

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencias del personal de salud sobre la implementación de prácticas de protección contra COVID-19 en la Argentina

Recibido: 29/11/21 Aceptado: 25/2/22

Emmaría Danesi¹, Tatiana Yael Maltz², Josefina Blanco³, Pamela Peyrán⁴, Ana Laura Carbajal-De-La-Fuente⁵, Marisa Liliana Fernández⁶

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue indagar sobre experiencias y percepciones del personal de salud (PDS) de la Argentina en la implementación de protocolos para su protección durante la pandemia por COVID-19. Se realizó una encuesta al PDS a nivel nacional, relevando datos sociodemográficos, de protocolos, recursos y aspectos psicosociales. Se analizaron 2010 encuestas. El 76,4% fueron mujeres, 43 años de edad media, 35% médicos/as y 72,7% del subsistema público. El 37,2% aumentó su carga horaria y el 22,5% presentaba algún factor de riesgo, de quienes 20,4% tuvo licencia o reasignación de tareas. Se establecieron protocolos sobre uso de equipos de protección personal (EPP) en 91% de las instituciones y otras temáticas en menor medida. La claridad de los mismos fue bien valorada y hubo entrenamiento en el 60,8% de los casos. La conformidad con la disponibilidad y calidad del EPP fue variable, con mejor valoración en el subsector privado. El 60,4% tuvo necesidad de obtener EPP por medios propios. El 48,4% de los encuestados siguió los protocolos de uso de EPP, variando según grupos de riesgo. El indicador global de valoración institucional fue 6,45/10 (IC 95% 6,38-6,53). El 87,2% del PDS dijo haber sentido angustia y esto se relacionó con peor comunicación con superiores y peor valoración institucional. De este estudio surgen dificultades en la implementación de los nuevos cuidados, y la necesidad de intensificar esfuerzos en recursos y organización institucional para mejorar las condiciones de trabajo.

Palabras clave: COVID-19, personal de salud, equipos de protección personal, ambiente laboral, Argentina.

¹ Magíster en Epidemiología, gestión y políticas de salud. Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo-Epidemias (CeNDIE), ANLIS-Malbrán, Ministerio de Salud. emmariadanesi@gmail.com

² Licenciada en Sociología. Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo-Epidemias (CeNDIE), ANLIS-Malbrán, Ministerio de Salud. maltz.tati@gmail.com

³ Magíster en Epidemiología, gestión y políticas de salud. Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo-Epidemias (CeNDIE), ANLIS-Malbrán, Ministerio de Salud. josefinab82@gmail.com

⁴ Licenciada en Trabajo Social. Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala-Chabén", ANLIS-Malbrán, Ministerio de Salud. pamelapeyran@yahoo.com

⁵ Doctora en Ciencias (área biología parasitaria). Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo-Epidemias (CeNDIE), ANLIS-Malbrán, Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires. analaura.carbajal@gmail.com

⁶ Médica infectóloga. Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala-Chabén", ANLIS-Malbrán, Ministerio de Salud. Hospital de Infecciosas Francisco Muñiz, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. marisa.fernandez@gmail.com

Autora para correspondencia: Emmaría Danesi, CeNDIE - Av. Paseo Colón 568 1° piso, CABA, Argentina. E-mail: emmariadanesi@gmail.com

Ninguna de las autoras declara presentar conflicto de intereses en relación a esta publicación.

Introducción

Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 (infección por SARS-CoV-2) en diciembre de 2019, el sector de trabajadores de la salud ha sido uno de los más expuestos al riesgo de infección debido a su rol en el cuidado de personas afectadas. Durante la primera ola de la pandemia en 2020, el personal de salud (PDS) representó entre el 10 y 20% de los infectados en diferentes países (1, 2, 3), si bien en las regiones asiáticas con experiencias en epidemias de virus respiratorios esta proporción fue en torno al 3% (4). En la Argentina se vivieron situaciones similares, llegando a representar el 17% de personas infectadas (5).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) resaltó los derechos y obligaciones del PDS para promover su seguridad laboral y salud individual (6). Se entienden como derechos del PDS y obligaciones de los sistemas de salud y sus instituciones: proveer información, instrucción y entrenamiento sobre prevención y control de infecciones (PCI) y en el uso de equipos de protección personal (EPP); disponer adecuada cantidad y calidad de EPP; brindar actualizaciones sobre COVID-19; generar ambientes de confianza y acompañamiento para la oportuna detección de errores y riesgos; dar adecuada compensación económica; brindar acompañamiento psicológico, entre otras.

A su vez, es obligación del PDS seguir los protocolos establecidos para la atención de pacientes y de PCI; utilizar adecuadamente los EPP; cumplir con controles sintomáticos para el autodiagnóstico de infección; reportar situaciones que impliquen algún riesgo para su salud o de otras personas. Distintos estudios señalan que para poder lograr una respuesta efectiva durante emergencias es necesario dar al PDS entrenamiento sobre nuevas habilidades, asegurar recursos materiales para su protección física, dar soporte emocional, así como brindar apoyo político e institucional (7).

El monitoreo y evaluación de la implementación de estos aspectos permite identificar oportunidades de mejora y, consecuentemente, favorecer el cuidado tanto del PDS como de la comunidad en general. Esto es un desafío para el sistema de salud argentino, caracterizado por su gestión federal y su estructura fragmentada, donde coexisten tres subsistemas, diferenciados principalmente según tipo de financiamiento y afiliación: subsistema público (de acceso universal, financiado por rentas generales), seguridad social (también denominado obras sociales, financiado

por los aportes de trabajadores registrados) y subsistema privado (financiado por el pago de los usuarios) (8).

En este contexto, el objetivo general del estudio fue investigar en las experiencias y percepciones del PDS en la Argentina sobre la implementación y aplicación de las recomendaciones para la protección contra el COVID-19 durante los primeros meses de la pandemia en el país en 2020. Los objetivos específicos fueron:

- 1) Indagar sobre la implementación por parte de los establecimientos sanitarios de medidas de prevención, control de la infección y provisión de equipos de protección personal.
- 2) Explorar las percepciones del PDS sobre la capacitación y utilización de equipos de protección personal y sobre la aplicación de medidas de cuidado y prevención de la infección.
- 3) Relevar factores psicosociales y de ambiente laboral que pudieran estar afectando el cuidado de bioseguridad y desempeño del personal de salud.
- 4) Analizar si existen diferencias según subsistema de salud, localización geográfica, áreas de trabajo, entre otras.
- 5) Establecer niveles de satisfacción del PDS con las medidas de prevención y control establecidas en sus establecimientos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional transversal mediante una encuesta estructurada autoadministrada a través de la plataforma web QuestionPro Survey Software (Estados Unidos) a ser completada de modo anónimo por PDS de la República Argentina durante agosto de 2020, respetando la confidencialidad de los datos brindados. Se definió como PDS a trabajadores que realizan tareas asistenciales o con impacto en el cuidado de personas en hospitales, centros de atención primaria, instituciones de cuidados prolongados o contextos comunitarios (9, 10). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Parasitología "Dr Mario Fatale-Chaben" y fue llevado a cabo de acuerdo a normativas y estándares éticos vigentes.

La encuesta fue distribuida por correos electrónicos a asociaciones de profesionales y no profesionales de PDS,

redes sociales y a través de una aplicación de mensajería instantánea para teléfonos móviles. Para iniciar la encuesta, la persona debía aceptar un consentimiento informado. Se creó un formulario *ad hoc* con 42 preguntas cerradas organizadas en tres secciones: 1) características sociodemográficas y laborales, 2) protocolos y medidas para la PCI, 3) ambiente laboral y experiencia de trabajo durante la pandemia (formulario disponible en <https://data.mendeley.com/datasets/gk49dbgc27/1>). Al final se dispuso de un espacio libre opcional para comentarios y observaciones.

Se realizó una estimación del PDS de la Argentina a partir de datos oficiales de profesionales sanitarios y de apoyo, de aproximadamente 1.250.000 trabajadores (11). Sobre esto, se calculó una muestra de al menos 769 personas (muestreo aleatorio simple, nivel de confianza del 95%, precisión 5% y una proporción en las respuestas de 50%) (12). El análisis final se realizó sobre encuestas con al menos el 75% de las preguntas respondidas, incluyendo la sección 1 y 2. Se realizó un análisis descriptivo de todas las preguntas, según frecuencia absoluta y relativa (%), y en función de las variables: a) subsector de la institución (público o privado/obras sociales), b) área de riesgo epidemiológico en la localidad de la institución, según transmisión comunitaria (TC) de SARS-CoV-2 (sí/no) al 31 de agosto de 2021 según clasificación del Ministerio de Salud de Nación (13), y c) riesgo de exposición del PDS, definida en alto, medio y bajo, adaptado empíricamente según recomendaciones nacionales (14) e internacionales (6, 7, 8) considerando la profesión-ocupación, el área de trabajo y el contacto con casos sospechosos.

Se generaron dos indicadores resumen:

a) Indicador de uso adecuado de EPP: se elaboró considerando lo establecido en los protocolos oficiales (14) y según lo mencionado por el/la participante sobre su área de trabajo, ocupación y contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19, y los EPP que hace uso, evaluándose el correcto seguimiento de tales protocolos nacionales, así como la protección con exceso de EPP.

b) Indicador de valoración institucional: se consideraron las preguntas de la sección 2 de aplicación de protocolos, entrenamientos, disponibilidad y calidad de EPP, así como las conductas del PDS, para generar una puntuación de 1 a 10, con 10 como valoración máxima.

Los datos fueron procesados en Excel 2010 y analizados mediante Stata 11. Para analizar las diferencias entre subsistemas de salud se evaluó la asociación entre las variables a través de la prueba de chi cuadrado y se compararon proporciones entre grupos a través de la comparación de Z ($p < 0,05$). Para las comparaciones de los indicadores globales entre subgrupos se utilizaron los intervalos de confianza. Para el análisis del espacio final con campo abierto, se exploraron todos los comentarios para categorizarlos y agruparlos según dimensiones temáticas.

Resultados

Aceptaron participar 2291 personas, de las cuales 2010 (87,7%) respondieron la encuesta de manera completa. Los participantes fueron en su mayoría mujeres, adultas jóvenes, que se desempeñaban principalmente en instituciones públicas de la Provincia de Buenos Aires (PBA) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las principales profesiones fueron medicina, bioquímica y enfermería (Tabla 1), mientras que las ocupaciones no asistenciales como limpieza, cocina y chofer de ambulancia tuvieron escasa participación (1,2%). Al momento de realizar la encuesta, 3 de cada 4 de las instituciones de salud donde se desempeñan los encuestados se encontraban en áreas geográficas con TC de COVID-19. Aproximadamente un 40% de las personas encuestadas mencionó tener aumento en su carga horaria desde el inicio de la pandemia y en el caso de las personas con factores de riesgo, la gran mayoría continuaba asistiendo a desempeñar sus tareas habituales (Tabla 1). Los factores de riesgo más frecuentes fueron obesidad y edad >60 años (10,3% y 7,3% respectivamente), y no se encontraron diferencias entre la situación laboral según factor de riesgo, a excepción de que quienes refirieron estar inmunosuprimidos tuvieron mayor porcentaje de licencia (27,3% vs. 10,1% en general).

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales del PDS encuestado. Argentina, agosto de 2020 (n=2010)

Característica	Total
Edad mediana (años)	42 años
Género mujer	1536 (76,4%)
Provincia de la institución	
PBA	654 (32,5%)
CABA	568 (28,3%)
Santa Cruz	150 (7,5%)
Neuquén	143 (7,1%)
Santa Fe	101 (5,0%)
Córdoba	61 (3,0%)
Chaco	54 (2,7%)
Otras	279 (13,9%)
Uso de transporte particular	1236 (61,5%)
Trabajo en dos o más instituciones	777 (33,7%)
Ocupación/profesión	
Médico/a	702 (35,0%)
Bioquímica/o, técnica/o de lab.	381 (19,0%)
Enfermera/o, kinesiólogo/a	326 (16,2%)
Psicóloga/o, trabajo social	245 (12,2%)
Administrativo/a	90 (4,5%)
Otras†	159 (7,8%)
Especialidad médica (n=701)	
Clínica, generalista, familia	191 (27,2%)
Pediatría	133 (19,0%)
Terapeuta, emergentología, infectología, neumonología	74 (10,6%)
Otras‡	303 (43,2%)
Área de la institución dónde se desempeña (n=2009)*	
Terapia, guardia	654 (32,6%)
Salas de internación, laboratorio, consultorio, territorio, ambulancia	1761 (87,7%)
Administración, recepción, cocina, otras	552 (27,5%)
Jornada completa (en institución de la encuesta) (n=1969)	977 (49,6%)
Carga horaria aumentada (n=1969)	744 (37,8%)
Presenta algún factor de riesgo para COVID-19 (n=1968)	458 (22,8%)
En caso de tener factores de riesgo, con licencia o reasignación (n=451)	92 (20,4%)

*La pregunta permitía seleccionar más de una opción. † Farmacéutico, odontólogo, técnico en imágenes, camillero, personal de limpieza, chofer de ambulancia, agente sanitario y otros. ‡Anestesiología, cardiología, cirugía, gerontología, ginecología, hematología, nefrología, neurología, obstetricia, psiquiatría, traumatología y otros.

El protocolo con mayor implementación fue sobre “uso de EPP”, siendo parcial sobre otras temáticas (Tabla 2). La claridad de los mismos fue mejor valorada en los establecimientos del sector privado/OS ($p<0,001$): en el subsector privado, el 7,9% del PDS calificó a los protocolos de poco claros y el 37% de muy claros, mientras que en el subsector público los porcentajes fueron 15,5% y 18,4% respectivamente. Más de la mitad del PDS refirió haber

recibido entrenamiento sobre EPP, centrándose sobre “tipos y usos”, “colocación”, “retiro y descarte de EPP”. Las percepciones más frecuentes sobre el entrenamiento fueron positivas. En cuanto al acceso y calidad de los EPP, las respuestas más frecuentes fueron las categorías intermedias (variable y fácil/buena), siendo mejor la valoración de estos aspectos en el subsector privado/OS ($p<0,001$). Dos de cada tres encuestados

mencionaron que obtuvieron EPP por sus medios o a través de terceros, y esto estuvo asociado a peor calidad (muy mala a variable: 62,2% vs. 24,1%, $p<0,001$) y disponibilidad de los mismos (muy mala a variable: 54,71% vs. 14,87%, $p<0,001$). Las preguntas relacionadas

al uso de EPP y cuidados en espacios comunes revelaron una conformidad parcial, con 54% y 51% respectivamente en las categorías satisfactorias (bueno y muy bueno), y peor percepción entre trabajadores de instituciones públicas ($p<0,001$).

Tabla 2. Percepciones del personal de salud encuestado sobre implementación, claridad y cumplimiento de protocolos sanitarios. Argentina, agosto de 2020 (n=2010)

Pregunta	Total
Protocolos adoptados en su institución*	
Limpieza en diferentes ambientes	1465 (72,9%)
Circulación y rotación del personal	1231 (61,2%)
Circulación de pacientes y familiares	1147 (57,1%)
Uso EPP	1841 (91,6%)
NS/NC	46 (2,3%)
Claridad de los protocolos	
Muy poco claros	192 (9,6%)
Poco claros	270 (13,4%)
Regular	396 (19,7%)
Claros	633 (31,5%)
Muy claros	499 (24,8%)
NS/NC	19 (0,1%)
Tuvo entrenamiento sobre EPP	
1221 (60,8%)	
Tipo de entrenamiento sobre EPP* (si tuvo entrenamiento)	
Tipos y usos	965 (79,0%)
Colocación de EPP	1116 (91,3%)
Retiro de EPP	1086 (88,9%)
Descarte de EPP	953 (78,0%)
Otros	109 (8,9%)
Calificación del entrenamiento sobre EPP (si tuvo entrenamiento)	
Muy poco claros	30 (2,5%)
Poco claros	60 (4,9%)
Regular	257 (21,0%)
Claros	501 (41,0%)
Muy claros	370 (30,3%)
NS/NC	4 (0,3%)
Disponibilidad de EPP	
Muy dificultoso	138 (6,9%)
Difícil	161 (8,0%)
Variable	481 (23,9%)
Fácil	777 (38,7%)
Siempre disponible	441 (21,9%)
NS/NC	12 (0,6%)
Calidad de los EPP	
Muy mala	125 (6,2%)
Mala	179 (8,9%)
Variable	625 (31,1%)

Tabla 2. Percepciones del personal de salud encuestado sobre implementación, claridad y cumplimiento de protocolos sanitarios. Argentina, agosto de 2020 (n=2010) (cont.)

Pregunta	Total
Buena	815 (40,6%)
Muy buena	227 (11,3%)
NS/NC	38 (1,9%)
Evolución del suministro de EPP	
Empeoró	296 (14,7%)
Estable	894 (44,5%)
Mejóro	742 (36,9%)
NS/NC	78 (3,9%)
Tuvo que obtener EPP por medios propios o de terceros	1214 (60,4%)
Uso de EPP por parte del PDS de su institución	
Muy mala	55 (2,7%)
Mala	148 (7,4%)
Variable	688 (34,2%)
Buena	813 (40,5%)
Muy buena	285 (14,2%)
NS/NC	21 (1,0%)
Cumplimiento del PDS de protocolos en espacios comunes	
Muy mala	83 (4,1%)
Mala	158 (7,9%)
Variable	718 (35,9%)
Buena	761 (37,9%)
Muy buena	266 (13,2%)
NS/NC	24 (1,2%)
Cumplimiento de protocolos de uso de EPP	973 (49,0%)

* La pregunta permitía seleccionar más de una opción.

El uso de los diferentes tipos de EPP fue variable según grupo de riesgo. El 83,2% del PDS refirió utilizar elementos de protección respiratoria (barbijos quirúrgicos o respiradores) y un 74,4% dijo utilizar elementos de protección facial. Menos utilizados fueron los guantes (63,7%) y los elementos de protección corporal (58,1%). A su vez, los porcentajes de uso de EPP fueron mayores en los grupos de mayor riesgo. El indicador global de uso adecuado mostró que 49,0% de los encuestados utilizaba el EPP apropiado según su nivel de riesgo por protocolo, siendo menor esta proporción en el grupo de bajo riesgo (29,2%, $p < 0,001$). Si consideramos el uso en exceso de EPP, la protección del PDS llegó a 52,9% en total y en el grupo de menor riesgo, a 44,2%.

Del total de encuestas, el indicador global de valoración institucional tuvo una puntuación de 6,45 (IC 95% 6.38-6.53), con un rango por provincias entre 5,06 en Santiago del Estero a 7,9 en Tierra del Fuego. Entre subsectores público y privado/OS, la valoración tuvo diferencia

significativa, de 6,36 (IC 95% 6,28-6,45) y 6,69 (IC 95% 6,55-6,84), respectivamente. También se observaron diferencias entre grupos de riesgo del PDS, siendo 6,57 para el grupo de mayor (IC 95% 6,45-6,698) y menor riesgo (IC 95% 6,43-6,72), y 6,32 para el de riesgo intermedio (IC 95% 6,21-6,42).

Sobre la asistencia del PDS a trabajar con síntomas compatibles de COVID-19, 4 de cada 10 trabajadores mencionó que sí ocurrían estas situaciones (Tabla 3), siendo significativamente mayor esta proporción en el subsector público (42,2% vs. 35,0%, $p = 0,01$), en las instituciones en áreas con TC (con TC: 43,3%, sin TC: 30,0%, $p < 0,001$) y en el grupo de mayor riesgo (riesgo alto: 48,0%, riesgo medio: 35,6%, riesgo bajo: 36,6%, $p < 0,001$). Entre quienes mencionaron asistir con síntomas, se observó asociación con el mayor riesgo de exposición (riesgo alto: 8,0%, riesgo medio: 4,8%, riesgo bajo: 4,8%, $p < 0,001$), aumento de carga horaria (54,4% vs 37,4%, $p < 0,001$), mala comunicación con sus superiores (46,9%

vs. 22,8%, $p < 0,001$), peor desempeño institucional durante la pandemia (4,86 IC 95% 4,56-5,15 vs 6,57 IC 95% 6,50-6,64) y angustia frecuente o permanente (49,2% vs. 33,2%, $p = 0,002$).

Alrededor de un tercio de los participantes fueron testeados para infección por SARS-CoV-2, principalmente por ser contacto estrecho con caso confirmado (Tabla 3). De estos testeos, tuvieron resultado confirmatorio 1 de cada 10 casos, siendo variable esta proporción por provincias (PBA 23,7%, Chaco 15,8%, CABA 7,7%). La frecuencia de testeo fue mayor en instituciones públicas que en privadas/OS (40,8% vs. 30,7%, $p < 0,001$), con una mayor positividad en las segundas (8,9% vs. 16,7%, $p = 0,006$). También hubo mayor testeo entre el personal de instituciones en áreas con TC (43,6%) y de mayor riesgo (45,7%), siendo la positividad similar a la general. Según el motivo de testeo, se observó una positividad del 33,3% por presentar síntomas, 13,6% por testeo institucional y 2,9% por contacto estrecho con caso confirmado de COVID-19.

Tabla 3. Información referida por personal de salud de la Argentina sobre asistencia al lugar de trabajo y testeo por COVID-19, agosto de 2020 (n=2010)

Pregunta	
Sabe de PDS que concurre con síntomas	809 (40,3%)
Asistió a trabajar con síntomas	118 (5,9%)
Le realizaron testeo para SARS-CoV-2	746 (38,1%)
Motivo del testeo (n=736)	
Síntomas	150 (20,4%)
Viaje	5 (0,7%)
Contacto con infectado	425 (57,7%)
Testeo institucional	125 (17,0%)
Estudio epidemiológicos	31 (4,2%)
Resultado positivo del testeo (n=736)	78 (10,6%)

Tabla 4. Percepciones y experiencias del personal de salud encuestado sobre ambiente laboral. Argentina, agosto de 2020 (n=2010)

Pregunta	
Comunicación franca con superiores	1456 (72,4%)
Disponibilidad de servicio de salud mental para PDS en la institución	855 (42,5%)
Opinión sobre importancia de servicio de salud mental	
Nada importante	19 (0,9%)
Poco importante	44 (2,2%)
Indistinto	143 (7,1%)
Importante	758 (37,7%)
Muy importante	1016 (50,6%)
NS/NC	30 (1,5%)

Sobre el ambiente laboral, la mayor parte de las personas mencionó que podía tener una comunicación franca con sus superiores, 9 de cada 10 dijo haber sentido angustia o miedo y en igual proporción consideró muy importante contar con acceso a un servicio de salud mental (Tabla 4). En el sector público, alrededor de la mitad refirió que su institución cuenta con servicio de salud mental para PDS, a diferencia del sector privado en 1 de cada 4 casos ($p < 0,001$). Entre las personas con mayores niveles de angustia (frecuente o permanente), se observó un peor indicador de desempeño institucional (5,9 IC 95% 5,8-6,1) en comparación con aquellas con menor frecuencia de angustia (6,6 IC 95% 6,6-6,7) o que dijeron no sentir angustia (7,0 IC 95% 6,8-7,2). Entre quienes manifestaron no tener buena comunicación con superiores se evidenció mayor proporción de angustia (frecuente-permanente), en comparación con quienes tenían buena comunicación (56,3% vs. 27,1%, $p < 0,001$).

Los motivos de angustia más frecuentes fueron "contagiar a mi familia o compañeros de trabajo", "situación general socioeconómica por la pandemia y cuarentena", "contagiarme yo" y "déficits en infraestructura hospitalaria". Los motivos "falta de EPP y capacitación", "déficits en infraestructura hospitalaria" y "falta de consensos en la atención de pacientes COVID" fueron significativamente más frecuentes en el subsector público (los tres motivos con $p < 0,001$).

Tabla 4. Percepciones y experiencias del personal de salud encuestado sobre ambiente laboral. Argentina, agosto de 2020 (n=2010) (cont.)

Pregunta	
Frecuencia con la que sintió angustia o miedo	
En ningún momento	257 (12,8%)
Algunas veces	629 (31,3%)
Pocas veces	437 (21,7%)
Con bastante frecuencia	561 (27,9%)
Permanentemente	126 (6,3%)
Motivos de angustia*	
Contagiarse	740 (42,2%)
Contagiar a familiares o compañeros	1382 (78,8%)
Falta de EPP y/o capacitación	384 (21,9%)
Déficits en infraestructura hospitalaria	561 (32,0%)
No atender correctamente a pacientes	475 (27,1%)
Falta de conocimientos sobre COVID-19	128 (7,3%)
Falta de consensos en la atención de COVID-19	373 (21,3%)
Presión/hostigamiento laboral	408 (23,3%)
Precariedad laboral	404 (23,0%)
Jornadas extenuantes	451 (25,7%)
No recuperación rápida de compañeros	212 (12,1%)
Desatención de pacientes no-COVID	353 (20,1%)
Situación general socioeconómica	829 (47,3%)
Estigmatización por trabajo en salud	401 (22,9%)
Otras situaciones personales	329 (18,8%)
Todas las anteriores	40 (2,3%)
NS/NC	5 (0,3%)

*La pregunta permitía seleccionar más de una opción.

En la sección de comentarios abiertos, la participación del PDS tuvo características similares a la población global de la encuesta (edad mediana 44,5 años, 31,8% profesiones médicas, 50,5% CABA, 82,3% subsector público). Se identificaron cinco dimensiones temáticas: 1) EPP (13% de los comentarios), 2) Organización del trabajo (38%), 3) Testeos institucionales (19%), 4) Infraestructura de los establecimientos (13%) y 5) experiencias como PDS frente al contexto de pandemia (24%) (datos no mostrados).

En relación al EPP, el PDS expresó preocupación sobre la calidad y dificultades en el acceso, derivando en reclamos y demandas a las autoridades sanitarias y en la autoprovisión de EPP. Profesionales de psicología y trabajo social (entre otras) expresaron malestar por diferencias en la entrega de EPP, priorizando a profesiones biomédicas. Se destacó la progresiva mejora del uso de EPP en la atención cotidiana por considerar a toda

persona como posible caso sospechoso; pero a su vez se reconocieron dificultades para sostener el correcto uso de EPP durante toda la jornada laboral, incluso en momentos de descanso y en áreas comunes por fuera de la atención.

Sobre la organización del trabajo, se identificaron tensiones por la falta de coordinación entre servicios y por las estrategias de reorganización de los equipos para cubrir la atención y a su vez disminuir las posibilidades de contagios dentro del PDS, considerando licencias y teleasistencia. Sobre los testeos institucionales, se expresó malestar por la falta de protocolos claros para la reincorporación al trabajo, sumado al miedo por la vuelta a la exposición. Otra demanda relevante fue sobre la infraestructura de los establecimientos y la reorganización de los espacios para garantizar el cumplimiento de los protocolos, agudizando un déficit ya conocido y anterior a la pandemia.

Las expresiones de angustia y estrés se vincularon al agotamiento y la sobrecarga laboral por jornadas extensas, la presión y situaciones de maltrato por parte de superiores, la falta de acompañamiento institucional y un temor general por los efectos en la salud de la población al priorizar la atención de COVID-19 frente a otras problemáticas de salud, como enfermedades crónicas y controles pediátricos.

Discusión

La pandemia de COVID-19 representó un gran desafío para los sistemas sanitarios y para el PDS a nivel mundial, que tuvo que incorporar nuevas prácticas de atención y cuidados en un contexto de incertidumbre frente a una patología de enorme impacto y carga para el sistema. Este estudio presenta las experiencias y percepciones del PDS durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19 en la Argentina, cinco meses después de los primeros casos en el país y tras la puesta en marcha de protocolos de bioseguridad en la atención y organización institucional. Si bien al inicio de la pandemia se realizaron estudios similares en el país, no hay otros estudios publicados sobre percepciones del PDS en la evolución de la misma, dando cuenta de la maduración de las visiones y experiencias.

Por el tipo de muestreo, las observaciones de esta encuesta tienen la limitación de no ser representativas del PDS de la Argentina, si bien el bajo nivel de abandono da cuenta indirectamente de un nivel de confianza aceptable en los datos. Respecto a las características demográficas de la muestra, con una marcada participación femenina en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), guarda similitud con las características de las profesiones médicas a nivel país, con una tendencia a la feminización, que actualmente alcanza a 60% de médicos activos entre 23-64 años, y llegó incluso a 72% en el ingreso a las residencias médicas según datos de 2014 (11). A su vez, la distribución desigual de médicos en relación a la población también ha sido registrada, por ejemplo, con una tasa de médicos/habitantes en CABA hasta cuatro veces superior a la del 75% de las provincias (11).

Actualmente, en la Argentina no hay cifras oficiales disponibles sobre el número de trabajadores en instituciones sanitarias que incluyan tanto las profesiones biomédicas como otras ocupaciones que hacen a la atención de las personas y al funcionamiento propio de las instituciones. Contar con estadísticas confiables

y actualizadas sobre el PDS es fundamental para la planificación de capacidades del sistema y recursos necesarios, lo cual se ve particularmente en situaciones de emergencia y estrés como el contexto actual (15).

La participación de PDS estuvo concentrada en el AMBA, la cual era la zona con mayor número de casos COVID-19 en el momento de la encuesta. Principalmente respondió personal profesional y del tercer nivel de atención, lo cual puede dar lugar a un sesgo de la opinión de la asignación de recursos y la organización en general en las instituciones. Esto fue observado en un estudio en Brasil, donde el PDS del nivel de atención primaria, constituido por personal con formación terciaria, manifestó menor provisión de EPP, capacitación y testeo (16). Entre el personal médico, el 24,4% tenía especialidades relevantes para el tratamiento de COVID-19 (intensivista, emergentología, infectología, neumonología, clínica médica), mucho mayor al 8% en la Argentina, lo cual fue un aspecto crítico para hacer frente a la pandemia (17).

Los lugares más frecuentes de trabajo fueron los consultorios, sala de internación y guardias, con una diversidad en la gravedad y riesgo de los pacientes que se atendía, enriqueciendo las visiones expresadas en las encuestas. Llama la atención que durante nuestro estudio solo dos de cada diez trabajadores con factores riesgo tuvieron reasignación de tareas o licencia, lo cual posiblemente guarda relación con la situación de urgencia y necesidad de recursos humanos, y a su vez la imposibilidad para organizar otras alternativas. Tal fue lo sucedido en Italia en marzo de 2020, epicentro de la epidemia en Europa, donde solo se permitía la licencia en casos sintomáticos (18). Según se observó en el estudio de Ortiz *et al.* (19), las licencias y reorganización de servicios al inicio de la pandemia derivaron en tensiones y conflictos al interior de los equipos de salud, lo cual podría estar relacionado con las restricciones a las mismas. Estas situaciones también fueron manifestadas en los comentarios abiertos de varios participantes.

Si bien la implementación de protocolos sobre el uso de EPP y la limpieza de diferentes ambientes ocurrió en casi todas las instituciones de los participantes, mostrando una buena cobertura de lo más básico, en la mitad expresaron falta de protocolos de circulación del personal y de pacientes, los cuales limitarían la dispersión del virus en ambientes cerrados. Estos datos concuerdan con una encuesta de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria que mostró que 1 de

cada 4 de sus asociados no contaba con protocolos para atención de pacientes COVID-19 ni separación de áreas (20). La falta de protocolos o su desconocimiento iría en detrimento de que el PDS cuente con conocimientos adecuados sobre COVID-19 y su manejo, lo cual no solo mejoraría las conductas de atención y protección sino también reduciría el estrés, reforzando las capacidades y confianza en la superación de la epidemia (21).

Por otro lado, aunque nuestros resultados mostraron mayormente una opinión positiva en cuanto a la claridad de los protocolos, la cobertura del entrenamiento en el uso de EPP fue deficitaria. Esto también se observó en otro estudio realizado en la PBA (22), aunque en menor medida de lo observado en nuestro estudio. A su vez, según lo descrito en otro estudio en la Argentina, muchos profesionales si bien habían recibido capacitación, no se autopercebían con las habilidades necesarias (19). Estas cuestiones podrían explicar que casi la mitad del PDS hacía uso inadecuado de EPP y manifestó cumplimiento parcial de cuidados en espacios comunes. Estas situaciones posiblemente dieron lugar a transmisiones horizontales entre PDS, cuya relevancia fue materia de discusión (23, 24).

En cuanto a la disponibilidad y calidad de los EPP, el PDS refirió una conformidad intermedia en las respuestas. Pese a eso, la mayoría mencionó que obtuvo EPP por sus propios medios o de terceros, lo cual podría relacionarse con el temor a la falta del EPP o a una necesidad de complementar los provistos por la institución por mala calidad-cantidad, según las asociaciones observadas. Según lo publicado en otros países, inicialmente la provisión de EPP fue muy deficiente, con una disconformidad en torno al 80% en encuestas en Colombia e Italia (18, 25), mientras que varios meses transcurrida la pandemia, como en nuestro estudio y otro en Brasil (16), la disconformidad manifestada fue alrededor del 40%.

Contar con el EPP necesario y su correcto uso fue desde el inicio considerado un factor clave para la seguridad del PDS y, por ende, para el estrés en el trabajo (6, 7). Llama la atención el bajo cumplimiento de uso de EPP según protocolos observado, considerando las respuestas positivas en la disponibilidad general. También es para remarcar que en el grupo de menor riesgo se observó un 15% de uso excesivo de EPP, posiblemente relacionado a la menor costumbre de uso o al miedo y angustia resaltado en los comentarios. Dada la cobertura deficitaria en

entrenamiento observada en este estudio, una mejora en este aspecto podría favorecer tanto la protección del personal y su nivel de estrés, como el uso de recursos.

Por otra parte, surgió como preocupación y demanda la necesidad de mejorar la comunicación de directivas y la organización de los servicios y espacios. En particular en el subsector público fue notoria la preocupación por deficiencias de infraestructura, que dificultan o impiden el cumplimiento de protocolos de distanciamiento, ventilación y separación de sectores. En las instituciones privadas se observó una mejor valoración de la claridad de los protocolos, mejor disponibilidad y calidad de EPP, así como mayor percepción de cumplimiento de protocolos en áreas comunes, y a su vez una menor frecuencia de preocupación de estos aspectos y de la angustia en general, en comparación con el subsector público. Estas observaciones fueron coincidentes con el estudio llevado a cabo por Ortiz *et al.* (19).

La mayor percepción de asistencia laboral de PDS sintomático en áreas con TC, en el subsector público y en áreas de trabajo de mayor riesgo, podría indicar la necesidad de asistir la alta demanda de trabajo, marcando un déficit del recurso humano ya mencionado en otros estudios (17).

Respecto al testeo del PDS, en otros estudios se observó una proporción mayor (50%) (16). Es llamativa la alta tasa de positividad encontrada en los testeos institucionales, siendo cuatro veces mayor que en el caso de contactos estrechos. Esto podría mostrar la importancia de esta estrategia entre personas asintomáticas, en situaciones de riesgo no advertidas, o síntomas subestimados, como de hecho mencionaron casi la mitad de los encuestados. Este grupo de testeo resultó sumamente minoritario: solo 31 entre más de 2000 personas encuestadas, durante cuatro meses de evolución de la epidemia en el país. Dada la alta tasa de infección asintomática y a la luz de estas observaciones, sería recomendable que esta estrategia se generalizara de manera sostenida para todo el PDS. En cualquier tipo de testeo hay que considerar, sin embargo, qué tipo de técnica se utiliza, ya que con aquellas más sensibles el periodo de positividad es mayor al periodo de transmisión (27).

De modo global, nuestro estudio encontró niveles intermedios de satisfacción del PDS con la implementación de protocolos, y en particular el acceso a EPP, lo cual consideramos no adecuado habiendo tenido

ya varios meses de preparación del sistema de salud desde los primeros casos de COVID-19 en la Argentina. A diferencia de lo esperado, los resultados tuvieron cierta homogeneidad entre regiones y grupos de PDS, mostrando mayores diferencias entre los subsectores público y privado/obras sociales, lo cual refleja cierta realidad estructural del sistema sanitario.

Los resultados evidencian la necesidad de intensificar los esfuerzos de recursos materiales y de organización institucional, para generar mejores condiciones de trabajo del PDS, con más seguridad física y emocional, como sector de alto riesgo de exposición y vital para reducir el impacto en la morbi-mortalidad de la pandemia de COVID-19.

Agradecimientos

Al personal de salud participante de la encuesta por su gran entrega en este tiempo, a la Dra. Andrea Mastrangelo por la revisión del trabajo y al apoyo financiero de la beca "Salud Investiga" del Ministerio de Salud de la Argentina.

Bibliografía

1. Instituto Superiore de Sanità. Department of Infectious Diseases and the IT Service. Integrated surveillance of COVID-19 in Italy. En: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Infografica_28marzo%20ENG.pdf; consultado agosto 2020.
2. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de COVID-19 en España. N° 17 (27/03/2020). En: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2017.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2027%20marzo%20de%202020_revisado.pdf; consultado agosto 2020.
3. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 Response Team. Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19. United States, February 12–April 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:477–481. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>
4. The Lancet, editorial. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet* 2020. VOL 395, ISSUE 10228, P922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9).
5. Casa Rosada, República Argentina. Reporte diario desde el Ministerio de Salud - Nuevo coronavirus COVID-19 (06/05/2020). En: <https://www.youtube.com/watch?v=2C4btdgeKIY>; consultado junio 2020.
6. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: Rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: Interim guidance. WHO, 2020.
7. Schwartz J, King CC, Yen MY. Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak: Lessons From Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. *Clin Infect Dis* 2020 Jul 28; 71(15):858-860. DOI: 10.1093/cid/ciaa255
8. Duré ML, Cadile MC. La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos 2008-2015. En: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904960/2015_ms_arg_gestion_rhs_arg-1.pdf; consultado junio 2021.
9. Moralejo D, El Dib R, Prata RA, Barretti P, Corrêa I. Improving adherence to Standard Precautions for the control of health care-associated infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, Issue 2. Art. No.: CD010768. DOI:10.1002/14651858.CD010768.pub2.
10. Biblioteca virtual en salud. Descriptores en Ciencias de la Salud. En: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>; consultado junio 2020.
11. Navarro Pérez P, Contreras Sánchez AJ, Junco Gómez MC, et al. Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la república argentina noviembre, 2015. OPS, 2015. En: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884869/2015_ops_ms_arg_eadp_demo_medica_argentina-1.pdf; consultado junio 2021.
12. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. En: <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>; consultado julio 2020.
13. Ministerio de Salud, Argentina. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Boletín integrado de vigilancia. Edición semanal N°509 SE 33 a 36. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_509_se_33.pdf; consultado octubre 2020.
14. Ministerio de Salud, Argentina. Recomendaciones para el uso de los EPP. En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>; consultado mayo 2020.
15. Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet* 2015; 385(9980): 1910-1912.
16. Lotta G, Fernandez M, Corrêa M. The vulnerabilities of the Brazilian health workforce during health emergencies: Analysing personal feelings, access to resources and work dynamics during the COVID-19 pandemic. *Int J Health Plann Mgmt* 2021; 36: 42-57. DOI: 10.1002/hpm.3117.
17. Silberman P. Políticas de planificación y gestión del talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante la pandemia de COVID-19. *Rev Argent Salud Pública* 2020; 12 Supl COVID-19: e11.
18. Felice C, Di Tanna GL, Zanusi G, Grossi U. Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national e-survey. *J Community Health* 2020; 45(4):675-83. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7242177/>; consultado agosto 2020.
19. Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, et al. Preocupaciones y demandas frente a covid-19. Encuesta al personal de salud. *Medicina (B Aires)* 2020; 80 (Supl. III): 16-24 En: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/s3/16.pdf>; consultado enero 2020.
20. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR). Neumonología y COVID-19. Bioseguridad

- en la pandemia. Abril 2020 En: https://www.aamr.org.ar/secciones/coronavirus/informe_encuesta__aamr_bioseguridad.pdf?utm_source=email_marketing&utm_admin=53331&utm_medium=email&utm_campaign=AAMR_y_COVID_Resultados_de_la_Encuesta; consultado marzo 2021.
21. Zhang M, Zhou M, Tang F, et al. Short report. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect* 2020. 105: 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.012>.
 22. Silva AP, Aguirre MF, Ballejo C, et al. Seroprevalencia de infección por SARS-CoV-2 en personal de salud de la Región Sanitaria VIII, provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Salud Pública* 2020; 12 Supl COVID-19:e14. Publicación electrónica 19 Nov 2020.
 23. Castro HM, Canale HL, Ferreyro BL, et al. Características clínicas de la enfermedad por coronavirus 2019 en un centro de Argentina. Cohorte retrospectiva. *Medicina (B Aires)* 2020; 80 (Supl 6): 35-43.
 24. Chomali M, Guell M, Hervé B, et al. Impacto de la primera ola pandémica de COVID-19 en el personal de salud en un hospital privado. *Rev Med Clin Condes* 2021; 32(1) 90-104.
 25. Colegio Médico Colombiano. Encuesta de Bioseguridad del personal de la salud y ruta de atención de la pandemia SARS COV2-COVID-19. En: <https://epicrisis.org/2020/04/12/encuesta-de-bioseguridad-del-personal-de-la-salud-y-ruta-de-atencion-de-la-pandemia-sars-cov2-covid-19/>; consultado mayo 2020.
 26. Rearte A, Baldani AEM, Barcena Barbeira P, et al. Características epidemiológicas de los primeros 116974 casos de COVID-19 en Argentina, 2020. *Rev Argent Salud Pública* 2020; 12 Supl COVID-19:e5.
 27. Herrero Hernando, C., Álvarez Serra, J. A., Elizari Saco, M. J., Martínez-Nadal, S., & Vila Cerén, C. (2020). Test de PCR a SARS-CoV-2 persistentemente positivo. No siempre la detección del virus es COVID-19 [PCR test for SARS-CoV-2 persistently positive. Virus detection is not always COVID-19]. *Anales de pediatría*, 93(4), 264–265. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.07.015>.

Experiences of protection against COVID-19

During the COVID-19 pandemic, health personnel (HP) faced changes in their working conditions due to exposure to the virus and increased demand for attention. This study inquires on the experiences and perceptions of HP in Argentina about the implementation of protocols for their protection. A survey including information on sociodemographic characteristics, protocols, resources and psychological aspects was performed for HP all over the country. Two thousand and ten surveys were analyzed: 76.4% female, mean age 43 years old, 35% physician, 72.7% public institutions. Hours of work increased for 37.2%, 22.5% had at least one risk factor, of which 20.4% had leave or re-assigned tasks. Protocols about use of personal protective equipment (PPE) were established by 91% of institutions and less frequently about other topics. Clarity of protocols was well evaluated, and in 60.8% of cases training was performed. Approval about access and quality of PPE was variable, with better performance on private institutions. 60.4% of the HP had to obtain PPE by their own means. 48.4% of the participants followed protocols on PPE, being this variable according to groups of risk. The global index for institutional valuation was 6.45/10 (CI 95%, 6.38-6.53). HCP expressed fear or anxiety in 87.2% of the cases, and this was related to worse communication with superiors and worse institutional valuation. This study raises difficulties on the implementation of new protocols and the need to reinforce efforts on resources and institutional organization, to improve working conditions for HP. .

Keywords: COVID-19, health personnel, personal protective equipment, working environment, Argentina.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>