

# The COVID-19 HEalth caRe wOrkERs Study (HEROES)

## INFORME REGIONAL DE LAS AMÉRICAS





# The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)

## INFORME REGIONAL DE LAS AMÉRICAS

WASHINGTON, D.C., 2022

The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas

OPS/NMH/MH/COVID-19/22-0001

© **Organización Panamericana de la Salud, 2022**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice

Agradecimientos	iv
Resumen	v
Introducción	1
1. Gobernanza y liderazgo del estudio	3
2. Países e instituciones participantes	5
3. Metodología del estudio	6
<b>Participantes</b>	6
<b>Reclutamiento</b>	7
<b>VARIABLES Y ENCUESTA</b>	7
<b>Análisis de datos</b>	9
4. Resultados	11
Perfil sociodemográfico de los participantes por país	11
Salud mental de los equipos de salud	15
Factores asociados a la salud mental de los equipos de salud	18
El rol de los contextos: ejemplos de países en el estudio	21
<b>Chile</b>	21
<b>Colombia</b>	23
<b>Guatemala</b>	24
<b>México</b>	25
Conclusiones, recomendaciones y futuros pasos	27
Conclusiones	27
Recomendaciones	29
Próximos pasos	30
Mensajes clave	31
Referencias	32
Anexo 1. Investigadores y colaboradores del estudio	
<i>The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)</i> en la Región de las Américas	36

## Agradecimientos

Se agradece a todos los profesionales que participaron en la elaboración de este documento, incluida toda la red de investigadores del estudio *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study* (HEROES) en los países implicados. En particular, queremos agradecer a Ezra Susser, Ruben Alvarado y Franco Mascayano por la coordinación general y a Gonzalo Cuadra-Malinarich, Tamara Tapia-Muñoz, Alexandra Restrepo, Rodrigo Goycolea, Nilton Edu Montoya Gomez y Sebastian Mejia por analizar los datos y redactar el documento. Renato Oliveira e Souza, Carmen Martínez Viciano, Matías Irarrázabal y Leticia Silvela, de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS participaron en la conceptualización, seguimiento y revisión.

# Resumen

La colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el equipo del estudio *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study* (HEROES) (1) se estableció durante el año 2020 con el objetivo de analizar el estado de la salud mental de los equipos de salud que han realizado su trabajo durante la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. Dicha colaboración se formalizó mediante un convenio institucional entre la Universidad de Chile, la Universidad de Columbia y la OPS.

A través de esta colaboración, se han llevado a cabo diversas iniciativas (como webinarios y seminarios) en las que los representantes del estudio han informado de resultados preliminares, discutido la experiencia en el desarrollo de esta red de salud global impulsada por países en el hemisferio sur y sugerido potenciales abordajes para mejorar la salud mental del personal de salud, tan fuertemente impactado por la pandemia de COVID-19.

El presente informe revisa los datos recabados en la encuesta basal del estudio para los países de la Región de las Américas. En él se cubren once países de la Región de las Américas: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay y en él se se abordan los siguientes aspectos:

- Descripción del funcionamiento de la red y del estudio HEROES.
- Descripción del personal de salud y de sus niveles de malestar psicológico, síntomas depresivos e ideación suicida.
- Presentación de ejemplos de países de la Región que permiten comprender el rol de los contextos.
- Descripción de las relaciones entre malestar psicológico y síntomas depresivos y los factores individuales, laborales y sociales del equipo de salud.
- Sugereencias para el abordaje de la salud mental del personal de salud de la Región.

Los resultados obtenidos destacan que la mayoría de los participantes en el estudio fueron mujeres. Además, entre 14,7% y 22,0% del personal de salud presentó síntomas que permiten sospechar un episodio depresivo y la proporción de participantes en riesgo de sufrir un episodio depresivo grave varió entre 3% en la República Bolivariana de Venezuela y 15% en Chile. Al mismo tiempo, entre 5% y 15% del personal de salud afirmó presentar ideación suicida. En los países representados de la Región, recibieron atención psicológica menos de un tercio de quienes dijeron necesitarla (entre 11% y 25%) (2).

Entre los factores de riesgo más importantes se encontraron la necesidad de apoyo emocional y económico, sentir preocupación por contagiar a los familiares, los conflictos con los familiares de las personas contagiadas y los cambios en las funciones laborales habituales. Los factores protectores más importantes fueron confiar en que la institución de salud y el gobierno podrían manejar la pandemia, tener hijos menores de 18 años, contar con el apoyo de los compañeros de trabajo y considerarse una persona espiritual o religiosa.

Algunas de las recomendaciones formuladas a partir de los resultados obtenidos son la necesidad de contar con políticas de gobierno específicas para la salud mental de la población (y en particular del personal de salud), así como priorizar un enfoque de género para el manejo de las enfermedades laborales. Por su parte, el apoyo para los equipos de salud que cumplen el rol de cuidador se plantean como un eje fundamental para proteger al personal de salud. Además, es necesario detectar de forma temprana el malestar psicológico, los síntomas de ansiedad y depresivos, o cualquier otro problema de salud mental, así como prestar apoyo e intervenir dentro y fuera de los espacios laborales que sean específicos para los equipos de salud. En la actualidad, persisten brechas de acceso que, considerando la existencia de un grupo del personal de salud con síntomas de depresión severos e ideación suicida, es urgente reducir no solo mediante la disponibilidad de servicios de salud mental para este grupo, sino actuando sobre las barreras de acceso efectivo a estos cuidados.

Finalmente, el manejo de la pandemia, así como de cualquier crisis sanitaria, debe basarse en la evidencia y el acompañamiento continuo de expertos. La confianza en la organización en la que se trabaja, así como en la capacidad de los gobiernos de hacer frente a una situación de crisis, es esencial para abordar la sobrecarga de los equipos de la salud y proteger en consecuencia su salud mental.

# Introducción

Antes de que transcurriese un año desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia de la enfermedad por el coronavirus (COVID-19), se había puesto énfasis en que es esencial **cuidar a quienes nos cuidan** durante una crisis sanitaria global (3, 4). Para entonces, ya existía evidencia relacionada con enfermedades infecciosas previas (como el brote de SARS en 2002). Dicho brote constituyó una seria amenaza a la salud pública global, dado el impacto sustantivo que tuvo sobre la salud mental de los equipos de salud (5). En los primeros meses de la pandemia por COVID-19 se fue evidenciando el desgaste del personal de salud, en especial en las regiones del mundo golpeadas más duramente por la rápida propagación del contagio y la gravedad de los casos. En los países en los que se hizo evidente un colapso de los sistemas de salud, este personal sufrió jornadas extenuantes y dilemas éticos, tal como ilustran algunos estudios transversales con datos de carácter nacional (6, 7).

Otro aspecto que cobró relevancia en el debate fueron las repercusiones de la pandemia sobre los sistemas de salud. Se denominó “deuda sanitaria” a la postergación de prestaciones producto de la necesidad de enfocarse en el control de la pandemia (8). La salud mental de los equipos de salud se ha considerado parte de esta deuda sanitaria y requiere intervenciones oportunas que permitan proteger la salud mental de la población (9). Dichas intervenciones son impostergables, más aún si se toma en cuenta que, según los análisis de los datos de emergencias sanitarias previas, el riesgo de padecer síntomas y trastornos psiquiátricos podría persistir elevado en dicho subgrupo de la población hasta más de dos años después de su inicio (10).

Para aproximarse a comprender y actuar para proteger la salud mental del personal de salud, es importante conocer los diversos factores que influyen en ella en múltiples niveles. Pueden identificarse variables a nivel individual que han mostrado constituirse como factores de riesgo y protectores (11), así como elementos de carácter contextual, como el estigma y la discriminación a la que se ha visto expuesto el personal de salud, y que se ha asociado a una mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos y a presentar ideas de muerte (12). Además, encontramos factores relativos a la respuesta de los países y sus sistemas de salud a la emergencia sanitaria, con particular énfasis en si desarrollaron medidas dirigidas específicamente a proteger la salud mental del personal de salud. Es clave en este sentido, la relevancia de los aspectos sociales y organizacionales de la labor asistencial ante los problemas de salud mental (13).

Existe una amplia variedad de factores que afectan a la salud mental del personal de salud, y sus repercusiones también son múltiples. Algunos datos iniciales procedentes de estudios transversales realizados en la Región muestran que una elevada proporción del personal de salud presenta problemas de salud mental. Por ejemplo, un estudio transversal realizado en Chile en el 2020 concluyó que 65% del personal de salud presentaba síntomas depresivos, 74%, síntomas ansiosos y 65%, insomnio (14). Otro estudio transversal realizado en México muestra que 44,3% del personal de la salud padece insomnio, 31,2 %, síntomas depresivos, y 29,4%, síntomas compatibles con un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (15, 16).

La situación epidemiológica ha ido cambiando en varios países de la Región, pero es probable que, entre las repercusiones de la pandemia, la salud mental de los equipos de salud siga constituyendo uno de los desafíos sanitarios más relevantes durante el 2022. Sobre la base de los resultados del estudio HEROES<sup>1</sup>, un estudio internacional prospectivo en el que participan 26 países de distintas regiones del mundo, el presente informe ofrece un panorama de la salud mental del personal de salud en la Región de las Américas, que incluye resultados para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay.

En el estudio HEROES destacan varios aspectos. Uno de ellos es que incorpora a una gran diversidad de países, tanto a nivel global como de la Región, con distintos niveles de ingreso, de diferentes subregiones en las que se hablan diferentes idiomas y con sistemas de salud diversos, entre otras características contextuales. Otro aspecto distintivo del proyecto es que incluye el estudio de todos los tipos de trabajadores sanitarios que cumplen diferentes funciones en los sistemas de salud. Por ejemplo, se incluye a profesionales de la atención primaria de salud, los servicios de urgencias, los hospitales, las áreas de gestión y de apoyo, así como de otras instituciones del sistema de salud. Del mismo modo, se incluye al personal técnico, administrativo y de distintas profesiones y especialidades. Por último, cabe resaltar que aborda distintas dimensiones de los factores de riesgo y las experiencias del personal de salud durante la pandemia, desde aspectos relacionados con el lugar de trabajo, pasando por experiencias en la comunidad, hasta el rol que puede cumplir el abordaje de los gobiernos en el manejo de la pandemia y las políticas específicas de salud mental.

En este informe se describe la situación de salud mental del personal de salud de las Américas a partir de la primera medición de los resultados del estudio HEROES, que constituyen una línea de base sobre la que se podrá evaluar su evolución, discutiendo las prácticas y las políticas que hay que seguir para enfrentar el desafío sanitario que esto implica. En las primeras secciones del documento se describen la gobernanza del estudio, los países e instituciones participantes, y la metodología que se ha seguido. A continuación, se presentan algunos resultados para la Región, tanto de carácter general como explorando factores de riesgo relevantes, y se profundiza en los casos de algunos países en los que, a partir de sus contextos específicos, se comprenden las variables que entran en juego en medio de esta crisis sanitaria. Por último, se recoge la experiencia de las iniciativas surgidas a raíz de HEROES, orientadas a diseñar intervenciones que protejan la salud mental, y se concluye con algunas recomendaciones que surgen a partir de los resultados e iniciativas desarrollados por el proyecto.

---

<sup>1</sup> Desde el inicio del estudio hasta la fecha, el equipo global y algunos países de la Región han reflexionado sobre la pertinencia de la sigla. Utilizar el concepto de "heroísmo" podría reforzar una mirada sobre el personal de salud que suponga ciertas expectativas de entrega abnegada a su labor y gran resiliencia, podría restar relevancia a la necesidad de que cuenten con condiciones óptimas para realizar su trabajo lo que se constituye como un obstáculo para relevar la gran exposición a situaciones de riesgo para su salud mental. Aun así, se ha mantenido la sigla a lo largo del texto dado que es el nombre oficial del estudio.

# 1. Gobernanza y liderazgo del estudio



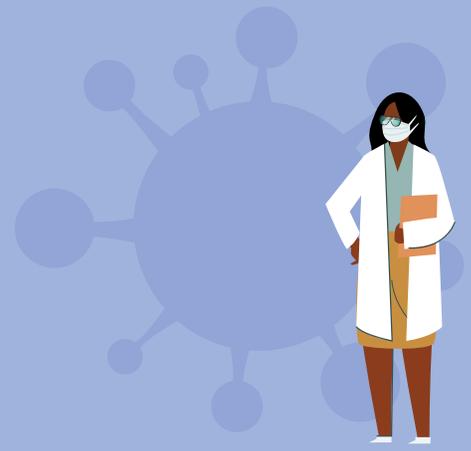
El estudio HEROES es un estudio multicéntrico de cohorte prospectivo destinado a evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de los servicios de salud en 26 países de cuatro continentes. HEROES utiliza un diseño de estudio y un plan de análisis de datos uniforme, y en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), abarca una amplia variedad de instituciones académicas en 18 países de ingresos bajos y medianos y 8 países de ingresos altos. El estudio está codirigido por dos investigadores principales (Ezra Susser, de la Mailman School of Public Health de Columbia University y Rubén Alvarado, de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile). El Comité Directivo está compuesto por cinco personas, los dos investigadores principales ya mencionados y tres investigadores jóvenes, Franco Mascayano, Els van der Ven y María Francesca Moro.

El estudio lo concibió originalmente el equipo de Chile y rápidamente se sumó el de la Columbia University con estudiantes del programa de doctorado en epidemiología, lo que permitió construir una extensa red de colaboradores jóvenes, guiados por los dos investigadores principales. Una característica distintiva de este trabajo es el rol protagónico que progresivamente fueron asumiendo los colaboradores jóvenes que sostienen el estudio hasta la fecha, muchos de los cuales son originarios de países de ingresos bajos y medianos o viven en ellos. Por su parte, el Comité Directivo asume la responsabilidad de tomar e implementar decisiones que sean relevantes en todos los sitios. También desarrolla e implementa políticas generales con respecto al trabajo de campo, el análisis de datos, las publicaciones y otros procedimientos de investigación, y supervisa el financiamiento y la difusión con relación a todos los sitios.

El enfoque de gestión general para el estudio es un modelo basado en el consenso de decisiones compartidas. Las decisiones usuales sobre cuestiones prácticas se toman por consenso entre los miembros del Comité Directivo. Las decisiones de política son discutidas y resueltas por los miembros del Comité Directivo y otros miembros de HEROES, según sea necesario. En caso de que no se pueda obtener el consenso, las decisiones se toman por mayoría de votos de los miembros del Comité Directivo. Además, existen los grupos de trabajo denominados “núcleos”, cuyo objetivo es abordar diversas cuestiones metodológicas y administrativas. Por ejemplo, uno de los núcleos se centra en proponer variables relevantes para todo el estudio, como síntomas (por ejemplo, trastornos de estrés postraumático), aspectos sociales (como justicia social), lugar de trabajo (equipo de protección personal) y otras variables, y de incluirlas en el cuestionario de HEROES.

El enfoque de equipo se basa en principios de liderazgo cooperativo y aprendizaje mutuo, que ha contribuido a crear una relación verdaderamente colaborativa y amistosa entre investigadores del sur (África, América Latina y Asia) y del norte (Estados Unidos de América y Europa). Por ejemplo, la mayoría de los materiales de investigación (encuestas en internet, protocolos de estudio) se han diseñado, traducido y adaptado casi simultáneamente en todos los países participantes y en estrecha colaboración entre los equipos de los países de ingresos bajos y medianos y de los de altos ingresos. Dada la composición original de la red que enmarca el estudio, principalmente de investigadores jóvenes, se han establecido relaciones horizontales entre sus miembros, lo que habría sido difícil conseguir en un proyecto multicéntrico de investigación más tradicional. Este arreglo inusual, pero muy valioso, contribuye a reinventar las colaboraciones sur-norte y a transformar las estructuras y prácticas de poder habituales en la salud mental global. Es importante destacar que se dispuso de supervisión experta según fue necesario, es decir, que los puntos fuertes de este enfoque no supusieron sacrificar el rigor metodológico del estudio.

## 2. Países e instituciones participantes



El estudio HEROES se lleva a cabo en 26 países de los cinco continentes. Sin embargo, por interés de la OPS, este estudio se concentra en 11 países de la Región de las Américas. Para desarrollar el presente informe en la Región, la Universidad de Chile, la Columbia University y la OPS establecieron un convenio formal de colaboración. No obstante, académicos e investigadores de decenas de instituciones participan también en él (véanse los detalles en el anexo 1). A continuación, se señalan las instituciones participantes por país.

- **Argentina:** Universidad de Chubut y Universidad Nacional de Lanús.
- **Brasil:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade de São Paulo.
- **Chile:** Universidad de Chile, Universidad Central de Chile, Universidad de O'Higgins, Colegio Médico de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Servicio de Salud de Reloncaví, Corporación Municipal de Renca y Ministerio de Salud de Chile.
- **Colombia:** Universidad de Antioquia, Pontificia Universidad Javeriana y Mailman School of Public Health de Columbia University.
- **Ecuador:** Ministerio de Salud Pública.
- **Estado Plurinacional de Bolivia:** Salud Global Bolivia.
- **Guatemala:** Universidad de Harvard, Universidad de San Carlos, Tulane University, USA. Asociación Guatemalteca de Psicología, Asociación de Nutricionistas, Unidad de Cirugía Cardiovascular, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala, Colegio Estomatológico de Guatemala y Escuela Nacional de Enfermería de Guatemala.
- **México:** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Jalisciense de Salud Mental, Universidad de Oxford, Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud de Sonora, Centro de Investigación en Ciencias de la Salud de la Secretaría de la Defensa Nacional, Dirección de Salud Mental y Adicciones del Estado de Chiapas y Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- **Perú:** Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- **Puerto Rico:** Ponce Health Sciences University.
- **República Bolivariana de Venezuela:** Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón.
- **Uruguay:** Universidad República.

# 3. Metodología del estudio



Los datos del presente informe corresponden a los resultados de la primera medición del estudio HEROES llevado a cabo con el objetivo de generar la línea de base para una cohorte prospectiva con personal de salud en los países participantes. El estudio considera evaluaciones de seguimiento realizadas aproximadamente a los 6, 12 y 24 meses, desde el inicio del estudio o línea de base. Al 27 de septiembre del 2021, la red de colaboración que aloja el estudio cuenta con 26 países, de los que 21 han realizado al menos una recolección de datos. En la Región de las Américas, estos son Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay.

## PARTICIPANTES

Como puede observarse en el cuadro 1, 11 países de la Región de las Américas contribuyeron con datos para elaborar este informe. De ellos, nueve (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú y la República Bolivariana de Venezuela) recolectaron información en la primera medición del estudio considerado de pilotaje, mientras que dos de ellos (Puerto Rico y Uruguay) construyeron su línea base utilizando el cuestionario elaborado para la segunda evaluación, el que fue armonizado para efectos de este reporte. Los participantes son trabajadores de la salud a partir de 18 años con los que se contactó a través de centros previamente seleccionados para el estudio. En los 11 países que comunican sus resultados en el presente informe se obtuvo información de profesionales de la medicina y la enfermería, así como personal técnico de enfermería, otros profesionales médicos, personal de administración y gestión, personal auxiliar y otro tipo de trabajadores como personal de limpieza, alimentación y transporte. No obstante, dado el alto número de profesiones incluidas y la baja proporción de personal no profesional hicieron que no fuera posible informar del detalle en este informe. La cantidad de participantes varió entre los países de la Región, con un tamaño de muestra que osciló desde 167 trabajadores en el Estado Plurinacional de Bolivia hasta 2.584 en México, y nueve países con más de 500 observaciones (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay).

## RECLUTAMIENTO

El reclutamiento de los participantes en el estudio se realizó mayoritariamente en tres etapas. En la primera, los países vinculados al estudio identificaron los centros de salud con un número alto de equipos de salud de diverso tipo, así como registros nacionales u otras organizaciones que pudieran proveer información para contactar con los trabajadores (cuadro 1). En la segunda etapa, se invitó al personal de salud de los centros seleccionados a través de diferentes formas de contacto (correo electrónico, mensajes telefónicos, invitación desde sus jefaturas, entre otros). Finalmente, en los casos de Argentina, Chile, México y Puerto Rico se extendió la invitación a todos los trabajadores del país utilizando plataformas digitales y redes sociales, y además se empleó una estrategia de muestreo por bola de nieve. El objetivo de las primeras dos etapas fue controlar el total de participantes con los que se contactó para algunas localidades en los países, mientras que en la tercera etapa se trató de ampliar el tamaño de la muestra y la participación de grupos específicos de trabajadores. Como puede observarse en el cuadro 1, los países recogieron información en diferentes fechas, lo que corresponde a las diferentes etapas de la pandemia de COVID-19.

## VARIABLES Y ENCUESTA

Con el objetivo de evaluar la salud mental del equipo de salud y sus factores asociados, los participantes en el estudio respondieron una encuesta en línea desarrollada a partir de instrumentos estandarizados para evaluar problemas de salud mental. La encuesta se ha traducido a varios idiomas, entre ellos, el español, el inglés, el portugués, el italiano y el macedonio, está alojada en una plataforma administrada por la Unidad de Tecnologías de la Información para la Educación (UTIE), de la Escuela de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

El cuestionario en línea es autoadministrado y el tiempo promedio para completarlo es de 15 a 20 minutos. El cuestionario completo contiene los instrumentos estandarizados *Primary Care PTSD Screen for DSM-5* (PC-PTSD-5) (17), la *Escala Breve de Resiliencia* (BRS, por su sigla en inglés) (18), el *Cuestionario de Salud General* (GHQ-12, por su sigla en inglés) (19), el *Cuestionario de Salud del Paciente* (PHQ-9) (20) y la *Escala de Columbia* para evaluar el riesgo de suicidio (C-SSRS, por su sigla en inglés) (21), así como una serie de ítems sobre aspectos individuales, laborales, familiares y sociales relacionados con la pandemia de COVID-19.

**Cuadro 1.** Proceso de reclutamiento en el estudio HEROES por países participantes de América Latina

Forma de contacto	País	Tamaño de la muestra	Esquema de reclutamiento
Registros de datos	<b>Uruguay</b>	2.576	Los participantes provienen de un registro nacional manejado por el Ministerio de Salud.
	<b>Venezuela (República Bolivariana de)</b>	1.038	Los participantes provienen de tres registros nacionales manejados por el Ministerio de Salud.
	<b>Perú</b>	998	Los participantes provienen de un registro manejado por el Ministerio de Salud que contiene información para profesionales de Callao y Lima.
Centros de salud	<b>Argentina</b>	833	Se localizó a los participantes a través de múltiples recursos, como redes sociales, mensajes de texto y muestreo de bola de nieve. Los participantes son personal clínico y no clínico en las regiones de Buenos Aires, Corrientes, Chubut, Mendoza y Río Negro.
	<b>Bolivia (Estado Plurinacional de)</b>	167	Se localizó a los participantes a través de 12 centros de salud.
	<b>Brasil</b>	1.864	Se localizó a los participantes por contacto con centros de salud de Pernambuco, Río de Janeiro, Río Grande do Sul y Sao Paulo.
	<b>Chile</b>	1.934	Se contactó a los participantes a través de 16 centros de salud públicos y privados con representación de dos niveles de atención de la red de salud (atención primaria y hospitales). La tercera etapa de reclutamiento fue mediante redes sociales y muestreo de bola de nieve.
	<b>Colombia</b>	767	Se reclutó a los participantes a través de 42 centros de salud públicos y privados de Bogotá ( $n = 18$ ), Medellín ( $n = 12$ ) y Cali ( $n = 12$ ).
	<b>Puerto Rico</b>	219	Se reclutó a los participantes a través de 12 centros de salud federales y se contactó a otros a través de redes sociales.
	Otras organizaciones	<b>Guatemala</b>	1.522
<b>México</b>		2.584	Se contactó a los trabajadores a través de personas clave en instituciones de salud, principalmente en los estados de Chiapas y Jalisco.

En el presente estudio se utilizan como variables de interés:

**Malestar psicológico<sup>2</sup>:** la GHQ-12 es una escala autoadministrada para la detección de morbilidad por trastornos psiquiátricos menores. El cuestionario considera ítems positivos y negativos. Para los positivos, la escala de respuesta considera 0 “Mejor de lo habitual”, 1 “Igual que lo habitual”, 2 “Peor que lo habitual” y 3 “Mucho peor de lo habitual”. En cambio, para los ítems negativos, las cuatro opciones son 0 “Nada en absoluto”, 1 “Menos de lo habitual”, 2 “Igual que de costumbre” y 3 “Más de lo habitual”.

**Síntomas depresivos:** el PHQ-9 es una versión autoadministrada de nueve elementos del módulo de depresión de la Evaluación de Trastornos Mentales en Atención Primaria (PRIME-MD), que se basa en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) para la depresión mayor. Los participantes deben responder si han presentado algunos síntomas durante las dos semanas anteriores. Las opciones de respuesta son “para nada” (0), “menos de una semana” (1), “una semana o más” (2) y “casi todos los días” (3).

**Pensamientos suicidas:** los participantes respondieron sí o no a la pregunta “durante las últimas dos semanas ¿ha pensado en suicidarse?”.

Además, se seleccionaron factores de riesgo y protectores asociados a las tres variables principales. El [cuadro 2](#) muestra dichos factores categorizados por nivel de análisis (individual, familiar, laboral, sociales). Los análisis de asociación presentados en la sección de resultados por medio de mapas de calor fueron realizados utilizando los mismos niveles de análisis.

## ANÁLISIS DE DATOS

Se llevaron a cabo análisis descriptivos y de asociación entre factores protectores y de riesgo para la salud mental de los equipos de salud y las variables principales de salud mental, a saber, malestar psicológico, depresión e ideación suicida. Los resultados se presentan utilizando: 1) figuras para la caracterización de los participantes de los 11 países estudiados para este trabajo; 2) mapas geográficos para la distribución de las variables principales por país, y 3) mapas de calor para la relación con los factores de riesgo y protectores.

---

<sup>2</sup> A los efectos de este informe, se utiliza el término “malestar psicológico” para referirse al malestar emocional que David Goldberg describió como “distrés psicológico y trastornos mentales comunes” cuando desarrolló su Cuestionario de Salud General (GHQ-12, por su sigla en inglés).

**Cuadro 2.** Variables incluidas en el informe, por categoría de análisis

<b>Categoría de análisis</b>	<b>VARIABLES</b>
<b>Variables socioeconómicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad (menor o igual a 35 años, entre 35 y 50 años, mayores de 50 años).</li><li>• Sexo (hombres, mujeres).</li><li>• Nivel educativo (educación primaria completa o incompleta, educación secundaria completa, educación técnico-universitaria, educación universitaria de pregrado o de posgrado).</li></ul>
<b>Factores de riesgo individuales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Necesitó y recibió apoyo psicológico.</li><li>• Necesitó y recibió asistencia para el cuidado de niños.</li><li>• Necesitó y recibió asistencia para atender a personas con discapacidad.</li><li>• Necesitó y recibió ayuda económica.</li><li>• Religión o espiritualidad.</li><li>• Nivel de resiliencia.</li></ul>
<b>Factores de riesgo familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Miembros del hogar (número total, si vive con personas menores de 18 años, mayores de 65 años o con dependencia).</li><li>• Familiar contagiado de COVID-19.</li><li>• Temor de contagiar a un familiar.</li></ul>
<b>Factores de riesgo laborales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrenamiento, priorizar a los pacientes con COVID-19 grave.</li><li>• Trabajar en una sala de cuidados intensivos.</li><li>• Trabajar con pacientes con COVID-19.</li><li>• Tener que priorizar pacientes.</li><li>• Tener suficientes equipos de protección personal.</li><li>• Tener apoyo de los compañeros de trabajo.</li><li>• Tener confianza en el manejo de la pandemia por parte de la institución.</li></ul>
<b>Factores sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Confianza en las decisiones del gobierno para manejar la pandemia.</li><li>• Haber sido estigmatizado durante la pandemia.</li><li>• Tener problemas con algún familiar de un paciente con COVID-19.</li></ul>

# 4. Resultados



## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PARTICIPANTES POR PAÍS

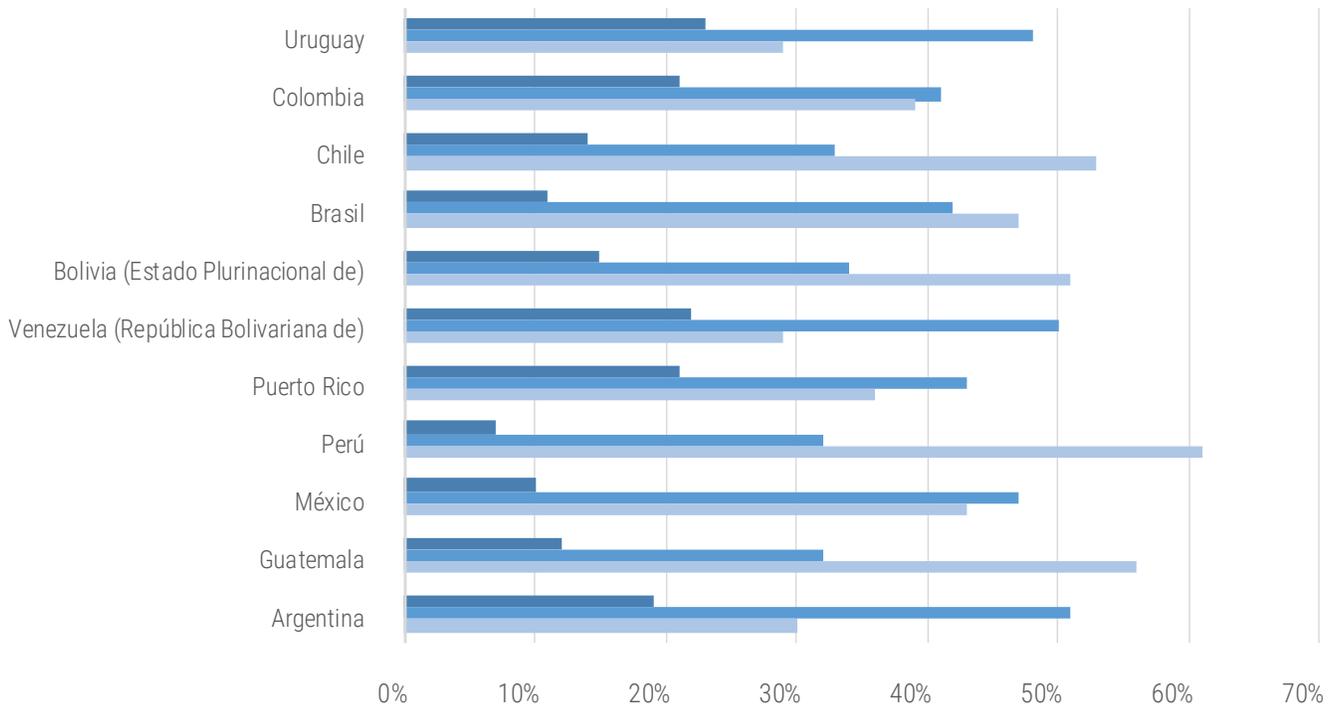
Los trabajadores de la salud del presente informe trabajan en 11 países de la red (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay). En todos ellos fueron mayoritariamente mujeres quienes aceptaron participar en el estudio. No obstante, su proporción varió entre países, con 66% de mujeres en Guatemala u 84% de mujeres en la República Bolivariana de Venezuela.

Respecto de la edad de los participantes, en su mayoría estaba entre 18 y 50 años. La mayoría de los participantes de Argentina, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay tenían entre 35 y 50 años, mientras que Colombia presentó similar proporción de personal de salud menor a 35 años, y de entre 35 y 50 años. Colombia, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay fueron los países con un mayor número participantes mayores de 50 años ([figura 1](#)).

Respecto al nivel educativo del equipo de salud en los países, en su mayoría tenían formación de pregrado y posgrado. No obstante, como parte de los objetivos del estudio, se evaluó la salud mental de un porcentaje del personal de salud no profesional, cuya salud mental también se vio afectada durante la pandemia. Uruguay, Argentina y Brasil fueron los países con más encuestados no profesionales entre sus participantes, que alcanzó 16% en Brasil y 18% en Argentina ([figura 2](#)).

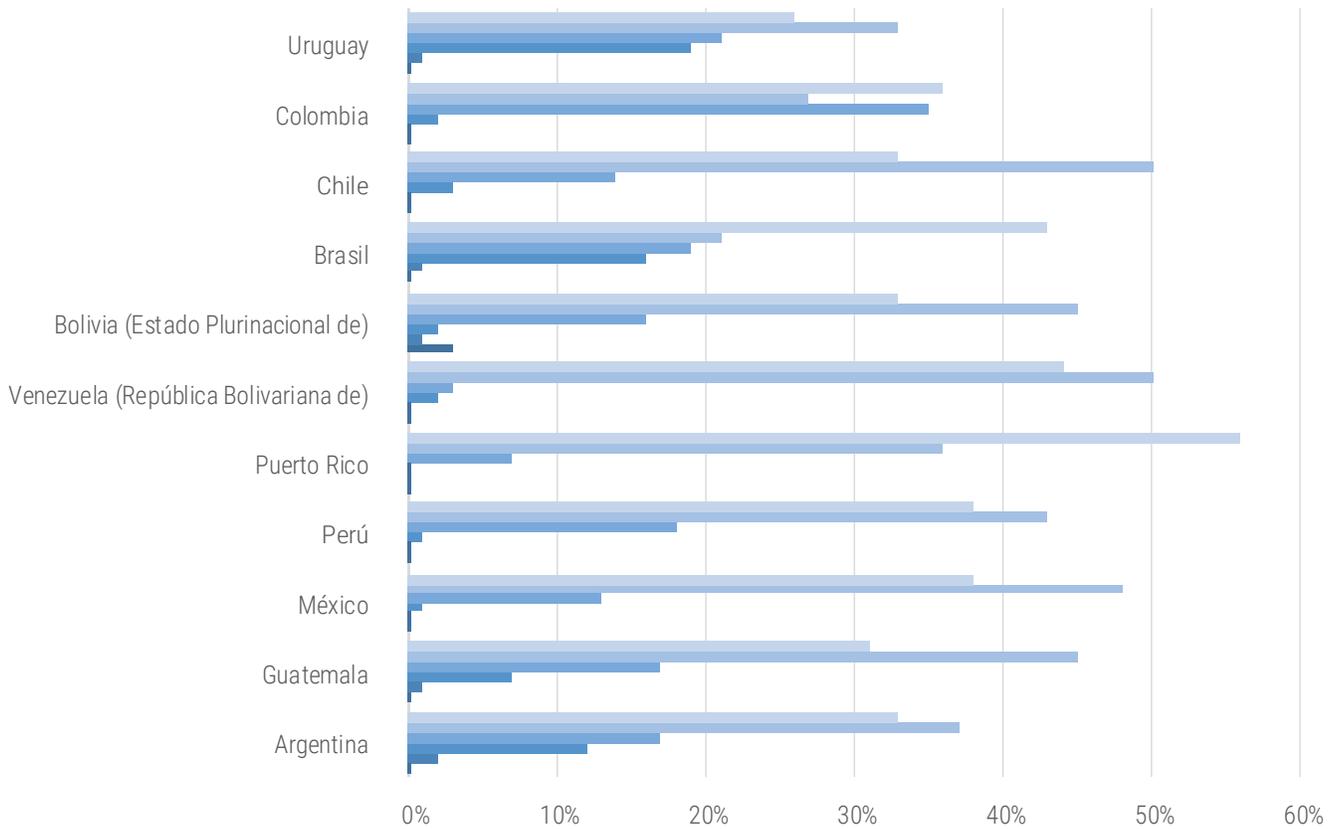
Con respecto a las características de los centros de trabajo de los encuestados ([figura 3](#)), en la mayoría de los países trabajaban en centros del sistema público de salud, porcentaje que alcanzó hasta 95% en el Estado Plurinacional de Bolivia. Por su parte, en Puerto Rico y Uruguay, la mayor cantidad de encuestados trabajaba en centros privados de salud. Únicamente Colombia contó con participantes que trabajaban para centros de salud considerados mixtos.

**Figura 1.** Distribución por edad del personal de salud encuestado, países de América Latina que participaron en el estudio



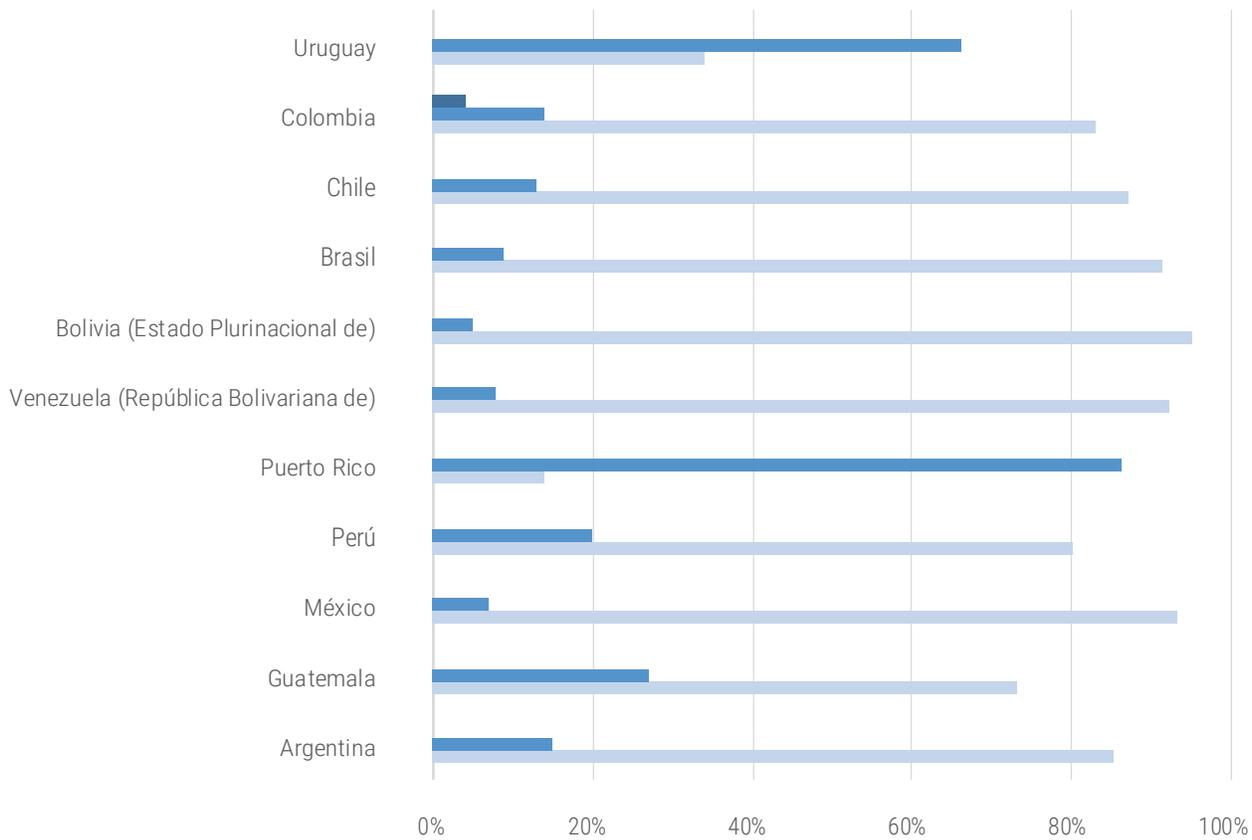
	Argentina	Guatemala	México	Perú	Puerto Rico	Venezuela (República Bolivariana de)	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Brasil	Chile	Colombia	Uruguay
■ Mayor de 50 años	19%	12%	10%	7%	21%	22%	15%	11%	14%	21%	23%
■ De 35 a 50 años	51%	32%	47%	32%	43%	50%	34%	42%	33%	41%	48%
■ Menor o igual a 35 años	30%	56%	43%	61%	36%	29%	51%	47%	53%	39%	29%

**Figura 2.** Nivel educativo del personal de salud encuestado, países de América Latina que participaron en el estudio



	Argentina	Guatemala	México	Perú	Puerto Rico	Venezuela (República Bolivariana de)	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Brasil	Chile	Colombia	Uruguay
Estudios de posgrado	33%	31%	38%	38%	56%	44%	33%	43%	33%	36%	26%
Estudios de pregrado	37%	45%	48%	43%	36%	50%	45%	21%	50%	27%	33%
Estudios técnico-profesionales	17%	17%	13%	18%	7%	3%	16%	19%	14%	35%	21%
Escuela secundaria	12%	7%	1%	1%	0%	2%	2%	16%	3%	2%	19%
Escuela primaria	2%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	1%
Escuela primaria incompleta	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%

**Figura 3.** Distribución del personal de salud encuestado en centros públicos o privados, países de América Latina que participaron en el estudio



	Argentina	Guatemala	México	Perú	Puerto Rico	Venezuela (República Bolivariana de)	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Brasil	Chile	Colombia	Uruguay
Mixto	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%
Privado	15%	27%	7%	20%	86%	8%	5%	9%	13%	14%	66%
Público	85%	73%	93%	80%	14%	92%	95%	91%	87%	83%	34%

## SALUD MENTAL DE LOS EQUIPOS DE SALUD

### Malestar psicológico

Como puede observarse en la [figura 4](#), de un rango de 0 a 32 puntos, en el que el mayor puntaje indica mayor nivel de malestar psicológico, el promedio para los países de la Región fluctuó en un intervalo de 13,5 a 16,6 en Argentina, Brasil, Chile y el Estado Plurinacional de Bolivia. Por su parte, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay presentaron, en promedio, puntajes más bajos en malestar psicológico (entre 12,0 y 13,5). Colombia fue el país con mayor nivel de malestar psicológico, con un promedio de 19,34 puntos (SD = 0,27).

**Figura 4.** Rangos del promedio de malestar psicológico comunicado por el personal de salud encuestado, países de América Latina que participaron en el estudio

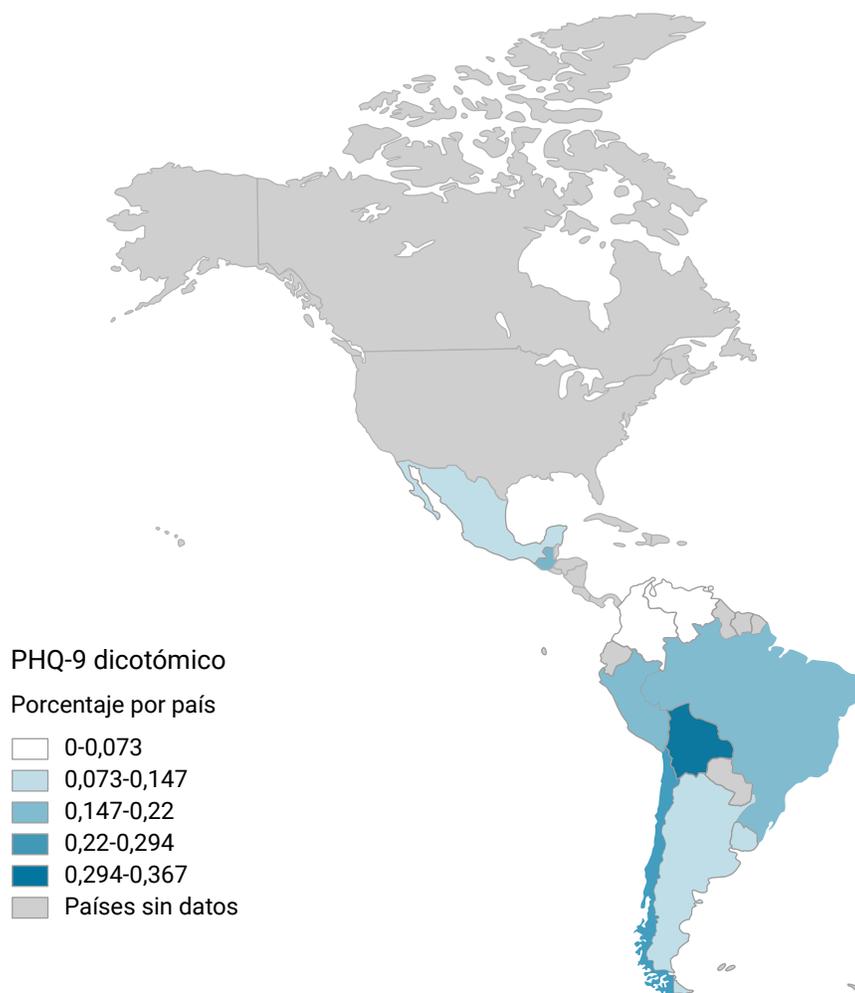


## Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos, medidos a través de la escala PHQ-9, corresponden a sospecha de depresión con un puntaje total igual o superior a 10 puntos. En la mayoría de los 11 países de la Región, entre 14,7% y 22% de sus equipos de salud presentan síntomas que permiten sospechar de un episodio depresivo. La República Bolivariana de Venezuela fue el país con el porcentaje más bajo de personal de salud con sospecha de depresión (13,0%), mientras que Chile fue el que, según las respuestas de los participantes en la encuesta, un mayor número de ellos presentó sospecha de un episodio depresivo (36,7%) (figura 5).

Se calculó también la proporción del personal de salud con sintomatología coincidente con depresión severa. En orden, los países con proporciones más altas fueron Chile (15,36%), Brasil (13%), Guatemala (10,23%) y Colombia (10,15%), mientras que la República Bolivariana de Venezuela reportó el porcentaje más bajo de personal de salud con potencial depresión severa (3%). Los porcentajes de los demás países se movieron entre 6,2% y 9,6% de encuestados con sospecha de depresión severa.

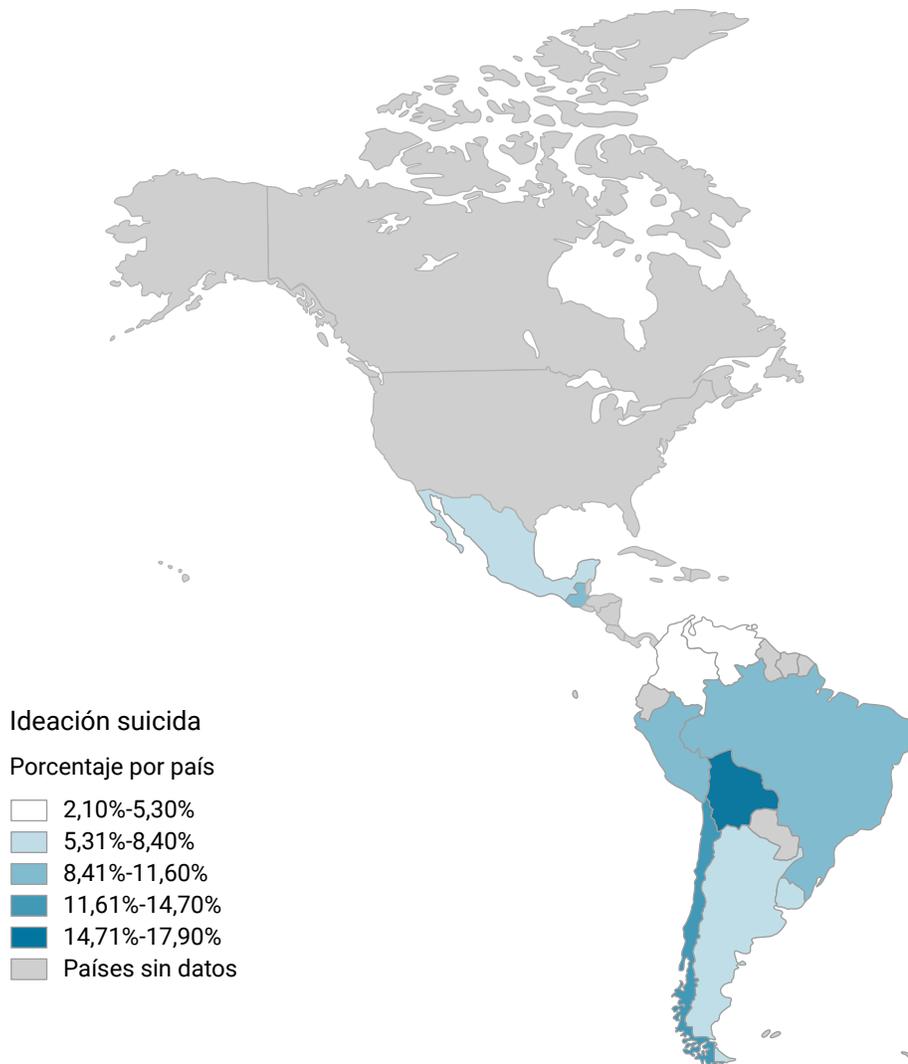
**Figura 5.** Porcentaje de casos con posible episodio depresivo entre el personal de salud encuestado, países de América Latina que participaron en el estudio



## Ideación suicida

Los equipos de salud de los 11 países participantes reportaron la presencia de ideación suicida en las últimas dos semanas previas a la encuesta (figura 6). La proporción varió entre países. La mayoría de ellos reportaron entre 5% y 15% del equipo de salud con ideación suicida. Cabe destacar que en Colombia y la República Bolivariana de Venezuela lo hicieron entre 2% y 5% de los encuestados, mientras en Chile y el Estado Plurinacional de Bolivia tuvieron la mayor proporción de personal de salud con ideación suicida.

**Figura 6.** Proporción de personal de salud encuestado que presentó ideación suicida, países de América Latina que participaron en el estudio

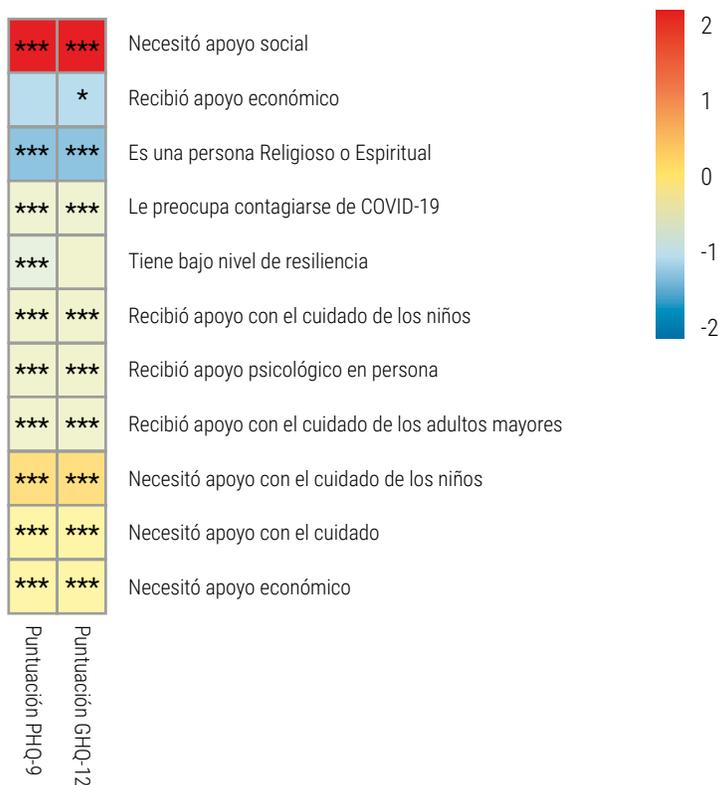


## FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DE LOS EQUIPOS DE SALUD

### Factores individuales asociados al malestar psicológico y a los síntomas depresivos de los equipos de salud en América Latina

Como puede observarse en la [figura 7](#), el bajo apoyo social incrementa el riesgo de que los miembros de los equipos de salud presenten malestar psicológico y síntomas depresivos. Considerarse una persona religiosa redujo el riesgo de malestar psicológico y los síntomas depresivos entre el personal de salud de la Región. Cabe destacar que recibir apoyo económico, psicológico y con el cuidado de personas mayores se encontró asociado con malestar psicológico y síntomas depresivos. En el caso del apoyo psicológico, entre 11% (República Bolivariana de Venezuela) y 25% (Colombia) de los encuestados declaró que tenía cubierta su necesidad de apoyo psicológico. En Chile, Alvarado y cols. (2) reportaron que únicamente un tercio de los prestadores de salud que requirieron apoyo psicológico lo obtuvieron.

**Figura 7.** Relación de los factores individuales del personal de salud con el malestar psicológico y los síntomas depresivos



Nota: las regresiones lineales utilizadas para generar los mapas de calor se ajustaron por sexo y edad del personal de salud. Los asteriscos representan las relaciones estadísticamente significativas. \* <0.05 \*\*<0.01\*\*\*<0.001.

### ***Factores familiares asociados al malestar psicológico y los síntomas depresivos de los equipos de salud en América Latina***

En el caso de los factores familiares, como se observa en la [figura 8](#), la preocupación por el contagio de seres queridos se relacionó intensamente con el malestar psicológico y los síntomas depresivos en los equipos de salud. La presencia de niños menores de 18 años se relacionó con menor malestar psicológico y síntomas depresivos. No se encontró relación entre la presencia de miembros con discapacidad en el hogar y el malestar psicológico o con síntomas depresivos.

### ***Factores del trabajo relacionados con COVID-19 asociados a malestar psicológico y síntomas depresivos del personal de salud en América Latina***

Como muestra la [figura 8](#), el trabajo remoto se encontró asociado al malestar psicológico en los equipos de salud. El contacto directo con pacientes COVID-19, la priorización de pacientes, tener compañeros de trabajo que murieron por COVID-19, y afrontar conflictos con familiares de pacientes con COVID-19 incrementaron el malestar psicológico y los síntomas depresivos en el personal de salud. Los conflictos con familiares de pacientes con COVID-19 fue el factor más intensamente relacionado con el malestar psicológico en los equipos de salud. Por su parte, contar con suficientes elementos de protección personal, ser personal de salud clínicos, tener confianza en el manejo de la pandemia por parte de la institución y recibir instrucciones de cómo priorizar a los pacientes fueron factores del entorno laboral asociados con COVID-19 que redujeron el malestar psicológico y los síntomas depresivos en el personal de salud de la Región.

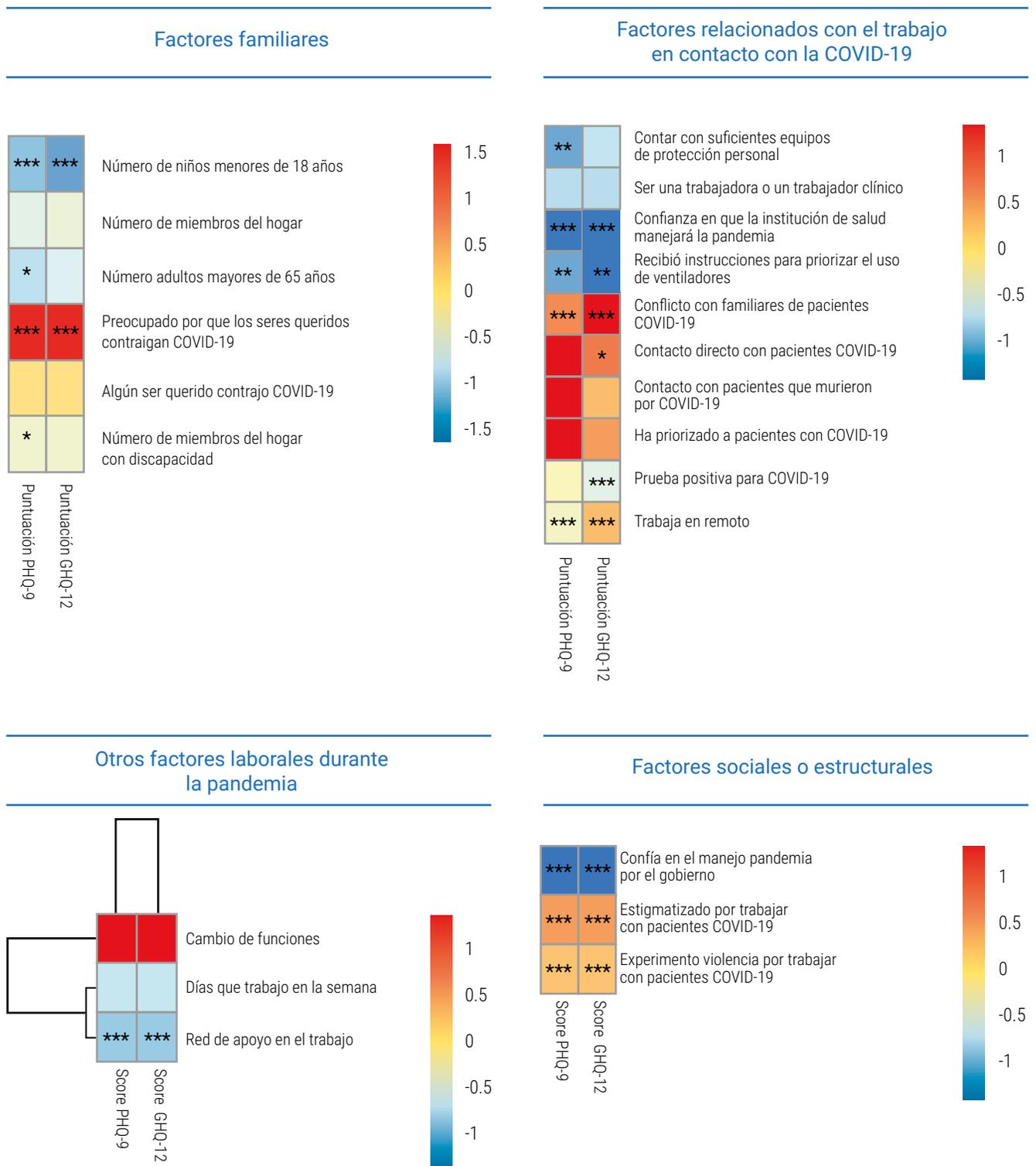
Otro factor laboral relevante fue el haber tenido un cambio de funciones durante la pandemia, lo que se asoció a un incremento en el malestar psicológico y los síntomas depresivos en los equipos de salud. La red de apoyo en el trabajo fue un factor protector para el malestar psicológico y los síntomas depresivos ([figura 8](#)).

### ***Factores sociales asociados al malestar psicológico y síntomas depresivos de los equipos de salud en América Latina***

La confianza en el manejo de la pandemia por parte del gobierno de los países se asoció a menores niveles de malestar psicológico y síntomas depresivos en el personal de salud. El estigma y la violencia por trabajar con pacientes con COVID-19 se asoció a un leve aumento del malestar psicológico y los síntomas depresivos del personal de salud de la Región ([figura 8](#)).



**Figura 8.** Factores familiares, laborales y sociales asociados al malestar psicológico y los síntomas depresivos en el personal de salud de la región de las Américas



Nota: las regresiones lineales utilizadas para generar los mapas de calor se ajustaron por el sexo y la edad del personal de salud. Los asteriscos representan las relaciones estadísticamente significativas. \* <0.05 \*\*<0.01 \*\*\*<0.001.

## EL ROL DE LOS CONTEXTOS: EJEMPLOS DE PAÍSES EN EL ESTUDIO



### CHILE

Chile presenta unos 1,6 millones de casos de COVID-19 confirmados acumulados y más de 37 000 muertes al 1 de octubre del 2021, con una tasa de incidencia acumulada de 10 210 por 100 000 habitantes (22) y una vacunación con esquema completo que alcanza 73,7% de la población (23), lo que ha contribuido a generar condiciones para flexibilizar las medidas sanitarias y la recuperación de actividades socioeconómicas a nivel nacional.

La sociedad chilena atraviesa procesos políticos, económicos y sociales relevantes. El efecto *sindemia*, que acuñó Singer y que puede reconocerse también como un “hecho social total”, con efectos psicosociales y clínicos de salud mental (24), se instala en medio de una crisis institucional del modelo político del país desde el estallido social chileno en octubre del 2019, afectando las condiciones generales de vida (25). En ese marco, la creación de una nueva Constitución para el país y las elecciones presidenciales y parlamentarias de fin de año están condicionando la agenda nacional.

La desaceleración de la actividad económica y la pérdida de empleos desde el año 2020 ha aumentado los niveles de pobreza y su impacto en el bienestar del país. Según cifras oficiales del gobierno, la pobreza por ingresos alcanzó 10,8% el 2020, lo que representa un aumento de 2,2% respecto a la última medición del 2017. Este aumento de la pobreza fue mayor entre la población perteneciente a pueblos indígenas (13,2%) y entre las personas nacidas en países distintos de Chile (17%) (26). No obstante, la pobreza por ingresos aumenta a 39,9% si solo se consideran los ingresos del trabajo y las pensiones contributivas, que son los ingresos principales de la mayoría de los hogares chilenos (27).

Las tasas de participación laboral se redujeron en hombres y mujeres hasta los niveles del año 2010 para estas últimas. Esto se suma a un escenario en el que las labores domésticas representan más de la mitad del tiempo en actividades no remuneradas. Las mujeres contribuyen a ellas con más de 70% del tiempo total, y se observa una tendencia al alza del trabajo de cuidado de personas (28). Así, parece existir un correlato entre la salida del mercado laboral de las mujeres y la intensificación de los cuidados que prestan a niños, personas mayores y otras que requieren alguna asistencia.

En el sector sanitario también se presentan asimetrías importantes entre hombres y mujeres. Si bien los equipos de salud se han enfrentado transversalmente a una gran carga de trabajo, existe una participación mayor de las mujeres empleadas en el sector salud (73,2%), en un contexto regional de discriminación salarial. Los ingresos laborales de las mujeres que trabajan en el ámbito de la salud son 23,7% inferiores a los de los hombres (29).

En este contexto, y dado que Chile se encuentra entre los países con una alta carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (30, 31), los hallazgos de este estudio indican importantes diferencias entre hombres y mujeres. Ellas refirieron, entre otras experiencias, sentirse en mayor riesgo de sufrir discriminación o estigma social, así como con menos posibilidades de contar con redes confiables en su trabajo, una mayor presencia de malestar psicológico, de sintomatología depresiva moderada a grave, e ideación suicida (2). Todas estas cargas laborales ponen al personal de salud en mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental.

La institucionalidad de salud cumple un rol relevante en la forma de organización de sus recursos y las condiciones laborales que ofrecen. Uno de los elementos llamativos en el caso chileno es que, en un análisis de la primera ola de recolección de datos (2), se encontró una mayor frecuencia de condiciones de riesgo entre personal de salud de atención ambulatoria (la mayoría de ellos de atención primaria de salud) en comparación con quienes desempeñaban labores en hospitales. Este contraste con parte de la literatura internacional, que evidencia que pertenecer a la denominada primera línea de trabajadores más expuestos a casos graves de COVID-19 se asocia a mayor prevalencia de sintomatología de salud mental, podría sugerir una alta carga de trabajo de la APS para el enfrentamiento de la pandemia en Chile. En el caso chileno, la atención primaria de salud ha realizado una contribución fundamental a tareas cruciales como la vacunación, además del testeo, la trazabilidad y el aislamiento, en un contexto latinoamericano en que se ha reportado un énfasis hospitalario de la gestión sanitaria de la pandemia. Al mismo tiempo, las potencialidades de la atención primaria de salud parecen no haber sido suficientemente relevadas y aprovechadas (32).

Por su parte, la exploración inicial de las condiciones laborales de los equipos de salud mostró que, mientras que más de 25% de profesionales presenta síntomas depresivos moderados a severos, esta cifra aumenta a 43% en no profesionales. Y que las personas que trabajan más de 44 horas tienen más síntomas depresivos, especialmente en mujeres. Estos hallazgos sugieren la persistencia de desigualdades al interior del propio sistema de salud que requieren evaluaciones y acciones diligentes (33).

Así, desde la experiencia chilena de los equipos de salud y su salud mental en pandemia, se reconocen tres dimensiones interdependientes destacables: género, institucionalidad en salud y cuidados. Considerando que la pandemia ha afectado especialmente la salud mental del personal de salud (34, 35), la perspectiva de género se hace insoslayable para cualquier análisis e intervención en las instituciones sanitarias. En un sentido más amplio, la salud mental de los equipos de salud y sus familias, y el rol de las instituciones sanitarias como promotoras de bienestar social y servicios de salud, se vinculan a la protección y valoración de los cuidados múltiples para posicionarlos como bienes públicos que, en línea con recomendaciones de las Naciones Unidas sobre la materia, considere políticas feministas para un desarrollo social y económico más justo de cara a la recuperación durante y luego de la pandemia (36). Los distintos procesos sociales actualmente en curso en Chile tras las movilizaciones sociales del 2019, con un proceso constituyente paritario y elecciones parlamentarias y presidenciales, constituyen una oportunidad para poner sobre la mesa estas perspectivas para las políticas públicas.



Colombia es un país de ingresos medios y una de las economías más importantes de América Latina (37). Sin embargo, según el coeficiente de Gini (0.538), también es uno de los países con mayor desigualdad de la Región.

Además, la situación de Colombia es peculiar. En el 2016 se celebró un plebiscito en el que la ciudadanía rechazó un acuerdo de paz con la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) (38). A pesar de estos resultados, se firmó un acuerdo reformado, y la violencia de los grupos guerrilleros y el número de muertes violentas disminuyeron significativamente (38) en consecuencia. Sin embargo, siguen existiendo guerrillas, grupos paramilitares y otros grupos armados ilegales en varios territorios del país (38).

El primer caso de COVID-19 se conoció el 6 de marzo del 2020 (39). Dadas las condiciones de inequidad y el porcentaje de población en situación de pobreza del país, la implementación de cuarentenas dificultó cubrir las necesidades básicas. Se aprobaron entonces programas de ayudas económicas como *Colombia Mayor*, *Jóvenes en Acción*, *Familias en Acción*, *Devolución del IVA* y el *Programa de ingreso solidario*. Todos ellos redujeron la caída de los ingresos en los hogares afectados debido a la cuarentena, y en personas que cumplieran los criterios (40), que pudieron cambiar de actividad. No obstante, en el 2020 la tasa de desocupación fue de 5,7% en hombres y 3,9% en mujeres (41) y entre 1,5 y 4,4 millones de personas pasaron a conformar el grupo de pobreza monetaria como resultado de la COVID-19 (42).

Antes de la pandemia, Colombia estaba entre los países con mayor prevalencia de ansiedad a nivel mundial (5,8% frente a un promedio mundial de 3,6%) y de mayor porcentaje de tiempo vivido con discapacidad por depresión (9,4% frente a un promedio mundial de 7,5%) (43). La situación sociopolítica y las consecuencias económicas relacionadas con la pandemia generaron un contexto difícil para los equipos de salud, con un aumento del riesgo de estrés, ansiedad y otras patologías (44, 45). Un aspecto fundamental relacionado con las condiciones laborales fue la campaña de vacunación. El personal de salud que no atendía de forma directa a pacientes con COVID-19 o que no tenía contacto con personas fallecidas accedió a la vacunación en la segunda etapa de la campaña (46).

El análisis preliminar de los datos del estudio HEROES en Colombia, obtenidos de 1719 miembros del personal de salud durante la pandemia, muestra un alto riesgo de problemas de salud mental. Se estima que 98% de los profesionales de salud sufrieron altos niveles de malestar psicológico, con 22,8% con riesgo moderado a severo de problemas de depresión, 16,1% con riesgo moderado a severo de problemas de ansiedad y 2,6% con ideación suicida.

Dados estos datos preliminares, el equipo de HEROES de Colombia propuso un estudio de alcance nacional para evaluar el impacto que tuvo la pandemia en la salud mental del personal de salud, pero que en su muestreo enfatiza municipios que han sido priorizados en el posconflicto. El estudio también pretende

explorar la potencial interacción entre los estresores propios de la pandemia con la historia de exposición a la violencia del conflicto armado, y cómo estos estresores incrementan el riesgo de problemas de salud mental entre los equipos de salud. Además de hacer mediciones de una cohorte durante 12 meses, el estudio incluye un componente cualitativo para evaluar las experiencias de estos profesionales y cómo estas han cambiado sus vidas. A partir de dicha evidencia, se espera desarrollar una intervención basada en la telesalud para prevenir la depresión y la ansiedad, e incrementar la resiliencia en los equipos de salud sometidos a dichos estresores.



## GUATEMALA

En Guatemala se confirmó el primer caso de COVID-19 el 13 de marzo del 2021. La primera medición del estudio HEROES se realizó de julio a septiembre del 2021(47), y logró la participación de 1522 personas de los equipos de salud tanto del sector público y privado. La edad promedio fue 36,5 años y la mayoría fueron mujeres (66,8%). El malestar psicológico fue muy frecuente (59%), seguido por los síntomas de depresión moderada a grave (22,8%), siendo más acentuado en el personal de salud más jóvenes que indicaron tener contacto directo con personas enfermas por COVID-19.

Los resultados del estudio HEROES Guatemala evidenciaron que la salud mental de los equipos de salud debe ser una prioridad, sobre todo porque la prevalencia de enfermedades que afectan a la salud mental supera la de la población general guatemalteca o a la de grupos de riesgo, como los refugiados guatemaltecos (48, 49). Para explicar los hallazgos descritos, es necesario relacionarlos con el contexto demográfico, político, y socioeconómico de Guatemala.

En cuanto al contexto demográfico, la población guatemalteca es mayoritariamente joven, con una pirámide poblacional de base ancha que se estrecha marcadamente a partir de los 35 años (50). La mayoría de los participantes en la primera encuesta fueron menores de 35 años. Algunos estudios muestran que este grupo de edad tiene un riesgo mayor de presentar problemas de salud mental en relación con el trabajo durante la pandemia de COVID-19 (51), lo que en parte podría explicar estos resultados.

Respecto al contexto político, la pandemia de COVID-19 coincidió con el inicio de un nuevo período presidencial en Guatemala, el segundo país con mayor fragilidad estatal de América Latina (52). El ambiente político se ha caracterizado por la persistencia de una serie de problemas sin resolver desde la firma de los Acuerdos de Paz de 1996, entre ellos de la violencia, algo que afecta a la población (53). Guatemala, que cuenta con una Política de Salud Mental 2007-2015 pero no con una ley (54), es uno de los países de la Región que destina una menor proporción del presupuesto en salud a salud mental. Además, es uno de los que destina una mayor proporción de dicho presupuesto al funcionamiento de hospitales psiquiátricos (31), en perjuicio de las estrategias comunitarias. La brecha en la atención de la salud mental es un problema de salud pública, y es una de las más de la Región, y especialmente

elevada entre la población indígena (55). En este contexto, el acceso a los servicios de salud mental para el personal de salud también es limitado.

Los equipos de salud contratados en hospitales con unidades de atención a la COVID-19 han protestado por atrasos o falta de pago, escasez de insumos para atender a los pacientes y de equipo de protección personal, condiciones que pudieron influir en los resultados de salud mental de nuestro estudio (56). El gasto público en salud es de los más bajos de la Región de las Américas (57) lo cual limita la capacidad de respuesta a la pandemia, a pesar del aumento del número de camas hospitalarias y la instalación de cinco hospitales de campaña (52).

Así, Guatemala presentaba distintas dificultades para responder adecuadamente al advenimiento de la pandemia de COVID-19. Es urgente implementar programas de salud mental que fortalezcan las capacidades institucionales locales porque el desarrollo y fortalecimiento de los planes, programas y servicios destinados a promover la salud mental beneficiarían al personal de salud y a toda la población.



## MÉXICO

México es un país extenso, con un territorio de casi 2 millones de kilómetros cuadrados divididos en 33 estados donde viven más de 126 millones de personas (58). Esta extensión, así como la densidad y diversidad poblacional, conllevan ciertas complejidades a la hora de planificar políticas públicas en materia de salud y de salud mental.

El sistema de salud del país se divide entre el que presta la Secretaría de Salud (federal y estatal) y el asociado al estatus laboral, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el sistema militar y naval, y el que está asociado a Petróleos Mexicanos.

En cuanto a la atención que presta la Secretaría de Salud, el presupuesto asignado a la salud mental corresponde a 2,2% del presupuesto total en salud (59). En 2021, dos programas representaron 89,7% del presupuesto para salud mental: *Prevención y atención contra las adicciones y Atención a la salud* (60, 61). Hasta la fecha no existe una ley nacional de salud mental; sin embargo, en la Ley General de Salud se consideran los servicios de salud mental como parte de los servicios básicos de salud (62). Existe un capítulo sobre salud mental (capítulo VII) en el que se establece que la prevención de enfermedades mentales y del uso de sustancias tiene carácter prioritario, y se enfoca en la difusión de información y el desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas. En cuanto a la atención a las enfermedades mentales, solo se mencionan aspectos legales como el internamiento de personas con afecciones mentales.

Con respecto a la pandemia de COVID-19, de acuerdo con los datos de la página oficial (63), hasta la fecha (10 de octubre del 2021) se han confirmado 3 723 235 millones de casos y 282 026 defunciones. Las principales comorbilidades son la hipertensión, la obesidad, la diabetes y el tabaquismo.

La primera encuesta del estudio HEROES en México se realizó entre el 19 de mayo y el 24 de julio del 2021, y en ella participó un total de 2585 profesionales de la salud. De ellos, 70% fueron mujeres con un promedio de edad de 37,5 años (DE: 9,4). El 85,5% de la muestra tenía estudios universitarios y de posgrado. La mayoría (93,3%) trabajaba en el sector público, 53,1% en un centro de salud hospitalario, 35,8% en un centro de salud no hospitalario, y el resto, en unidades administrativas (64).

Un dato interesante es que, desde el inicio de la pandemia, 47,2% del personal de salud dijo haber cambiado sus actividades o funciones designadas (64).

Respecto a los miedos y preocupaciones acerca de la pandemia, a 79,6% les preocupaba mucho o muchísimo contagiarse de COVID-19, pero esta cifra aumentó a 94,8% en cuanto a la preocupación por contagiar a los seres queridos (64). Con relación al equipo de protección personal, 75,1% refirió que fue insuficiente para desempeñar su trabajo de manera segura. Además, 54,2% de la muestra refirió haber sufrido discriminación por ser parte del personal de salud y 24,4% mencionó haber padecido algún tipo de violencia por esta misma causa (64).

Acerca de la salud mental, de acuerdo con la escala GHQ-12, los síntomas más frecuentes fueron una menor capacidad para disfrutar de las actividades normales en 60,7%, seguida de agotamiento constante en 59,9%, pérdida del sueño en 51,6%, disminución en la concentración en 39,9% y sentirse poco feliz o deprimida o deprimido en 39,3% (64).

Para la evaluación de síntomas depresivos a través de la escala PHQ-9, 46,6% reportó sintomatología depresiva. La severidad de los síntomas se distribuyó de la siguiente manera: 59,6% tuvo síntomas en el rango de depresión leve, 24,0% tuvo síntomas moderados, 10,6% síntomas en el rango de depresión moderada-grave y 5,7% síntomas graves. La presencia de ideas o pensamientos suicidas fue de 6,2% (64).

En cuanto al consumo de sustancias, 8,1% mencionó haber tomado antidepresivos o ansiolíticos en las últimas dos semanas. Sin embargo se registró una tendencia a la baja en el uso de diversas sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína), a excepción del de sedantes o pastillas para dormir, que aumentó ligeramente (3,9%) (64).

Entre el personal de salud encuestado, 24,2% refirió haber necesitado algún tipo de apoyo psicológico, pero solo 8,5% lo recibió (64).

Como conclusión, se constata la presencia de malestar psicológico y síntomas depresivos en un importante porcentaje del personal de salud encuestado. Dicho fenómeno está íntimamente ligado a la afectación de las esferas sociales, laborales, interpersonales e intrapersonales de la población aquí estudiada.

# Conclusiones, recomendaciones y futuros pasos

## CONCLUSIONES

Este informe recoge la evidencia generada en los países de las Américas que participan en el estudio HEROES, un proyecto colaborativo internacional con múltiples olas de recolección de información, liderado por equipos de la Región. El estudio se enfoca en la salud mental del personal de salud en el marco de la pandemia de COVID-19 y en cómo esta se ve afectada por una serie de factores a distintos niveles que pudieran estar asociados: individual, familiar, laboral y social.

En términos metodológicos, es valioso el carácter longitudinal de este estudio, con al menos dos olas de recolección de datos en la mayoría de los países participantes. Se trata, además, de un estudio de carácter global, en cuya coordinación han tenido un rol relevante los equipos de los países de la Región de las Américas. Además, al utilizar instrumentos comunes para la evaluación y estrategias similares para el reclutamiento, cuenta con elementos favorables para realizar comparaciones entre los distintos países participantes.

A partir del uso de escalas validadas, los resultados del estudio muestran que en varios países de la Región existen elevadas tasas de síntomas depresivos, ideación suicida y malestar psicológico. En el caso de los síntomas depresivos, en la mayoría de los países entre 14,7% y 22,0% del personal de salud presentaba síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, con Chile como el país con la mayor proporción. En cuanto a la ideación suicida, las cifras fluctuaron entre 5% y 15% de los encuestados, con los valores mayores en Chile y en el Estado Plurinacional de Bolivia. Respecto al malestar psicológico, se presentaron dos grupos, algunos con valores relativamente bajos (12%-13,5%), mientras que en cinco de ellos se observaron cifras más altas, con Colombia como el país con los valores más elevados. Cabe señalar que, en algunos países de la Región, estos resultados representan proporciones mayores a las identificadas en estudios realizados en la población general y en investigaciones previas a la pandemia que utilizaron los mismos instrumentos de medición (2).

Entre los factores asociados que aparecen como relevantes, se encuentran, a nivel individual, el bajo apoyo social y recibir apoyo económico; a nivel familiar, la preocupación por contagiar a sus familiares; a nivel del trabajo con pacientes con COVID-19, el conflicto con familiares de pacientes, tener que priorizar a pacientes y la confianza en el manejo de la pandemia por la institución de salud; a nivel de condiciones laborales, el cambio de funciones y la presencia de redes de apoyo en el trabajo, y a nivel social, la confianza en el manejo de la pandemia por parte del gobierno y el estigma, o haber experimentado violencia en relación con el trabajo con pacientes con COVID-19.

Un aspecto distintivo del estudio HEROES es su orientación a la práctica. El espíritu del proyecto no es solo generar evidencia científica de calidad respecto de la salud mental del personal de salud, sino, sobre la base

de lo anterior, contribuir a generar intervenciones (tanto a nivel individual como institucional) y políticas que permitan enfrentar las consecuencias negativas que en ella ha tenido la pandemia de COVID-19. En este sentido, de la mano de miembros de HEROES y otros profesionales en diferentes países (entre ellos Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y México), se formó la *Red de estudios de salud y políticas públicas en Iberoamérica* (RESPI). Esta red ha realizado sus esfuerzos en tres etapas. La primera de ellas buscó conocer las medidas gubernamentales iniciales implementadas por cada país ante la pandemia de COVID-19. En la segunda fase se analizaron las respuestas y acciones específicas en materia de salud mental que desarrollaron los gobiernos de América Latina ante la pandemia. Y la tercera fase, actualmente en desarrollo, se basa en métodos mixtos y permitirá comprender la relación entre la implementación de las medidas gubernamentales frente a la pandemia y la salud mental de los trabajadores sanitarios, desde la perspectiva de estos últimos. A partir de las primeras dos fases, el equipo de RESPI no identificó políticas específicas en salud mental desarrolladas por los gobiernos de América Latina en los países participantes. A la luz de los resultados obtenidos en la encuesta, esto se revela como una medida de carácter urgente, y deben desarrollarse políticas gubernamentales que permiten organizar acciones que protejan la salud mental de estos trabajadores, así como detectar oportunamente los problemas y acceder a los servicios de salud mental. Es necesario señalar que existe una brecha significativa por cubrir en este sentido; por ejemplo, de acuerdo con los datos de este estudio, en algunos países de la Región solo recibieron atención psicológica cerca de un tercio de quienes dijeron necesitarla (2).

Por otro lado, otra iniciativa asociada al estudio HEROES es la *Red Internacional de Prácticas y Experiencias de Cuidado en Salud Mental* (RIPEC-SM), conformada hasta la fecha por referentes de universidades, organizaciones sociales, instituciones estatales y sindicatos, entre otras, de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Estado Plurinacional de Bolivia, Nicaragua, Perú y Uruguay. Este grupo de trabajo está dando forma a una idea compartida relacionada con la necesidad de visibilizar y compartir prácticas, experiencias y recursos para el cuidado de la salud mental. En su web (<https://practicasyexperienciasdecuidadosm.udc.edu.ar>) se puede acceder a 14 conversatorios y un repositorio de 33 experiencias de buenas prácticas para el cuidado de la salud mental entre la población general y los trabajadores sanitarios.

La protección de la salud mental de los equipos de salud debe ser un componente relevante de las estrategias de los países para enfrentar el período posterior a la pandemia, en que los prestadores de salud seguirán desempeñando un papel clave para hacer frente a las atenciones postergadas y a las necesidades de rehabilitación física y psicosocial. En la sección siguiente se desglosan algunas recomendaciones para los países de la Región, según los resultados obtenidos en la línea base del estudio HEROES y sus iniciativas asociadas. Dichas estrategias deberían aplicarse en conjunto con las recomendaciones de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (65), que señala que es primordial que los países establezcan un continuo de intervenciones desde los niveles generales del manejo y la gobernanza de la pandemia, hasta las medidas específicas para proteger la salud mental del personal de salud, incluido el acceso a la atención de salud mental. Al mismo tiempo, deberían tenerse en cuenta las recomendaciones desarrolladas por la OPS en el documento *Consideraciones y recomendaciones para la protección y el cuidado de la salud mental de los equipos de salud* (66).

## RECOMENDACIONES

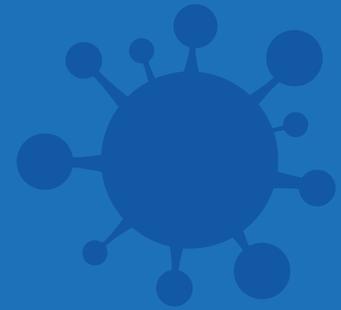
1. La aproximación a los problemas de salud mental del personal de salud durante la pandemia debe ser consistente con la guía del IASC (62), en el sentido de establecer un continuo de intervenciones desde una base de servicios esenciales, seguidos de apoyos a las comunidades y familias, y finalmente a los servicios especializados en salud mental.
2. Uno de los elementos que, según los datos del estudio, se asocia a mejores resultados en indicadores de salud mental es la confianza en el manejo de la pandemia por parte del gobierno. Por ello, es fundamental que su abordaje se base en la evidencia y en el diálogo permanente con las organizaciones científicas y gremiales del personal de salud.
3. Uno de los principios orientadores del abordaje de los problemas de salud mental en los equipos de salud debe ser un enfoque de equidad de género que considere las desigualdades en este ámbito, y adapte las políticas y las intervenciones a las consideraciones que dicha perspectiva implica.
4. En cuanto a las medidas de apoyo psicosocial al personal de salud, es relevante considerar las necesidades de apoyo para el cuidado de las niñas y los niños, las personas mayores y las personas en situación de discapacidad.
5. Es fundamental garantizar unas condiciones laborales adecuadas, y realizar una planificación en el ámbito del personal que permita evitar la sobrecarga laboral, y que la adaptación de las funciones se realice en forma dialogada. También se deben otorgar remuneraciones dignas, condiciones contractuales estables y promover el apoyo social en el lugar de trabajo.
6. En el ámbito de la gestión de las redes de salud, es importante que, en todos los niveles de atención, los gestores y directivos reciban formación sobre los lineamientos que deben seguir para proteger la salud mental del personal de salud.
7. A nivel de las instituciones de salud, es necesario incorporar medidas de apoyo a la comunicación entre equipos de salud, pacientes y familias, así como desarrollar intervenciones de psicoeducación y promoción de la salud mental dirigidas al personal, entre ellas el apoyo en la toma de decisiones difíciles.
8. En el plano de las intervenciones especializadas de salud mental, además de la disponibilidad de servicios de salud mental, se deben realizar esfuerzos que permitan sortear las diversas barreras que puede encontrar el personal de salud para acceder a dicha atención, entre ellas las preocupaciones respecto de la privacidad, desarrollando estrategias para adaptarse a sus necesidades específicas. Existe una brecha entre quienes requieren esta atención, y el personal de salud que efectivamente accede a cuidados de salud mental, y se deben tomar medidas específicas para reducirla.
9. Las medidas para la protección de la salud mental del personal de salud, implementadas a distintos niveles, tanto de gobierno, como de los sistemas de salud y de instituciones particulares, deben mantenerse más allá de los periodos más álgidos de la pandemia en los países, puesto que es probable que sus efectos sean sostenidos.
10. Los gobiernos deben promover la investigación sobre la salud mental del personal de salud, e incluir en ella el diseño y evaluación de intervenciones efectivas para protegerla.

## PRÓXIMOS PASOS

El estudio internacional HEROES continuará realizando olas de recolección de información sobre la salud mental del equipo de salud y sus factores asociados, así como analizándola. De allí se seguirán desprendiendo datos relevantes para monitorear este problema de salud pública que es relevante tanto para el abordaje de la pandemia y sus consecuencias, como para la post pandemia, en que los sistemas de salud se enfrentarán a una serie de desafíos, entre ellos realizar las atenciones postergadas y realizar rehabilitación física y psicosocial de una salud poblacional afectada por el conjunto de consecuencias que esta pandemia ha traído consigo. **Cuidar a quienes nos cuidan** seguirá siendo fundamental en los años venideros.

Además, los diversos proyectos que han surgido en el marco de este estudio continuarán contribuyendo, tanto al desarrollo de investigación en el ámbito de las políticas públicas, como en las prácticas del sistema de salud y otras experiencias relevantes del personal que permitan actuar en forma efectiva e integral para promover su salud mental.

# Mensajes clave



1. La pandemia de COVID-19 ha causado una gran cantidad de muertes, pero además ha generado una importante sobrecarga asistencial en los sistemas de salud. Todo ello ha afectado a la salud mental del personal de salud.

---

2. Los resultados del estudio internacional HEROES muestran una elevada proporción de malestar psicológico, síntomas depresivos e ideación suicida que, en algunos de los países en que existen mediciones previas comparables, son mayores que los de población general y que los niveles existentes antes de la pandemia.

---

3. El abordaje de los factores protectores y de riesgo (tanto a nivel social, institucional, laboral como individual), considerando las particularidades de los contextos de los países, puede ayudar a enfrentar los problemas de salud mental en el personal de salud.

---

4. Existen brechas significativas en la disponibilidad y el acceso a los cuidados de salud mental del personal de salud. Se deben realizar esfuerzos para reducirlas, adaptando las intervenciones y los servicios disponibles a sus necesidades específicas, incluidas las relacionadas con preocupaciones respecto a la confidencialidad de las intervenciones.

---

5. Es probable que las consecuencias de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental del personal sanitario sean sostenidas en el tiempo. Por tanto, es vital realizar seguimiento de su evolución y adoptar medidas dirigidas a abordar tanto sus factores de riesgo como sus consecuencias.

---

6. Proteger la salud mental del personal de salud es un componente necesario de las estrategias que deberán desarrollar los países para enfrentar satisfactoriamente las implicaciones de la pandemia y la post-pandemia, como recuperar atenciones postergadas o realizar rehabilitación física y psicosocial.

---

# Referencias

1. Mascayano F, vdVE, Moro MF, Schilling S, Alarcón S, Barathie JS, Alnasser L, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of workers in health services: study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. in press.
2. Alvarado R, Ramírez J, Lanio I, Cortés M, Aguirre A, Bedregal P, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Rev Med Chile [Internet]*. 2021; 149:[1205-14].
3. Caring for people who care: supporting health workers during the COVID 19 pandemic. Editorial. *EClinicalMedicine [Internet]*. 2020; 28. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100667>.
4. Wu AW, Buckle P, Haut ER, Bellandi T, Koizumi S, Mair A, et al. Supporting the Emotional Well-being of Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *J Patient Saf Risk Manag*. 2020;25(3):93-6.
5. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(12):1924-32.
6. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976.
7. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Network Open*. 2020;3(5):e2010185-e.
8. Mauro V, Lorenzo M, Paolo C, Sergio H. Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases. *Intern Emerg Med*. 2020;15(5):787-90.
9. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9.
10. Galli F, Pozzi G, Ruggiero F, Mameli F, Cavicchioli M, Barbieri S, et al. A Systematic Review and Provisional Metanalysis on Psychopathologic Burden on Health Care Workers of Coronavirus Outbreaks. *Front Psychiatry*. 2020;11(1001).
11. Franck E, Haegdorens F, Goossens E, van Gils Y, Portzky M, Somville F, et al. The Role of Coping Behavior in Healthcare Workers' Distress and Somatization During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2021;12:684618.
12. Mediavilla R, Fernandez-Jimenez E, Andreo J, Moran-Sanchez I, Munoz-Sanjose A, Moreno-Kustner B, et al. Association between perceived discrimination and mental health outcomes among health workers during the initial COVID-19 outbreak. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021.
13. De Brier N, Stroobants S, Vandekerckhove P, De Buck E. Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLOS ONE*. 2020;15(12):e0244052.
14. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata Pizarro A, Irrarrázaval Domínguez M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev Med Chile*. 2020;148:1121-7.
15. Robles R, Palacios M, Rangel N, Real T, Becerra B, Fresán A, et al. A qualitative assessment of psycho-educational videos for frontline COVID-19 healthcare workers in Mexico. 2020. 2020;43(6):8.
16. Robles R, Rodríguez E, Vega-Ramírez H, Álvarez-Icaza D, Madrigal E, Durand S, et al. Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Braz J Psychiatry*. 2020;43(5):494-503.
17. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med*. 2016;31(10):1206-11.
18. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008;15(3):194-200.

19. Goldberg DP, Williams P, University of London. A user's guide to the General Health Questionnaire. NFER-NELSON. 1988.
20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.
21. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011;168(12):1266-77.
22. Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico N° 153 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19): Santiago: MINSAL; 2021.
23. Mathieu E, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Roser M, Hasell J, Appel C, et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav.* 2021;5(7):947-53.
24. Araya CM, Pisani AMO. Pandemia por COVID-19: un hecho social total. Sus efectos sobre la salud mental de los chilenos. *Revista Chilena de Salud Pública.* 2020:13-29.
25. Burrone MS, Reginatto G, Solís-Soto MT, Basagoitia A, Irrázaval M, Rincón P, et al. Coronavirus e impacto psicosocial en Chile. *Rev Med Chile.* 2020;148:1224-6.
26. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Encuesta de Caracterización Socioeconómica en Pandemia: MIDESO; 2020.
27. Durán G KM. La pobreza del "modelo" chileno: la insuficiencia de los ingresos del trabajo y las pensiones. Evidencia actualizada con datos CASEN en Pandemia 2020. Fundación SOL; 2021.
28. Banco Central de Chile. Impacto de la crisis del COVID-19 sobre la situación económica de las mujeres en Chile. Documento de trabajo, Comisión de Hacienda del Senado. Banco Central de Chile; 2021.
29. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad: CEPAL; 2021. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46633-la-autonomia-economica-mujeres-la-recuperacion-sostenible-igualdad>.
30. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica.* 2016;22:51-61.
31. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: OPS; 2018.
32. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde.* 2020;19.
33. Nissan D, Weiss G, Siman-Tov M, Spitz A, Bodas M, Shenhar G, et al. Differences in levels of psychological distress, perceived safety, trust, and efficacy amongst hospital personnel during the COVID-19 pandemic. *Res Nurs Health.* 2021;44(5):776-86.
34. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz S-A, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health.* 2021;21(1):104.
35. Liu S, Yang L, Zhang C, Xu Y, Cai L, Ma S, et al. Gender differences in mental health problems of healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak. *J Psychiatr Res.* 2021;137:393-400.
36. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Plan Estratégico para 2022-2025: ONU-Mujeres; 2021. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2017/8/un-women-strategic-plan-2018-2021>.
37. Banco Mundial. Datos: Colombia 2021: Banco Mundial; 2021. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/pais/colombia>.
38. Grasa R. Colombia cuatro años después de los acuerdos de paz: un análisis prospectivo. Documentos de trabajo N° 39 (2ª época). Fundación Carolina. 2020(39):1.
39. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Confirmación primer caso COVID-19: Ministerio de Salud y Protección Social-República de Colombia; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primero-caso-de-COVID-19.aspx>.

40. Gallego J HB, Ibararán P, Medina MP, Pecha C, Romero O, et al. Impactos del programa Ingreso Solidario frente a la crisis del COVID-19 en Colombia: Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Impactos-del-programa-Ingreso-Solidario-frente-a-la-crisis-del-COVID-19-en-Colombia.pdf>.
41. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2020: CEPAL; 2021 [262]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020>.
42. Cuesta J, Pico J. The Gendered Poverty Effects of the COVID-19 Pandemic in Colombia. Eur J Dev Res. 2020;1-34.
43. Organización Mundial de la Salud. Depression and other common mental disorders: global health estimates: Organización Mundial de la Salud [OMS]; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
44. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guarnizo-Herreño CC, Garzón-Orjuela N, Eslava-Schmalbach J, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2016;45:147-53.
45. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Salud mental, uno de los principales retos de la pandemia. Boletín de prensa. No 237 de 2020: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-uno-de-los-principales-retos-de-la-pandemia.aspx>.
46. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/lineamientos-tecnicos-operativos-covid19-anexos.pdf>.
47. Paniagua-Avila A, Ramirez-Flores, D., Barrera-Perez, A., Calgua-Guerra, E., Castro, C., Peralta-García, A., Mascayano, F., Susser, E., Alvarado, R., Puac-Polanco, V. Mental health of Guatemalan health care workers during the COVID-19 pandemic: HEROES cohort study. American Journal of Public Health, in press.
48. Puac-Polanco VD, Lopez-Soto VA, Kohn R, Xie D, Richmond TS, Branäs CC. Previous violent events and mental health outcomes in Guatemala. Am J Public Health. 2015;105(4):764-71.
49. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. Jama. 2003;290(5):635-42.
50. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: OPS; 2018. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y).
51. Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2021;77(8):3286-302.
52. Naciones Unidas Guatemala. Análisis Común de País. Actualización 2021: Cifras principales: Naciones Unidas Guatemala; 2021. Disponible en: <https://guatemala.un.org/sites/default/files/2021-07/CCA%20update%20summary%202021.pdf>.
53. Caballero-Mariscal D. Ecos del enfrentamiento armado guatemalteco veinte años después del conflicto. El arraigo de la violencia. LiminaR: Estudios Sociales y Humanísticos. 2018;16:150-68.
54. Organización Mundial de la Salud. Mental Health ATLAS 2017. Member State Profile: Guatemala: OMS; 2017. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/GTM.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/GTM.pdf).
55. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e165.
56. Neau A. El personal de salud de Guatemala corre peligro por la COVID-19, pero también a causa de su gobierno. VICE. 4 de julio del 2020. Disponible en: <https://www.vice.com/es/article/5dzyy3/el-personal-de-salud-de-guatemala-corre-peligro-por-la-covid-19-pero-tambien-a-causa-de-su-gobierno>.
57. Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de la Salud en las Américas: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-financing-es.html>.

58. Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México. Censo de Población y Vivienda 2020. Última actualización: 16 de marzo del 2021: INEGI; 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>.
59. Secretaría de Salud de México, Organización Mundial de la Salud Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud: Secretaría de Salud de México, Organización Mundial de la Salud. [IESM-OMS]; 2011. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf).
60. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. Gasto en salud mental. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria [CIEP]. 2021. Disponible en: <https://ciep.mx/UJCC>.
61. Presupuesto para salud mental: Relevancia ante la Covid-19: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria [CIEP]. 2021. Disponible en: <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-relevancia-ante-la-covid19/>.
62. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los Títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de Salud. Última reforma publicada (DOF: 04-06-2014). Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos; 2014. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5347274&fecha=04/06/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5347274&fecha=04/06/2014).
63. Gobierno de México. Información General COVID-19 México.: Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de México. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx>.
64. Duran S, Carmona J. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud: Health care wOrkErS - COVID-19 Study. Informe 1 México. 2021.
65. Comité Permanente entre Organismos. Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Versión resumida. Ginebra: IASC; 2007. Report No.: 1424334454.
66. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones y recomendaciones para la protección y el cuidado de la salud mental de los equipos de salud: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54032>.

# **Anexo 1.** Investigadores y colaboradores del estudio *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study* (HEROES) en la Región de las Américas

País	Institución	Nombre	Rol
Argentina	Universidad del Chubut	Marcela Inés Freytes Frey	Coordinadora del equipo nacional
		Rodrigo Jaldo	Coordinador del equipo nacional
		Andrés Mecha	Coordinador del equipo nacional
	Universidad Nacional de Lanús	Marcelo Fabián Vaccaro	Colaborador
		Juliana Andrieu	Colaboradora
		María Verónica Vila	Colaboradora
		Mónica Elba Borile	Colaboradora
		Soledad Fabiana Peña	Colaboradora
		Amanda Gotti	Investigadora
		Cecilia Russo	Investigadora
		María Belén Pastrian	Investigadora
		Concejo Deliberante de Tandil	Luciano Grasso
	Dirección de Salud Mental Comunitaria del Municipio de Tandil	Walter Ríos	Colaborador
		Lucia Dinolfo	Investigadora
		María Nieves Mansilla	Investigadora
		Sofía Loitegui	Investigadora
	Hospital Rural El Hoyo	Mariana Cecilia López	Colaboradora
	Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	Johana Murillo	Colaboradora
	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza	Jorgelina Álvarez	Colaboradora
		Valeria Amicone	Colaboradora
		Cecilia Sottano	Coordinadora del equipo local
		Gabriel Sendra	Coordinador del equipo local
		Diego Pocognoni	Investigador
		Leandro Picighelli	Investigador
		Rossana Tambutto	Investigadora
	Secretaría de Salud del Municipio de San Martín	Mariana Moreno	Colaboradora
		Nadia Dovgan	Colaboradora
		Sandra Cerchiaro	Colaboradora
		Florencia Díaz Arana	Investigadora
	Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco	Juan Manuel Diez Tetamanti	Coordinador del equipo local
Universidad Nacional de Lanús	María Marcela Bottinelli	Investigadora	
Universidad Nacional de Mar del Plata	Luz Mary Castaño	Coordinadora del equipo local	
	Analía Melisa López	Investigadora	
	Romina Casali	Investigadora	



País	Institución	Nombre	Rol	
Argentina	Universidad Nacional de Río Negro	Dana Prandi	Colaboradora	
		Díaz Jovita	Colaboradora	
		Gastón Vera	Colaboradora	
		Juan Manuel Zorzoli	Colaboradora	
		María Florencia Dilema	Colaboradora	
		Bibiana Mischia	Coordinadora del equipo local	
		Mirta Elvira	Coordinadora del equipo local	
		Gabriela Vázquez	Investigadora	
		Mónica Delgado	Investigadora	
	Universidad Nacional de San Martín	Hugo Mercer	Coordinador del equipo local	
		Mariela Nabergoi	Coordinadora del equipo local	
		Patricia Laura Álvarez	Investigadora	
		Patricia Vila	Investigadora	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Salud Global Bolivia	María Teresa Solís	Investigadora principal	
		Armando Basagoitia	Coinvestigador	
Brasil	Universidade Federal do Rio Grande	María Tavares	Investigadora principal	
	Universidade de São Paulo	Andrea Tenorio	Coinvestigador	
		Dinarte Ballester	Coinvestigador	
Chile	Universidad de Chile	Jorge Ramírez	Investigador y coordinador del equipo de Chile	
		Gonzalo Soto	Investigador	
		Rubén Alvarado	Investigador principal del estudio, a nivel global	
		Sara Schiling	Investigadora	
		Sebastián Alarcón	Investigador y coordinador del equipo de la plataforma que da el sustento tecnológico al estudio (Unidad de Tecnologías de la Información para la Educación de la Escuela de Salud Pública)	
		Jorge Caro	Investigador	
		Alex Benavides	Investigador	
		Columbia University	Franco Mascayano	Coordinador principal del estudio a nivel global
		Universidad Central de Chile	Rodrigo Goycolea	Investigador
			Eric Tapia	Investigador
	Margarita Cortés		Investigadora	
	Universidad de O'Higgins	María Soledad Burrone	Investigadora	
	Colegio Médico de Chile	Gonzalo Cuadra	Investigador	
		Josefina Huneeus	Investigadora	

País	Institución	Nombre	Rol
Chile	Pontificia Universidad Católica de Chile	Jaime Sapag	Investigador
		Carolina Traub	Investigadora
		Paula Bedregal	Investigadora
	Servicio de Salud del Reloncaví	Sebastián Villarroel González	Investigador
	Corporación Municipal de Renca	Antonia Aguirre	Investigadora
	Ministerio de Salud	Ítalo Lanio	Investigador
	University College London, Reino Unido	Thamara Tapia	Investigadora
	London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido	Kasim Allel	Investigador
	Universidad Autónoma de Madrid, España	Eduardo Fernández-Jiménez	Asesor
Roberto Mediavilla		Asesor	
Colombia	Universidad de Antioquia	Alexandra Restrepo Henao	Investigadora principal
		Nilton Edu Montoya Gómez	Coinvestigador
		Eliana Martínez Herrera	Coinvestigadora
		Luz Stella Giraldo Cardona	Administración y análisis de información
		María Paula Ruiz Osorio	Psicóloga
		Hugo de Jesús Grisales Romero	Coinvestigador
		Javier Orlando Contreras Ortiz	Coinvestigador
		Sebastián Mejía	Auxiliar de investigación
	Pontificia Universidad Javeriana	Julian Santaella Tenorio	Coinvestigador
	Universidad El Bosque	Javier Narváez	Coinvestigador
		Adriana Maldonado Martínez-	Coinvestigadora
	London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido	Neil Pearce	Investigador principal
		Karin Van Veldhoven	<i>Postdoctoral researchers</i>
		Tim Rhodes	Coinvestigador
	Universidad de Columbia	Ezra Susser	Asesor
Gonzalo Martínez-Alés		Asesor	
Ecuador	Universidad UTE	Fernando Cornejo	Investigador principal
Guatemala	Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Department of Health Care Policy	Victor Puac-Polanco	Investigador principal
	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala	Dorian. E. Ramirez	Investigador principal

País	Institución	Nombre	Rol
	Department of Epidemiology, Columbia University Mailman School of Public Health, Nueva York	Alejandra Paniagua-Avila	Investigador principal
	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala	Aida Barrera-Perez	Coinvestigadora
	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala	Erwin Calgua	Coinvestigador
	Asociación Guatemalteca de Psicología	Claudia Castro	Investigadora independiente
	School of Public Health & Tropical Medicine, Tulane University, Nueva Orleans	Ana Peralta-Garcia	Coinvestigadora
	Asociación de Nutricionistas de Guatemala	Joan Pennington	Coinvestigador
	Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala	Elly Letona	Coinvestigadora
	Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala	Luis Ranero	Coinvestigador
	Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala	Otilia Argueta	Coinvestigador
	Colegio Estomatológico de Guatemala	Ronald Ponce	Coinvestigador
	Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario y Rural, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala	Lucia Terron	Coinvestigadora
		Luis Ríos	Coinvestigador
	Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala	Rigoberto Velásquez	Coinvestigador
	Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala	Emma Porras	Coinvestigadora
	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala	Jorge Fernando Orellana Oliva	Coinvestigador
	Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala	Pablo Oliva	Coinvestigador
	Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala	Edgar Barreda	Coinvestigador
	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Carlos Contreras	Coinvestigador
		Ana Ortiz	Coinvestigadora
<b>México</b>	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	Sol Durand Arias	Investigador principal
		Mariana del Hoyo Alvarado Mercedes Aguerrebere Gómez Urquiza Fernanda Mota Mondragón Eduardo Madrigal de León	Coinvestigadores

País	Institución	Nombre	Rol
	Instituto Jalisciense de Salud Mental	Jaime Carmona Huerta	Coinvestigador
	Department of Experimental Psychology, University of Oxford, Reino Unido	Santiago Castiello de Obeso	Coinvestigador
	Hospital de Especialidades Pediátricas, Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	Omar Náfate López Nimsi Nalleli Morales Damián	Coinvestigadores
	Dirección de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Salud de Sonora	Soledad Rodríguez Verdugo	Coinvestigadora
	Centro de Investigación en Ciencias de la Salud, Secretaría de la Defensa Nacional	Iván Martínez Salazar	Coinvestigador
	Dirección de Salud Mental y Adicciones del Estado de Chiapas	Jesús Baltierra Hernández	Coinvestigador
	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente	Daniel Isita Ascencio, Jaime Emmanuel Alcalá	Coinvestigadores
	Sin afiliación	Carmen Guarner Catalá	Coinvestigadora
<b>Perú</b>	Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud	Humberto Maldonado Ruiz	Investigador principal
		July Caballero Peralta	Investigadora principal
<b>Puerto Rico</b>	Metro Campus, Ponce Health Sciences University	Alexandra Campis	<i>Assistant Dean</i>
	NeoMed Center Inc., Federal Qualified Health Center	Irma Torres Rivera	<i>Clinical Psychologist</i>
	Center for Clinical Research and Health Promotion, University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus School of Behavioral and Brain Sciences, Ponce Health Sciences University	Marijulie Martínez Lozano	<i>Biostatistician</i>
		Alíxida Ramos-Pibernus	<i>Assistant Professor</i>
	School of Behavioral and Brain Sciences Ponce, Health Sciences University	Ana V. Soto-Sánchez	<i>Coordinator Graduate Student</i>
	School of Public Health, Ponce Health Sciences University	Ángel Pérez Caro	<i>Graduate Student</i>
	School of Behavioral & Brain Sciences, Ponce Health Sciences University	Carlos Quintana	<i>Graduate Student</i>
	School of Behavioral and Brain Sciences, Ponce Health Sciences University	Eliut Rivera-Segarra	<i>Principal Investigator Assistant Professor</i>
	School of Behavioral and Brain Sciences, Ponce Health Sciences University	Ernesto Rosario-Hernández	<i>Professor</i>
	Faculty and Clinical Affairs, Ponce Health Sciences University	Jessica González Montes	<i>Associate Dean</i>
	School of Behavioral and Brain Sciences, Ponce Health Sciences University	Luisa Ortiz Reyes	<i>Assistant Professor</i>
School of Medicine, Ponce Health Sciences University	Olga Rodríguez de Arzola	<i>Dean</i>	
School of Behavioral and Brain Sciences, Ponce Health Sciences University	Ruthmarie Hernández	<i>Coordinator Graduate Student</i>	

<b>País</b>	<b>Institución</b>	<b>Nombre</b>	<b>Rol</b>
<b>Uruguay</b>	Universidad de la República	Luis Giménez	Investigador principal
		Lorena Funcasta	Coinvestigadora
		Álvaro Moreno	Coinvestigador
		Gustavo Moreno	Coinvestigador
		Ana Bentancor	Coinvestigadora
		María Dallo	Coinvestigadora
		Mariana Genta	Asistente
		Jimena Boffa	Asistente
		Fernando Bertolotto	Coinvestigador
		Sebastián Gadea	Coinvestigador
		Renzo Rottini	Coinvestigador
<b>Venezuela (República Bolivariana de)</b>	Instituto Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon	Ana María Rodrigues Rodrigues	Investigadora principal



*The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)* es un estudio multicéntrico de cohorte prospectivo que evalúa el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de los servicios de salud en 26 países de cuatro continentes y en cómo esta se ve afectada por una serie de factores a distintos niveles que pudieran estar interrelacionados: individual, familiar, laboral y social.

El presente informe breve recoge la evidencia generada a partir de la encuesta basal del estudio para once países de la Región de las Américas que participan en el estudio. A partir del uso de escalas validadas, los resultados muestran que en varios países de la Región existen elevadas tasas de síntomas depresivos, ideación suicida y malestar psicológico.

El espíritu del proyecto no es solo generar evidencia científica de calidad respecto de la salud mental del personal de salud, sino, sobre la base de lo anterior, contribuir a generar intervenciones (tanto a nivel individual como institucional) y políticas que permitan enfrentar las consecuencias negativas que en ella ha tenido la pandemia de COVID-19.

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas