

ANEXO N°45



Serie Proyectos de Investigación e Innovación

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

Condición Post COVID-19 en población trabajadora chilena: estudio exploratorio P200-INNO269

Encargado principal
Manuel Rain Gajardo

Encargada alterna
Carolina Rivera Rivera

Coinvestigadores
Juan Pablo Monckeberg
Fernando Cubillos
María Eugenia Rybak
Gabriel Mansilla
Rodrigo Van Bebber

Año publicación
2024

"Este trabajo fue seleccionado en la Convocatoria de Proyectos de Investigación e Innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales 2022 de la Superintendencia de Seguridad Social (Chile), y fue financiado por Mutua de Seguridad C.Ch.C con recursos del Seguro Social de la Ley N°16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales."





SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley N°16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: investigaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendencia of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendencia of Social Security.

For further information, please write to: investigaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendencia of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl.

Superintendencia de Seguridad Social
Huérfanos 1376
Santiago, Chile



Condición Post COVID-19 en población trabajadora chilena: estudio exploratorio

Investigador principal

Manuel Rain Gajardo

Equipo de investigación

Carolina Rivera, Fernando Cubillos, Juan Pablo Monckeberg,
María Eugenia Rybak, Gabriel Mansilla, Rodrigo Van Bebber

Mutual de Seguridad C.Ch.C

Santiago, Chile

Octubre de 2024

Índice

1. Resumen ejecutivo	.....	5
2. Palabras claves	.....	5
3. Introducción y antecedentes	.....	6
4. Definición del problema, pregunta de investigación	.....	6
5. Objetivos generales y específicos	.....	7
6. Revisión de la literatura	.....	7-10
7. Descripción de la metodología	.....	11-14
Consideraciones éticas	.....	15
8. Resultados	.....
Componente cuantitativo	.....	16-23
Componente cualitativo		
Entrevistas a pacientes	.....	24-35
Entrevistas a expertos/as	.....	36-45
Análisis cualitativo integrado	.....	46-47
9. Recomendaciones para Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	.....	48-50
10. Conclusiones	.....	49-50
11. Referencias	.....	51-52
12. Anexos	.....	53-57

1. Resumen ejecutivo

Introducción: La Condición Post-COVID-19 o Long COVID se caracteriza por la persistencia de síntomas después de la infección por SARS-CoV-2. En Chile no existen datos al respecto en trabajadores(as). **Objetivo:** Explorar la situación de esta condición de salud en población trabajadora. **Métodos:** Estudio exploratorio mixto (cuantitativo y cualitativo). Se analizó una base de datos que incluía casos de COVID-19 denunciados como de origen laboral entre 2020 y 2022. La variable primaria fueron los días de reposo laboral. El componente cualitativo incluyó entrevistas semiestructuradas a 7 pacientes hospitalizados por este diagnóstico y a 7 expertos(as) en el área. **Resultados:** Se analizaron 105.711 casos de COVID-19, con una mediana de edad de 36 (p₂₅-p₇₅ 27-47), en su mayoría hombres (66,3%), provenientes de la Región Metropolitana (41,4%) y de “ocupaciones elementales” (82,6%). El 93,2% tuvo entre 6-14 días de reposo, el 6% entre 15-29, y un 0,1% entre 30-89. Destacan 51 trabajadores (<1%) con más de 90 días y 6 con más de un año. Desde los pacientes entrevistados se observan discursos coincidentes con la literatura en cuanto a síntomas, siendo la incertidumbre en la evolución y tratamiento un elemento relevante. Los(as) expertos(as) destacan la necesidad de estandarizar criterios diagnósticos, dado la diversidad de perfiles clínicos y la superposición de otros cuadros. **Conclusiones:** Aproximadamente el 6% de los(as) trabajadores(as) presentó una extensión de reposo mayor al estándar, lo que podría explicarse en parte por el Long COVID. Urge avanzar en investigación y políticas de salud a nivel nacional que atiendan las necesidades de esta población.

2. Palabras claves

Condición post COVID-19, trabajadores, salud ocupacional, ausentismo laboral

3. Introducción y antecedentes

La literatura científica y diversas organizaciones internacionales, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), han descrito que algunos de los afectados por COVID-19 cursarán con sintomatología persistente y prolongada en el tiempo, incluso semanas y meses después del cuadro agudo, impactando negativamente sobre el funcionamiento y la calidad de vida de las personas. En octubre de 2021 la OMS definió este cuadro como Condición Post COVID, siendo considerada actualmente con un problema de salud pública; se estima que entre un 10% a un 20% del total de personas que tuvieron COVID-19 cursarán con sintomatología persistente y prolongada, aunque las cifras varían dependiendo de los estudios.

Los síntomas más frecuentes son la fatiga, la disnea y la disfunción cognitiva, describiéndose también la afectación multisistémica. Estos pueden limitar significativamente las actividades de la vida diaria de las personas, afectando su funcionamiento y restringiendo la participación familiar, social y laboral de éstas. De hecho, las secuelas que el SARS-CoV2 puede dejar en el organismo son una causa importante de discapacidad adquirida, lo que ha generado una mayor carga por enfermedad a nivel global. Esto no solo afecta a los sistemas de salud, sino que también a la economía de los países por una disminución de la fuerza de trabajo, dado el aumento en las cifras de ausentismo e incapacidad laboral parcial o permanente.

La OMS ha llamado a los sistemas de salud de los países a tomar acción al respecto a través de una estrategia denominada 4R: Reporte, Reconocimiento, Rehabilitación, e Investigación (del inglés Research). En nuestro país el Ministerio de Salud ha publicado diversos documentos técnicos respecto a esta entidad clínica, y si bien existe investigación incipiente, la evidencia científica al respecto aún es escasa a nivel nacional, no existiendo a la fecha datos oficiales respecto a su prevalencia en población general, menos aún en población laboralmente activa. Cifras de la SUSESO muestran que entre 2020 y 2021 el COVID-19 fue la principal causa de denuncia por enfermedad profesional, teniendo en 2021 un total de 130.662 casos calificados como de origen laboral, correspondiente a aproximadamente el 54% del total de denuncias. Por otra parte, el registro de licencias médicas (LM) por COVID-19 en FONASA, entre marzo 2020 y febrero 2021, muestra que se emitieron 396.403 LM (código U07.1 caso confirmado de COVID-19); de las cuales un 13,8% se extendieron entre 30 a 89 días y un 4,7% por más de 90 días, tiempos de reposo que podrían explicarse en parte por la sintomatología persistente.

4. Definición del problema, pregunta de investigación o desafío de innovación

Considerando la complejidad de esta nueva entidad clínica, la escasa evidencia existente y sus implicancias para la Salud y Seguridad de los trabajadores, se vuelve relevante llenar este vacío de conocimiento. Según lo descrito anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la situación de salud respecto a la Condición Post COVID-19 en población trabajadora de empresas adherentes a Mutual de Seguridad?**

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Explorar la situación de salud respecto a la Condición Post COVID-19 en población trabajadora de empresas adherentes a Mutual de Seguridad.

5.2 Objetivos específicos

- I. Describir las características epidemiológicas y clínicas de la Condición Post COVID-19 en población trabajadora.
- II. Conocer las experiencias de la población trabajadora afectada por la Condición Post COVID-19.
- III. Desarrollar recomendaciones orientadas al manejo de la Condición Post COVID-19.

6. Marco teórico

A más de un año de su término, la pandemia por COVID-19 se ha establecido como el desafío sociosanitario global más grande del último siglo, generando entre 2020 y 2023 una alta morbilidad y mortalidad, impactando fuertemente la economía de los países. Si bien el proceso de inmunización avanzó en el mundo, lo que permitió disminuir significativamente las hospitalizaciones y fallecimientos, los sistemas de salud se vieron enfrentados a un nuevo problema derivado de los efectos a largo plazo que la infección por SARS-CoV-2 genera en el organismo (1).

En 2020 surgen los primeros reportes informales desde agrupaciones de pacientes que tuvieron COVID-19 leve sin necesidad de hospitalización y que persistieron con síntomas en el tiempo (2). Desde el mismo año empiezan a publicarse artículos científicos en el tema (3-5), escalando la problemática posteriormente a las autoridades de salud (1). Sumado a esto, la literatura científica ya mostraba que alrededor de un 50% de los pacientes que cursaron con un COVID-19 grave e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tenían efectos a largo plazo en el contexto del Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS por su sigla en inglés), quedando con alteraciones a nivel funcional, psicológico, y cognitivo, ya descritas de forma previa durante la pandemia por Influenza AH1N1 (6). Lo anterior implica que existe un grupo de personas que posterior al COVID-19 agudo, independiente de su gravedad, desarrollarán sintomatología persistente.

Actualmente no existe una única definición respecto de esta condición. En la literatura científica se han utilizado distintos conceptos, incluyendo; Long COVID, Long Haulers, COVID persistente, COVID prolongado, Síndrome COVID-19 crónico, entre otros (2).

En octubre de 2021 la OMS la definió de la siguiente forma:

“La Condición Post COVID se produce en individuos con antecedentes de infección probable o confirmada por el SARS-CoV-2, generalmente tres meses después de la aparición del COVID-19 con síntomas que duran al menos dos meses y que no pueden explicarse por un diagnóstico alternativo. Los síntomas más comunes son la fatiga, la dificultad para respirar y la disfunción cognitiva, pero también se pueden dar otros síntomas que suelen repercutir en el funcionamiento diario. Los síntomas pueden ser de aparición nueva, tras la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19, o pueden persistir desde el inicio de la enfermedad. Los síntomas también pueden fluctuar o puede haber recaídas con el tiempo. Para los niños, puede ser aplicable otra definición” (7).

Cabe destacar que existen otras definiciones acuñadas previamente, como las del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE UK) (8) y el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) (9), las que siguen siendo utilizadas en investigación clínica y documentos técnicos. Para efectos de este estudio, se utilizarán como sinónimos el concepto “Condición Post COVID-19” y “Long COVID”, siendo este último utilizado ampliamente por pacientes y medios de comunicación para referirse al cuadro.

Antecedentes Epidemiológicos

Las primeras estimaciones de la OMS planteaban que entre un 10% y un 20% del total de personas infectadas con SARS-CoV-2 desarrollarían la Condición Post COVID-19 (1). Sin embargo, las cifras varían ampliamente dependiendo de la metodología utilizada en los estudios. Una revisión sistemática que incluyó 50 estudios primarios y más de 800.000 pacientes alrededor del mundo, determinó que la prevalencia agrupada global estimada de la Condición Post COVID-19 fue de 0,43 (IC del 95 %: 0,39, 0,46). Además, según la gravedad del cuadro inicial, los pacientes hospitalizados y no hospitalizados tienen estimaciones de 0,54 (IC 95 %: 0,44, 0,63) y 0,34 (IC 95 %: 0,25, 0,46) respectivamente. En cuanto a diferencias por sexo, el mismo estudio determinó una prevalencia de esta condición en hombres de 0,37 (IC95%: 0,24 – 0,51) y en mujeres de 0,49 (IC95%: 0,35 – 0,63) (9). En cuanto a los factores de riesgo, la evidencia actual indica un mayor riesgo de desarrollar síntomas persistentes en personas de sexo femenino, aquellos con un cuadro inicial grave, edad avanzada y la presencia de comorbilidades (9).

Actualmente en Chile no existen cifras oficiales respecto a la prevalencia de Condición Post COVID en la población general, menos aún en población laboralmente activa. La guía clínica del MINSAL plantea que entre el 5-10% del total de personas contagiadas con COVID-19 presentarán sintomatología persistente (10). Al momento del planteamiento de este estudio, en julio de 2022, existían aproximadamente 4 millones de casos acumulados en el país, estimándose que entre unas 200.000 y 400.000 personas podrían haberse afectado por esta condición de salud.

Mecanismos Fisiopatológicos

La fisiopatología de la Condición Post COVID es altamente compleja y se mantiene aún en investigación con avances importantes. Se ha descrito la interacción de diversos mecanismos fisiopatológicos, planteándose como hipótesis los siguientes; persistencia de antígenos virales, inflamación sistémica y específica de los tejidos, disbiosis intestinal, reactivación de virus inactivos como el del Herpes, disfunción microvascular con presencia de microcoágulos y el desarrollo de respuestas inmunes autoreactivas (11).

Cuadro Clínico

La Condición Post COVID-19 se presenta como un cuadro clínico heterogéneo con perfiles sintomáticos diferentes. Los síntomas más frecuentes son la fatiga (23%-31%), la disnea (13%-25%) y la disfunción cognitiva (13%-26%) también denominada como “niebla mental”, caracterizada por dificultades en la concentración, atención y fallas de memoria (10, 13). También se han descrito síntomas que afectan a los sistemas cardiovascular, neurológico, dermatológico y gastrointestinal. Los síntomas muchas veces se superponen y pueden ser desencadenados por la actividad física, estrés, alteraciones del sueño y tareas cognitivas. Otro

síntoma característico es el Malestar Post Esfuerzo (MPE), definido como un agotamiento discapacitante que suele aparecer después de un tiempo y que es desproporcionado en relación con el esfuerzo que se realizó (10,13).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en el reconocimiento de los síntomas persistentes en el tiempo, por lo que es esencial la capacitación y sensibilización al personal de salud para su identificación, derivación y atención oportuna. Dada la diversidad de síntomas y heterogeneidad del cuadro clínico, sumado a la presión sobre los sistemas de salud ocurridas durante la pandemia, se describe que esta condición es altamente subdiagnosticada o atribuida a trastornos de salud mental. Esto ha repercutido negativamente sobre las personas quienes se han visto estigmatizadas por no contar con un diagnóstico adecuado (8,11).

Condición Post COVID como problema de Salud Pública

Los síntomas del Long COVID pueden limitar significativamente las actividades de la vida diaria de las personas, afectando su funcionamiento y restringiendo la participación familiar, social y laboral de estas. De hecho, las secuelas que el SARS-CoV 2 puede dejar en el organismo son una causa importante de discapacidad adquirida, lo que ha generado una mayor carga por enfermedad a nivel global y mayores niveles de ausentismo por incapacidad laboral temporal o permanente (1,3,14). Una cohorte de personas con COVID-19 no crítico dados de alta de un hospital mostró que el 11% todavía estaba con reposo laboral el día 60 (15). En conjunto, lo anterior no solo impacta a los sistemas de salud, sino que también a los sistemas de seguridad social y la economía de los países por una disminución del capital humano y la fuerza de trabajo. En este sentido, la OMS plantea que la Condición Post COVID es un problema de salud pública que hay que enfrentar de forma oportuna (16).

Abordaje de la Condición Post COVID

Durante la pandemia y el período posterior a ella, la OMS ha planteado la estrategia "4R" la que incluye; 1) Reporte de los casos, 2) Reconocimiento, el cual implica tomar en consideración los aspectos multidimensionales del problema, sensibilizando a los médicos y otros profesionales de la salud 3) Rehabilitación, que implica proveer de programas interdisciplinarios y coordinados para entregar atención de salud oportuna a estas personas e 4) investigación (del inglés Research), para mejorar la comprensión de la condición y buscar vías de tratamiento óptimo (16). Actualmente existen diversas Guías de Práctica Clínica para el abordaje de esta condición, desarrolladas por organismos internacionales como la NICE y la CDC (8,9). En nuestro país el Ministerio de Salud ha publicado algunos documentos técnicos en la misma línea (11), aunque la evidencia científica al respecto aún es escasa a nivel nacional.

Las orientaciones técnicas indican que la principal acción es lograr que el equipo de salud esté preparado y formado en reconocer los síntomas y signos, para identificar e intervenir oportunamente a las personas afectadas por esta condición, con el fin de disminuir los riesgos, restablecer la salud y minimizar las secuelas y discapacidad a largo plazo. Dentro del abordaje general se recomienda desarrollar acciones de prevención y educación a la población general y personas afectadas. Para facilitar el diagnóstico se recomienda utilizar cuestionarios o listas de chequeo de detección de síntomas como parte de la evaluación clínica inicial. En caso de compromiso funcional significativo, se recomienda la derivación oportuna e ingreso a servicios rehabilitación integral e interdisciplinarios (8-11).

Implicancias en la Salud y Seguridad en el Trabajo

Cifras de SUSESO muestran que entre 2020 y 2021 el COVID-19 fue la principal causa de denuncia por enfermedad profesional, teniendo ese último año un total de 130.662 casos calificados como de origen laboral, correspondiente a aproximadamente el 54% del total de denuncias (17). Estos casos registrados por la autoridad no fueron diferenciados según gravedad, por lo que no hubo una distinción entre el COVID-19 agudo y aquellos casos con sintomatología prolongada en el contexto de un Long COVID. Por otra parte, el registro de licencias médicas (LM) por COVID-19 en FONASA, entre marzo 2020 y febrero 2021, mostró que se emitieron 396.403 LM código U07.1 (caso confirmado de COVID-19); de las cuales un 13,8% se extendieron entre 30 a 89 días y un 4,7% por más de 90 días (11). Respecto a la Condición Post COVID, el Dictamen 13591-2022 de la SUSESO indica que el Seguro Ley 16.744 debe continuar otorgando las prestaciones médicas necesarias en un cuadro secular a SARS-CoV-3 de origen laboral, reconociendo la condición y sus implicancias sobre la salud (18).

Un punto relevante para destacar corresponde a las repercusiones que la Condición Post COVID podría tener sobre el reintegro laboral de las y los trabajadores afectados; el tipo de síntomas, que incluyen fatiga y disfunción cognitiva, podrían afectar el desarrollo de ciertas tareas dependiendo de la naturaleza del trabajo. En este contexto, un estudio realizado en Chile en el marco del concurso SUSESO 2021 mostró una alta prevalencia de problemas de atención, velocidad de procesamiento, memoria episódica y funciones ejecutivas en un grupo de 64 pacientes hospitalizados por COVID-19, observándose a nivel neuropsiquiátrico sintomatología postraumática, la cual disminuyó con el transcurso del tiempo. Los porcentajes de retorno laboral de estos(as) trabajadores(as) fueron superiores al 90% al año de evolución, manteniéndose estable en las medidas siguientes (19).

Según lo anteriormente descrito, y considerando la complejidad de esta nueva entidad clínica en términos de diagnóstico y tratamiento, la aún escasa (aunque mayor) evidencia existente, más sus implicancias para la Salud y Seguridad de los trabajadores, los resultados esperados de este proyecto se vuelven relevantes para la formulación de estrategias e intervenciones que atiendan a las necesidades de salud de esta población.

7. Metodología

Este proyecto tuvo un diseño mixto, con una primera parte de tipo cuantitativo y una segunda parte de tipo cualitativa. La primera parte incluyó el análisis de una base de datos cruda proporcionada por Mutual de Seguridad, la que contenía las denuncias de COVID-19 de origen laboral a nivel nacional, entre 2020 y 2023.

El componente cualitativo del proyecto comprendió el desarrollo de entrevistas semiestructuradas a pacientes hospitalizados por COVID-19 y a actores clave/experto(as) en el estudio y tratamiento del Long COVID, buscando conocer sus experiencias y visiones al respecto.

7.1 Componente cuantitativo

7.1.1 Revisión y análisis de la base de datos

La población de estudio corresponde a trabajadores/as de empresas adherentes a Mutual de Seguridad C.Ch.C que tuvieron diagnóstico de COVID-19 entre marzo de 2020 y diciembre de 2022. El muestreo fue por conveniencia, dado el acceso a una base de datos proporcionada por este organismo administrador, correspondiente al registro administrativo habitual de estos casos durante la pandemia. En este sentido, los datos son representativos de la población trabajadora cubierta por Mutual de Seguridad. A junio de 2024, esta mutualidad cubre a 2.258.319 trabajadores/as de 142.279 empresas, con un segmento importante de la actividad económica de construcción, servicios y administración.

La base de datos proporcionada por Mutual de Seguridad C.Ch.C contenía un total de 152.941 casos distribuidos en todas las regiones del país en un periodo de 4 años; 2020, 2021, 2022 y enero de 2023. Se realizó una revisión completa de la base de datos, eliminando datos faltantes o erróneos, y extrayendo variables relevantes para responder a la pregunta de investigación. Estas incluyeron datos sociodemográficos (edad, sexo, región, ocupación), datos relacionados a las empresas de origen de los trabajadores/as (actividad económica, tipo de empresa) y como variable dependiente, la extensión de reposo laboral en días posterior al diagnóstico de COVID-19. También se obtuvo información referente a la fecha de las denuncias, realizando un análisis descriptivo de tipo serie temporal simple. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, presentando medidas de tendencia central (mediana y percentil 25-75) para variables continuas, dado que no distribuyeron de forma normal, y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. El análisis se realizó en el programa estadístico STATA V.19.

Con el objetivo de evaluar solamente aquellos casos que se extendieron del reposo estándar, se eliminaron todos aquellos que tuvieron una duración menor o igual a 5 días, dado que fue el mínimo establecido por la autoridad sanitaria en 2021, desde los 14 días iniciales en 2020. En el caso de aquellas personas que necesitaron hospitalización, en cuyo caso la extensión del reposo pudiese relacionarse a un Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS), el análisis se realizó de forma independiente como subgrupo.

Se procedió a limpiar la base según lo siguiente:

- Días de reposo: Se eliminaron 36.190 casos con una duración de reposo de 0 a 5 días (5 incluido).

- Edad: Se eliminaron 73 casos cuyas edades oscilaron entre 0 y 17 años (anómalo o fuera de edad laboral).
- Tramo de empresa: Se eliminaron 8941 casos que incluían caracteres no correspondientes a la categoría, entre ellos: “2025”, “octubre” y “45931”.
- Sexo: Se eliminó un caso de casilla vacía.
- Región: Se eliminó un caso anómalo.
- Año: Se eliminaron 537 casos de enero de 2023.
- Fecha: Se eliminaron 32 casos con fecha anterior a marzo de 2020.
- Ocupación: Se eliminaron 95 casos sin información.
- Actividad económica: Se eliminaron 1253 casos sin información.
- Hospitalizados: Se decidió excluir del análisis general a los pacientes que estuvieron hospitalizados, dado que dentro de las causas que explican la extensión de reposo en estos casos se encuentra el Síndrome Post Cuidados Intensivos, descrito en la literatura científica previo a la pandemia de COVID-19. Se extrajeron 106 casos, los que fueron analizados descriptivamente de forma independiente.
- Según lo descrito el total de casos incluidos dentro del análisis fue de 105.711.

7.1.2 Variables de estudio

- **Variables sociodemográficas;** Sexo: Hombre, mujer; Edad en años, Región, Ocupación: Construida según el CIUO-08 Clasificador Chileno de Ocupaciones del Instituto Nacional de Estadísticas INE. Se identificaron más de 300 categorías secundarias, las que fueron agrupadas en las nueve clasificaciones principales del CIUO-08.
- **Variables de empresas:** Actividad económica: según la Clasificación Chilena de Actividades Económicas CIIU-04; Macrosegmento: Tipo de empresa según cantidad de trabajadores. Corporativas (300-999), empresas (100-299), grandes Clientes (>1000), PYME (1-99), trabajadores de casa particular, trabajadores independientes.
- **Otras variables:** Clasificación: Aceptado o rechazado como enfermedad profesional (EP) según indicaciones de autoridad sanitaria y SUSESO; Fecha: fecha de diagnóstico COVID-19 (día, mes, año).
- **Variable primaria:**
 - Días de reposo laboral: días como variable continua.
 - Rango de días: variable categórica ordinal según períodos días de reposo (6-14, 15-29, 30-69,90-179, 180-364, 365 o más).

7.1.3 Análisis de serie temporal

Desde la misma muestra se realizó un análisis de serie temporal, con el objetivo de evaluar la evolución del porcentaje de exceso de reposo durante el período analizado. Se consideró como variable respuesta el porcentaje de exceso de reposo laboral, calculado a partir de aquellos casos con reposo >14 días, dividido por el total de casos para cada mes. Los casos se agruparon de forma mensual durante el período comprendido entre marzo de 2020 y diciembre de 2022. Para aquellos días donde hubo más de un caso, se calculó el promedio de días de reposo entre estos. Se realizó un análisis descriptivo de la serie de tiempo.

7.2 Componente cualitativo

Dentro del componente cualitativo se realizaron entrevistas a pacientes hospitalizados por COVID-19 de origen laboral y a actores clave/expertos(as) chilenos(as) en la materia. El uso de la entrevista permite una aproximación comprensiva a la subjetividad de las personas que participaron del estudio. Las entrevistas tuvieron un carácter semi-estructurado y mediante ellas se buscó obtener descripciones del mundo vivido por los entrevistados con respecto a su interpretación de los fenómenos estudiados. Las pautas de las entrevistas se encuentran disponibles en los Anexos 1 y 2.

Dado el carácter exploratorio del proyecto, se definió un muestreo por conveniencia. El Hospital Clínico de Mutual de Seguridad facilitó una lista de 21 pacientes que estuvieron hospitalizados por diagnóstico de COVID-19 de origen laboral entre 2020 y 2021. Estos se encontraban de alta laboral, es decir, trabajando actualmente. Sin embargo, continuaban con seguimiento por persistencia de síntomas, con controles médicos cada tres o seis meses según necesidad, mas dos pacientes en espera de evaluación de incapacidad laboral.

Estos pacientes fueron invitados a participar vía telefónica. Quienes aceptaron fueron contactados por un miembro del equipo de investigación, quién coordinó la realización de la entrevista. Por razones de factibilidad/aceptabilidad, y considerando que el proyecto se planteó originalmente durante la pandemia, las entrevistas fueron realizadas vía telemática a través de la plataforma Google Meets entre los meses de marzo y julio de 2024. Estas fueron grabadas y posteriormente transcritas para ser analizadas según se describe más adelante en el informe.

En el caso de los actores clave, se definieron perfiles de profesionales que estuvieran actualizados respecto al estudio y tratamiento de la Condición Post COVID-19. Estos fueron identificados por miembros del equipo de investigación en artículos y/o eventos científicos relacionados al abordaje del Long COVID, e incluyeron profesionales de salud del área clínica, gestión e investigación, pertenecientes a universidades, hospitales y sociedades científicas de la Región Metropolitana. Se invitó además a una representante de la autoridad sanitaria.

7.3 Análisis de la información

Se desarrolló un análisis integrado de la información proveniente de los componentes cuantitativos y cualitativos. Dentro del componente cuantitativo se realizó un análisis descriptivo de la variable primaria, las variables sociodemográficas y ocupacionales, describiéndose además la evolución del porcentaje de exceso de reposo laboral dentro del período analizado (marzo de 2020 y diciembre de 2022). El análisis se realizó en el programa estadístico Stata V.18.

Para el análisis de la información cualitativa se utilizó una aproximación basada en el análisis de contenido cualitativo. Específicamente, se trata de un método que consiste en la clasificación o codificación de los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido (manifiesto o latente) (20,21)

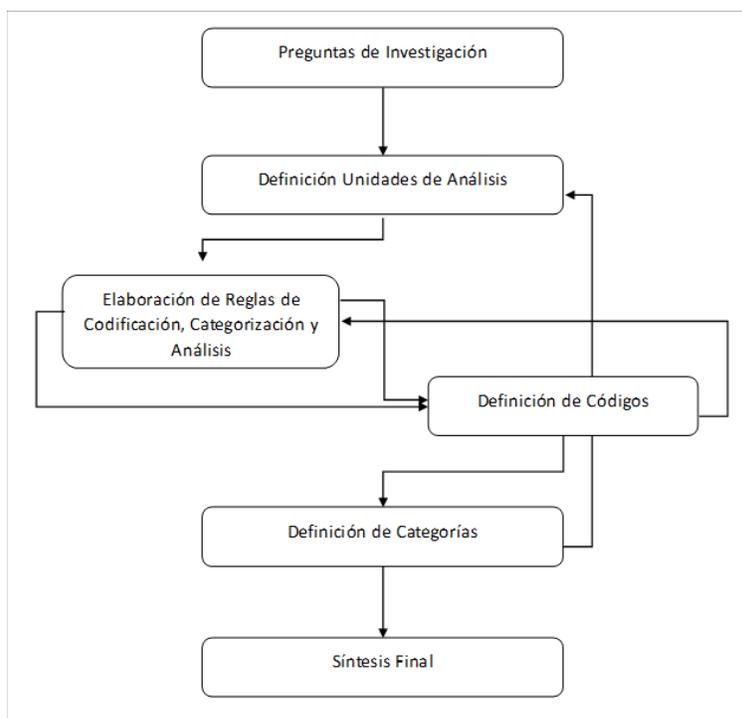
Para el desarrollo del análisis de la información, se siguieron los siguientes 6 pasos (22,23):

1. El primer paso del análisis fue identificar el material a analizar en función de las preguntas de investigación, la pauta de entrevistas establecidas y las respuestas dadas por los entrevistados.
2. El segundo paso consistió en identificar y definir las unidades de análisis que se correspondían a los trozos de contenido sobre los cuales se desarrolló el análisis (las

unidades de análisis representan los segmentos del contenido de las respuestas de los entrevistados. La unidad de análisis se denomina, “unidad de registro”, y se refiere al contenido identificado como significativo dentro del documento).

3. De manera paralela al paso anterior, se desarrolló el tercer paso en el que se establecieron las reglas de análisis. Estas reglas indican cuáles son las condiciones para codificar y categorizar un determinado contenido. Este proceso se desarrolló de manera inductiva, comenzando desde los datos para definir reglas que los clasifiquen y para posteriormente codificarlos preguntándose cuál es el tema, aspecto o significado que ellas encierran.
4. Una vez que los datos fueron segmentados y agrupados conforme a las reglas de análisis, se identificó a cada grupo mediante nombre de códigos. Los códigos resumen el conjunto de datos reunidos en una clase, “etiquetan” los segmentos, agregando información al texto a través de un proceso que abstraer las características del contenido agrupado.
5. A continuación, se definieron categorías en donde el contenido previamente codificado se ordenó y clasificó. Las categorías representan el momento en el cual se agrupa o vincula la información, en términos de mayor amplitud o abstracción teórica o pudiendo representar interpretaciones acerca del contenido que no se manifiesta de modo explícito, a través de la construcción del concepto de cuenta de relaciones en el conjunto de material analizado.
6. Por último, se realizó una síntesis final que utilizó las categorías y códigos usados previamente. Esta puso énfasis en el esfuerzo reflexivo, descubriendo lazos, causas e interpretándolas de acuerdo con la información disponible.

Esquema Procedimiento General de Análisis



Elaboración propia en base a Mayring (21) y Cáceres (22)

A partir de los resultados de ambos componentes del estudio se desarrollaron recomendaciones para el sistema de SST. Estas fueron complementadas con evidencia científica obtenida a través de una revisión bibliográfica de literatura, la que fundamentalmente incorporó resúmenes de evidencia publicados entre los años 2023 y 2024, posteriores a la formulación de este proyecto.

7.4 Consideraciones éticas

El protocolo de investigación cuenta con aprobación del Comité Ético Científico CEC de Mutual de Seguridad de la C. Ch con fecha 12 de enero de 2023 (Anexo N°3). Posteriormente, y dados los cambios en la situación epidemiológica del COVID-19 en Chile, se realizaron modificaciones en la metodología del estudio, solicitando una revisión a las enmiendas realizadas al protocolo, la que fue aprobada el 25 de agosto de 2023 (Anexo N°4).

El presente estudio fue formulado siguiendo los lineamientos bioéticos de acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial del año 2014, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la Ley 20.120, sobre Investigación en Seres Humanos, Genoma y Clonación Humana en Chile, la Ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención de Salud, así también su decreto 31 de Consentimiento informado, y la Ley 19.628, sobre protección de la vida privada o Protección de datos de carácter personal.

Todos los datos obtenidos fueron estrictamente anónimos y de carácter confidencial, utilizándose solo para los fines científicos de la investigación. El responsable del resguardo de los datos es el Investigador Principal, quien ha tomado todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

A cada persona que accedió a participar en las entrevistas, se les explicó el proceso y firma voluntaria de consentimiento informado (Anexos 3 y 4). En el documento se detalló el proyecto y las evaluaciones a realizar, señalando explícitamente que los participantes fueron absolutamente libres de solicitar retiro del estudio en el momento que lo desearan.

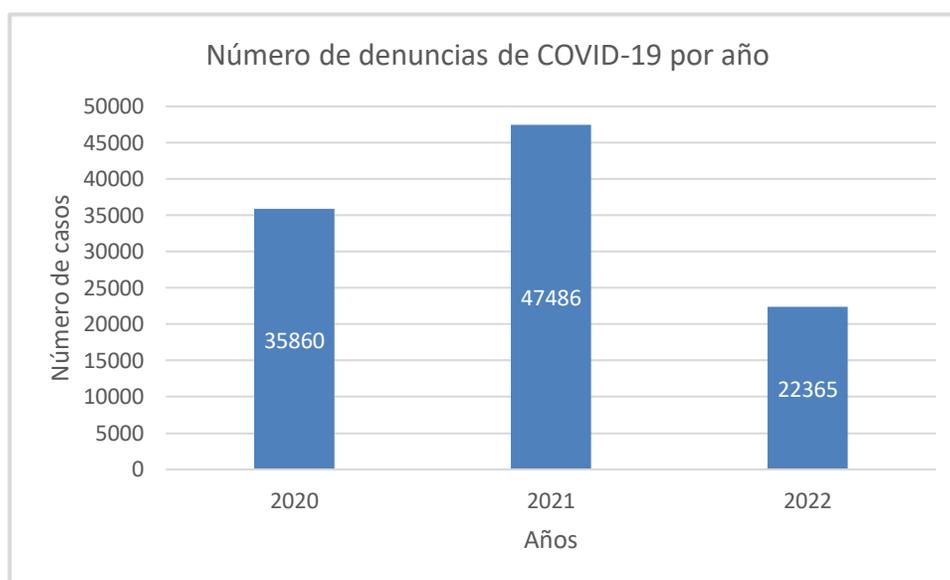
8. RESULTADOS

8.1 Componente cuantitativo

8.1.2 Características generales de la muestra

Del total de 105.711 denuncias de COVID-19, el mayor número se produjo en 2021, con 47.486 casos (44,9%), seguido por el año 2020 con 35.860 casos (33,9%) y finalmente el año 2022, con 22.365 casos (21,2%) (Figura N°1). En 2020 las denuncias de COVID-19 se concentraron entre mayo y julio (50,8%), sucediendo algo similar en 2021 con mayor un mayor número entre abril y junio (42,1%). En 2022 hubo un comportamiento distinto, con dos peaks, uno al inicio de año entre enero y febrero (41,0%) y otro entre junio y agosto (32,9%).

Figura N°1 Número de denuncias de COVID-19 por año



En cuanto a la calificación, el 18,7% (19.084) del total fueron aceptadas como EP. La mediana de edad de este grupo fue de 35 (29-46), alcanzando las mujeres el 54,3% del grupo. Dentro de las ocupaciones, el 60,8% correspondieron a “ocupaciones elementales”, seguidas por “profesionales, científicos e intelectuales” (16,4%) y “técnicos y profesionales de nivel medio” (11,0%). Respecto a la región de origen, el 54,1% provenían de la Región Metropolitana, seguida por Los Lagos con un 9,2% y Biobío con un 7,4%. En el caso de las denuncias rechazadas como EP, la mediana de edad fue de 36(27-47), alcanzando los hombres el 71,1% del grupo. En cuanto a las ocupaciones, el 87,6% correspondieron a “ocupaciones elementales”, seguidos por “operadores de instalaciones” con un 2,9% y “artesanos y operarios de oficios” con un 2,6%. Estos casos se concentraron en las regiones Metropolitana (38,4%), Biobío (13,8%) y Antofagasta (8,2%) (Tabla N°1).

En relación con las características de las empresas donde se desempeñaban los(as) trabajadores(as) con diagnóstico de COVID-19, en el grupo de los aceptados como EP, predominaron las actividades económicas de “atención de la salud humana y servicio social”

(44,0) y “administración pública y defensa” (13,7%). Además, el 53,7% de los casos provenían de empresas de tipo GC y el 88,5% de empresas de más de 100 trabajadores. En el grupo de los no aceptados, la actividad económica de “construcción” alcanzó el 35,8%, seguido por “administración pública y defensa” con un 9,9%. Respecto al tipo de empresa, también fueron en su mayoría GC (36,0%) y con un número de trabajadores mayor a 100 (8,5%) (Tabla N°2).

Extensión del reposo

La mediana de días de extensión del reposo del total de denuncias fue de 10 (P₇₅-P₂₅ 7-13), con un máximo de 447 días. Dentro del total de los casos, tanto aceptados como rechazados como EP, la mayoría tuvo una extensión del reposo entre 6-14 días (78% y 96,7% respectivamente), seguidos por el período entre 15-29 días (18,5% y 3,1%) y el de entre 30-89 días (3,3% y 0,2%). Destacan, entre el total de casos, 51 trabajadores (<1%) con una extensión de reposo mayor a 90 días, teniendo 6 de ellos un reposo laboral mayor a un año. Además, de estos 51 casos, ocho fueron rechazados como EP (Tabla N°3).

Tabla N°1 Características sociodemográficas de la muestra según el tipo de calificación como enfermedad profesional de los casos de COVID-19

	Aceptados EP	Rechazados EP	Total
Frecuencia/%	19.084 (18,7)	85.907 (81,3)	105.711
Edad Mediana-RIC	35(29-46)	36(27-47)	36(27-47)
Sexo Frecuencia/%			
<i>Hombres</i>	9.046 (45,7)	61.047(71,1)	70.093(66,3)
<i>Mujeres</i>	10.758(54,3)	24.860(28,9)	35.618(33,7)
Ocupación CIUO-08 Frecuencia/%			
<i>Directores, gerentes</i>	60(0,3)	178 (0,2)	238(0,2)
<i>Profesionales, científicos e intelectuales</i>	3.238(16,4)	2.011(2,3)	5.249(5,0)
<i>Técnicos y profesionales de nivel medio</i>	2.185(11,0)	1.188(1,4)	3.373(3,2)
<i>Personal de apoyo administrativo</i>	912(4,6)	1.313(1,5)	2.225(2,1)
<i>Trabajadores de los servicios</i>	342(1,7)	1.079 (1,3)	1.421(1,3)
<i>Agricultores</i>	40(0,2)	112(0,13)	152(0,1)
<i>Artesanos y operarios</i>	504(2,5)	2.236(2,6)	2.740(2,6)
<i>Operadores de instalaciones</i>	481(2,4)	2.525(2,9)	3.006(2,8)
<i>Ocupaciones elementales</i>	12.042(60,8)	75.265(87,6)	87.307(82,6)
Región Frecuencia/%			
<i>Arica y Parinacota</i>	209(1,1)	1.126(1,3)	1.335(1,3)
<i>Tarapacá</i>	366(1,9)	4.338(5,1)	4.704(4,5)
<i>Antofagasta</i>	993(5,0)	7.040(8,2)	8.033(7,6)
<i>Atacama</i>	229(1,2)	2.833(3,3)	3.062(2,9)
<i>Coquimbo</i>	153(0,8)	2.245(2,6)	2.398(2,3)
<i>Valparaíso</i>	729(3,7)	3.342(3,9)	4.071(3,9)
<i>O'Higgins</i>	749(3,8)	1.590(1,9)	2.339(2,2)
<i>Maule</i>	324(1,6)	2.442(2,9)	2.766(2,6)
<i>Biobío</i>	1.469(7,4)	11.853(13,8)	13.322(12,6)
<i>Araucanía</i>	423(2,1)	3.838(4,5)	4.261(4,0)
<i>Los Ríos</i>	505(2,6)	2.233(2,6)	2.738(2,6)
<i>Los Lagos</i>	1.823(9,2)	5.618(6,5)	7.441(7,0)
<i>Aysén</i>	29(0,2)	780(0,9)	809(0,8)
<i>Magallanes</i>	891(4,5)	1.581(1,8)	2.472(2,3)
<i>Metropolitana</i>	10.719(54,1)	32.988(38,4)	43.707(41,4)
<i>Ñuble</i>	193(0,1)	2.060(2,4)	2,253(2,1)

EP: Enfermedad profesional

Tabla N°2 Características de las empresas de los trabajadores según el tipo de calificación como enfermedad profesional de los casos de COVID-19

Frecuencia (%)	n=105.711	
	Aceptados EP n=19.084 (18,7)	Rechazados EP n= 85.907(81,3)
Actividad Económica Frecuencia (%)		
<i>Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca</i>	468(2,4)	3.798(4,4)
<i>Explotación de minas y canteras</i>	195(0,1)	2.767(3,2)
<i>Industrias manufactureras</i>	1.021(5,2)	5.827(6,8)
<i>Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado</i>	27(0,1)	268(0,3)
<i>Suministro de agua; evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación</i>	33(0,2)	388(0,5)
<i>Construcción</i>	2.676(13,5)	30.766(35,8)
<i>Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas</i>	913(4,6)	7.315(8,5)
<i>Transporte y almacenamiento</i>	571(2,9)	4.275(4,5)
<i>Actividades de alojamiento y de servicio de comidas</i>	203(1,0)	2.227(2,6)
<i>Información y comunicaciones</i>	39(0,2)	421(0,5)
<i>Actividades financieras y de seguros</i>	200(1,0)	2.139(2,5)
<i>Actividades inmobiliarias</i>	29(0,15)	179(0,2)
<i>Actividades profesionales, científicas y técnicas</i>	177(0,9)	2.126(2,5)
<i>Actividades de servicios administrativos y de apoyo</i>	912(4,6)	5.401(6,3)
<i>Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria</i>	2.714(13,7)	8.501(9,9)
<i>Enseñanza</i>	543(2,7)	2.614(3,0)
<i>Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social</i>	8.713(44,0)	5.171(6,0)
<i>Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas</i>	8(0,0)	81(0,1)
<i>Otras actividades de servicios</i>	362(1,8)	1.643(1,9)
Macrosegmento N° Trabajadores Empresa Frecuencia (%)		
<i>Corporación (300-999)</i>	5.629(28,4)	27.562(32,1)
<i>Empresa (100-299)</i>	1.455(7,4)	10.960(12,8)
<i>Grandes Clientes (>1000)</i>	10.640(53,7)	30.933(36,0)
<i>Pequeña y Mediana Empresa PYME (1-100)</i>	1.995(10,1)	16.358(19,0)
<i>Trabajador(a) casa particular</i>	0(0,0)	14(0,0)
<i>Trabajador(a) independiente</i>	85(0,4)	80(0,1)

EP: Enfermedad profesional

Tabla N°3 Extensión del reposo por diagnóstico de COVID-19 según calificación de los casos

	Aceptados EP 19.084	Rechazados EP 85.907	Total 105.711
Días de reposo laboral <small>Mediana P25-P75</small>	11 (7-14)	10 (7-13)	10 (7-13)
Rangos de extensión de reposo laboral en días <small>Frecuencia/%</small>			
6-14	15.455(78,0)	83,048(96,7)	98.503(93,2)
15-29	3.656(18,5)	2.682(3,1)	6.338(6,0)
30-89	650(3,3)	169(0,2)	819(0,8)
90-179	26(0,1)	8(0,0)	34(0,03)
180-364	11(0,1)	0(0,0)	11(0,01)
>365	6(0,0)	0(0,0)	6(0,01)

como enfermedad profesional

EP: Enfermedad profesional

Casos con extensión del reposo mayor a 90 días

El grupo de los 51 trabajadores(as) con una extensión del reposo mayor a 90 días estuvo compuesto por 31 hombres (60,9%) y 20 mujeres (39,2%), con una mediana de edad de 50(42-60) y 46(35,5-51) respectivamente. En ambos sexos la ocupación de mayor porcentaje correspondió a las “ocupaciones elementales” (61,3% y 55%), además, la mayoría de los casos provenían de la región metropolitana (45,2% en hombres y 35,0% en mujeres) (Tabla N°4).

Subgrupo de trabajadores hospitalizados por COVID-19

Dado que la extensión de reposo en pacientes con COVID-19 que requirieron hospitalización puede explicarse por el Síndrome Post Cuidados Intensivos, este grupo de trabajadores(as) fueron analizados de forma separada. El grupo se conformó por un total de 105 personas, 74 (70,5%) hombres y 31 mujeres (29,5%), con una mediana de edad de 50,5(41-58) y 47(32-52) respectivamente. En este subgrupo también las “ocupaciones elementales” predominan, con un 54,1% en hombres y un 41,9% en mujeres. Respecto a la región de procedencia, en ambos grupos los casos se concentran en la Metropolitana (>90%). La mediana de extensión de reposo fue de 41(24-71) en mujeres y de 33,5(24-48) en hombres. Además, en ambos grupos la mayoría de los casos tuvo una duración extensión de reposo entre 30-79 días (50% en hombres y 45,2% en mujeres) (Tabla N°5).

Tabla N°4 Características sociodemográficas de los trabajadores(as) con extensión de reposo mayor a 90 días según sexo

Frecuencia (%)	n=51	
	Masculino n=31 (60,9)	Femenino n=20 (39,2)
Edad MedianaP25-P75	50(42-60)	46(35,5-51)
Ocupación CIUO-08 Frecuencia (%)		
<i>Directores, gerentes</i>	0	0
<i>Profesionales, científicos e intelectuales</i>	2(6,5)	2(10,0)
<i>Técnicos y profesionales de nivel medio</i>	0	3(15,0)
<i>Personal de apoyo administrativo</i>	0	4(20,0)
<i>Trabajo de los servicios</i>	0	0
<i>Agricultores</i>	0	0
<i>Artesanos y operarios de oficios</i>	2(6,5)	0
<i>Operadores de instalaciones, máquinas</i>	8(25,8)	0
<i>Ocupaciones elementales</i>	19(61,3)	11(55,0)
Región Frecuencia (%)		
<i>Arica y Parinacota</i>	0	0
<i>Tarapacá</i>	6(19,4)	0
<i>Antofagasta</i>	5(16,1)	1(5,0)
<i>Atacama</i>	2(6,5)	0
<i>Coquimbo</i>	1(3,2)	0
<i>Valparaíso</i>	1(3,2)	3(15,0)
<i>O'Higgins</i>	1(3,2)	4(20,0)
<i>Maule</i>	0	0
<i>Biobío</i>	0	0
<i>Araucanía</i>	0	0
<i>Los Ríos</i>	0	0
<i>Los Lagos</i>	1(3,2)	5(25,0)
<i>Aysén</i>	0	0
<i>Magallanes</i>	0	0
<i>Metropolitana</i>	14(45,2)	7(35,0)
<i>Ñuble</i>	0	0

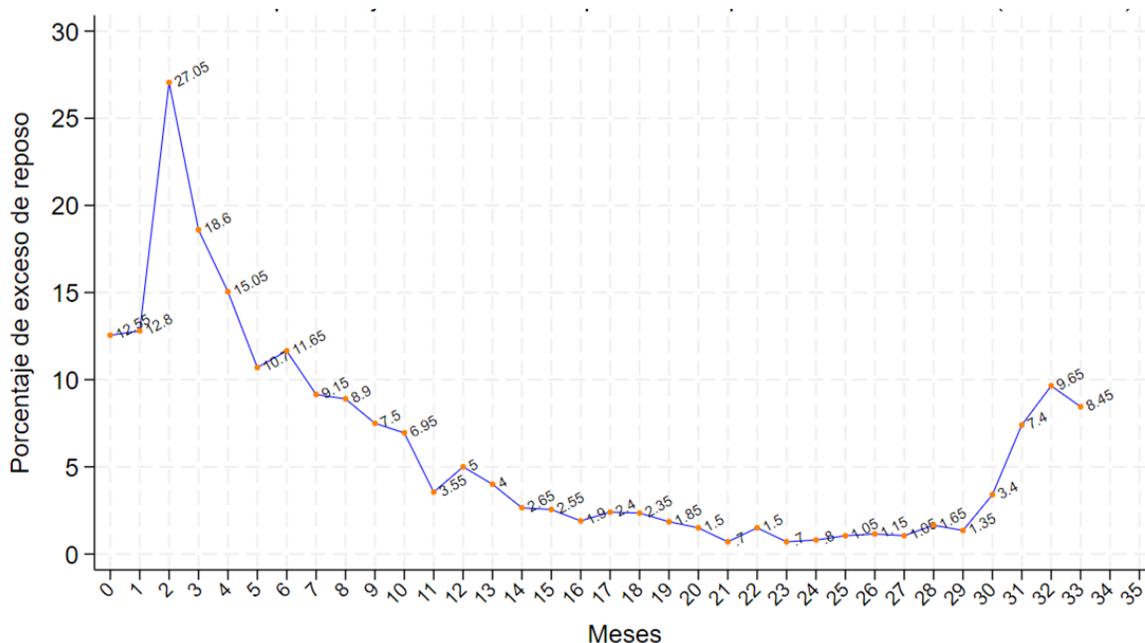
Tabla N°5 Características sociodemográficas y extensión del reposo de los trabajadores hospitalizados por COVID-19 según sexo

		n=105	
		Hombres n=74	Mujeres n=31
Frecuencia/%		(70,5)	(29,5)
Edad	Mediana P25-P75	50,5(41-58)	47(32-52)
Ocupación	Frecuencia/%		
	<i>Directores, gerentes</i>	0	0
	<i>Profesionales, científicos e intelectuales</i>	5(6,8)	4(12,9)
	<i>Técnicos y profesionales de nivel medio</i>	6(8,1)	11(35,5)
	<i>Personal de apoyo administrativo</i>	3(4,1)	1(3,2)
	<i>Trabajo de los servicios</i>	5(6,8)	1(3,2)
	<i>Agricultores</i>	0	0
	<i>Artesanos y operarios de oficios</i>	7(9,5)	1(3,2)
	<i>Operadores de instalaciones, máquinas</i>	8(10,8)	0
	<i>Ocupaciones elementales</i>	40(54,1)	13(41,9)
Región	Frecuencia/%		
	<i>Arica y Parinacota</i>	0	0
	<i>Tarapacá</i>	0	0
	<i>Antofagasta</i>	0	0
	<i>Atacama</i>	0	0
	<i>Coquimbo</i>	1(1,4)	0
	<i>Valparaíso</i>	2(2,7)	0
	<i>O'Higgins</i>	1(0,1)	0
	<i>Maule</i>	0	0
	<i>Biobío</i>	2(2,7)	1(3,2)
	<i>Araucanía</i>	0	0
	<i>Los Ríos</i>	0	0
	<i>Los Lagos</i>	0	1(3,2)
	<i>Aysén</i>	0	0
	<i>Magallanes</i>	0	0
	<i>Metropolitana</i>	68(91,9)	29(93,6)
	<i>Ñuble</i>	0	0
Días de reposo	Mediana P25-P75	33,5 (24-48)	41 (24-71)
Rango días de reposo	Frecuencia/%		
	<i>6-14 días</i>	6(8,1)	2(6,5)
	<i>15-29 días</i>	23(31,1)	9(29,0)
	<i>30-79 días</i>	37(50,0)	14(45,2)
	<i>80-179 días</i>	8(10,8)	6(19,4)

Evolución de la extensión del reposo laboral por diagnóstico de COVID-19

Se observaron cambios en la evolución del porcentaje de exceso de reposo, es decir, mayor al estándar de 14 días, durante todo el período, alcanzando su valor máximo en mayo de 2020 (mes 2 de la figura n°2) durante la cepa original (27,1%), y su menor valor en enero-marzo de 2022 (mes 21-23 de la figura N°2), durante la cepa ómicron. Si bien se observó una disminución marcada desde mayo de 2020 en adelante, al final del período se produjo nuevamente un alza de los casos con una extensión del reposo mayor al estándar de 14 días.

Figura N°2 Evolución del porcentaje de exceso de reposo laboral por COVID-19 en Chile (2020-2022)



8.2 Resultados Componente cualitativo

8.2.1 Caracterización de la muestra de pacientes

De los 21 pacientes invitados a participar, siete contestaron y accedieron a realizar la entrevista. Respecto al sexo, se entrevistó a cuatro hombres y tres mujeres, con edades en el rango de los 36 años y los 69 años. En el caso de las mujeres entrevistadas, se encuentran entre los 40 años y 53 años, y en el caso de los hombres, entre los 36 años y los 69 años. Todos los pacientes estuvieron hospitalizados entre 2020 y 2021, siendo cuatro de ellos intubados y conectados a ventilación mecánica en una Unidad de Cuidados Intensivos UCI. Si bien estos pacientes se encontraban de alta laboral al momento de entrevistarlos, es decir, se encontraban ya trabajando, mantenían a 2022 controles médicos en Mutual para evaluación de síntomas persistentes cada tres o seis meses, según necesidad. Ninguno de ellos tuvo diagnóstico de Long COVID, dado que no existen criterios definidos por la autoridad sanitaria.

Los hogares de los entrevistados están compuestos, en el caso de tres personas, por ellas y sus parejas. Los cuatro restantes viven con sus parejas y los hijos de ambos o de uno de ellos. Respecto de sus estudios, tres de ellos son profesionales (médico, asistente social, periodista), dos cuentan con estudios técnicos (técnicos en enfermería de nivel superior TENS) y dos tienen educación media completa. En el caso de las mujeres, dos son profesionales y una tiene estudios técnicos. Para el caso de los hombres, uno es profesional, uno cuenta con estudios técnicos y dos tienen educación media completa.

Al momento de contagiarse con SARS-CoV-2, cinco de ellos se desempeñaban laboralmente en algún establecimiento de salud; una era directora de una residencia de adultos mayores y uno se desempeñaba como jefe de servicio en una actividad minera. Quienes se desempeñaban en un establecimiento de salud desarrollaban las siguientes actividades:

- TENS en Servicio de Urgencia Municipal (sin conexión a ventilación mecánica)
- Conductor de ambulancia en Servicio de Salud Municipal, principalmente para CESAFAM y apoyo a SAR (con conexión a ventilación mecánica).
- Atención de pacientes, en especialidad médica en establecimiento hospitalario (con conexión a ventilación mecánica)
- Jefa de unidad de comunicaciones en establecimiento hospitalario (con conexión a ventilación mecánica).
- TENS en Posta Rural (con conexión a ventilación mecánica).

La directora de residencia de adulto mayor (sin conexión a ventilación mecánica), desempeñaba fundamentalmente tareas administrativas asociadas al personal y apoyaba en tareas de alimentación de adultos mayores con dificultades para hacerlo por sus propios medios. Por otra parte, quien se desempeñaba como jefe de servicios en actividad minera (sin conexión a ventilación mecánica), describe sus tareas como encargado de la revisión y control exhaustivo de maquinaria. Dicha actividad era realizada en la faena minera en precordillera.

8.2.2 Experiencias de las/os pacientes

8.2.3 Condición de salud general previo al diagnóstico de COVID-19

Todos los entrevistados, excepto una, se describen como personas saludables:

“no me enfermaba casi nunca”; “Perfecta, sin ningún problema”; “Era excelente”; “Totalmente sana. Sin ninguna enfermedad base”; “antes del COVID, una persona relativamente sana”.

Sin embargo, cuatro de estas cinco personas también describen que antes del COVID-19 presentaban las siguientes condiciones de salud: sobrepeso, resistencia a la insulina, hipotiroidismo, hipertensión y diabetes, cardiopatía coronaria, obesidad y un tumor renal (descubierto después de pandemia, con una evolución de 3 a 4 años). Quien se describe como una persona con una situación de salud regular antes del COVID-19, identifica tener tres situaciones de salud de base: obesidad, diabetes y neumonías recurrentes. Solo 2 entrevistados reportan hospitalizaciones previas a asociadas a cardiopatía coronaria (la que habría tenido un carácter precautorio) y por otra persona por apendicectomía.

Respecto al nivel de actividad física, cuatro de los entrevistados se describen físicamente activos previo al diagnóstico de COVID-19 (tres hombres y una mujer): jugar futbolito un par de veces por semana, correr una vez por semana, caminar todos los días, acondicionamiento físico en gimnasio dos veces por semana. Los otros tres entrevistados se describen como personas sedentarias, quienes no practicaban ningún tipo de actividad física de manera regular.

8.2.4 Evolución del COVID-19 en los pacientes

El contagio de los entrevistados se produce entre marzo de 2020 y septiembre de 2020, identificándose como lugar o momento de exposición al virus lo siguiente:

- Directora Residencia adulto mayor: relata que en septiembre de 2020. Antes de esa fecha, algunos de los residentes se contagiaron, luego de una primera ola de contagios, observa que algunos funcionarios pueden haber relajado las medidas de cuidado y cree que uno de ellos pudo haberla contagiado.
- Jefe de servicios en operación minera, quien se desempeña por turno (14 días trabajo – 14 días descanso), se contagia en marzo de 2020 y cree que se produce durante vuelo de retorno a su hogar luego de período trabajado o durante almuerzo o cena en comedores de faena antes de tomar dicho vuelo.
- TENS en servicio urgencia municipal, estima que se contagió prestando ayuda a algún paciente a comienzos de marzo de 2021.
- Conductor de ambulancia de servicio salud municipal, relata que se contagia en marzo de 2020 y cree que ocurrió al concurrir a CESFAM a ponerse vacunas contra la influenza y neumococo, aunque no descarta que contagio haya ocurrido en el traslado de algún paciente en la ambulancia. Este entrevistado relata que se volvió a contagiar en 3 oportunidades posteriores (con esquema de vacunas al día), pero que no requirió de hospitalización.

- Médico en establecimiento hospitalario, se contagia atendiendo a paciente crítica, que luego se informaría dio positivo a PCR en el mes de junio de 2020.
- Técnica en Enfermería en Posta Rural, estima que contagio en agosto de 2020 (aunque en su relato señala que ocurre 2021, pero la descripción que realiza es indicativa de que fue en 2020) y ocurrió en rescate de paciente en domicilio para traslado a hospital o en vacunación contra la hepatitis (ya que su inoculación anterior se encontraba vencida) en CESFAM. La entrevistada se volvió a contagiar en 1 oportunidad posterior, pero no necesitó ser hospitalizada.
- Jefa de unidad de comunicaciones en establecimiento hospitalario, se contagió en mayo de 2020 y estima que ocurrió porque con motivo de la pandemia se realiza una apertura anticipada de nuevas dependencias del Hospital, las ventilaciones parecían no funcionar de buena manera y no todos los espacios para circular no se encontraban despejados, por lo que se encontraba con pacientes y otros trabajadores a corta distancia

Todos los entrevistados relatan haber tenido una prueba de PCR positiva y haber pasado algún tiempo en sus domicilios antes de la hospitalización con motivo del COVID 19.

Hospitalización

Todos los entrevistados tuvieron sólo una hospitalización con motivo del COVID 19. Sólo tres de los entrevistados fueron hospitalizados en Hospital Clínico Mutual de Seguridad. Los otros cuatro entrevistados, fueron hospitalizados en otras instituciones de salud: Red Salud Providencia, Hospital Sotero del Ríos, Clínica Las Condes, Hospital Félix Bulnes. Estas hospitalizaciones duraron, para quien estuvo menos tiempo hospitalizado 10 días, y para quien estuvo más días hospitalizado 46 días.

Todos los entrevistados describen como la sintomatología del COVID 19 experimentada, la presencia de fiebre y dificultad respiratoria. Algunos señalan, además, haber sentido dolores corporales difusos. La hospitalización de todos los entrevistados, luego de la evaluación médica correspondiente, se decidió debido a sus bajos niveles de saturación de oxígeno.

Dos de las pacientes reportan, que se trasladan a un centro de salud (hospital, clínica), pero no tienen recuerdo del momento en que se decide la hospitalización. De acuerdo con sus relatos, parecen haber perdido la consciencia en algún momento entre la llegada a la institución de salud y la atención médica.

Tratamiento durante Hospitalización

Respecto de los tratamientos recibidos durante la hospitalización todos los entrevistados reportan haber recibido antibióticos intravenosos (dos de los entrevistados informan también haber recibido por vía intravenosa corticoides y uno de ellos recuerda además recibir antipiréticos). Además, cinco de las personas entrevistadas relatan haber sido intubados (uno de ellos relata que por “mala tolerancia al prono”). Los otros dos entrevistados que no fueron intubados recibieron oxígeno mediante mascarilla y en algún momento oxígeno de alto flujo. De los entrevistados que tuvieron que ser intubados, tres informan que además se les debió practicar una traqueotomía.

Finalmente, durante la hospitalización, hay tres entrevistados que reportan otros eventos relevantes:

- Desarrollo de un delirio activo (con alucinaciones visuales y auditivas).
- Shock séptico y como consecuencia de ello una neumonía y una pancreatitis.
- Haber sufrido 3 paros cardiorrespiratorios.

Situación de Salud después de COVID 19

Las licencias médicas de los entrevistados asociadas a la recuperación y/o rehabilitación de COVID 19 duraron entre 2 meses y 12 meses, estando la mayoría entre los 6 meses y los 8 meses. Respecto a la situación de salud descritas por los entrevistados después del COVID, estas son diversas. A continuación, para cada entrevistado se describe lo reportado:

1. Entrevistado (sin intubación) refiere que se cansa o fatiga, después de un esfuerzo, con más rapidez y facilidad que antes del COVID 19, e identifica tener mayor susceptibilidad a hacer enfermedades respiratorias y a que la tos, consecuencia de un resfrío, persista mucho más tiempo que antes.

“después de retomar mi trabajo normal, ya me he contagiado, el año pasado, me habré contagiado unas 5 veces de neumonía (...) la tos me perdura mucho más. La tos me dura mucho más, por ejemplo, antiguamente, antes del COVID, yo a los 7 días yo estaba intacto, ahora no, ahora a los 14 días y ya recién estoy eliminando la tos, primero se me eliminan los síntomas, pero me queda una tos seca, persistente”

El entrevistado, también refiere que después de la hospitalización y durante el tiempo que estaba con licencia para recuperarse (rehabilitarse), la aparición de una neuropatía asociada al parpadeo de un ojo y a la parálisis de un lado de la cara (incluido el cuello), que fue diagnosticada como una Parálisis de Bell y asociada a una “baja del sistema inmunológico, por una infección alta”. Esta situación ha mejorado, pero hay cosas que se mantienen como el adormecimiento de la mitad de la cara, incluidos labio y mejilla, además de la secreción de lágrima del ojo luego de hablar por algún tiempo prolongado (20 minutos).

2. Entrevistada (con intubación), quién se describió como persona con sobrepeso y diabetes, refiere que durante hospitalización debió ser tratada con insulina. Esta situación se mantuvo hasta que se realizó una cirugía bariátrica un año más tarde. Esta entrevistada también describe una sensación debilidad generalizada que mejoró con el tiempo, pero que hasta el día de hoy persiste como cansancio, que asocia a falta de oxigenación debido a que traqueotomía habría dejado su tráquea más angosta que la una persona “normal”. Asimismo, relata que su voz dejo de ser la misma, hoy es más grave y rasposa. Por último, esta entrevistada también describe la aparición de una neuropatía, descrita como insensibilidad en su pierna izquierda.

“se me dormía un pie. El pie izquierdo, que es como el muslo, lo tenía

dormido, hasta el día de hoy de repente lo toco y lo siento dormido”

3. Entrevistado (sin intubación) describe un deterioro importante de sus capacidades físicas. Asimismo, reporta que luego de su hospitalización, pero unos meses después del alta, debió concurrir en dos oportunidades a servicios de urgencia por taquicardia y por sensación de estar oxigenando menos de lo necesario, en ambos casos recibió medicamentos. Este entrevistado también reporta encontrarse cansado todo el tiempo, especialmente si debe agacharse y realizar algún esfuerzo, por ejemplo, como atar sus zapatos. Asimismo, informa de dificultades para descansar mientras duerme, pues debe hacerlo semi sentado. El entrevistado describe tener como secuela de COVID 19 un importante compromiso pulmonar

“Yo quedé con secuelas. Si usted mira una radiografía, muestra un pulmón entero y del otro queda un cuarto de pulmón”; “dentro del diagnóstico era que tenía el pulmón ascendente, el pulmón quedó arriba”

Finalmente, este entrevistado también describe la aparición de insensibilidad generalizada, por ejemplo, a las agujas cuando ha debido ser inyectado.

4. La entrevistada (con intubación) refiere estar más susceptible a las bronquitis y padecer de una sinusitis crónica, que un especialista otorrinolaringólogo asoció con una infección producida por la instalación de una sonda naso gástrica que dañó un cornete durante la hospitalización. Señala que para estos cuadros la están tratando como a paciente asmática (con inhaladores y antihistamínicos). La entrevistada, también reporta síntomas neurológicos, como la dificultad para levantar un brazo y temblor de manos que con el paso del tiempo desaparecieron. Asimismo, señala sufrir fallos de memoria, que identifica como olvidos de personas que conocía por su trabajo, situaciones que sabe vivió en el pasado o actividades que debía realizar, pero que no logró memorizar

“falta de memoria. Porque hay cosas que yo no me acuerdo (...) hay personas, hay cosas y situaciones que se me olvida. De hecho, de hecho, esta... esta... esta reunión se me había olvidado”

5. El entrevistado (con intubación) informa que tras la hospitalización hubo pérdida de masa muscular severa y síntomas neurológicos, descritos como la parálisis de un lado derecho de la cara y la movilidad del lado izquierdo del cuerpo. Con el tiempo la parálisis facial desapareció y recuperó entre un 90% y 95% de la movilidad de sus extremidades del lado izquierdo, pero describe tener como secuela un problema de sensibilidad en la pierna izquierda. También informa que en la actualidad se cansa muy rápido, que tiene una tos permanente y que al hablar por mucho tiempo le seca la garganta y se ahoga. Esta situación lo lleva a tener un sueño de mala calidad.

“el sueño se ve muy interrumpido en la noche me despierto a las 2 o 3 de la mañana, y me cuesta mucho dormir”

6. El entrevistado (con intubación) informa que le falta el aire cuando ha tenido alguna enfermedad respiratoria, incluso cuando es un resfriado común. Asimismo, el entrevistado reporta tener una disnea (consecuencia de un daño anatómico extenso a nivel pulmonar) ante mediano esfuerzo. El entrevistado también relata tener una neuropatía del paciente crítico, que se expresa en hipoestesia y en parestesia, sobre todo de las extremidades inferiores, que le dificulta sobre todo el bajar y subir escaleras

“Yo antes bajaba corriendo las escaleras, y ahora tengo que bajar afirmado y me canso. Pero esta es una cuestión muscular, no es una cuestión respiratoria, no es por la dificultad respiratoria”

Finalmente, el entrevistado informa que hizo una diabetes debido a los corticoides y que padece una neumopatía. También señala que durante la hospitalización hizo una cardiopatía.

7. La entrevistada (con intubación) informa que tiene una neuropatía del paciente crítico con daño severo en el nervio tibial de la pierna derecha y moderado en la pierna izquierda que se traducen en fuertes dolores intermitentes.

“los dolores que me dan son unos dolores como que me atoro, en verdad, una apuñalada con corriente (...) todos los días, por lo general son en las tardes (...) son unos dolores explosivos del momento, y después se van”

La entrevistada también señala que tener insensibilidad en las piernas, nalgas y espalda, que describe como que partes de su cuerpo dormidas, aunque la sensibilidad ha ido mejorando con el paso del tiempo. Otro cuadro descrito es cansancio extremo al final de la jornada laboral, aunque ha mejorado con el paso del tiempo

“sobre todo recién cuando empecé, un cansancio en el que llegaba a mi casa, me sentaba y mientras me hablaba yo me quedaba, me quedaba dormida”

Por último, la entrevistada reporta haber sufrido afasia, sin embargo, de acuerdo con lo descrito parece tratarse más bien de una parafasia verbal semántica.

“era una afasia del lenguaje que tuve, yo digo a lo Bruce Willis (...) yo quería nombrar una cosa... es eso que tú guardas que se congela, pero no podía decir refrigerador. En vez de decir refrigerador decía el calefón (...) A veces todavía me pasa”

Actividad física después del COVID 19

De los entrevistados que realizaba algún tipo de actividad física previa a la hospitalización por COVID 19, solo una la retomó (acondicionamiento físico) y una de las entrevistadas que se declaró una persona sedentaria, informa que actualmente trata de ir a un gimnasio unas 3 veces por semana.

3.4 Tratamientos de rehabilitación

Todos los entrevistados realizaron sus procesos de rehabilitación en Hospital Clínico Mutual de Seguridad. Asimismo, todos recuerdan haber tenido rehabilitación kinesiológica, en dos casos terapia ocupacional y un entrevistado relata tratamiento fonoaudiológico. Por otra parte, la atención de médicos especialistas recibida por los entrevistados fue en función de las patologías más evidentes e inhabilitantes: Fisiatría, Otorrinolaringología, Medicina del Trabajo y Psiquiatría. Los entrevistados valoraron positivamente los tratamientos recibidos por profesionales de Mutual, en el sentido de ser oportunos y atingentes a sus problemas identificados. Asimismo, la ayuda profesional recibida es valorada como un acompañamiento valioso en sus procesos de rehabilitación.

Sin perjuicio de lo señalado, uno de los entrevistados pese a valorar positivamente la atención recibida, interpreta que se hace por obligación y que, si bien se hacen cosas respecto de sus padecimientos, ello no redundará en una mejora de su condición actual.

“están actuando por una obligación legal, y no quieren incumplirla”; “el examen me lo están tomando para que vean que están haciendo algo, porque no hay ninguna mejora”

Por otra parte, también se reporta una demanda insatisfecha por atención de salud mental en cinco de los entrevistados. En el caso de uno de ellos, se relata que Mutual le ofreció atención de psiquiatra enfocada en temas laborales, pero ello no le satisfacía, pues siente que su afectación es global y no circunscrita al ámbito laboral de la vida.

“Y la atención es laboral, el psicólogo es laboral, pero mi enfermedad me afectó en mi familia, en mis quehaceres, en todo. ¿Es laboral? No es laboral, entonces no me pueden atender. En cierta forma, es como decir: no puede preguntarme cosas con su pareja, porque no es laboral”

En el caso de los otros cuatro entrevistados, de acuerdo con sus relatos parecían presentar cuadros ansiosos de características agorafóbicas, asociados a la posibilidad de volver a contagiarse en sus trayectos en transporte público de casa a trabajo y viceversa.

Sólo respecto de uno de ellos no existió ninguna derivación u ofrecimiento de atención en salud mental. Las otras tres entrevistadas, fueron atendidas por psiquiatra de la Mutual, pero por tiempo o resultados, la atención se consideró insuficiente. A modo de ejemplo, una de las entrevistadas describe que la atención de psiquiatra de Mutual fue telefónica y que no exploró los asuntos que le afectaban.

“cuando me contactó la psiquiatra de la mutual, que tuve como tres sesiones con ella, pero por teléfono. O sea, lo que me dijo siempre ella fue, me dijo, tú estás viva, da gracias a Dios porque estás viva y sigue para adelante. Esa es la conclusión de lo que ella dijo. No se detuvo a pensar, ni a explorar”

Otra de las entrevistadas describe que el foco de atención de Mutual, como diferente de lo que necesitaba:

“De hecho me tuvieron tratando, eh, por mutual eh, me tuvo tratando la doctora (...) me dio de alta. Pero la parte del duelo a mí no me la trataron que no era parte del del cuadro profesional. Y me mandaron a APS a tratarme el duelo”

En estos casos, las personas buscaron atención profesional por fuera de las atenciones brindadas por Mutual, en tres casos con psiquiatra y en un caso con psicólogo.

3.5 Situación vital después del COVID-19

Ámbito laboral

En relación con las actividades laborales de los entrevistados después de COVID 19, estos informan lo siguiente:

- TENS en Servicio de Urgencia Municipal. Sus funciones son similares, pero cambio su condición contractual de honorarios a contratado, lo que le ha significado menos rotación y mayores responsabilidades. Hoy es encargado de la ambulancia y ahí se desempeña la mayor parte del tiempo (solo los funcionarios contratados pueden trabajar en ambulancia)
- Conductor de ambulancia en Servicio de Salud Municipal. Actualmente se desempeña como conductor de móviles que se dedican al traslado de personal entre dependencias del departamento de salud. La razón del cambio de actividades se debe a que recibió alta laboral, pero con restricciones asociadas a que no podía levantar más de 7kg de peso. Describe que con el tiempo ha ido aumentando su carga laboral (más kilómetros y horas de conducción de móviles) y que dadas circunstancias especiales (como falta de conductor) ha vuelto a conducir ambulancias.
- Atención de pacientes, en especialidad médica en institución hospitalaria. Se encuentra jubilado en la actualidad. La decisión de jubilarse se da porque sus condiciones laborales cambiaron: perdió su box de atención con baños, fue trasladado a container a atender. Además, rememora que llegó personal directivo sin experiencia en salud, que en su opinión tomo malas decisiones. Actualmente atiende en su consulta privada y el hospital lo contrata para atenciones específicas asociadas a paciente GES mediante modalidad honorarios.
- Jefa de unidad de comunicaciones en institución hospitalaria. Continuó cumpliendo las mismas funciones, al comienzo en modalidad teletrabajo y actualmente de manera presencial. Debido a la licencia médica post hospitalización y, luego de la misma, por modalidad de teletrabajo, relata que perdió parte de su remuneración que consistía en bonos.
- Técnica en Enfermería en Posta Rural. Sus funciones son las mismas del periodo prepandemia, pero su carga de trabajo se redujo, por la incorporación de más personal.
- Directora de residencia de adulto mayor. Señala haber terminado su contrato laboral por mutuo acuerdo, lo que motivo su decisión fue la sensación de “ya no quería estar ahí”, por los recuerdos asociados y que la institución ya no la necesitaba, pues pensaba que la consideraban una “trabajadora cacho”: pedía muchos permisos para asistir a

tratamientos, estuvo mucho tiempo de licencia, fue reemplazada y quien la sustituyo realizaba un buen trabajo. Además, evalúa que cambio su forma de enfrentar el trabajo, priorizando sus propias necesidades, cosa que no hacía antes. Actualmente se desempeña en una institución pública atendiendo personas.

- Jefe de servicios en actividad minera. Actualmente se encuentra cesante. Dejo de prestar servicio en empresa minera porque se terminó el proyecto (faena) en que se desempeñaba. Actualmente ha desarrollado algunos trabajos temporales administrativos en Santiago. No puede volver a trabajar en minería, porque Mutual no lo autoriza a que realice trabajos en altura

En general, lo que se observa en estas descripciones, es que tres de los entrevistados tuvieron que dejar sus trabajos previos y que la adaptabilidad laboral, sólo se dio en algunos casos y por un tiempo. Si bien no se indagó específicamente sobre las percepciones y/o sentimientos de estos pacientes sobre el proceso de reintegro laboral, se infiere según el entrevistador, que la directora de residencia se encontraba aliviada con su cambio de trabajo, y que, por el contrario, el jefe de servicio se encontraba frustrado dado que no estaba ejerciendo sus labores de experticia en su trabajo actual. Respecto al acompañamiento de Mutual sobre este proceso, tampoco se obtuvo información específica en estos pacientes. Ahora bien, el Hospital Clínico cuenta con un programa de reintegro laboral, el que incorpora prestaciones de tipo psicosocial para el/la trabajador/a y coordinación con el empleador para eventuales adaptaciones en el trabajo (trabajo social, psicología, terapia ocupacional). La derivación a este programa esta sujeta a criterio de los médicos tratantes, según las necesidades específicas de cada paciente.

Efectos COVID 19 sobre vida personal

Todos los entrevistados identifican que padecer COVID19, transformo sus vidas, quitándoles algún aspecto de esta:

- Actividades que disfrutaban realizar (dos entrevistados)

“antes jugaba mucho a la pelota, 3, 4 veces a la semana, eso se eliminó por completo (...) el COVID me quitó... no la rutina, sino que mi estilo de vida”;
“a mí me gusta mucho caminar, me gusta salir a pescar, entonces las salidas a pescar ya no son cómo antes. Ahora no puedo hacer eso, tengo que caminar un poquito y parar”

- Apariencia corporal (un entrevistado)

“antes era mucho más delgadito, subí de peso, al no tener una actividad física se me fue el incremento de peso que tuve”;

- La voz, particularmente en las 3 mujeres entrevistadas, aunque todas reportan que esa voz que les resultaba desconocida ha ido cambiando (o también es posible que ellas y su entorno se hayan acostumbrado a ese nuevo timbre o tono)

“esta voz que tengo no es la que yo tenía antes, esta es una secuela del

COVID”; *“en su momento yo sentía que mi voz no era mi voz, sobre todo al comienzo. Ya. No, no era mi voz, no era yo la que hablaba, era una voz ronca, extraña”; “Este tipo de voz más carrasposa”*

- Actividades cotidianas (dos entrevistados)

“no hay una normalidad para descansar” (en relaciona a un sueño reparador durante la noche); “tengo que pensar qué tengo que hacer y digo “esto puedo y esto no puedo”

- Tranquilidad de las hijas (dos entrevistadas)

“yo estuve dos veces en riesgo vital, así inminente. Y eso, particularmente en mi hija, causó un daño del que tuve que tratar con psicóloga, porque mi hija hizo como un estrés postraumático, que le llaman algo así. Después que yo lo vi, hizo muchas crisis de angustia”; “Mi hija de hecho me llamaron del colegio preguntando por qué mi hijo usa mascarilla porque mi hija no se saca la mascarilla” (situación que continuaba atenuada al momento de la entrevista)

- Funciones cognitivas (específicamente la memoria, en dos los entrevistados, un hombre y una mujer)

“se me deterioró la memoria”; “Yo le he hecho culpa la culpa al COVID de mi falta de... de memoria. Porque hay cosas que yo no me acuerdo”

- Encuentro social (un entrevistado)

“Yo soy una persona muy sociable, y estar aislado tanto tiempo, estar encerrado tanto tiempo, afecta mucho, porque después cuando salgo nuevamente, vuelvo a tratar de hacer una vida normal y no es lo mismo. Se producen barreras tipo este tuvo COVID (...) Y lo otro, esa tos que me provoca en este tema de acá, cuando voy en la calle o tomo el metro y me da la tos, siento el rechazo o el miedo de la gente y se aleja”

Asimismo, 3 de los entrevistados fueron capaces de hablar de su intimidad sexual y relataron que, al menos durante algún tiempo después de la hospitalización, se vio afectada.

“mi vida de pareja igual afectó mucho”; “los medicamentos que me estaban dando, y es como bien personal esto, pero es importante, no llegaba al orgasmo. A pesar de estar bien ese aspecto, me cansaba mucho y tenía que buscar posiciones para que mi pecho no fuera aplastado, presionado, era complicado, era complicado. Posterior a eso, se descubrió que los medicamentos que me estaban dando no me estaban dando el placer”; “que quedé con algunas partes de mi cuerpo dormidas, respecto de la intimidad

también fue difícil recolocarla”

Por último, todos los entrevistados tienen alguna persona conocida, compañeros de trabajo o algún familiar que falleció como consecuencia del COVID 19. Pero, además, 2 de los entrevistados tienen familiares fallecidos con los que vivían y experimentan una sensación de responsabilidad por la probabilidad de ser responsables del contagio que derivó en sus muertes.

“yo no tenía idea que mi mamá estaba hospitalizada por COVID, porque yo se lo había pegado. Y ella también estaba en la UCI, y yo no tenía idea (...) tengo un tema, un tema súper grande (...) mi mamá falleció producto de una neumonía por COVID y yo estaba hospitalizada”; “yo contagie a mi mujer, se contagió la nana que vivía con nosotros en ese tiempo, y se contagió mi suegra que también vivía con nosotros, y de hecho mi suegra falleció de COVID”

Efectos sobre la Salud Mental

Uno de los entrevistados, siente que lo ocurrido lo fortaleció, en términos que se propuso estar mejor y retomar su vida, con las limitaciones que le afectan. Asimismo, lo ocurrido le hizo reconocer lo importante que era para otras personas que mostraron su preocupación por su estado de salud.

“Yo creo que positivamente, porque ahí uno logra ver la atención y la solidaridad de la familia, que fue fundamental en esto. Y de hecho también ahí supe que había mucha gente que me quería, porque en las redes sociales aparecía “yo recé por usted, hicimos una misa”, en eso afectó positivamente”

Para los otros seis entrevistados, la situación de COVID 19, afectó de manera importante su salud mental, pero solo uno de ellos reporta ir superando lo que describe como “sentirse deprimido”.

Los otros 5 entrevistados describen la presencia de un cuadro de tipo ansioso:

- Para uno de ellos asociado a miedo a la oscuridad y temor al rechazo

“yo descubrí producto de tener que dormir solo acá (...) Tener ese temor que yo no tenía a la oscuridad, que ahora asumo que tengo un temor a la oscuridad, producto de ese paro respiratorio que sufrí en los últimos momentos que estuve en el hospital, y ese temor, que al final es un temor, ya lo he asumido. Y lo otro es el rechazo de las personas que no te conocen, y te sienten toser, y se sienten ese rechazo hacia uno, esas distancias que ponen”

- Para otro de los entrevistados se encuentra asociado a la incertidumbre, en relación con la pérdida de sus capacidades pulmonares con motivo del COVID 19.

“la incertidumbre te mata. Por todo lo que he averiguado de lo que existe, a través de la línea de internet, ya no hay nada más que hacer. No hay más reparación, ¿por qué? Incluso fui a un broncopulmonar, que me dice que estéticamente mi pulmón se ve muy feo, pero yo estoy respirando. Pero estoy respirando con la mitad de vida, no estoy normal, porque para mí normal es una persona que tiene los dos pulmones (...) Entonces, psicológicamente si yo estoy pensando en esto”

- Cuatro de los entrevistados, describen ciertas características similares a la “agorafobia”, relacionado con miedo a volver a contagiarse.

“Yo no podía salir a la calle, era... Todavía me cuesta tomar metro, siendo que tengo que transportarme obligatoriamente en metro, pero es algo que yo no podía hacer, yo me subía a una micro, al metro y tiritaba completa, me quería salir, me daban ataques de pánico, ganas de vomitar”; “la segunda vez que me dio COVID, yo le eche la culpa a la micro porque en ese tiempo andaba en micro en donde le agarré una fobia a la micro (...) me daba mucho miedo salir a tomar micro, la multitud de, de hecho, hasta el día de hoy, no tomé metro, no metro no cero posibilidad. Yo ahí me descompensaba”; “Yo todavía en el transporte público no puedo dejar la mascarilla. Me viene un sentimiento de agobio. Me desespero cuando siento a la gente cerca de mí”

Por último, hay que señalar que al consultar a los entrevistados sobre estos aspectos vinculados al COVID 19 y su vida personal y salud mental, fue posible observar la aparición de sentimientos. Particularmente en cinco de los entrevistados se observa llanto emocional, en dos casos contenido o controlado y en tres de ellos se expresa de manera desbordada, en el sentido de no considerar el contexto para su expresión o no poder controlarse con facilidad. En dicho momento se recurrió a la contención emocional, lo que permitió a los entrevistados controlar la expresión emocional y continuar con la entrevista sin dificultades.

8.2.2 Entrevistas a actores clave/expertos(as)

Se presenta un cuadro que caracteriza a los actores clave/expertos(as) entrevistados, en términos de su formación profesional, su especialidad o “experticia” (en términos de experiencia y conocimiento), su experiencia laboral previa y su trabajo actual.

Formación Profesional	Especialidad / Experticia	Experiencia Laboral	Trabajo actual
Médico	Salud Laboral	Comisiones médicas de calificación de invalidez	Asociación de aseguradores Atención clínica pacientes en institución hospitalaria privada
Médico	Medicina física y rehabilitación	Rehabilitación oncológica	Rehabilitación oncológica. Consulta privada en Clínica (dolor no oncológico).
Médico	Inmunóloga Clínica, Doctora en Ciencias Biomédicas	Académica (investigación en inmunoterapia e inmunología del cáncer)	Académica (investigación de características de la respuesta inmune a SARS-CoV-2)
Médico	Magister en Ergonomía Diplomado en salud ocupacional	Atención clínica (urgencia y medicina del trabajo) Docente	Docente Atención clínica en salud ocupacional (temas ergonómicos y biomecánicos)
Médico	Salud Pública y Epidemiología	Docente e Investigador (epidemiología y políticas públicas)	Docente e Investigador (epidemiología y políticas públicas)
Médico	Magíster en Epidemiología Clínica	Docente, Investigadora en Salud Pública, Epidemiología, Salud del Trabajo	Docente, Investigadora en Salud Pública, Epidemiología, Salud del Trabajo
Kinesiólogo	Kinesiología respiratoria	Atención de pacientes en distintos Hospitales y Clínicas	Investigador
Terapeuta Ocupacional	Políticas públicas en discapacidad y rehabilitación	ONG (rehabilitación psicosocial e inclusión laboral) Institución pública (discapacidad y beneficios sociales)	Institución pública (políticas en discapacidad y en rehabilitación)

Otras características relevantes de los entrevistados son las siguientes:

- Los médicos entrevistados con formación en epidemiología y salud pública no desarrollan actividad clínica, por lo que no les ha correspondido la atención a pacientes con COVID persistente.

- Los médicos con experiencia en la atención de pacientes, les correspondió atender a personas con COVID persistente.
- El kinesiólogo entrevistado, describe experiencia en una investigación evaluando pacientes para determinar el impacto del COVID en el sistema respiratorio y cardiovascular (pruebas de ejercicio en bicicleta para determinar la causa de las dificultades presentadas).
- La terapeuta ocupacional entrevistada, se ha relacionado en su calidad de funcionaria pública con la agrupación de pacientes con COVID prolongado, para conocer la situación de sus asociados.

8.2.2. Conocimiento sobre el Long COVID

Todos los entrevistados describen que los pacientes con Long COVID son aquellos que presentan síntomas después de un cuadro de COVID agudo, sin alguna otra base orgánica identificable claramente. Los síntomas descritos más frecuentemente para este cuadro son fatiga y alteraciones neurológicas. La mayoría también describe aparición en algunos pacientes de síntomas cognitivos. También un grupo de los entrevistados identifica la aparición de complicaciones cardiovasculares, enfermedades autoinmunes y dolor crónico no oncológico.

Los profesionales entrevistados que han tenido experiencia en la atención clínica de pacientes con Long COVID (9 pacientes), describen que este apareció después de un cuadro agudo. Algunas características descritas para estos pacientes por parte de los entrevistados son las siguientes:

- Disminución de la capacidad funcional respiratoria producto de secuelas pulmonares, pero que con el paso del tiempo han logrado recuperar funcionalidad.
- Presencia de alteraciones neurológicas (parálisis facial, polineuropatía, neuropatías específicas, meralgia parestésica, anosmia).
- Algunos pacientes mostraron alteraciones del sistema inmunológico (ej. Lupus).
- De los pacientes categorizados como Long COVID, casi todos tienen algún sustrato que explica los síntomas, es decir, la sintomatología que presentan se puede explicar por razones distintas al sólo hecho de haber tenido COVID.
- Los pacientes que cursaban cuadros más críticos, que luego tenían síntomas que se prolongaron en el tiempo, además presentaban algún cuadro clínico anterior: hipertensión, diabetes y obesidad.
- Los síntomas persistentes parecen ser consecuencias del período de COVID agudo y están asociados al Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS, por sus siglas en inglés).

Tratamiento Clínico de Long COVID

Respecto al abordaje clínico del COVID-19 y del Long COVID, todos los entrevistados obtuvieron información desde experiencias descritas en publicaciones científicas, específicamente desde revisiones sistemáticas, además de guías o documentos desarrollados por las sociedades médicas y el Ministerio de Salud. Respecto del abordaje clínico para el Long COVID, todos los entrevistados coinciden en que no existe un tratamiento específico.

“no hay tratamientos específicos para Long COVID; “hasta ahora el abordaje clínico es un abordaje de una enfermedad que no tiene tratamiento”; “es un

diagnóstico que no tiene tratamiento”

Aunque una de las entrevistadas identifica que se han estado probando protocolos como el uso de antivirales que han tenido un mejor resultado que otras intervenciones:

“hasta el minuto hay varios protocolos clínicos, algunos que no han resultado, hay otros que están utilizando algunos antivirales con algún tipo de resultado mayor”

Los entrevistados describen, que lo que se ha dado en la práctica es un abordaje de los síntomas que presentan los pacientes:

“se ha privilegiado más bien un acercamiento clínico según los síntomas y el perfil de las personas”; “Es cubrir o tratar de indagar sobre qué es lo que está afectando el sistema en particular que genera el síntoma, y bajo eso actuamos. Pero no actuamos, no tenemos como una especie como de protocolo Long COVID (...) más que verlo bajo un prisma de, ah, este paciente está cursando con un Long COVID y los Long COVID se tratan así, básicamente, actuamos sobre el sistema en que persiste la sintomatología”; “lo que estoy viendo hasta ahora es que se atiende más bien según el perfil o el fenotipo del síntoma que está teniendo”

Lo anterior significa que en muchos casos los pacientes han tenido que recurrir a varias especialidades médicas, lo que implica una serie de problemas, entre los que se puede destacar:

- Tiempos de espera extensos para tener acceso a los especialistas que se requieran.
- Menor oportunidad del tratamiento (asociada a los tiempos de espera por atención de especialistas).
- Falta de cobertura de atención (pues no existen todas las especialidades médicas requeridas en todos los centros de atención de salud del país).
- Aumento de gasto de bolsillo de los pacientes.

Algunos de los entrevistados, además, identifican a las vacunas como el principal responsable de la disminución de casos de Long COVID.

“la única intervención que sabemos que mejora es la vacuna porque la prevalencia de COVID persistente ha disminuido cuando nos hemos vacunado. Probablemente disminuye por la inmunidad artificial o natural, el hecho de tener inmunidad te protege de hacer un COVID persistente”; “prevalencia, la que sea, ha ido disminuyendo conforme las personas se van vacunando (...) hay varios estudios que sí indican que la vacuna sí logró modificar las proporciones de personas puedan evolucionar eventualmente con Long COVID”

Sin embargo, también se reconoce la existencia de personas, que aún con un esquema

de vacunas al día, al momento de infectarse con SARS COV-2 y hacer cuadros COVID, presentaron cuadros de Long COVID (por ejemplo, casos de conocimiento público como los de la exministra de la Secretaría General de la Presidencia SEGPRES, Ana Lya Uriarte).

Por último, todos los entrevistados reconocen la existencia de la Garantía Explícita en Salud (GES) N°87 “Rehabilitación por SARS CoV-2” y sus guías clínicas para la atención de pacientes. Este GES está dirigido a pacientes con estadía en UCI y asociada al uso de ventilador mecánico que provocan el Síndrome Post Cuidados Intensivos, por lo que no necesariamente tiene cobertura respecto de todos los pacientes que presentan un COVID prolongado y los síntomas asociados a este.

“Entonces, los que no estuvieron en UPC (...) o que no estuvieron hospitalizados, que desarrollaron el Long COVID, quedan excluidos de esa garantía (...) ofrece además un formato, digamos, de intervención protocolizado, que, desde ahí uno, digamos, podría replicar eso para los pacientes, pero quedan algunas cosas fuera (...) por ejemplo, hay pacientes que tienen complicaciones inmunológicas, hasta lupus pueden desarrollar. O sea, ha ido creciendo, digamos, las complicaciones que se van conociendo asociadas al Long COVID”; “Hicimos un documento, una orientación técnica sobre Long COVID. Para efectos del manejo y cómo debería abordarse. Eso obviamente no entró en el GES, el GES entró desde la rehabilitación hospitalaria. El GES es bastante amplio, pero que parte desde la rehabilitación hospitalaria hasta el nivel de atención primaria, no quedando dentro el COVID prolongado”; “cuando los síntomas no son de sistemas, bueno, todos los sistemas son de alguna forma vitales, pero particularmente, por ejemplo, cardiovascular, respiratorio, neurológico, los que son más bien, más que síndromes, los que son síntomas particulares no califican como secuela”

Long COVID como nueva condición de salud

Para los entrevistados, los cuadros de Long COVID se encuentran reconocidos por la OMS y el Ministerio de Salud. Particularmente Chile acoge recomendación de la OMS sobre la existencia del COVID prolongado, pero en el marco de la ley 16.744, es decir, como enfermedad profesional. Sin embargo, a la fecha no se cuenta con un baremo, de la Superintendencia de Seguridad Social, en el que se planteen directrices para establecer ciertas secuelas asociadas a un Long COVID, y que permiten la derivación de pacientes a las COMPIN, para determinar si estas secuelas son irrecuperables y secundarias a este cuadro clínico.

A pesar de este reconocimiento, los entrevistados reconocen la existencia de ciertas controversias en torno a su adecuada identificación, específicamente desde el punto de vista del diagnóstico clínico:

1. Problemas para identificar nosológicamente al COVID persistente, es decir, para delimitarlo claramente de otros síndromes o cuadros, particularmente en lo referido a la dificultad de un diagnóstico diferencial de los síntomas presentes en los pacientes respecto de situaciones de salud previas.

“las personas que se enfermaron y que posteriormente recuperaron su

estado más crítico, más agudo, comenzaron a reportar algunos síntomas y signos que, en realidad, mirados desde esa perspectiva, pudieron ser perfectamente atribuibles, digamos, a una condición distinta al COVID”; “considerando que estuvimos mucho tiempo encerrados y que tampoco hubo, digamos, consultas. Probablemente había muchas consultas por fibromialgia y por otras condiciones que quedaron ahí solapadas. Incluso la misma situación ocurre, por ejemplo, con la diabetes mellitus. La diabetes, por ejemplo, muchas personas tenían su resistencia a la insulina, o ya tenían su diabetes (...) y algunos debutaban con diabetes, por el COVID”; “yo tuve COVID un mes antes, pero resulta que salía con síntoma al mes siguiente, y no había estado hospitalizado, ni nada por el estilo, no había ninguna otra condición que me explicara eso, no se podía asumir que es por el COVID”

2. Los pacientes presentan características heterogéneas y polimorfas de presentación de los síntomas, por lo que hasta ahora no es posible identificar síntomas o indicadores “patognomónicos” del Long COVID. En este contexto, el diagnóstico depende fundamentalmente del clínico que lo realice.

“no todas las personas que relatan el posible Long COVID tienen el mismo perfil, hay algunos que tienen más síntomas de carácter estructural y orgánico, hay algunos que tienen más alteraciones en la esfera afectiva y salud mental, fundamentalmente, hay otros que tienen un desplome de todas sus capacidades físicas”; “los trastornos son sumamente diversos, y por lo menos yo lo que he visto habitualmente en la literatura hasta el día de hoy, que se sigue tratando de buscar algo, son persistencias de distinto tipo de cuadro sindromático, que no son aparentemente explicables por otra causa y aparecieron posterior al COVID”; “no hay una manera de objetivar la enfermedad en términos de un diagnóstico bioquímico de imagen, así que yo creo que ese es un desafío enorme que tenemos”; “Suponemos que debe haber sido por esto porque no encontramos aparentemente otra explicación, pero si no tengo efectivamente claro el cuadro específico y es muy amplio, puede haber un sobrediagnóstico como puede haber un sub diagnóstico también”; “no hay un criterio estándar para definir esto es COVID prolongado, porque requiere de caso a caso, requiere de mucho análisis clínico, y las secuelas que se presentan son muy particulares también”; “el diagnóstico es de descarte y es clínico, por lo tanto, no tenemos una forma de objetivar la condición”; “poder zanjar en qué consiste la afección y entender la fisiopatología para poder decir, ah, ya, los pacientes Long COVID habitualmente se comportan de esta manera, y no solamente por persistencia de síntomas sumamente amplios y ambiguos”

3. Dado el poco tiempo transcurrido, desde la aparición de los primeros casos que podrían clasificarse como Long COVID, aún no se cuenta con una historia natural de la enfermedad que permita identificar nítidamente al Long COVID como una condición de salud particular.

“nosotros en epidemiología le llamamos historia natural de la enfermedad a una condición de salud que fluye en el tiempo sin intervención clínica terapéutica y que nos permite identificar efectivamente que se trata de una condición particular, que tiene una causa, que tiene un timing (...) parece ser que no están dadas todavía las condiciones para tener certeza de que la historia natural del denominado Long COVID (...) parece ser atendible la consideración de una condición derivada del Covid y que tiene una perspectiva de ser definida como una enfermedad propiamente tal, bastante alta. No obstante, parece ser que el tiempo y la caracterización de las personas que lo aducen todavía no está del todo bien precisada”

4. Los diagnósticos médicos realizados hasta la fecha no cuentan con un estándar común y se tienden a guiar por la temporalidad de aparición de sintomatología (estado anterior vs. situación posterior al COVID). En ese sentido parece existir en torno a varios diagnósticos de COVID persistente un razonamiento correlacional más que un razonamiento causal.

“toda sintomatología que fuera persistente más de seis meses se asumía inmediatamente que era del COVID”; “tenemos casos tan diversos como tenía dolores articulares, ya perfecto, pero es que eso no lo sentía antes del COVID, entonces, claro, ocupan solamente el criterio de temporalidad muchas veces, más que un criterio fisiopatológico específico para determinar qué está asociado o no con el COVID, me refiero, ¿antes del COVID tenía estos síntomas? No, Sí, entonces es un trastorno post COVID, y si eso permanece en el tiempo, es Long COVID”; “El paciente tiene estos síntomas, pero entonces debe ser del COVID, será del COVID, si lo presentó después y ha permanecido desde entonces, debe ser, pero a mí me genera la duda, en realidad, si efectivamente el COVID empeoró cierto cuadro que ya venía anteriormente o no”; “el hipotiroidismo, que es una patología frecuente. Y que la mayoría de la gente está por la vida y no sabe D, pero resultó que con el COVID sí hubo un mayor aumento, un mayor diagnóstico”; “yo creo que se tienen que afinar los criterios diagnósticos, que no solamente sea por sospecha del propio tratante, o sea que haya algún score, algo que me diga ya, ok, esto es Long COVID y no es una fatiga por influenza, no sé”

5. Mucha de la sintomatología asociada a Long COVID presente en algunos pacientes graves, podría explicarse por el Síndrome del Paciente Crítico (Síndrome Post UCI), especialmente los síntomas neurológicos.

“en los pacientes graves sí se explica gran parte de los síntomas neurológicos por la parte grave. Porque el paciente UCI, o sea, el paciente que tuvo que requerir cuidados intensivos, puede terminar con una serie de enfermedades. No por la enfermedad en sí misma, sino que por el proceso

UCI (...), en los pacientes UCI, como que la explicación de todo lo que es la parte neurológica estaría ahí”; “que hay que distinguir entre Long COVID versus las personas que estuvieron hospitalizadas largo periodo en UCI por COVID y que quedan por secuelas respiratorias que no tienen nada que ver con Long COVID”

6. El conocimiento sobre el modo en que actúa el virus SARS-CoV2 no está concluido. De esa forma, lo que sabía al comienzo de la pandemia ha ido cambiando y es probable que a futuro se pueda generar más conocimiento o un conocimiento más específico que el que se tiene actualmente.

“existe todavía algunas áreas oscuras con respecto a cómo interactúa con el cuerpo, por ejemplo, inicialmente se creía que era un virus netamente respiratorio y que afectaba fundamentalmente el sistema broncopulmonar, pero después nos empezamos a dar cuenta que no, que efectivamente podía hacer daño a distancia, particularmente, entre otras cosas, con su proteína Spike, que se podía depositar en distintos órganos, en el sistema nervioso, en el sistema vascular, en el sistema renal, etc., entonces, los daños ya no eran solamente circunscrito al área broncopulmonar, sino que podíamos tener efectivamente algunos otros trastornos más generales, y el problema de que sean así generales, que también se torna muy ambiguo”

Proyecciones Long COVID como problema salud

Sobre este punto, en los entrevistados no existe una mirada de consenso y los escenarios futuros, es decir, la forma en que esto pudiera devenir, no están del todo claros hoy en día. Por una parte, una de las entrevistadas piensa que de algún modo podría volver a ser un tema de preocupación más central, ya que se superó la etapa crítica de COVID y existe el GES N°87 de “Rehabilitación por SARS CoV-2”

“Yo creo que es que debiera retomarse porque en algún momento tomó fuerza así como el 2022 (...) pero claro después fue como mermando, como salió el GES de rehabilitación con SARS COV 2 fue como ah ya desde el punto de vista preventivo estamos respondiendo al COVID prolongado (...) de ahí el COVID prolongado como que bajó un poco la prioridad y ahora hay que retomarlo pero con lo que ya se tiene ir mejorando ciertas líneas a través de protocolos de capacitación de vigilancia de pesquisa hay que ir mejorando”

Para otros entrevistados, la relevancia del Long COVID va a ir reduciéndose en el tiempo, pues la prevalencia del cuadro es cada vez menor y en alguna medida las secuelas van a producir acostumbramiento o disminuirán o desaparecerán, especialmente las respiratorias en base a realizar actividades físicas.

“Yo me imagino que irá reduciéndose con el tiempo, cada vez más la prevalencia, por lo tanto, en algún momento va a dejar de ser realmente un problema, (...) creo que se va a ir reduciendo y que seguro van a haber

personas con secuelas severas que van a estar muchos años, pero la gran mayoría va a ir desapareciendo, en base sobre todo a hacer actividades físicas”; “Las de síntomas, esas, o van a disminuir o el paciente y la persona va a aprender a convivir con ellos”; “La enfermedad La condición de COVID persistente va disminuyendo en el tiempo por lo menos muchos síntomas desaparecen y otros síntomas van atenuándose en el tiempo entonces en términos globales yo soy optimista, aunque no consigamos un diagnóstico pronto, aunque no tengamos un tratamiento esto va a disminuir como disminuyó el síndrome poli infeccioso de la influenza española”

Para otra entrevistada, en base a su experiencia clínica con pacientes que se han considerado como Long COVID, en la medida que se afine el diagnóstico, muchos de los casos podrán identificarse con otro diagnóstico, asociado, por ejemplo, a un sustrato biológico claro o al síndrome post UCI. Finalmente, para los entrevistados lo que se está abriendo, a propósito del Long COVID, son nuevas interrogantes:

- Si las secuelas y problemas del Long COVID van a ser sólo las que ya se han identificado o pueden cambiar a futuro.
- Se ha constatado aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades autoinmunes (lupus, enfermedad mixta, tejido conectivo, síndrome de Sjögren) o el aparente aumento de casos de diabetes (por inflamación del páncreas) desde la vacunación. Hoy no sabemos si esa relación es causal o si responde a cierta cepa del COVID.
- El impacto legislativo y de políticas públicas que pudieran tener demandas de la sociedad civil, como, por ejemplo, la Agrupación de Pacientes Long COVID, quienes también buscan el reconocimiento de un Long COVID asociado a las vacunas.

Finalmente, algunos entrevistados insinúan, y uno de ellos manifiesta explícitamente, la idea que el COVID revolucionó las prácticas de atención de los profesionales y los sistemas de salud, generando una apertura hacia el manejo interdisciplinar, lo que puede redundar en tener otra forma de ver y tratar a los pacientes y las enfermedades.

“Yo creo que se instaló en el mundo una nueva forma de hacer medicina en ese sentido y creo que favorablemente”

Long COVID implicancias salud ocupacional

En términos generales se relevan tres cuestiones asociadas al Long COVID y sus implicancias para la salud laboral. En primer lugar, la importancia de un diagnóstico diferencial, que permita una adecuada intervención y rehabilitación de las personas. Aunque se constata que, para ello, parece necesario delimitar qué condiciones se tienen que dar para considerar que una persona presenta un Long COVID. Para uno de los entrevistados, lo señalado es central para evitar los riesgos de falsos positivos o falsos negativos y al mismo tiempo evitar que ciertos incentivos lleven a que se sobre utilice un diagnóstico de manera irresponsable. En segundo lugar, la reincorporación laboral de los trabajadores, que muchas veces requieren de reeducación y adaptaciones del puesto de trabajo, necesita que los empleadores cuenten con las herramientas y conocimiento necesarias, para ser facilitadores

de los procesos y no un obstáculo a los mismos. En tercer lugar, algunos entrevistados piensan, dada la relevancia del trabajo para la productividad, el crecimiento económico del país y el bienestar de las personas y sus familias, los esfuerzos y recursos deberían priorizar a este grupo de pacientes (trabajadores o personas en edad laboral). Es desde su punto de vista, muy complejo que estas personas estén con recurrencia de licencia médica o que terminen con una jubilación por discapacidad, sin haber hecho todo lo posible para evitarlo.

Uno de los entrevistados señala, además que, a partir de la experiencia vivida por el COVID, evalúa que existe la necesidad fortalecer ciertas áreas de trabajo de las mutualidades:

- Se vuelve prioritario promover la salud respiratoria y para ello es indispensable indagar sobre hábitos, costumbres, estilos de vida (particularmente consumo de tabaco) y la calidad del aire de los ambientes de trabajo, pues en su opinión esa información permitiría demostrar la necesidad de fortalecer las capacidades de medicina respiratoria que hoy existen en las mutualidades.
- Incorporar epidemiología de enfermedad transmisible en las competencias de sus trabajadores y profesionales de salud, pues en su opinión, al menos hasta la pandemia de COVID, parecían no contar con competencias en enfermedades infecciosas.

Por último, una de las entrevistadas releva la situación particular de los trabajadores de la salud, pues identifica que en relación con el COVID prolongado no son oídos por sus colegas, en el sentido de reconocer que existe y que padecen de COVID prolongado.

“no son escuchados, o sea, los pacientes que le están diciendo a sus propios colegas oye, ¿sabes qué me pasa esto? No puedo trabajar, estoy cansado, se me olvidan las cosas. Sus propios colegas no los pescan”

Respecto de este asunto reflexiona de manera más general sobre la desconfianza hacia los pacientes por parte de algunos profesionales de la salud y la necesidad que se tiene de objetivar la patología, olvidando un deber primero con los pacientes que es el de cuidado.

“un elemento a pensar, no una crítica así descarnada, es la necesidad de objetivar la patología del trabajador y esa necesidad de objetivar parte de una premisa y es una premisa que es grave para los médicos para la gente de salud es que desconfían del paciente, cuando tú desconfías del paciente (...) puede ser muy malo, yo prefiero sobre diagnosticar que sub diagnosticar porque mi misión no es (...) encontrar la pillería mi misión, es cuidar al que lo necesita”

Investigaciones futuras

Para los entrevistados las líneas de investigación que sería necesario desarrollar a propósito del Long COVID en el país, son las siguientes:

- Estudiar los síndromes post infecciosos. Qué ocurre en términos orgánicos cuando enfermamos con motivo de un virus y queda algún tipo de cuadro prolongado, ello con el objetivo de contar con información y conocimiento que resulte de utilidad ante nuevos virus que puedan aparecer en el futuro.

- Estudios epidemiológicos de Long COVID para conocer su prevalencia e identificar cómo se manifiesta en nuestra población. Ya no es suficiente la información de años anteriores; se necesita saber cómo está evolucionando este año, identificar las personas y la carga que esto pueda significar para el sistema de salud.
- Estudiar el efecto de las intervenciones realizadas sobre los pacientes, a fin de identificar cuáles han tenido efecto y cuáles no.
- Investigar los efectos del Long COVID en el trabajo, a nivel de las consecuencias sobre el puesto laboral (por ejemplo, ausentismo laboral). Es probable que los datos existan, pero hay que sistematizarlos con fines de producir conocimiento científico.
- Estudiar los déficits cognitivos que generó el Long COVID.
- A nivel de ciencias básicas, estudiar la relación de la mitocondria con el Long COVID (déficit energético mitocondrial, activación mitocondrial) y su relación con las intervenciones de ejercicio cardio metabólico y sus efectos.
- Estudio poblacional específico de personas con Long COVID para hacer vigilancia específica del desarrollo del proceso clínico.
- Identificar los principales sistemas o dimensiones del quehacer de las personas que están afectadas para priorizar intervenciones sobre estos aspectos.
- Realizar estudios sobre la proteína “spike” (que el virus SARS-CoV-2 utiliza para entrar en la célula huésped y que también está presente en las vacunas de ARN mensajero), su comportamiento a nivel de tejidos, pues se ha identificado que esta proteína que debía degradarse, en los pacientes que presentan Long COVID hay una persistencia de esta circulante en el organismo (pensado además como una forma de objetivar el diagnóstico del cuadro).

Con relación al conocimiento futuro que se espera generar desde el Ministerio de Salud, una de las entrevistadas informa que se está trabajando en preguntas sobre Long COVID para incorporar en las encuestas poblacionales que se realizan. De ese modo se podrá contar con un “proxy” de la prevalencia poblacional. La misma entrevistada, señala además que el Ministerio del Trabajo y Previsión Social junto con SUSESO, van a realizar un seguimiento de los casos de Long COVID que tiene registrados la organización de la sociedad civil “Agrupación Long COVID”.

8.3 Síntesis de resultados componente cualitativo

En general, se puede observar que existe una coincidencia entre lo señalado por los actores clave/expertos (as), en relación con la sintomatología observada en cuadros de Long COVID y lo relatado por los pacientes entrevistados. Respecto de los síntomas persistentes descritos por los pacientes entrevistados, no parecen existir diferencias asociadas al hecho de haber necesitado o no, conexión a ventilación mecánica. Con relación a esto, uno de los elementos descritos que llama la atención, es que los pacientes entrevistados presentan síntomas neurológicos, ello independiente de si estuvieron o no conectados a ventilador mecánico, cuestión que en las entrevistas a los expertos se identifica prioritariamente como consecuencia del síndrome post UCI.

Uno de los elementos a considerar para hacer inteligible lo señalado por las personas entrevistadas, es que los humanos utilizamos modelos mentales para pensar. Estos modelos son representaciones de la realidad que ayudan a comprender el mundo. Permiten ver patrones, predecir el desarrollo de acontecimientos y entender el contexto en que nos encontramos. En síntesis, los modelos mentales nos ayudan a poner orden al mundo, centrándonos en lo esencial e ignorando lo demás que es evaluado como accesorio. El marco de interpretación con que los pacientes están leyendo sus circunstancias actuales, está teñido de incertidumbre, de modo que no logran identificar el curso que a futuro podría tener su situación de salud actual. Este marco parece hacer inevitable que los pacientes se focalicen en sus circunstancias actuales (padecimientos, dolores, síntomas, etc.), lo que parece redundar en un estado emocional de angustia, que parece no tener un espacio de contención emocional adecuado.

Para contribuir al abordaje de la situación descrita, se podrían crear instancias como los grupos de autoayuda, con otras personas que viven situaciones similares y que pueden constituirse, como muestra la evidencia en un sistema de soporte importante para enfrentar situaciones estresantes o enfermedades (24-26), para ofrecerse mutuamente apoyo emocional compartir sus experiencias personales vividas y de intercambiar recursos o herramientas para enfrentar la situación común que los aqueja. Esta puede ser una forma de abordar la emotividad y los procesos de duelo que parecen estar dando cuenta de procesos de duelo en curso (asociado a las pérdidas físicas, familiares y de estilo de vida causadas por el COVID 19) por parte de los pacientes entrevistados. Pues, es posible pensar que las emociones expresadas podrían ser una señal de una demanda de atención emocional, que al parecer estos entrevistados no han podido experimentar, probablemente porque sus dolencias físicas-corporales (expresadas en sus sintomatologías) han ocupado la mayor parte de su tiempo y energía, postergando la elaboración psicológica y resignificación de su situación actual.

Por otra parte, en el ámbito de los actores clave/expertos(as) parecen darse tres marcos interpretativos, asociados al diagnóstico del Long COVID. Por una parte, el reconocimiento y definición realizado por organismos internacionales y nacionales como OMS, MINSAL y SS, y, por otra, la experiencia clínica basada en sus conocimientos previos de síndromes clínicos y sus correspondientes sustratos orgánicos de origen y el Síndrome post UCI. Es posible pensar que esta multiplicidad de modelos responde a los problemas de delimitación que caracterizan al Long COVID. En otras palabras, el problema de la demarcación se da respecto de qué condiciones se deben cumplir para que un cuadro sea considerado como tal.

Si bien este es un problema que podría caracterizar cualquier nuevo descubrimiento, es esperable que, con el paso del tiempo y el aumento del conocimiento sobre el problema, se llegue a establecer de mejor manera los límites y se logre un consenso científico sobre las características diferenciadoras del Long COVID. Sin embargo, en la situación de conocimiento actual, se corre el riesgo de caer en sesgos cognitivos a la hora de realizar un diagnóstico. La información ambigua se percibe de forma que encaje con nuestros conceptos previos (27). Particularmente en los médicos que realizan diagnósticos clínicos, puede aumentar el riesgo de caer en un razonamiento que se base en algún tipo de sesgo de confirmación, es decir, la tendencia a favorecer, recordar o interpretar la información de manera que confirme sus creencias, dándole menos relevancia a todo aquello que podría contradecirlas. En otras palabras, las expectativas que se tienen pueden sesgar la información que se evalúa.

Especialmente se podría encontrar el sesgo que se conoce como pensamiento ilusorio (*whishful thinking*) y que se refiere al proceso de elaboración de opiniones y de toma de decisiones guiado por los deseos y las emociones (28). Este proceso de razonamiento tiende a ocurrir porque se interpreta la información de manera optimista y lo que se observa no está obviamente contradicho por la evidencia disponible. Asimismo, se recurre a una forma de pensamiento heurístico, especialmente la heurística representativa que implica una sobre ponderación de los resultados más probables, cuestión que podría llevar a sub o sobre diagnosticar el Long COVID, respecto de otras condiciones de salud.

Finalmente relevar que para los(as) expertos(as) entrevistados(as), dado el escenario de relativa incertidumbre respecto del Long COVID, se requiere de estudios epidemiológicos, buenos registros y seguimiento de situación de los pacientes con sintomatología persistente, cuestión que permitiría contar con mejor información para “objetivar” indicadores y evaluar el curso de la enfermedad, de manera de reducir la incertidumbre diagnóstica y permitir la entrega de información sobre el desarrollo de los cuadros que presentan los pacientes, aterrizando expectativas y reduciendo la incertidumbre y ansiedad de los mismos.

Respecto a la atención de salud entregada por las mutualidades, manifestada por actores claves entrevistados que trabajan en esta, se relata que se ha actuado de acuerdo con las obligaciones que la legislación les mandata y los instructivos y regulaciones de los Ministerios de Salud y Trabajo y Previsión Social. En general se evalúa que las atenciones prestadas a los pacientes han sido adecuadas y realizadas de manera oportuna y en ese sentido, no se tiene conocimiento de ningún caso que hubiese quedado sin atención. Los pacientes que eran ley fueron “rescatados” cuando habían sido atendidos en hospitales, se hicieron los traslados y tratamientos en los prestadores correspondientes, se realizaron y siguen realizando controles y vigilancia de los casos más complejos y se han brindado todos los tratamientos de las secuelas y el proceso de rehabilitación posterior.

9. Recomendaciones para Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

Las propuestas de recomendación para el Sistema de SST respecto al Long COVID se basan en el mantenimiento de la estrategia 4R de la OMS: reconocimiento, reporte, rehabilitación e investigación (del inglés “Research”) de esta condición de salud, según se describe en la siguiente tabla.

Ámbito estrategia 4R	Recomendaciones
Reporte y reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> -Capacitar al personal de salud en el oportuno reconocimiento del cuadro, para su manejo y/o derivación. -Identificar de forma periódica nuevas intervenciones y/o tratamientos para el manejo del Long COVID informados por la evidencia. -Actualizar las guías de práctica clínica nacionales para el manejo del Long COVID. -Crear y articular sistemas de reporte y vigilancia de personas que cursaron o están cursando actualmente con Long COVID. -Contactar y trabajar colaborativamente con agrupaciones de pacientes con Long COVID.
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener y optimizar las estrategias de rehabilitación integral e interdisciplinaria actuales iniciadas desde la pandemia, con un enfoque biopsicosocial. -Compartir experiencias de rehabilitación entre equipos clínicos de diversas áreas. -Actualizar constantemente las estrategias de intervención según el avance del desarrollo científico en el área.
Investigación (del inglés, “research”)	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar investigación interdisciplinaria orientada a la rápida transferencia de resultados hacia la práctica clínica (aplicada y traslacional). -Desarrollar investigación epidemiológica orientada a la estimación de la prevalencia del Long COVID a nivel nacional. Si bien existen algunas estimaciones (27), no son lo suficientemente precisas. -Crear redes de investigación colaborativas de Long COVID a nivel regional, nacional e internacional. Y -Identificar aquellos tratamientos que han tenido mejor evidencia científica para su eventual estudio a futuro a nivel local. -Compartir evidencia científica local en congresos y eventos científicos de distintas áreas (ej. Salud pública, medicina del trabajo).

Deben continuar además todas las estrategias de prevención del COVID-19, siendo la más importante de ellas la inmunización, la que ha demostrado disminuir los cuadros de Long COVID-19 (28).

De forma específica, y asociadas en general a esta estrategia, se levantan problemáticas y propuestas de recomendación a partir de los discursos identificados en las entrevistas a pacientes y actores clave/expertos(as), sumado a la revisión de la literatura científica actualizada.

Problemáticas levantadas por Pacientes	Propuesta de acciones
Sensación de incertidumbre; las personas no tienen información sobre las posibles formas en que evolucionaran sus síntomas.	Desarrollo de criterios diagnósticos y protocolos de tratamiento unificados y validados por la comunidad científica, médica y las autoridades correspondientes. Estos deben estar centrados en las personas y deben tener un enfoque biopsicosocial integral, incorporando evaluaciones objetivas de los síntomas, tanto a nivel físico como mental, más las repercusiones funcionales de los mismos.
Falta de información de los pacientes derivó en una suerte de aceptación de los síntomas (déficits), que los llevo a abandonar sus de controles o no consultar. Esto ocurrió especialmente pacientes con síntomas menos invalidantes: neurológicos (olfato, gusto, dolor)	Retomar contacto con dichos pacientes, para que vuelvan a controlarse e identificar evolución de los síntomas y prestar la atención correspondiente para cubrir necesidades de salud según corresponda.
Personas sin diagnóstico preciso de Long COVID o que no estuvieron hospitalizadas en UCI, podrían tener limitaciones de acceso y cobertura para tratamiento y rehabilitación.	Realizar una reingeniería del programa de rehabilitación post COVID. Considerando el tiempo transcurrido y el conocimiento adquirido se tiene que reevaluar, pues está quedando un porcentaje importante de la población fuera.
Fatiga como síntoma inhabilitante	Capacitar al personal de salud en rehabilitación y entrenamiento cardio-metabólico, y en estrategias de conservación de energía, pues ese conocimiento puede no estar o no ser homogéneo en los profesionales de salud de la red de atención.
Falta de conocimiento de los(las) médicos respecto al Long COVID	Reforzar conocimientos mediante capacitación a los clínicos respecto a COVID-19 en general y al Long COVID en particular, para mejorar el diagnóstico y acceso a tratamiento.

Problemática Sistema Salud	Propuesta de acciones
<p>Sistema de salud se ha enfocado en la enfermedad y no en la salud. Además, la enfermedad es vista en un ser humano dividido en partes que parecen inconexas. No contamos con un sistema de salud que acoja a las personas en su integralidad.</p>	<p>Fortalecer la atención primaria como un eje fundamental, con equipos de salud que vean al paciente de manera integral/holística. Incorporación de los determinantes sociales y ambientales de salud (como el trabajo y dónde este se realiza) en los procesos de atención de los pacientes (diagnóstico y tratamientos)</p>
<p>No se están haciendo estudios de prevalencia de Long COVID</p>	<p>Realizar un estudio de prevalencia en las condiciones actuales. Es necesario dimensionar el problema real para optimizar el uso de los recursos profesionales y financieros</p>
<p>Contar con registros de pacientes con Long COVID.</p>	<p>Mejorar registros, mediante la entrega de información y conocimientos a los profesionales de la salud</p>
<p>La respuesta asistencial frente a la condición de salud que se generó por Long COVID depende de la lista de espera que exista en la red asistencial.</p>	<p>Estos casos deberían ser manejados en la atención primaria y mantenerse ahí porque el modelo de atención de la APS es más integral. De esa forma la red asistencial puede desarrollar un abordaje completo interdisciplinario a partir de los requerimientos de las personas.</p>
<p>Los sistemas de vigilancia que tenemos hoy día para SARS-CoV-2 son precarios</p>	<p>Mantener y fortalecer las redes de vigilancia que correspondan para enfermedades de tipo competencial pandémico</p>

10. Conclusiones

Aproximadamente un 6% de los trabajadores(as) analizados presentó una duración de reposo laboral superior a los 14 días, el estándar máximo considerado para el período de convalecencia tras la infección por COVID-19. Además, se observa que este exceso de reposo varió durante el período analizado, con un peak al inicio de la pandemia, un decrecimiento posterior entre 2020 y 2021, y un leve ascenso a fines de 2022. Estos hallazgos sugieren la posible contribución del Long COVID en la prolongación del tiempo de reposo, en consonancia con la literatura, que describe una amplia gama de síntomas persistentes, desde la fatiga y disnea, hasta dificultades cognitivas, entre otras.

Si bien existen otros factores que pueden explicar la extensión del reposo, como asuntos administrativos, retrasos en la gestión de licencias médicas o el desarrollo de nuevas enfermedades de origen común, debe considerarse que el elevado tamaño muestral de alguna forma limita la explicación de estos factores sobre la extensión del reposo, ya que se espera que sean poco frecuentes. Por otra parte, si bien la población estudiada corresponde a trabajadores de empresas adherentes a Mutual de Seguridad, que podrían no ser representativos de la población trabajadora en general, de igual forma corresponden a un segmento importante de los macrosegmentos económicos del país, específicamente el de la construcción.

Respecto a las variaciones temporales del exceso de reposo, este podría explicarse por los cambios en el estándar de este definido por la autoridad sanitaria durante la pandemia, el que inició en 14, pero fue disminuyendo progresivamente a 10, 7, 5 y 3 días. El peak inicial de este exceso también podría corresponder a una conducta más conservadora por parte del estamento médico, con una mayor cantidad de días de licencia médica dado el desconocimiento de la enfermedad al inicio de la pandemia. El aumento del exceso de reposo a fines de 2022 podría ser resultado del reconocimiento formal de la Condición Post COVID-19 en octubre de 2022 por parte de la OMS, el que se tradujo eventualmente en mayores días de licencia.

Desde la perspectiva de los pacientes entrevistados, se reportan síntomas que coinciden con la descripción clínica ampliamente documentada del Long COVID, con la fatiga y las alteraciones de la sensibilidad (como el entumecimiento o el dolor neuropático) como los más frecuentes. Además, emergen preocupaciones adicionales relacionadas con el impacto negativo sobre la salud mental y sexual, lo que subraya la naturaleza multisistémica de esta condición y su considerable efecto sobre la calidad de vida de quienes la padecen. La incertidumbre sobre la evolución del cuadro y la falta de tratamientos específicos aumentan la angustia entre los pacientes, lo que demanda una mayor atención en la atención de su salud integral.

Una de las principales dificultades identificadas, tanto en la comunidad científica y académica, como en este estudio, es la complejidad para estudiar y establecer un diagnóstico diferencial claro entre el Long COVID y el Síndrome Post Cuidados Intensivos. Ambos cuadros comparten múltiples síntomas, lo que complica la identificación de mecanismos causales específicos, según se sigue planteando en la literatura científica especializada (29-31). Por ejemplo, dos de las pacientes entrevistadas estuvieron hospitalizadas, pero en unidades de baja complejidad, por lo que su sintomatología no se explicaría por el PICS (conexión a ventilación mecánica, uso de corticoides, uso de parálisis

muscular, etc.) Esto plantea desafíos clínicos para discernir si los síntomas persistentes observados en algunos pacientes son resultado directo del Long COVID o una consecuencia del PICS, o bien una combinación de ambos. Esta superposición de cuadros plantea la necesidad urgente de desarrollar criterios diagnósticos más específicos y sensibles que permitan diferenciar adecuadamente estas condiciones y garantizar una intervención terapéutica más precisa y efectiva.

Los expertos consultados coinciden en la necesidad de avanzar en la implementación de la estrategia 4R de la OMS para el manejo del Long COVID: reconocimiento, reporte, rehabilitación e investigación. De manera urgente, se visibilizó la importancia de estandarizar los criterios diagnósticos para facilitar la identificación temprana y precisa de los casos de Long COVID, dado que la diversidad de perfiles clínicos puede llevar a diagnósticos erróneos o tardíos, complicando la atención oportuna. Asimismo, se resalta la necesidad de establecer protocolos claros para el seguimiento y rehabilitación de estos pacientes, con especial énfasis en el reintegro laboral.

Cabe destacar el potencial de los organismos administradores de la Ley 16.744 de continuar participando en la vigilancia de enfermedades respiratorias infecciosas, que, si bien no son de origen laboral, generan un elevado ausentismo, lo que es relevante en términos del sistema de SST en general, y para los(as) trabajadores y empresas en particular. Asimismo, el mantener acciones aprendidas durante la crisis del COVID-19, como la higiene de manos, uso de mascarillas en presencia de síntomas y ventilación adecuada de ambientes, genera ambientes de trabajo más saludables para las(os) trabajadores(as). Lo anterior además se contextualiza en el marco de la generación de sistemas de preparación frente a eventuales futuras pandemias, donde deben participar todas las instituciones del sistema de salud. En el mismo contexto, destaca la colaboración de las mutualidades en la generación de investigación de alto nivel en salud ocupacional y salud pública, considerando la gran cantidad de datos y registros existentes, los que permiten responder a preguntas de relevantes en estos ámbitos.

Este estudio proporciona un valioso acercamiento a la situación del Long COVID en la población trabajadora de Chile, abordando un vacío de conocimiento crítico sobre las implicaciones de esta condición en el ámbito laboral. En un contexto donde las políticas de salud aún están adaptándose a las secuelas de la pandemia, estos resultados destacan la importancia de monitorear y analizar las licencias prolongadas por COVID-19, lo que podría permitir una mejor planificación de recursos sanitarios y laborales.

Finalmente, se hace evidente la urgencia de continuar investigando los aspectos aún desconocidos del Long COVID, particularmente en lo referente a su prevalencia en Chile y su manejo clínico. Nuevos estudios epidemiológicos son esenciales para cuantificar de manera más precisa el impacto de esta condición en la población general, y así permitir la creación de estrategias de salud pública que respondan adecuadamente a las necesidades emergentes de este grupo de pacientes.

11. Referencias

1. World Health Organization. "Expanding our understanding of post COVID-19 condition report of a WHO webinar, 9 February 2021." (2021).
2. Callard, Felicity, and Elisa Perego. "How and why patients made Long Covid." *Social science & medicine* 268 (2021): 113426.
3. Nalbandian, Ani, et al. "Post-acute COVID-19 syndrome." *Nature medicine* 27.4 (2021): 601-615
4. Ledford, Heidi. "How common is long COVID? Why studies give different answers." *Nature* 606.7916 (2022): 852-853.
5. Crook, Harry, et al. "Long covid—mechanisms, risk factors, and management." *bmj* 374 (2021).
6. Jaffri, Abbis, and Ume Abbiyha Jaffri. "Post-Intensive care syndrome and COVID-19: crisis after a crisis?." *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care* 49.6 (2020): 883-884.
7. Soriano, Joan B., et al. "A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus." *The Lancet Infectious Diseases* (2021).
8. Sivan, Manoj, and Sharon Taylor. "NICE guideline on long covid." *bmj* 371 (2020).
9. Centers for Disease Control and Prevention CDC. Long COVID or Post-COVID Conditions (2021) [Internet: Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>]
10. Chen, Chen, et al. "Global Prevalence of Post COVID-19 Condition or Long COVID: A Meta-Analysis and Systematic Review." *The Journal of Infectious Diseases* (2022).
11. Ministerio de Salud Chile. Recomendaciones Para La Sospecha, Diagnóstico Y Rehabilitación De Personas Afectadas De Covid-19 Persistente Y Prolongado (Long-covid). 2021.
12. Yong, Shin Jie. "Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments." *Infectious diseases* 53.10 (2021): 737-754
13. Lopez-Leon, Sandra, et al. "More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta- analysis." *Scientific reports* 11.1 (2021): 1-12.
14. Sivan, Manoj, et al. "Post-COVID syndrome symptoms, functional disability, and clinical severity phenotypes in hospitalized and nonhospitalized individuals: A cross-sectional evaluation from a community COVID rehabilitation service." *Journal of medical virology* 94.4 (2022): 1419-1427.
15. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*. 2020 dic
16. Wise, Jacqui. "Long covid: WHO calls on countries to offer patients more rehabilitation." (2021).
17. Superintendencia de Seguridad Social SUSESO Chile. Informe Anual de Salud y Seguridad en el Trabajo 2021 (2022)
18. Dictamen 13591-2022 de la Superintendencia de Seguridad Social SUSESO. 02 de febrero 2022.

19. Aliaga A., Salas C. Problemas neuropsicológicos y neuropsiquiátricos en personas laboralmente activas que se han infectado con SARS-cov-2 grave requiriendo hospitalización: Estudio longitudinal de prevalencia y análisis de factores predictivos de retorno laboral (Código 276-2021). Superintendencia de Seguridad Social SUSESO, Chile. Informe Final 2023.
20. Krippendorff K. Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paidós; 1990.
21. Mayring P. Qualitative content analysis. Forum Qualitative Social Research. 2000;1(2). Available at: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>.
22. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. 2003;2(1):53-81.
23. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Antioquía: Editorial Universidad de Antioquía; 2002.
24. Kyrouz E, Humphreys K, Loomis C. A review of research on the effectiveness of self-help mutual aid groups; 2002.
25. Pistrang N, Barker C, Humphreys K. Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. Am J Community Psychol. 2008;42:110-121. doi:10.1007/s10464-008-9181-0.
26. Agudelo Hernández F, Rojas-Andrade R, Guapacha Montoya M, Delgado Reyes AC. Identification of components associated with the operation of mutual aid groups: a scoping review. Rev Colomb Psicol. 2023;32(2):95-113.
27. Avendaño, Xaviera Molina, et al. "Egresos hospitalarios por Long COVID-19 en Chile durante el año 2021."
28. Notarte, Kin Israel, et al. "Impact of COVID-19 vaccination on the risk of developing long-COVID and on existing long-COVID symptoms: A systematic review." *EClinicalMedicine* 53 (2022).
29. Al-Aly, Ziyad, and Eric Topol. "Solving the puzzle of Long Covid." *Science* 383.6685 (2024): 830-832.
30. Al-Aly, Ziyad, et al. "Long COVID science, research and policy." *Nature Medicine* (2024): 1-17.
31. Greenhalgh, Trisha, et al. "Long COVID: a clinical update." *The Lancet* 404.10453 (2024): 707-724.

12. Anexos

Anexo 1. Pauta de entrevistas a pacientes

Anexo 2. Pauta de entrevistas a actores clave/expertos

Anexo 3. Aprobación Comité Ético Científico Mutual de Seguridad

Anexo 4. Aprobación enmienda protocolo CEC Mutual

Anexo 5. Carta de respaldo Dirección Hospital Clínico Mutual de Seguridad

Ámbito	Preguntas Guía Pacientes
Identificación	Nombre, Edad, Estudios, Grupo Familiar, Ocupación, etc.
Situación previa COVID	<p>¿En general, ¿cómo describiría su situación de salud antes del diagnóstico de COVID?</p> <p>¿Realizaba habitualmente algún tipo de ejercicio físico o deporte?</p> <p>¿En qué consistía su trabajo?</p> <p>¿Qué enfermedades o síntomas recuerda haber sufrido de manera más persistente antes del COVID?</p>
Hospitalización y COVID	<p>¿Cuándo (fecha) se infectó con COVID?</p> <p>¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?; ¿Tuvo más de una hospitalización?</p> <p>¿Qué síntomas obligaron a la(s) hospitalización(es)?</p> <p>¿Qué tratamientos recibió? (durante y post COVID)</p> <p>¿La atención y tratamientos recibidos fue oportuna? (descripción)</p> <p>¿Cuánto duro su licencia médica?</p>
Post COVID	<p>Describa su situación de salud los meses siguientes a la hospitalización.</p> <p>¿Qué síntomas, que usted asocia al COVID se han mantenido?</p> <p>¿Qué tratamientos recibió para el manejo de los síntomas que se mantuvieron en el tiempo por el COVID?</p> <p>¿Necesitó ver médicos por fuera del Hospital Clínico Mutual de Seguridad?</p>
Trabajo	<p>¿Cuál es su situación laboral hoy?; ¿Por qué ocurre el cambio de trabajo si lo hubo?</p> <p>¿Está trabajando en lo mismo que antes del COVID o el trabajo se adaptó?</p> <p>¿Cuáles han sido los motivos de licencias médicas que ha recibido post COVID?</p>
Vida personal	<p>¿Cómo afectó su vida personal y familiar el COVID?</p> <p>¿Cómo afectó su salud mental el COVID?</p>

Ámbito	Preguntas Guía Actores Clave/expertos(as)
Identificación	Nombre, edad, profesión, etc.
General	¿Qué sabe de la condición Long COVID?
	¿Tiene experiencia de trabajo con personas que padecieron COVID o que estén padeciendo sus efectos de largo plazo?
	¿Cuál es su visión sobre la evolución del Long COVID-19 como nueva condición de salud?
Clínico	¿Qué conocimiento tiene sobre el abordaje clínico del Long COVID? Descríbalo por favor.
	¿De dónde ha obtenido información sobre el abordaje clínico del Long COVID?
Gobernanza	¿Tiene conocimiento sobre políticas de salud respecto al Long COVID en Chile y el mundo? Descríbalo por favor.
	Según su opinión ¿Cuáles son las principales problemáticas de las personas y de nuestros sistemas de salud que surgen por la aparición del Long COVID como nueva condición de salud?
	Respecto a estas problemáticas ¿Qué soluciones imagina podrían resolver las mismas?
Salud Ocupacional	¿Qué implicancias cree UD. tiene el Long COVID dentro del ámbito de la salud ocupacional?
	De lo que UD. Sabe ¿Cómo evalúa el abordaje hecho por las mutualidades de esta condición? ¿Qué cuestiones podrían encontrarse aún pendientes o se podrían mejorar?
Investigación	¿En qué áreas cree usted que debiese desarrollarse la investigación sobre el Long COVID en nuestro país?
Cierre	¿Cuáles son sus proyecciones respecto a la evolución y abordaje del Long COVID como problema de salud?

Decisión del Comité de Ética Científico para Proyectos de Investigación

Título de la propuesta de investigación : Condición Post COVID-19 en población trabajadora chilena: estudio exploratorio

Fecha y lugar de la decisión : 12 de Enero del 2023, Mutual de Seguridad Santiago.

Nombre del investigador principal : Manuel Rain Gajardo

Nombre del lugar de desarrollo de la investigación : Hospital Clínico Mutual de Seguridad

Decisión tomada: Se decide **APROBAR** el Proyecto de Investigación

Justificación de la decisión:

Se evalúa proyecto de investigación, en sesión ordinaria del CEC.

Investigador principal presenta apelación.

Se decide aprobar ya que proyecto cumple con las exigencias metodológicas y éticas requeridas.

Se le recuerda al investigador que debe contar con la aprobación del Director Médico del Centro donde se realizará el estudio. A sí mismo, debe hacer llegar informe de avance, al año de ejecución (enero del 2023), y una vez finalizado el estudio.

Atentamente.



COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO
MUTUAL DE SEGURIDAD CChC

Dr. Pablo Salinas T.
Presidente
Comité de Ética Científico
Mutual de Seguridad CChC

Decisión del Comité de Ética Científico para Proyectos de Investigación

Título de la propuesta de investigación : Condición Post COVID-19 en población trabajadora chilena: estudio exploratorio

Fecha y lugar de la decisión : 25 de Agosto del 2023, Mutua de Seguridad Santiago.

Nombre del investigador principal : Manuel Rain Gajardo

Nombre del lugar de desarrollo de la investigación : Hospital Clínico Mutua de Seguridad

Decisión tomada: Se decide **APROBAR** el Proyecto de Investigación

Justificación de la decisión:

Se evalúa solicitud de enmienda del proyecto de investigación original.

Investigador principal indica que, dado cambio en el escenario epidemiológico del COVID, se hace necesario ajustar la metodología del proyecto (se adjuntan antecedentes).

Se decide aprobar solicitud, ya que proyecto cumple con las exigencias metodológicas y éticas requeridas.

Se le recuerda al investigador que, debe hacer llegar informe de avance, al año de ejecución (agosto 2024), y una vez finalizado el estudio.

Atentamente.



SEREMI
Ministerio del Interior
Presidencia del Estado

Dr. Pablo Salinas T.
Presidente
Comité de Ética Científico
Mutua de Seguridad CCHC



Santiago, 06 de julio de 2023

Señor (a)
MANUEL RAIN GAJARDO
Presente

Estimado (a):

Ante la solicitud presentada por usted para la realización del proyecto de investigación "CONDICIÓN POST COVID-19 EN POBLACIÓN TRABAJADORA CHILENA: ESTUDIO EXPLORATORIO", presentado y aprobado por Comité de Ética Científico el día 12 de enero de 2023 le informo que he decidido **AUTORIZAR** la realización de dicha investigación dentro del Hospital Clínico de Mutual de Seguridad.

Sin perjuicio de lo anterior, solicito a usted me mantenga informado de los avances y dificultades que puedan ir sucediendo en el desarrollo de la investigación, así como de asegurar la participación libre y voluntaria de los pacientes que son atendidos en este centro de salud.

Le saluda atentamente a usted,


Dr. Rafael Borgoño Valenzuela
Director Médico
Hospital Clínico
Mutual de Seguridad

DR. RAFAEL BORGONO VALENZUELA
Médico director
Hospital Clínico Mutual de Seguridad CChC



DR.RBV/pjl