angustia, también que era en su gran mayoría que los tratamientos empíricos que eran muy cambiante al inicio, y generaban mucha frustración en todo el personal, en los pacientes y sus familiares.

5. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos la diversidad de opiniones obtenidas por las categorías detalladas en los resultados, la discusión se estructura en seis procedentes con los resultados arrojados de la entrevista.

Un estudio que mostró alta prevalencia con la categoría “Reestructuración del Hospital” y sub-categoría “Ayudas Solidarias” fue el realizado por Fernández-Llamazares & López-Briz, (2020), dicen que la pandemia nos ha demostrado la versatilidad y la capacidad de adaptación para dar lo mejor de sí en una situación de alto estrés y presión asistencial; más cuando estas situaciones surgen en una máxima presión asistencial con datos e insumos muy limitados y cambiantes. Del mismo modo, y alineado con nuestros resultados (Sacristán & Millán, 2020) afirman que cuando el sistema sanitario había colapsado en muchos países los centros hospitalarios y todo el personal sanitario se mantuvo de pie atendiendo a los pacientes.

En línea con nuestros resultados en la categoría “Transformación del recurso humano”, los resultados de otro estudio realizado por (Del Pozo et al., 2020), ha reflejado que la COVID-19 ha sido una experiencia de desafío para todo el equipo sanitario, ya que todos los cambios en la tomas de decisiones en los hospitales y en el personal eran muy evidente, todo variaba constantemente.

También Liu (2020), señaló su estudio “La experiencias de los proveedores de atención médica durante la crisis de COVID-19 en China”. Afirma que durante el proceso de la pandemia COVID-19, China tuvo que tomar medidas como contratar personal sanitario sin experiencias para poder dar abasto a la alta demanda sanitaria. Mientras que Montes-Arcón & Campo-Arias, (2020) se encontró que en la pandemia el personal sanitario vivían escenarios de precariedad por la falta de servicios de calidad, para poder asistir a los pacientes con los pocos insumos que se contaba en ese momento resultó una limitante para los hospitales en el primera ola del COVID-19.

En la categoría “Gestión Hospitalaria y Protocolos” se ha encontrado una investigación que guarda similitud con estos hallazgos. El estudio realizado por Erquicia, (2020), comenta que la demora de las pruebas y la falta de medidas fue de mucho temor para el personal médico, también indica que el personal médico ha tenido que combatir con sucesos traumáticos, como el fallecimiento de sus pacientes y que en muchas ocasiones tenía que realizar su trabajo de forma limitada.

Por otra parte en la categoría “Comunicación paciente-familiar” Estos hallazgos guardan concordancia con lo que dice González-Gil, (2021), que los enfermeros/as y los médicos/as tuvieron que enfrentarse a una práctica profesional desafiante con información limitada sobre el COVID-19, a si mismo Lopera Betancur, (2021) cometa que el desconocimiento de datos fiables provocó incertidumbre y estrés en la población creando esto una sobrecarga emocional que afectó a la sociedad en todos los aspectos a nivel social y profesional.

En categorías “Magnitud del Problema” esta categoría enlaza concordancia con la sub-categoría “Dificultades del hospital” y hemos encontrado un estudio por (Xiong & Peng, 2020), con el tema “Centrarse en las experiencias de los proveedores de atención médica en la crisis COVID-19” y este estudio se relaciona con los resultados obtenido en estas categorías, nos habla acerca de que los proveedores de salud que estuvieron trabajando con los pacientes de COVID-19 sufrieron mucho estrés; por largas jornadas de trabajo y escasez de los insumos, así como el desconocimiento de no saber a qué se estaban enfrentando. Todas estas variedades de factores arrojaron la inseguridad en todo el personal. (González-Gil et al., 2021).

Por otra parte encontró en su respectivo estudio que el personal sanitario ha desarrollado una labor de cuidados y liderazgo como equipo durante la primera oleada de la pandemia del COVID-19, llevando una carga física y emocional con sus pacientes por la escasez de recursos materiales y humanos.

En la categoría “Departamento Salud Mental” Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Abuabara, (2020), que el desconocimiento de la enfermedad fue uno de los principales factores que influyeron para que la salud mental de los médicos se viera afectada en tiempo de la pandemia del COVID-19. No obstante (Medina, s. f.) en la investigación sobre “Un estudio cualitativo sobre la experiencia psicológica de pacientes con COVID-19”.

Se encontró que durante la primera ola de la pandemia COVID-19 las experiencias psicológicas de las enfermeras, las emociones negativas eran más evidente, que las emociones positivas y toda esta situación de estrés y afrontamiento se manifestó en gran medida en la salud mental de las enfermeras que trabajaron más de frente con pacientes de COVID. En otro orden (Montes-Arcón & Campo-Arias, 2020), abordaron que también los médicos han necesitado asesoría psicológica para poder dar apoyo emocional a los pacientes y sus familiares.

En otro estudio previo de Danet, (2021) guarda semejanza con la sub-categoría “Miedo y Angustia” relaciona también que la variable del estrés, ansiedad y la depresión, y alteración del sueño presentado por la población y el personal sanitario de diferentes países como España y Estados Unidos fueron algunos de los síntomas por lo que se vieron afectado el personal de primera línea, entre las mujeres y personal sanitario como las enfermeras.

Y por último los hallazgos encontrado a diferencia de nuestro estudio en una investigación realizada por Erquicia, (2020), se evidenció que “El malestar emocional fue en mayor grado en las mujeres que en los hombres”, reflejando en este estudio la parte del género.

6. CONCLUSIÓN

De forma general, luego de conocer cuáles fueron las vivencias del gestor sanitario al inicio de la pandemia COVID-19, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La experiencia de la pandemia para los profesionales sanitarios fue una situación impactante, el personal no sabía a qué se iba a enfrentar con la COVID-19, ellos no imaginaban la magnitud del problema, coincidió con que el hospital se encontraba en déficit sanitario, con emergencia transitoria y hospital en reparación.
2. Existió mucho miedo y frustración con la dificultades de la llegada de las pruebas PCR al inicio de la pandemia, también generaba angustias en los familiares la prohibición de las visitas a los pacientes hospitalizados, y la variación de fármacos constantemente. Aunque el mayor problema fue el desconocimiento del virus y su consecuencia al inicio.
3. Los efectos emocionales por lo que pasaron las personas del hospital todo el recurso humano del hospital ha sido el dolor ajeno, sentimiento de angustia e incertidumbre y miedo de contagio a sus familiares.
4. Tuvieron muchos factores que incidieron a que el equipo sanitario del hospital tuviera mucha confusión, entre ello esta: noticias falsas, tratamientos empíricos, incertidumbre y angustia por el desconocimiento del virus al inicio de la pandemia y desconocimiento que el hospital iba ser exclusivo COVID.
5. Los principales factores que provocaron el caos, la incertidumbre y miedo en todo el equipo ha sido la inestabilidad de los protocolos de bioseguridad, los tabúes y mitos por las vacunas.

Al inicio el hospital se encontraba con un déficit sanitario, pero recibieron ayudas económicas y donaciones solidarias logrando así tener una mejora estructural y organizacional, el hospital pasó de ser un hospital de segundo nivel a convertirse en hospital de tercer nivel. Sería importante estar organizados en el sistema del sector salud, para enfrentar posibles pandemias que amenazan el futuro de la humanidad con almacenamiento de insumos, capacitaciones del personal, además de implementar un equipo integral permanente de los departamentos de salud mental, quienes demostraron ejercer un rol fundamental en todo el proceso del COVID-19.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abuabara, Y. C. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 45(3).
<https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975>
- Alarcón, L. M. R. (2021). *Enfrentamiento a la COVID - 19 desde un enfoque bioético en la Facultad de Enfermería—Tecnología de Santiago de Cuba*. 10.
- Balde, C., & Rodríguez, M. N. C. (2021). *Experiences of the nursing staff of the San Juan de Dios Hospital in times of Covid-19*. 17.
- Blanco, V. G. (2020). *El papel de la comunicación de riesgo ante emergencias de salud pública*. 8.
- Brito, A., & Fernández, A. R. G. (2020). *INFORME FINAL PRESENTADO POR*. 97.
- Colomé-Hidalgo, M., Herrera Morban, D. A., Méndez Núñez, R., Torres Feliz, Z. L., Méndez Jorge, M., Japa Rodríguez, J., & Sosa, C. (2021). Conocimiento y percepciones que los adultos tienen del COVID-19, República Dominicana. *Ciencia y Salud*, 5(1), 27-42.
<https://doi.org/10.22206/cysa.2021.v5i1.pp27-42>
- Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Del Pozo, F., Soto, C., Véliz, V., & Escobar, P. (2020). Desafío hospitalario: Experiencia de un equipo de ginecología en el manejo integral de pacientes COVID 19. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85, S9-S15. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000700003>
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. United Nations.
<https://doi.org/10.18356/9789210054164>

Eftekhar Ardebili, M., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H., &

Ranjbar, H. (2021). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, 49(5), 547-554.

<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.001>

Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., & Vega,

D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica*,

155(10), 434-440. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>

Fañas, R. F. L. (2021). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 en adultos de la

República Dominicana. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 34.

Fernández-Llamazares, C. M., & López-Briz, E. (2020). Retos del farmacéutico de hospital en la

evaluación de la evidencia científica y su incorporación a los protocolos

farmacoterapéuticos a través de las comisiones en tiempos de COVID-19. *Farmacia Hospitalaria*, 4.

García, M. I. Á. (2010). Calidad y gestión de servicios de salud. *HORIZONTE SANITARIO*, 11.

González-Gil, M. T., Oter-Quintana, C., Martínez-Marcos, M., Alcolea-Cosín, M. T., Navarta-

Sánchez, M. V., Robledo-Martín, J., Palmar-Santos, A., Pedraz-Marcos, A., González-

Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., & Otero-García, L. (2021). El valor del recurso

humano: Experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19. *Enfermería Intensiva*, S1130239921001152.

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.005>

Hincapié Sánchez, J. (2020). COVID-19 y la relación médico-paciente. *Revista CONAMED*,

25(S1), 55-60. <https://doi.org/10.35366/97349>

Impacto Económico y Social del COVID-19 y Opciones de Política en la República Dominicana.

(2020). 30.

- Juan, A. M. (1999). *CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA*. 6.
- Kandanya, V. N., Marte, M. I., & Pichardo, E. (2021). Percepción de la población sobre la vacuna contra el COVID-19: Perspectivas en República Dominicana, 2020. *Ciencia y Salud*, 5(3), 27-35. <https://doi.org/10.22206/cysa.2021.v5i3.pp27-35>
- León, E. A. (2009). *El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger*. 17.
- León, G. (2009). *Tecnologías estratégicas relacionadas con covid-19. Impacto y dependencia*. 198.
- Lévano, A. C. S. (2007). INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: DISEÑOS, EVALUACIÓN DEL RIGOR METODOLÓGICO Y RETOS. *INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*, 8.
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8(6), e790-e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Llaugel, F., Ramírez, N. E. C., & Mendez, P. M. (2021). *ANÁLISIS ENVOLVENTE DE DATOS (DEA) PARA MEDIR LA EFICIENCIA EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR PÚBLICO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26881.38244>
- Lopera Betancur, M. A., Rojas, J. G., Forero Pulido, C., & García Aguilar, L. C. (2021). Cuidar al paciente con COVID-19: Entre la incertidumbre y el deseo de salir adelante. *Revista Colombiana de Enfermería*, 20(2), e035. <https://doi.org/10.18270/rce.v20i2.3291>
- Manzini, J. L. (2000). DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. *Acta bioethica*, 6(2). <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Márquez, D. A. V. (2020). *LA COVID19: MÚLTIPLES INTERPRETACIONES DE UNA SINDEMIA, AÑOS 2019-2020*. 21.

- Martínez, F. T. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101.
- Medina, D. (2020). *El COVID-19 en República Dominicana: Sus implicaciones psicosociales*. 48.
- Montes-Arcón, P. S., & Campo-Arias, A. (2020). Los médicos generales y la salud mental en la pandemia por COVID-19. *Duazary*, 17(3), 4-6.
<https://doi.org/10.21676/2389783X.3468>
- Navarro Rubio, M. D., Baquero Úbeda, J. L., Bosque García, A. M., Alfonso Zamora, S., & Lorenzo Garmendia, A. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19: El punto de vista de las asociaciones de pacientes. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(6), 355-362. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.05.003>
- Paulín, G., Orta, J., & Siade, G. (2013). La vivencia y su análisis: Consideraciones breves sobre las nociones objeto-sujeto en el universo discursivo del mundo cultural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 51(205).
<https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2009.205.41085>
- Sabiote, C. R., & Quiles, O. L. (2010). *TEORÍA Y PRÁCTICA DEL ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS. PROCESO GENERAL Y CRITERIOS DE CALIDAD*. 23.
- Sacristán, J. A., & Millán, J. (2020). El médico frente a la COVID-19: Lecciones de una pandemia. *Educación Médica*, 21(4), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.002>
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48(6), 592-598.
<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
- Tactuk, L. P. (2015). *REPÚBLICA DOMINICANA Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo Oficina Nacional de Estadística*. 543.

Vanessa, D., & Andrés, M. (2020). *Recuperación del sector turístico en los principales destinos de sol y playa del Caribe y Latinoamérica, después de la pandemia del SARS2-COVID19.*

35.

Xiong, Y., & Peng, L. (2020). Focusing on health-care providers' experiences in the COVID-19 crisis. *The Lancet Global Health*, 8(6), e740-e741. <https://doi.org/10.1016/S2214->

109X(20)30214-X

8. ANEXOS

Anexo I. Guion de la entrevista.

Explorar la vivencia del personal médico del Hospital Jaime Oliver Pino al inicio de la pandemia COVID-19 en San Pedro de Macorís, (República Dominicana) ante el contexto de su experiencia provocado por el COVID-19.

Entrevista Cualitativa

Número de entrevista _____ Fecha _____

Lugar donde se realiza la entrevista _____

La presente entrevista tiene como objetivo: Explorar la vivencia del personal médico del Hospital Jaime Oliver Pino al inicio de la pandemia COVID-19 en San Pedro de Macorís, (República Dominicana) ante el contexto de su experiencia provocado por el COVID-19.

Datos personales del entrevistado:

Nombre y apellido _____ Edad: _____

Sexo: Mujer Hombre

Profesión _____

Lugar de Trabajo: _____

Años en servicio _____

Puesto que ocupa actualmente _____

PREGUNTAS

1. ¿Cómo fue su vivencia asistencial al inicio de la pandemia COVID-19?

Anexo II. Hoja de información de los participantes.

Tema: Explorar la vivencia del personal médico del Hospital Jaime Oliver Pino al inicio de la pandemia COVID-19 en San Pedro de Macorís, (República Dominicana) ante el contexto de su experiencia provocado por el COVID-19.

Investigadora: Loraine Crispín Rubert

Introducción

Mi nombre es Loraine Crispin Rubert, Licda. En marketing y en la actualidad estoy realizando el Master de Investigación en Ciencias Sociosanitaria en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Alcalá (España). Mi tema a tratar como presentación de trabajo final del máster es realizar una investigación sobre el impacto de la experiencia de los médicos con los pacientes por la infoxicación en la pandemia COVID-19, República Dominicana.

Por estas razones me dirijo a usted para informarle sobre la investigación que pretendo realizar e invitarle a participar. Mi intención es poder aclarar toda la información pertinente para que pueda evaluar si desea participar en esta investigación. Es importante que lea usted esta hoja informativa para aclararle cualquier duda que pueda surgir después de la explicación expuesta más arriba.

Participación voluntaria

Le informamos que su participación en este estudio es totalmente voluntaria y si al final usted cambia su decisión de participar en esta investigación, estará en todo su derecho de hacerlo.

¿Por qué se realiza el estudio?

La vivencia de los médicos con los pacientes en la pandemia COVID-19 y el impacto que tuvo la comunicación en todo este proceso de la pandemia ha generado muchas inquietudes en estos pacientes ya hubo mucha desinformación lo que ha provocado que la población y especialmente los pacientes de COVID-19 no sean capaces de entenderla.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

El motivo general de esta investigación es conocer la vivencia de los médicos con los pacientes en la pandemia COVID-19 y la infoxicación de la comunicación.

¿Cómo se va a realizar el estudio?

Se realizó un levantamiento de recopilación de datos a través de entrevista individual a los médicos/as del Hospital. La duración de la entrevista fue de 60 minutos. El lugar para realizar la entrevista fue elegido por el participante. Para poder realizar un análisis a profundidad se pidió el consentimiento del participante para poder hacer las grabaciones del video.

¿Qué beneficios puedo obtener por participar en este estudio?

Gracias a las informaciones que recibimos con la participación de los médicos entrevistados pudimos conocer como ha sido la vivencia de los médicos/as al inicio de la pandemia COVID-19 en el hospital aportando así conocimiento sobre esta situación.

¿Qué riesgos y/o molestias puedo sufrir por participar en el estudio?

No se ha identificado ningún riesgo y/o molestias. Si alguna de las preguntas le resulta molesta para contestar puede no hacerlo y/o suspender la entrevista.

¿Qué datos se van a recoger?

Se registró el contenido de la entrevista realizada, la cual se grabó en formato video además, se recogieron los datos siguientes: edad, sexo, años de experiencia profesional, y ámbito de trabajo. Las grabaciones y los datos se guabo hasta la publicación del trabajo y luego fueron destruidos.

¿Cómo se tratarán mis datos y cómo se preservará la confidencialidad?

Todos sus datos fueron confidenciales, debe saber que la investigadora estuvo sometida al deber de secreto profesional. Los datos recogidos tienen la única y exclusiva finalidad de llevar a cabo la investigación descrita en este documento.

También tuvo acceso algún miembro designado del Comité de Ética de Investigación que supervisa el estudio, si así lo solicitaron. Estos controles se realizaron para garantizar el cumplimiento de los derechos de los participantes en la investigación.

Para garantizar el anonimato, los datos recogidos para el estudio estuvieron identificados mediante un código de tal forma que la información estuvo desligada de usted por medio del código mencionado, siendo la investigadora la única conocedora del vínculo entre usted y el código asignado.

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD) y el Reglamento Europeo 2016/679 de protección de datos de carácter personal (RGPD), usted puede ejercer los derechos de:

- Acceso. Pedir información sobre sus datos recogidos en la base de datos.
- Rectificación de los datos personales inexactos que le conciernen.
- Supresión. Cuando los datos personales ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos, cuando se retire el consentimiento, cuando se ejercite el derecho a oposición y cuando los datos hayan sido tratados ilícitamente.
- Limitación del tratamiento por medio del marcado de los datos conservados con el fin de limitar un tratamiento futuro.
- Portabilidad. Recibir los datos facilitados para el estudio en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica y transmitirlos a otro responsable de tratamiento
- Oposición al tratamiento de los datos, en cualquier momento de acuerdo con la situación particular del interesado

El responsable del tratamiento y de la custodia de los ficheros generados en el tratamiento de los datos recogidos es la investigadora del estudio ante la que se podrán ejercer los derechos anteriormente señalados.

¿Me puedo retirar del estudio?

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, así como la posibilidad de retirarse del mismo en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

¿Quién supervisa el estudio?

El Comité de Ética del hospital donde se realizó el estudio, compuesto por la directiva, así como la presente hoja de información y el formulario de consentimiento informado, y ha dado su visto bueno al mismo.

¿Con quién puedo contactar en caso de duda?

Si tiene alguna duda o si desea más información sobre la investigación, no dude en ponerse en contacto con la investigadora principal:

Licda. Loraine Crispin Rubert

E-mail: loraine.crispin@edu.uah.es

Anexo III. Consentimiento informado (CI)**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Vivencia del personal médico del Hospital Jaime Oliver Pino al inicio de la pandemia COVID-19 en San Pedro de Macorís, (República Dominicana).

INVESTIGADORES IMPLICADOS: Loraine Crispín Rubert

CENTRO: Universidad de Alcalá

Yo, Don / Doña:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con la Licda. Loraine Crispín Rubert

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la Hoja de información.

Firma del participante _____ Firma del investigador: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Anexo IV. Aprobación comité de ética



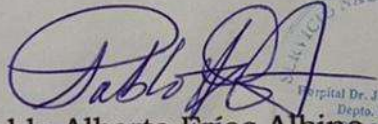
Tels. 809-529-3282/ 809-529-3353/ 809-246-0207.-
Av. Freddy Prestol Castillo #5, Bo. Kennedy, S.P.M.

Certificación

Por este medio, se hace constar que ha sido aprobado satisfactoriamente, para realizar en este hospital Dr. Jaime Oliver Pino, trabajo final de Master con el tema: Intoxicación y Experiencia Comunicativa del Personal Médico con Personas Diagnosticados de COVID-19.

Se expide esta certificación a solicitud de la parte interesada a los 05 días del mes de Enero del 2022, en la ciudad de San Pedro de Macorís, R. D.

Atentamente,


Dr. Pablo Alberto Frías Albino
Director Médico



Anexo V. Resultados agrupados por familias de códigos y categorías

FAMILIAS DE CÓDIGOS	
REESTRUCTURACIÓN DEL HOSPITAL	CATEGORÍA
<ul style="list-style-type: none"> -Remodelación positiva del hospital -Evoluciones mejoras del hospital -Oportunidades de mejora al hospital Favoreció COVID-19 al hospital -Confort área de paciente -Adecuación áreas -Acción de mejora -Emergencia nueva -Integración de cuidado intensivo -Conformar área de triage respiratorio - Ampliar nº camas -Adecuación departamento diálisis -Emergencia transitoria -Refuerzo área emergencia Habilitación de áreas 	<p>REESTRUCTURACIÓN HOSPITAL</p>
AYUDAS SOLIDARIAS	
<ul style="list-style-type: none"> -Donaciones de instituciones -Refuerzo económico -Apoyo económico al hospital -Donaciones de equipamiento -Aporte de ventiladores 	
CAMBIOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS	CATEGORÍA
<ul style="list-style-type: none"> -Ampliación personal -Reajuste horario -Cambios departamentales -Obstinación recurso humano 	

<ul style="list-style-type: none"> -Disminución personal -Formación personal -Abandono personal -Sobre carga personal -Contrataciones médicos -Desgaste laboral - Agotamiento laboral -Mucho aprendizaje - Contagio 30% personal 	<p>TRANSFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS</p>
<p>TOMA DE DECISIONES</p>	<p>CATEGORÍA</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Utilización recurso hospital - Reuniones ejecutivas -Exoneración de traslado paciente -Cambios departamentales -Soluciones imprevista -Reporte estadístico hospital - Confidencialidad clínica -Soluciones efectivas -Compra de medicamentos 	<p>GESTIÓN HOSPITALARIA</p>
<p>PROTOCOLOS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> -Historial y registro clínico -Epidemiología de altas laborales. -Epidemiología- vacunas -Servicio nacional trazaban líneas -Protocolos internacionales -Primera fase vacuna médicos -Contagio- aislamiento 14 días -Orientaciones pacientes -Soporte de farmacia -Seguimiento paciente ambulatorio -Protocolos adultos mayores y embarazadas -Protección área embarazadas -Cierre algunas áreas -Desinsectación áreas 	

<ul style="list-style-type: none"> -Medidas de bioseguridad -Orientaciones-pacientes - Seguimiento paciente -Variación de bioseguridad 	
NECESIDAD DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	CATEGORÍAS
<ul style="list-style-type: none"> -Necesidad de información -Necesidad de utilización Tablet -No visita allegados - Tergiversación de datos -Mayor daño noticias falsas -Información diferente -Transformación de evidencias - Diversidad de datos 	COMUNICACIÓN PACIENTE-FAMILIA
DESCONFIANZA DE VACUNAS	
<ul style="list-style-type: none"> -Tabúes y mitos vacunas - Falta de conocimiento tratamiento -Al inicio no había disponibilidad de pruebas -Variación fármacos -Tratamientos empíricos -Duda tratamiento 	
Agrupación de códigos	CATEGORÍA
<ul style="list-style-type: none"> -No nos imaginábamos la magnitud problema -No saber cómo enfrentarse -Situación impactante de personal -Vivencia única -Situaciones complejas -Deficiencia sanitaria -Pacientes atendidos 1,500 -Impacto positivo-negativo -Hospital sufrió -Déficit sanitario -Muchas dificultades 	

<ul style="list-style-type: none"> -Inseguridad de estrategias -Referir pacientes -Consulta diaria 200 -Fallecimiento inesperado -Internamiento 45 personas diarias -Complicaciones de situación -Servicios complejos -Situación caótica -Momento impactante para el personal 	MAGNITUD DEL PROBLEMA
<p style="text-align: center;">DIFICULTADES DEL HOSPITAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deficiencia de insumo -Hospital segundo nivel -Un solo ascensor -Incremento pacientes graves -No dábamos basto -Faltaban médicos -Dificultad respiratoria paciente -No había oxígeno central - Escasez de insumo -No había ventiladores -Traslado de pacientes 	
ASISTENCIA PSICOLOGICA	CATEGORÍA
<ul style="list-style-type: none"> -Asistencia psicóloga pacientes-familiares -Apoyo fundamental de psicología -Apoyo psicología paciente- familiar -Motivación personal medico -Soporte salud Mental -Motivación paciente-familiar -Motivación personal medico -Mensaje de aliento-familia-pacientes. 	ASISTENCIA PSICOLOGICA Y DE SALUD MENTAL

MIEDO Y ANGUSTIA	
-Miedo profesionales	
-Miedo al contagio	
-Preocupación	
-Angustias	
-Incertidumbre	
-Contagio de familiares	
-Rechazo familiares a médicos	
-Desconsuelo familiares	

Anexo VI: Autorización para la inclusión en Archivos Abierto

TRABAJO FIN DE MÁSTER

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA INCLUSIÓN DEL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER EN EL ARCHIVO ABIERTO INSTITUCIONAL E-BUAH DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ.

TÍTULO DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER: Vivencia al inicio de la pandemia covid-19 en el hospital Jaime Oliver Pino a través de la perspectiva de un gestor sanitario.

1.-ESTUDIANTE (AUTOR/A)

APELLIDOS Y NOMBRE: Loraine Crispin Rubert	DNI: RD4672054
TITULACIÓN DE ACCESO AL ESTUDIO:	
Mister Universitario en Investigación en Ciencias Sociosanitarias	

2.- DIRECTOR/A DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER:

APELLIDOS Y NOMBRE: Rubén Mirón González y Purificación González Villanueva	DNI: 48333724Y, 35279065D
DEPARTAMENTO o INSTITUCIÓN: Departamento de Enfermería y Fisioterapia	

Los abajo firmantes

- AUTORIZAN
 NO AUTORIZAN

NO AUTORIZAN DURANTE UN PERÍODO DE:

- 6 MESES
 12 MESES
 18 MESES
 24 MESES

El depósito y puesta a disposición del Trabajo Fin de Máster en el Repositorio Institucional de la Universidad, e-BUAH, de acceso libre y gratuito a través de Internet, y otorgando las condiciones de uso de la licencia Creative Commons *reconocimiento-uso no comercial-sin obra derivada*.

Más información en:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.es>
http://www.uah.es/biblioteca/e_buah/ebuah.html

Firmado: El autor Loraine Crispin R.	Firmado: El director del Trabajo Fin de Máster MIRON GONZALEZ RUBEN - 48333724Y Firmado: digitalmente por MIRON GONZALEZ RUBEN - 48333724Y Fecha: 2022.07.13 09:41:03 +02'00'	GONZALEZ VILLANUEVA PURIFICACION -35279065D Firmado digitalmente por: GONZALEZ VILLANUEVA PURIFICACION Fecha: 2022.07.13 11:14:11 +02'00'
---	---	---