

## PREOCUPACIONES Y DEMANDAS FRENTE A COVID-19. ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD

ZULMA ORTIZ<sup>1</sup>, LAURA ANTONIETTI<sup>2, 3</sup>, ALEJANDRO CAPRIATI<sup>4, 5</sup>, SILVINA RAMOS<sup>6</sup>, MARIANA ROMERO<sup>5, 6</sup>,  
JAVIER MARIANI<sup>2, 3</sup>, FABIÁN ORTIZ<sup>1</sup>, MARIO PECHENY<sup>4, 5</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, <sup>2</sup>Hospital El Cruce, <sup>3</sup>Universidad Nacional Arturo Jauretche, <sup>4</sup>Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, <sup>5</sup>CONICET, <sup>6</sup>Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, Buenos Aires, Argentina

**Resumen** La pandemia por COVID-19 afectó la organización de los servicios de salud y tuvo consecuencias en los equipos de salud, según las condiciones laborales y de bioseguridad pre-existentes en cada institución. Durante la primera semana de abril de 2020 se realizó un estudio de corte transversal. El objetivo fue indagar acerca de las condiciones que determinan el clima organizacional: liderazgo, comunicación, recursos institucionales, cohesión/gestión de conflictos y capacitación; y como éstas eran percibidas por el personal de salud para hacer frente a la pandemia. Se realizaron 5670 encuestas a trabajadores/as y 50 entrevistas a informantes clave de los tres subsectores del sistema de salud (público, privado y de seguridad social). En las encuestas, el 72.9% fueron mujeres, el 51.4% médicos/as y el grupo etario predominante fue el de menores de 40 años. El 47.8% de los/as participantes refirió pluriempleo. En las entrevistas, el 52% fueron varones, el 60% médicos/as, la edad media 44.8 años. Se estratificaron las dimensiones y se identificaron predictores independientes de percepción: edad, género, tipo de tareas, subsector y jurisdicción. La dimensión percibida con mayor frecuencia como inadecuada fue la de recursos institucionales y la disponibilidad de equipos de protección personal fue identificada como una de las principales preocupaciones. Surgieron demandas de estrategias de contención para el personal de salud y de comunicación institucional clara y uniforme. En conclusión, al momento del estudio el personal de salud percibía serios déficits en sus organizaciones respecto de las condiciones necesarias para enfrentar la pandemia, con diferencias entre subsectores del sistema.

**Palabras clave:** personal de salud, COVID-19, pandemia, clima organizacional, condiciones de trabajo

**Abstract** *Concerns and demands regarding COVID-19. Survey of health personnel.* The COVID-19 pandemic affected the organization of health services and had consequences for health teams, according to the pre-existing safety and working conditions. During the first week of April 2020, a cross sectional study was carried out with a qualitative-quantitative approach. The aim was to explore the conditions determining the organizational climate: leadership, communication, institutional resources, cohesion/conflict management, and training; and how these were perceived by health personnel to deal with the pandemic. A total of 5670 health-care workers participated in an online survey and 50 were interviewed, from all subsectors of the Argentinean health system (public, private and union-health insurance); 72.9% were women, 51.4% were physicians, and the predominant age group was under 40 years. In the qualitative sample (interviews), 52% were men, 62% were physicians, and the average age was 44.8 years. The dimensions of the organizational climate were stratified and five independent predictors of perception of conditions were identified: age, gender, tasks performed, health system subsector, and jurisdiction. The condition most frequently perceived as inadequate were the inaccessibility of institutional resources and the access to personal protective equipment was a major concern. Claims included the need of institutional strategies to support healthcare workers and of a clear and uniform communication. In conclusion, at the time of the study, the health personnel perceived serious deficits in their organizations regarding the conditions necessary to confront COVID-19, with differences among subsectors of the health system.

**Key words:** health personnel, COVID-19, pandemic, organizational climate, working conditions

### PUNTOS CLAVE

- Existe una crisis global que requiere medidas dirigidas a garantizar condiciones mínimas y ambientes adecuados de trabajo para el personal de salud.
- La pandemia por COVID-19 puso en tensión los sistemas de salud en todo el mundo, y Argentina no fue una excepción.
- Este estudio indagó cómo percibía el personal de salud la preparación de las instituciones para enfrentar la pandemia.
- Sus resultados evidenciaron demandas de comunicación institucional clara y uniforme y preocupaciones por la inadecuada disponibilidad de equipos de protección personal y la falta de estrategias de contención para el personal de salud.

La crisis de recursos humanos en salud alcanza dimensiones globales. En 2016, Naciones Unidas conformó la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en Salud y Crecimiento Económico, que instó a los países a invertir en el personal de salud para garantizar el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible<sup>1</sup>. Junto a la Organización Internacional del Trabajo se puso énfasis en la necesidad de garantizar condiciones de “trabajo decente” para el personal de salud<sup>2,3</sup>.

La pandemia por COVID-19 ha desafiado todos los componentes del sistema de salud: gobernanza, financiamiento, servicios de salud, insumos y equipamiento, sistemas de información y recursos humanos. También ha puesto en evidencia problemas estructurales e históricos de los sistemas de salud. Así, aun los sistemas de salud mejor preparados para una pandemia<sup>4</sup> sufrieron colapso parcial o completo<sup>5</sup>.

Argentina tiene uno de los sistemas de salud más fragmentados de la Región Latinoamericana<sup>6</sup> y no escapa a la crisis global de recursos humanos, con un deterioro progresivo en las condiciones y el ambiente de trabajo<sup>7</sup>.

Los equipos de salud desempeñan un papel fundamental a la hora de moderar el impacto de una pandemia dado que para prevenir y gestionar las emergencias sanitarias se requiere una fuerza laboral de salud adecuada, bien distribuida, motivada y apoyada. Desde fines de la década de los setenta, el clima organizacional (CO) es considerado un aspecto clave para comprender los comportamientos de quienes integran una organización. Aunque han surgido diversas teorías<sup>8</sup>, el CO se puede definir como el conjunto de percepciones de los individuos sobre su entorno laboral vinculadas con las dimensiones que representan las condiciones de trabajo. En las organizaciones de salud el CO influye tanto en las actitudes y los comportamientos como en la salud mental del personal<sup>9</sup>, y esto a su vez influye sobre el desempeño de los servicios de salud<sup>10</sup>.

El objetivo del estudio fue explorar las percepciones del personal de salud sobre condiciones vinculadas a las dimensiones del CO<sup>11</sup> necesarias para hacer frente a la pandemia por COVID-19, desde la perspectiva de informantes clave y personal del sistema de salud de Argentina, en una etapa temprana de la evolución de la pandemia, a treinta días del primer caso detectado en el país.

### Materiales y métodos

Se utilizó una estrategia metodológica cuali-cuantitativa, mediante un diseño convergente<sup>12</sup> de corte transversal, para relevar las percepciones del personal de salud respecto de cinco dimensiones vinculadas con el CO: liderazgo, comunicación, recursos institucionales, cohesión/gestión de conflictos, y capacitación.

El reclutamiento de participantes se realizó mediante la estrategia “bola de nieve” a partir de contactos del equipo de investigación. Para el componente cualitativo se utilizó una muestra por conveniencia para garantizar diversidad de respuestas en base a regiones, perfil profesional y laboral, y se incluyeron solo profesionales que trabajaran en conglomerados urbanos con circulación comunitaria de COVID-19. El trabajo de campo (encuestas y entrevistas) se realizó entre el 01 y el 03 de abril de 2020.

Para el componente cuantitativo se aplicó un cuestionario diseñado *ad-hoc*, elaborado por dos integrantes del equipo de investigación, que fue enviado al resto del equipo para su consideración. Luego de la primera ronda de modificaciones, en función de los aportes del resto del equipo, se envió la encuesta a 8 profesionales de diferentes disciplinas, quienes probaron el instrumento y enviaron sugerencias, que fueron incorporadas a la versión final. El cuestionario fue anónimo, auto-administrado, se distribuyó vía correo electrónico y telefonía móvil, a través de la plataforma *web SurveyMonkey*®. La encuesta incluyó la recolección de datos sociodemográficos y laborales, veinte preguntas sobre las dimensiones del CO con cuatro opciones de respuestas (sí, no, no tengo certeza, desconozco absolutamente). Se incluyó una pregunta sobre preocupaciones prioritarias y una pregunta abierta cuyas respuestas fueron sumadas al análisis cualitativo para el uso complementario de técnicas (Tabla 1).

Para las entrevistas se utilizó una guía semiestructurada con 14 preguntas abiertas que consideró las mismas dimensiones que la encuesta. Las entrevistas fueron realizadas telefónicamente por profesionales con experiencia en métodos cualitativos, previo consentimiento verbal de las y los participantes. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 40 minutos y fueron grabadas en los casos autorizados por la persona entrevistada.

Los datos fueron descritos como frecuencias absolutas y relativas. Las variables fueron comparadas utilizando el test de chi cuadrado. Se convirtieron los valores de las variables de cada una de las dimensiones en valores numéricos (Sí = 2, No tengo certeza o Desconozco absolutamente = 1, No = 0); cada dimensión quedó conformada por 4 preguntas con un valor entre 0 y 2, y para cada sujeto se obtuvo un puntaje global que fue el promedio de las 5 dimensiones. Finalmente, se clasificó el puntaje global como adecuado o no, de acuerdo a su valor (1 o más fue considerado adecuado) y se estratificaron las dimensiones en función de las respuestas negativas. Para evaluar los predictores de un puntaje adecuado se construyó un modelo de regresión logística multivariado. La selección de las variables independientes se realizó utilizando

TABLA 1.— Encuesta sobre clima organizacional para enfrentar la pandemia<sup>δ</sup>

Dimensión*	Ejes de indagación
Liderazgo	Existe un comité de crisis para el manejo de la pandemia Sé quién/quienes lideran el comité de crisis para el manejo de la pandemia Tengo claro mi rol y lo que se espera de mí en este contexto Quienes toman decisiones se interesan y ocupan de mejorar condiciones y clima laboral para manejar adecuadamente la pandemia
Cohesión y Gestión de conflictos	Existe un espacio para deliberar entre colegas acerca nuestras preocupaciones o necesidades en relación a la pandemia Los/as trabajadores/as nos apoyamos mutuamente y funcionamos como una unidad Me siento confiado/a en manifestar mi angustia o ansiedad frente a mis colegas/ superiores sin temor a que me estigmaticen Las diferencias y los conflictos en el servicio/ en la organización se resuelven abierta y constructivamente
Comunicación	Toda la información referida a la pandemia que recibo es clara, precisa y actualizada La información oficial sobre la pandemia me llega a través de una única fuente institucional Están disponibles las recomendaciones para mi protección y el manejo de los pacientes COVID-19 Se me comunicó el plan de contingencia del hospital/ del centro
Recursos institucionales	Cuenta con personal de limpieza y elementos suficientes para garantizar un ambiente descontaminado Cuenta con equipos de protección personal (barbijos, guantes, gafas) para prevenir la infección de los/as trabajadores/as de salud Otorga condiciones laborales adecuadas (áreas y espacios de descanso, comidas, ropa de trabajo) para el personal de salud Existe una clara política de vacunación antigripal para el personal de salud
Capacitación	Me capacité en manejo de pacientes con COVID-19 Me siento adecuadamente capacitado/a para manejar casos probables de COVID-19 Me siento adecuadamente capacitado/a en el uso de equipos de protección personal Me siento adecuadamente capacitado/a sobre cómo protegerme en general respecto de COVID-19
En el contexto de la pandemia, ¿qué es lo que más le preocupa? <sup>±</sup>	No disponer de alcohol en gel ni insumos básicos para prevención en el centro donde trabajo No tener equipos de protección personal para prevenir contagiarme No saber qué medidas tomar frente a un paciente COVID-19 positivo Contagiarme y que me estigmaticen Contagiarme y/o poner en riesgo a mi familia/ mi entorno
Pregunta abierta	¿Tiene alguna sugerencia o propuesta importante para acercar a las autoridades sobre medidas urgentes a adoptar en contexto de pandemia?

\*Fuente: Adaptado de Ref.11

<sup>δ</sup>Todas las consignas aclaraban que la respuesta debía referir a las características del centro donde el/la participante desarrolla >50% de sus tareas laborales

<sup>±</sup> A cada opción se le podía asignar un orden de prioridad en una escala de 1 a 5

la combinación de variables que maximizaron el criterio de información de Akaike (AIC por sus siglas en inglés)<sup>13</sup>. Un valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo. Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico R versión 3.6.1 para MacOS (R: *A Language and Environment for Statistical Computing*, R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria).

Para el análisis de las entrevistas se utilizaron técnicas de reducción y análisis cualitativos. La información obtenida en

cada entrevista fue volcada por cada entrevistador/a en una grilla resumen de hallazgos. A partir de las grillas se generaron archivos de análisis según aspectos del CO y se redujo la información para identificar necesidades, preocupaciones y demandas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital El Cruce y todos los procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo a normativas y estándares éticos vigentes.

## Resultados

Respondieron la encuesta 5670 trabajadoras/es y se entrevistó a 50 informantes clave del sistema de salud de Argentina, tanto del subsector público como privado y de la seguridad social.

Las características sociodemográficas y laborales de los participantes se presentan en la Tabla 2.

La Tabla 3 muestra los resultados del análisis de las percepciones sobre el CO por cada dimensión y según el

subsector al que pertenecían los encuestados, categorizados en tres grupos: personal que se desempeña exclusivamente en el subsector público, personal que trabaja exclusivamente en el subsector privado o de obra social, y personal que trabaja en ambos subsectores. Excepto la vacunación antigripal, se observaron mejores puntajes en la percepción de todas las variables que componían la dimensión recursos institucionales entre quienes referían trabajar exclusivamente en el subsector privado o de la seguridad social. En el abordaje cualitativo la principal

TABLA 2.– Perfil socio-demográfico y laboral de participantes

	Encuestas	Entrevistas
n	5670	50
género	n (%)	n (%)
Mujer	4132 (72.9)	26 (52)
edad		
<30 años	447 (7.9)	2 (4)
30 a 39 años	1779 (31.4)	6 (12)
40 a 49 años	1650 (29.1)	28 (56)
50 a 59 años	1309 (23.1)	10 (20)
60 o más años	485 (8.6)	4 (8)
Profesión		
Administrativo/a	161 (2.8)	1 (2)
Enfermero/a	727 (12.8)	11 (22)
Médico/a	2916 (51.4)	28 (56)
Otro	1866 (32.9)	10 (20)
Provincia		
Buenos Aires	1771 (31.2)	15 (30)
Ciudad de Buenos Aires	1359 (24.0)	13 (26)
Otras	1525 (26.9)	14 (28)
Santa Fe + Córdoba	1015 (17.9)	8 (16)
Cantidad de efectores donde trabaja		No se preguntó
1 solo efector privado/OS	718 (12.7)	
1 solo efector público	2242 (39.5)	
Más de 1 efector, solo subsector privado	348 (6.1)	
Más de 1 efector, solo subsector público	408 (7.2)	
Más de 1 efector, combinando subsectores	1954 (34.5)	
Establecimiento donde trabaja >50% carga horaria		
Público 2do Nivel	1201 (21.2)	10 (20)
Público 3er Nivel	2054 (36.2)	12 (24)
Atención Primaria de la Salud	834 (14.7)	4 (8)
Centro privado o de Obra Social	859 (15.1)	16 (32)
Otro	722 (12.7)	8 (16)
Tipo de tareas	Media (DS)	n (%)
Asistenciales ambulatorias	2193 (38.7)	2 (4)
Asistenciales internación baja complejidad	1473 (26.0)	3 (6)
Asistenciales internación área crítica	1442 (25.4)	7 (14)
Asistenciales en áreas de emergencias	1395 (24.6)	4 (8)
Asistenciales en otras áreas	1390 (24.5)	11 (22)
Tareas no asistenciales	0.15 (0.35)	23 (46)

TABLA 3.– Percepciones del personal de salud sobre dimensiones del clima organizacional para enfrentar la pandemia, según subsector de pertenencia

	Todos	Mixto <sup>a</sup>	Privado <sup>#</sup>	Público <sup>+</sup>	Valor de p <sup>*</sup>
N	5670	1954	1066	2650	
Liderazgo adecuado, n (%)	4182 (73.8)	1432 (73.3)	831 (78.0)	1919 (72.4)	0.002
Variable de análisis liderazgo $\square$					
Existe un comité de crisis para el manejo de la pandemia, media (DS)	1.41 (0.81)	1.49 (0.78)	1.38 (0.81)	1.36 (0.82)	< 0.001
Sé quién/quienes lideran el comité de crisis para el manejo de la pandemia, media (DS)	1.21 (0.82)	1.24 (0.83)	1.27 (0.80)	1.16 (0.82)	< 0.001
Tengo claro mi rol y lo que se espera de mí en este contexto, media (DS)	1.41 (0.80)	1.34 (0.82)	1.52 (0.76)	1.40 (0.80)	< 0.001
Quienes toman decisiones se interesan y ocupan de mejorar condiciones y clima laboral para manejar adecuadamente la pandemia, media (DS)	1.15 (0.86)	1.12 (0.87)	1.32 (0.82)	1.10 (0.87)	< 0.001
Comunicación adecuada = 1 (%)					
Variable de análisis comunicación <sup>§</sup>	3527 (62.2)	1210 (61.9)	763 (71.6)	1554 (58.6)	< 0.001
La información oficial sobre la pandemia me llega a través de una única fuente institucional, media (DS)	0.86 (0.97)	0.81 (0.97)	1.05 (0.98)	0.81 (0.96)	< 0.001
Toda la información referida a la pandemia que recibo es clara, precisa y actualizada, media (DS)	1.02 (0.93)	0.99 (0.94)	1.21 (0.91)	0.97 (0.93)	< 0.001
Están disponibles las recomendaciones para mi protección y el manejo de los pacientes, media (DS)	1.34 (0.89)	1.33 (0.89)	1.49 (0.82)	1.29 (0.90)	< 0.001
Se me comunicó el plan de contingencia del hospital/del centro, media (DS)	1.15 (0.93)	1.15 (0.94)	1.27 (0.91)	1.10 (0.94)	< 0.001
Cohesión y gestión de conflictos adecuada = 1 (%)	3056 (53.9)	1037 (53.1)	630 (59.1)	1389 (52.5)	0.001
Variable de análisis cohesión y gestión de conflictos <sup>§</sup>					
Existe un espacio para deliberar entre colegas acerca de nuestras preocupaciones o necesidades en relación a la pandemia, media (DS)	1.07 (0.94)	1.09 (0.95)	1.10 (0.94)	1.05 (0.94)	0.237
Me siento confiado/a en manifestar mi angustia o ansiedad frente a mis colegas/ superiores sin temor a que me estigmaticen, media (DS)	1.19 (0.92)	1.17 (0.93)	1.25 (0.91)	1.19 (0.92)	0.104
Las diferencias y los conflictos en el servicio/en la organización se resuelven abierta y constructivamente, media (DS)	0.98 (0.89)	0.96 (0.89)	1.12 (0.87)	0.93 (0.89)	< 0.001
Los/as trabajadores/as nos apoyamos mutuamente y funcionamos como una unidad (variables combinadas), media (DS)	0.26 (0.60)	0.26 (0.60)	0.29 (0.63)	0.25 (0.58)	0.162
Recursos institucionales adecuados = 1 (%)	4064 (71.7)	1373 (70.3)	860 (80.7)	1831 (69.1)	< 0.001
Variable de análisis recursos institucionales <sup>§</sup>					
Cuenta con personal de limpieza y elementos suficientes para garantizar un ambiente descontaminado, media (DS)	1.21 (0.87)	1.15 (0.87)	1.58 (0.72)	1.11 (0.88)	< 0.001
Existe una clara política de vacunación antigripal para el personal de salud, media (DS)	1.76 (0.61)	1.80 (0.57)	1.49 (0.81)	1.84 (0.50)	< 0.001
Cuenta con equipos de protección personal para prevenir la infección de los/as trabajadores/as de salud, media (DS)	1.12 (0.90)	1.09 (0.89)	1.40 (0.85)	1.02 (0.91)	< 0.001
Otorga condiciones laborales adecuadas (áreas y espacios de descanso, comidas, ropa de trabajo) para el personal de salud, media (DS)	0.79 (0.91)	0.71 (0.88)	1.14 (0.92)	0.72 (0.89)	< 0.001
Capacitación adecuada = 1 (%)	3705 (65.4)	1289 (66.0)	769 (72.1)	1647 (62.3)	< 0.001
Variable de análisis capacitación <sup>§</sup>					
Me siento adecuadamente capacitado/a para manejar casos probables de COVID-19, media (DS)	1.00 (0.84)	1.01 (0.84)	1.09 (0.85)	0.95 (0.84)	< 0.001
Me siento adecuadamente capacitado/a en el uso de equipos de protección personal, media (DS)	1.29 (0.84)	1.29 (0.84)	1.41 (0.81)	1.23 (0.86)	< 0.001
Me siento adecuadamente capacitado/a sobre cómo protegerme en general respecto de COVID-19, media (DS)	1.44 (0.79)	1.44 (0.79)	1.56 (0.73)	1.39 (0.81)	< 0.001
Me capacité en manejo de pacientes con COVID-19 (variables combinadas), media (DS)	0.71 (0.95)	0.73 (0.96)	0.78 (0.97)	0.65 (0.93)	< 0.001
Puntaje global positivo, media (DS)	3397 (59.9)	1146 (58.6)	742 (69.6)	1509 (56.9)	< 0.001

<sup>a</sup>Mixto: corresponde a quienes respondieron que trabajan en más de 1 efector, combinando subsectores

<sup>#</sup>Privado: corresponde a quienes respondieron que trabajan en 1 o más efectores, pero solo del subsector privado o de la seguridad social

<sup>+</sup>Público: corresponde a quienes respondieron que trabajan en 1 o más efectores, pero solo del subsector público

<sup>\*</sup>Valores de p para la comparación de los tres grupos

<sup>§</sup>de acuerdo a las consignas planteadas en la encuesta

preocupación y demanda estaba referida al acceso a equipos de protección personal. Aunque el personal de salud reconocía que el trabajo en condiciones adversas y muchas veces con insumos escasos no es algo nuevo ni infrecuente, en la situación de COVID-19 la falta de equipos de protección fue considerada inadmisibles.

Con respecto al liderazgo, la mayoría refirió contar con un comité de crisis en su centro; sin embargo, la existencia del mismo no se percibió como suficiente para reducir la incertidumbre del personal en contexto de pandemia. En las entrevistas se describía un escenario institucional marcado por la intranquilidad frente a la magnitud de la pandemia. En relación con los comités de crisis ya en funcionamiento, aparecían como preocupaciones recurrentes la falta de experiencia sobre el funcionamiento de ese dispositivo (responsabilidades, áreas de incumbencia) y la dificultad para comunicar de modo rápido las decisiones a la totalidad del personal.

Con respecto a la capacitación, aunque una amplia proporción de participantes de la encuesta refirieron haberse capacitado sobre COVID-19, se observó que haber participado de capacitaciones no implicó autopercibirse con las habilidades necesarias. Este hallazgo fue consistente con lo que surgió del análisis de las entrevistas, donde además se identificó la demanda de lineamientos unificados para la formación y la necesidad de capacitaciones “a medida” para los diferentes sectores de la salud, no sólo de las y los profesionales que asisten en el área específica.

En relación con la comunicación, la encuesta mostró una percepción más positiva entre quienes trabajan en el subsector privado o en la seguridad social en comparación con quienes lo hacen exclusivamente en el subsector pú-

blico. En las entrevistas se expresó el reclamo acerca de la falta de información clara y precisa sobre la pandemia, cuyo principal determinante apareció como ausencia de un canal institucional único definido por las autoridades. Esta situación se agravaba por la incesante circulación de información cruzada sobre la pandemia, vivida por el personal de salud como un “bombardeo”. También apareció una preocupación derivada de la fragilidad o ausencia de estrategias de comunicación institucional que afectaba el rol de las/os profesionales de salud como mediadoras/es en el proceso de circulación de información vinculada a la pandemia. En relación a la cohesión y gestión de conflictos, aunque más de la mitad de las/os encuestadas/os refirieron funcionar como una unidad y tener confianza para manifestar preocupaciones frente a colegas y/o superiores, la mayor debilidad apareció ligada a la falta de espacios institucionales de escucha y contención del equipo de salud. En las entrevistas también se registraron tensiones derivadas de la reorganización de servicios y roles frente a la pandemia, así como conflictos derivados de ausentismo y licencias.

En las entrevistas se identificaron miedo, incertidumbre e inseguridad, vinculados con la percepción de gravedad de la enfermedad, las dificultades de su atención, las condiciones en que se organiza la respuesta en cada lugar, y el riesgo derivado de la propia exposición. El temor al contagio y la estigmatización se vieron potenciados por la percepción de estar trabajando sin los resguardos necesarios. Esto también se expresó en el orden de preocupaciones prioritarias manifestado por las/os participantes en la encuesta (Tabla 4).

La Figura 1 muestra los resultados del análisis multivariado. La edad mayor de cincuenta años, el género

TABLA 4.– Preocupaciones prioritarias respecto de la pandemia\*

Preocupación planteada	Orden de prioridad, n (%)					Total
	1	2	3	4	5	
Contagiarme y/o poner en riesgo a mi familia/ mi entorno	2397 (43.7)	1036 (18.9)	920 (16.9)	604 (11.0)	528 (9.6)	5485
No tener equipos de protección personal para prevenir contagiarme	1760 (33.5)	1886 (35.9)	999 (19.0)	427 (8.1)	179 (3.4)	5251
No disponer de alcohol en gel ni insumos básicos para prevención en el centro donde trabajo	795 (15.1)	1268 (24.1)	1684 (32.0)	1051 (20.0)	457 (8.7)	5255
No saber qué medidas tomar frente a un paciente COVID-19 positivo	417 (7.8)	759 (14.2)	1290 (24.1)	1965 (36.7)	922 (17.2)	5353
Contagiarme y que me estigmaticen	202 (3.7)	365 (6.7)	447 (8.2)	1207 (22.2)	3205 (59.1)	5426

\*De acuerdo a la consigna: 1, lo que más le preocupa y 5, lo que menos le preocupa

Fig. 1.– Predictores de percepción adecuada respecto de dimensiones del Clima Organizacional\*

Variable	N	Odds ratio	p	
Edad	<40 años	2220	Cat. Referencia	
	40 a 49 años	1647	1.13 (0.99, 1.29)	0.075
	>=50 años	1792	1.75 (1.53, 2.01)	<0.001
Género	Mujer	4132	Cat. Referencia	
	Hombre	1527	1.23 (1.09, 1.40)	0.001
Trabajo	Otros	2762	Cat. Referencia	
	Emergencias	1011	1.30 (1.12, 1.51)	<0.001
	Área crítica	1438	1.54 (1.35, 1.77)	<0.001
	No asistencial	448	1.71 (1.37, 2.13)	<0.001
Financiador	Mixto	1951	Cat. Referencia	
	Público	2644	0.95 (0.84, 1.08)	0.424
	Privado	1064	1.65 (1.40, 1.94)	<0.001
Provincias	CABA	1355	Cat. Referencia	
	PBA	1767	1.42 (1.23, 1.65)	<0.001
	Córdoba/Santa Fe	1013	1.71 (1.44, 2.02)	<0.001
	Otras	1524	1.67 (1.43, 1.95)	<0.001
Ordenada al origen			0.63 (0.54, 0.75)	<0.001

\*Percepción adecuada: puntaje global  $\geq 1$  en función del promedio de respuestas a cada dimensión  
 †Ordenada al origen: corresponde al coeficiente  $\alpha$  en la ecuación de regresión

masculino, desempeñar tareas asistenciales en áreas de cuidados críticos o de emergencias, trabajar en el ámbito privado y fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se asoció con mayor probabilidad de asignar un puntaje adecuado a las condiciones del CO.

## Discusión

Frente a una pandemia, la crisis crónica de la fuerza laboral en salud se profundiza y pone de manifiesto las debilidades del sistema. Casi dos años antes de la aparición del COVID-19, Yan y col. alertaron acerca de la necesidad de inversiones para mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante próximas - e inevitables - pandemias, dando cuenta de que sus consecuencias pueden ser devastadoras, y más marcadas en países de medianos y bajos ingresos<sup>14</sup>. En esta coyuntura, definida por la pandemia, la emergencia y la urgencia han obligado a acelerar los refuerzos de infraestructura y recursos, así como conocer, reconocer y abordar las necesidades y demandas del personal de salud.

Este estudio muestra cuáles son las condiciones percibidas como inadecuadas por trabajadores/as de salud,

sus preocupaciones y demandas específicas vinculadas con la pandemia en una etapa temprana en Argentina, a treinta días del primer caso diagnosticado en el país. Excepto por las diferencias entre quienes trabajan exclusivamente en el subsector privado o de la seguridad social; las demandas son comunes a otros sistemas de salud en otros contextos geográficos. En la experiencia de Shanafelt y col. se identificaron similares preocupaciones, temores y demandas; por ejemplo, no tener acceso rápido a las pruebas si desarrollan síntomas de COVID-19 y temor concomitante de propagar la infección en el trabajo y en la familia<sup>15</sup>.

Diferentes estudios muestran resultados similares<sup>16</sup> y dan cuenta de la dimensión humana de los problemas vinculados al COVID-19 cuando se analiza su impacto en el personal de salud. En este estudio, la preocupación más acuciante manifestada por las/os participantes fue la insuficiente disponibilidad de recursos institucionales - en particular de equipos de protección personal acorde a las recomendaciones oficiales<sup>17</sup> - sumada a demandas de una estrategia comunicacional y de contención del personal, que se identificaron como potenciales fuentes de conflictos y falta de cohesión en los equipos de salud.

Adams y Walls<sup>18</sup> han recomendado medidas tanto para garantizar la seguridad como para promover la calma del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. Estas medidas consisten en mantener conversaciones de apoyo, minimizar la circulación de información errónea, realizar esfuerzos por contener al personal y reducir la ansiedad; todo esto apoyado por capacitaciones y adherencia a las normas de higiene. Sobre la base de nuestros hallazgos, dichas medidas serían pertinentes para ser consideradas por las autoridades de cada institución.

Asimismo, los sentimientos de incertidumbre y ansiedad observados en esta investigación deberían ser atendidos en etapas tempranas de la pandemia en todo el territorio nacional, para evitar repetir experiencias sufridas por el personal de salud en otros entornos<sup>19</sup>.

Las limitaciones del estudio se explican en gran medida por el momento en que este se llevó a cabo. Aunque las preguntas e instrumentos se basaron en un marco conceptual previo adaptado a servicios de salud locales<sup>11</sup>, y fue validado por expertas/os, no se realizó una prueba piloto rigurosa antes de su implementación por las urgencias y dificultades inherentes al período de pandemia en que se realizó.

En conclusión, el CO en relación a las condiciones para enfrentar la pandemia se percibió con algunos déficits que preocupan y generan demandas en el personal de salud, en particular de quienes se desempeñan en el subsector público.

**Agradecimientos:** Al personal de salud que generosamente participó del estudio.

Al grupo colaborador por el apoyo para realizar las entrevistas, almacenar la información, generar archivos de análisis y reducir los datos. Juan Pedro Alonso, Lucía Ariza, Marcela Belardo, Rafael Blanco, Martín Boy, Josefina Brown, Ana Clara Camarotti, Pablo Francisco Di Leo, Martín Di Marco, Anahí Farji Neer, Martín Güelman, María Belén Herrero, Renata Hiller, Daniel Jones, Martín Koifman, María Paula Lehner, Santiago Morcillo, Mariana Palumbo, Soledad Pérez, Matilde Schwarz, Sebastián Sustas, María Pía Venturiello, Agustina Villarejo y Gabriela Wald.

A Natacha Carbonelli por su aporte en el diseño gráfico y la instrumentación de la encuesta online.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

- World Health Organization. Framing the health workforce agenda for the Sustainable Development Goals: biennium report 2016–2017 WHO Health Workforce. WHO/HIS/HWF/biennium report/2017.1. Geneva: World Health Organization, 2017. En: <https://www.who.int/hrh/BienniumReportRevised2017.pdf>; consultado mayo 2020.
- World Health Organization. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization, 2016. En: <https://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>; consultado mayo 2020.
- Organización Internacional del Trabajo. Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la discusión en la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, OIT 2017. En: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_548292.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548292.pdf); consultado mayo 2020.
- Oppenheim B, Gallivan M, Madhav NK, et al. Assessing global preparedness for the next pandemic: development and application of an Epidemic Preparedness Index. *BMJ Glob Health* 2019; 4: e001157.
- Verelst F, Kuylens E, Beutels P. Indications for healthcare surge capacity in European countries facing an exponential increase in coronavirus disease (COVID-19) cases, March 2020. *Euro Surveill* 2020; 25: 2000323.
- Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015; 385: 1230-47.
- Duré ML, Cadile MC. La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos 2008-2015. En: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus\\_argentina\\_web\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf); consultado abril 2020.
- James LR, Choi CC, Ko CHE, et al. Organizational and psychological climate: A review of theory and research. *Eur J Work Organ Psychol* 2008; 17: 5-32.
- Bronkhorst B, Tummers L, Steijn B, Vijverberg D. Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Manage Rev* 2015; 40: 254-71.
- Berberoglu A. Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: empirical evidence from public hospitals. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 399-408.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) - Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). EL ABC de la MSCF. Manual para el diagnóstico de la cultura organizacional en las maternidades. En: [https://www.researchgate.net/publication/283051457\\_El\\_ABC\\_de\\_la\\_MSCF\\_manual\\_para\\_el\\_diagnostico\\_de\\_la\\_cultura\\_organizacional](https://www.researchgate.net/publication/283051457_El_ABC_de_la_MSCF_manual_para_el_diagnostico_de_la_cultura_organizacional); consultado abril 2020.
- Noyes J, Booth A, Moore G, Flemming K, Tunçalp Ö, Shakibazadeh E. Synthesising quantitative and qualitative evidence to inform guidelines on complex interventions: clarifying the purposes, designs and outlining some methods. *BMJ Glob Health* 2019; 4(Suppl 1): e000893.
- Lumley T, Scott A. AIC and BIC for modeling with complex survey data. *J Surv Stat Methodol* 2015; 3: 1-18.
- Fan VY, Jamison DT, Summers LH. Pandemic risk: how large are the expected losses? *Bull World Health Organ* 2018; 96: 129-34.
- Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care profes-



- sionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA* 2020; doi: 10.1001/jama.2020.5893. Online ahead of print
16. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Neumología y COVID-19. Bioseguridad en la pandemia. 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](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 mayo 2020.
  17. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Recomendaciones para el uso de los EPP. En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>; consultado mayo 2020
  18. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA* 2020; 323: 1439-40.
  19. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e203976.