

ANÁLISIS DEL SÍNDROME POST-COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD: COMPARACIÓN SOBRE CONDICIONES DE GÉNERO Y TRABAJO

CARLOS TAJER¹, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ¹, CECILIA STRAW^{2,3}, DÉBORA TAJER⁴,
MANUEL RIVEIRO⁵, LAURA ANTONIETTI^{1,5}.

¹Servicio de Cardiología, Hospital de Alta Complejidad El Cruce Néstor Kirchner, Florencio Varela, ²Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, ³Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, ⁴Cátedras Salud Pública/Salud Mental II e Introducción a los Estudios de Género de Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, ⁵Universidad Nacional Arturo Jauretche, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Carlos Tajer, Hospital de Alta Complejidad El Cruce Néstor Kirchner, Av. Calchaquí 5401, 1888 Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, Argentina

E-mail: ctajer@gmail.com

Recibido: 3-I-2024

Aceptado: 7-II-2024

Resumen

Introducción: El objetivo del estudio fue describir la prevalencia del reporte de síndrome post-COVID-19 y sus características según género, profesión y otros determinantes sociales, en personal de salud.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en profesionales de salud con antecedentes de COVID-19 en América Latina, y para este análisis se seleccionaron las 2030 respuestas de Argentina. Se recolectaron datos sociodemográficos, información sobre el curso inicial de la enfermedad COVID-19, y persistencia de 21 síntomas más allá del primer mes, su gravedad, evolución clínica y requerimiento de servicios de salud.

Resultados: Se identificó que la prevalencia reportada de síndrome post-COVID-19 fue mayor en mujeres para cada uno de los grupos de síntomas explorados. La gravedad del cuadro inicial, el género femenino, la profesión de enfermería, el multiempleo y trabajar en áreas de emergencia fueron variables independientes.

Discusión: La mayor sobrecarga del personal de salud durante la pandemia –altamente feminizado– y las determinaciones de género asociadas podrían explicar parcialmente estos hallazgos.

Palabras clave: síndrome post-COVID, personal de salud, género y salud

Abstract

Analysis of long COVID in health personnel: comparing gender and work factors

Introduction: This study aimed to describe the reported prevalence of post-COVID-19 syndrome and its characteristics by gender, profession, and other determinants among health care workers.

Methods: A cross-sectional study was conducted among health workers with a history of COVID-19 in Latin America, and the 2030 responses from Argentina were selected for this analysis. Sociodemographic information, as well as data on initial course of COVID-19, and the persistence of 21 symptoms beyond the first month, their severity, clinical evolution, and health care demands were collected.

Results: The reported prevalence of post-COVID-19 syndrome was higher in women for each of the symptom clusters studied. Severity of the initial symptoms, female gender, nursing profession, multi-employment, and working in emergency areas were all independent variables.

Discussion: The greater strain of health care workers during the pandemic –highly feminized– and the associated gender conditions may partially explain these findings.

Key words: post-acute COVID-19 syndrome, health-care workers, gender and health

PUNTOS CLAVE

- El síndrome post-COVID se ha descrito con frecuencia variable, predominantemente en mujeres, aunque la morbimortalidad de la fase aguda es mayor en hombres. Se han postulado hipótesis biológicas y psicosociales para explicar esta paradoja. El análisis de la encuesta al personal de salud en Argentina ha mostrado que está asociada con el género femenino, con la profesión de enfermería por encima de la médica, con el pluriempleo, con el trabajo en cuidados intensivos y con la gravedad de los síntomas iniciales. Es fundamental comprender esta realidad para planificar políticas que ayuden a prevenirla en el ámbito laboral e institucional.

En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia a la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. La afectación aguda es muy variable, desde una evolución asintomática a un grave compromiso respiratorio que puede llevar a la muerte y, en la mayoría de los casos, resuelve en pocas semanas¹. A pocos meses del inicio de la pandemia se observó que los síntomas podían persistir –o incluso aparecer *de novo*– semanas o meses más allá del episodio inicial, cuadro que fue denominado COVID-19 prolongado, *long-COVID-19*, síndrome post-COVID-19 o condición post-COVID-19². Su incidencia es variable, con reportes que abarcan un rango entre el 20% al 87%³⁻⁵.

Aunque la tasa de infección por COVID-19 es similar en ambos géneros, se observan cuadros de mayor gravedad en la etapa aguda en varones^{6,7}, y mayor incidencia del síndrome post-COVID-19 en mujeres⁸⁻¹². Los síntomas reportados involucran diversos sistemas y dominios, su duración es variable y puede extenderse hasta más de un año, con consecuencias sobre la actividad laboral y la calidad de vida¹³⁻¹⁵.

El personal de salud fue uno de los grupos poblacionales más afectado por la pandemia, tanto por la mayor proporción de contagios respecto de la población general¹⁶, como por la sobrecarga de trabajo y los efectos en la salud mental¹⁷⁻¹⁹. Entre los determinantes del estrés y el “*burnout*”

en trabajadoras/es de salud en el contexto de pandemia se identificaron factores como el género femenino, la edad y la composición familiar²⁰.

En Argentina, el sector salud presenta una elevada feminización en las profesiones de enfermería, psicología y trabajo social, que en los últimos años se extendió también a la medicina²¹. La estructura de la feminización ha cambiado en los últimos años, con una masiva incorporación de las mujeres a puestos profesionales²¹⁻²³. Entendemos por género el conjunto de relaciones sociales, construidas históricamente en torno a las diferencias sexuales, y que constituyen relaciones de desigualdad y poder entre varones y mujeres²⁴⁻²⁶, las cuales han sido estudiadas ampliamente en relación con su impacto en la salud integral²⁷. Aunque las relaciones de género exceden la dicotomía varón-mujer^{28,29} en este trabajo solo se analiza esta diferencia, en función de lo relevado en la encuesta.

El objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia reportada de síndrome post COVID-19 en personal de salud de Argentina, y sus características diferenciales según género, profesión y otros determinantes.

Materiales y métodos

Se efectuó una encuesta a profesionales de la salud con antecedente autorreportado de COVID-19 confirmado por método de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La encuesta fue anónima, autoadministrada y se aplicó en países de América Latina a través de la red social Intramed®, en octubre 2021, cuyos resultados generales fueron publicados³⁰. De las 4673 respuestas válidas obtenidas, para este estudio se seleccionaron las 2030 respuestas correspondientes a profesionales de Argentina. En forma resumida, se recolectaron datos sociodemográficos y sobre el curso clínico del episodio de COVID-19, incluyendo su repercusión sobre la actividad laboral. Se indagó sobre la persistencia de 21 síntomas compatibles con COVID-19 más allá del mes del cuadro agudo, su gravedad, evolución clínica y el requerimiento de servicios de salud a causa de los síntomas persistentes. Los síntomas fueron seleccionados por ser los más frecuentemente reportados en la literatura y se resumen en la tabla 1. Para cada síntoma se interrogó la gravedad, duración y eventual persistencia. Para definir la gravedad se utilizó una escala subjetiva desde 1 a 4 (leve, moderado, grave, muy grave), excepto para la disnea - evaluada con el es-

quema propuesto por el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido (*Medical Research Council*)³¹ y para la cefalea, en la que se usó una escala de 1 a 10.

Los síntomas se agruparon en cinco categorías sindrómicas: 1) cardio-respiratorios: disnea, fatiga, dolor precordial, palpitaciones y tos; 2) cognitivos: problemas de atención y de memoria; 3) psico-ánímicos: ansiedad, depresión e insomnio; 4) neuro-periféricos: acúfenos, vértigo, anosmia, cefalea, parestesias, mialgias, erupción cutánea; 5) digestivos: náuseas, diarrea, anorexia. Se interrogó acerca de los estudios complementarios efectuados luego del episodio agudo de COVID-19.

Análisis estadístico

Se efectuaron análisis uni y multivariados para ajustar diferentes variables a la relación entre género, prevalencia reportada y evolución. Las variables cuantitativas se reportaron como media/desvío estándar o mediana/intervalos intercuartiles de acuerdo con su distribución. Las variables discretas se informaron como número y porcentaje, e intervalos de confianza del 95% (IC 95%). El análisis de la asociación entre variables discretas se efectuó con tablas de contingencia y el de variables cuantitativas con métodos paramétricos o no paramétricos. Para los análisis multivariados de regresión logística se seleccionaron variables estadísticamente significativas en los análisis univariados. Para estos modelos la variable profesión se introdujo en 3 categorías: enfermería, medicina y otras. Para todos los análisis estadísticos se utilizó el programa R y Rstudio^{32,33}.

Consideraciones éticas: Todos los procedimientos del estudio fueron llevados a cabo de acuerdo con normativas y estándares éticos internacionales, incluyendo los principios de la Declaración de Helsinki y las normativas vigentes³⁴. La investigación original a partir de la cual se extrajeron los datos para el presente estudio fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital El Cruce (Dictamen de evaluación ética 0117/2022).

Resultados

La mayoría de los participantes eran mujeres (n = 1477; 72.7%), edad 48 ± 12 (varones 52 vs. mujeres 47, p < 0.001).

Las profesiones más representadas fueron la medicina (n = 1233, 60.7%) y la enfermería (n = 304, 15%). En relación con el ámbito laboral, el 36.8% (n = 737) de las/os encuestadas/os reportó trabajar en más de un centro, combinando el subsector público y privado de salud. La Tabla 1 provee el resumen de las combina-

ciones de trabajos referidos, el tipo de trabajo, y la información sobre la gravedad del episodio inicial de COVID-19, separados por género.

El episodio inicial de COVID-19 cursó asintomático en 168 participantes (8.2%), con síntomas leves en 797 (39.2%), con síntomas moderados sin internación en 794 (39.1%) y con internación en 227 (11.2%), y con síntomas graves que requirieron asistencia respiratoria mecánica en 21 (1.03%). En varones se observó mayor frecuencia de síntomas moderados o graves que requirieron internación.

Síntomas, demanda de servicios de salud y repercusión en la actividad laboral, según género y profesión

La mediana de síntomas reportados fue de 6 (RIC 3-10), mayor en mujeres (7, RIC 4-10) que en varones (5, RIC 2-8), p < 0.01. De los 21 síntomas indagados, 15 fueron reportados con mayor frecuencia entre mujeres. Éstos fueron: disnea, fatiga, dolor de pecho, palpitaciones, tos, anosmia, insomnio, cefalea, alteraciones en la concentración, lentitud, alteraciones en la memoria, depresión, ansiedad, náuseas y mareos. La frecuencia de reporte de síntomas graves fue mayor en las mujeres en 10 de los 17 síntomas en los cuales se interrogó sobre la gravedad, como se resume en la Tabla 2. No se observaron diferencias en la duración de los síntomas.

Las mujeres requirieron con mayor frecuencia consultas médicas (48% vs. 35%; p < 0.01), psicoterapia (19% vs. 10%; p < 0.1) y medicación ansiolítica (15% vs. 11.5%; p = 0.029). La radiografía de tórax, el laboratorio y el electrocardiograma fueron realizados con más frecuencia en las mujeres, mientras que el cateterismo cardíaco fue más frecuente en los varones (Tabla 3).

La mediana de licencia laboral fue de 14 días (RIC 10-20), sin diferencias por género (p=0.28). El 93% de los/as participantes refirió recuperación total de su actividad laboral luego del episodio agudo, el 4,8% refirió recuperación parcial y el 1.8% aún no se había reincorporado a su trabajo al momento de la encuesta, sin diferencias por género (p=0.44). El 15% refirió haber cambiado de actividad laboral sin diferencias entre géneros (p= 0.4).

Los síntomas fueron más frecuentes en profesionales de enfermería, con excepción de las

Tabla 1 | Características de las/os participantes según el género

VARIABLES	Total n = 2030	Mujeres n = 1477 (72.7%)	Varones n = 553 (27.3)	p
Edad, media (SD)	48.5 (+/-11.1)	47.12 (+/-10.4)	52.3 (+/-12.0)	<0.01
Profesión medicina	1233 (60.7%)	817 (55.3%)	416 (75.2%)	<0.01
Profesión enfermería	304 (15%)	248 (16.8%)	56 (10.1%)	<0.01
Subsector del sistema de salud donde se desempeña laboralmente				<0.001
Más de un centro, combinando subsectores	737 (36.8%)	494 (33.9%)	243 (44.6%)	
Más de un centro, sólo subsector público	118 (5.9%)	91 (6.2%)	27 (5%)	
Más de un centro, sólo subsector privado, obra social o seguro	170 (8.5%)	119 (8.2%)	51 (9.4%)	
Un solo centro privado, obra social o seguro	302 (15.1%)	220 (15.1%)	82 (15%)	
Un solo centro, subsector público	477 (23.8%)	392 (26.9%)	85 (15.6%)	
Solo en consultorio particular	198 (9.9%)	141 (9.7%)	57 (10.5%)	
Tipo de trabajo predominante				0.059
Tareas asistenciales en área crítica*	344 (17.2%)	242 (16.6%)	102 (19%)	
Tareas asistenciales en emergencias**	510 (25.6%)	356 (24.4%)	154 (28.6%)	
Evolución clínica del episodio inicial de COVID-19				<0.01
Asintomático	168 (8.4%)	117 (8.0%)	51 (9.4%)	
Leve	797 (39.7%)	596 (40.7%)	201 (37.2%)	
Moderado sin internación	794 (39.6%)	612 (41.7%)	182 (33.6%)	
Moderado con internación	227 (11.3%)	133 (9.1%)	94 (17.4%)	
Grave con asistencia respiratoria mecánica	21 (1.0%)	8 (0.5%)	13 (2.4%)	

*Área crítica: incluye Unidad de Cuidados Intensivos, Áreas de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria

** Emergencias: incluye Guardia Externa

alteraciones de apetito, la tos y la anosmia. La mediana de síntomas en enfermeras/os fue 9 (RIC 5-12) y en médicos/as fue 6 (RIC 3-9), $p < 0.01$ (Tabla 4).

Las mujeres médicas padecieron con más frecuencia que sus colegas varones 11 de los 21 síntomas explorados, sin diferencias en el número de consultas ni de estudios complementarios, con excepción del cateterismo cardíaco, 5 varones y ninguna mujer ($p = 0.008$). Las enfermeras manifestaron padecer 12 de los 21 síntomas con mayor frecuencia que sus colegas varones, mientras que no se registraron diferencias en la realización de estudios complementarios. Al comparar por género y por profesión, se observó que el número de síntomas fue mayor en enfermeras (9.5 RIC 5-13) seguido por médicas (6, RIC 3-10), enfermeros (6, RIC 1.7-9.2) y, por último,

médicos (5 RIC 2-8), $p < 0.01$. En la comparación entre mujeres de las dos profesiones con mayor participación en la encuesta, todos los síntomas fueron más frecuentes en las enfermeras, con excepción de la anosmia. (Tabla 5).

Distribución de síntomas agrupados en categorías sindrómicas

La frecuencia de reporte de las 5 categorías sindrómicas fue mayor en mujeres que en varones (Fig. 1).

Síndrome cardiorrespiratorio: Se asoció con un curso clínico más agresivo inicial ($p < 0,01$) y con la profesión ($p = 0.009$), sin diferencias de edad (48.3 vs. 48.9). En el análisis por profesión y género se observó una mayor frecuencia en enfermeras (89%), y en forma decreciente en médicas (79%), enfermeros varones (72%) y mé-

Tabla 2 | Prevalencia reportada y gravedad de síntomas referidos por el personal de salud

Síntoma	Síntomas en general			p	Síntomas graves		p
	Total n = 2030	Mujeres n = 1477	Varones n = 553		Mujeres	Varones	
Disnea, n (%)	675 (33.3)	512 (34.7)	163 (29.5)	0.033	38 (2.6)	11 (2.0)	0.548
Fatiga, n (%)	1380 (68.0)	1063 (72.0)	317 (57.3)	<0.001	296 (20.0)	78 (14.1)	0.003
Dolor de pecho, n (%)	510 (25.3)	403 (27.4)	107 (19.7)	<0.001	NI*	NI*	
Palpitaciones, n (%)	636 (31.3)	504 (34.1)	132 (23.9)	<0.001	NI*	NI*	
Tos, n (%)	549 (27.0)	418 (28.3)	131 (23.7)	0.043	NI*	NI*	
Anosmia, n (%)	849 (42.1)	682 (46.4)	167 (30.4)	<0.001	347 (23.5)	72 (13.0)	<0.001
Insomnio, n (%)	775 (38.3)	588 (40.0)	187 (34.0)	0.016	219 (14.8)	50 (9.0)	0.001
Cefalea, n (%)	651 (32.2)	530 (36.1)	121 (22.0)	<0.001	322 (21.8)	47 (8.5)	<0.001
Acufenos, n (%)	310 (15.3)	235 (16.0)	75 (13.6)	0.204	62 (4.2)	13 (2.4)	0.067
Disminución del apetito, n (%)	230 (11.4)	168 (11.4)	62 (11.3)	0.981	44 (3.0)	10 (1.8)	0.192
Parestesias, n (%)	497 (24.6)	379 (25.8)	118 (21.5)	0.054	NI	NI	
Dificultad de concentración n (%)	959 (47.5)	740 (50.3)	219 (39.7)	<0.001	359 (24.4)	83 (15.1)	<0.001
Mialgia, n (%)	768 (38.2)	576 (39.4)	192 (35.0)	0.079	214 (14.5)	61 (11.0)	0.051
Lentitud, n (%)	1050 (51.9)	823 (55.9)	227 (41.2)	<0.001	345 (23.4)	89 (16.2)	<0.001
Alteración de memoria, n (%)	1161 (57.4)	893 (60.7)	268 (48.6)	<0.001	308 (21.0)	76 (13.8)	<0.001
Depresión, n (%)	753 (37.2)	595 (40.4)	158 (28.6)	<0.001	158 (10.7)	38 (6.9)	0.012
Ansiedad, n (%)	820 (40.6)	635 (43.1)	185 (33.7)	<0.001	185 (12.5)	38 (6.9)	<0.001
Diarrea, n (%)	220 (10.9)	168 (11.4)	52 (9.5)	0.241	41 (2.8)	11 (2.0)	0.400
Náuseas, n (%)	156 (7.7)	132 (9.0)	24 (4.3)	0.001	22 (1.5)	4 (0.7)	0.252
Mareos, n (%)	374 (18.6)	303 (20.7)	71 (12.9)	<0.001	67 (4.5)	12 (2.2)	0.020
Erupción cutánea, n (%)	249 (12.3)	188 (12.8)	61 (11.1)	0.323	46 (3.1)	13 (2.4)	0.445

*NI: no interrogado

Tabla 3 | Estudios complementarios y servicios de salud requeridos, según género

Variables	Total n = 2030	Mujeres n = 1477	Varones n = 553	p
Radiografía de tórax, n (%)	442 (21.8)	339 (23.0)	103 (18.6)	0.041
Laboratorio, n (%)	690 (34.0)	526 (35.6)	164 (29.7)	0.014
Electrocardiograma, n (%)	578 (28.5)	439 (29.7)	139 (25.1)	0.047
Ecocardiograma, n (%)	480 (23.6)	365 (24.7)	115 (20.8)	0.073
Tomografía de tórax, n (%)	349 (17.2)	241 (16.3)	108 (19.5)	0.101
Espirometría, n (%)	253 (12.5)	189 (12.8)	64 (11.6)	0.505
Holter, n (%)	157 (7.7)	112 (7.6)	45 (8.1)	0.747
Evaluación funcional de esfuerzo*, n (%)	203 (10.0)	152 (10.3)	51 (9.2)	0.528
Cateterismo cardíaco, n (%)	6 (0.3)	1 (0.1)	5 (0.9)	0.008
Endoscopia, n (%)	38 (1.9)	28 (1.9)	10 (1.8)	1.000
Evaluación cognitiva, n (%)	51 (2.5)	36 (2.4)	15 (2.7)	0.847
Estudios neurológicos, n (%)	111 (5.5)	88 (6.0)	23 (4.2)	0.140

*Incluye el electrocardiograma de esfuerzo (prueba ergométrica graduada) y técnicas con imágenes (eco-estrés y cámara gamma)

Tabla 4 | Prevalencia reportada de síntomas según profesión

Variables	Total n = 2030	Enfermería n = 304	Medicina n = 1233	Otra profesión n = 493	p
Edad, media (SD)	48.55 (11.17)	46.07 (9.29)	49.02 (11.64)	48.90 (10.88)	<0.001
Disnea, n (%)	675 (33.3)	129 (42.4)	383 (31.1)	163 (33.1)	0.001
Fatiga, n (%)	1380 (68.0)	237 (78.0)	799 (64.8)	344 (69.8)	<0.001
Dolor de pecho, n (%)	510 (25.3)	118 (39.6)	269 (21.9)	123 (25.2)	<0.001
Palpitaciones, n (%)	636 (31.3)	144 (47.4)	362 (29.4)	130 (26.4)	<0.001
Tos, n (%)	549 (27.0)	97 (31.9)	321 (26.0)	131 (26.6)	0.114
Anosmia, n (%)	849 (42.1)	132 (43.7)	490 (39.9)	227 (46.4)	0.039
Insomnio, n (%)	775 (38.3)	141 (46.5)	444 (36.2)	190 (38.6)	0.004
Cefalea, n (%)	651 (32.2)	153 (50.5)	353 (28.7)	145 (29.7)	<0.001
Acúfenos, n (%)	310 (15.3)	71 (23.6)	159 (12.9)	80 (16.3)	<0.001
Disminución del apetito, n (%)	230 (11.4)	46 (15.2)	131 (10.7)	53 (10.8)	0.079
Parestesias, n (%)	497 (24.6)	121 (40.3)	248 (20.2)	128 (26.1)	<0.001
Dificultad de concentración, n (%)	959 (47.5)	172 (57.0)	555 (45.2)	232 (47.3)	0.001
Mialgias, n (%)	768 (38.2)	161 (53.3)	427 (35.0)	180 (36.8)	<0.001
Lentitud, n (%)	1050 (51.9)	184 (60.9)	601 (48.9)	265 (53.9)	0.001
Alteración de la memoria, n (%)	1161 (57.4)	215 (71.4)	665 (54.1)	281 (57.3)	<0.001
Depresión, n (%)	753 (37.2)	141 (46.7)	434 (35.3)	178 (36.1)	0.001
Ansiedad, n (%)	820 (40.6)	157 (51.8)	466 (38.0)	197 (40.1)	<0.001
Diarrea, n (%)	220 (10.9)	51 (16.8)	119 (9.7)	50 (10.2)	0.001
Náuseas, n (%)	156 (7.7)	42 (13.9)	74 (6.0)	40 (8.2)	<0.001
Mareos, n (%)	374 (18.6)	90 (30.1)	177 (14.5)	107 (21.8)	<0.001
Erupción cutánea, n (%)	249 (12.3)	61 (20.3)	130 (10.6)	58 (11.8)	<0.001

dicos (69%), $p < 0.01$ (Fig. 2). La media de días de licencia fue de 25 (+/- 56), $p < 0.001$ y se asoció a un mayor cambio de la actividad laboral, 16.6% vs. 9.3 en quienes no lo padecieron. ($p < 0.001$). En el análisis multivariado se asoció con género femenino (OR 1.9), profesión enfermería (OR 1.95), cuadro inicial grave de COVID-19 (OR 3.9), y trabajar en más de un subsector del sistema de salud (OR 1.4).

Síndrome cognitivo: Se asoció con el género femenino ($p < 0.001$), el área de desempeño laboral ($p = 0.03$), la profesión ($p = 0.001$) y el curso inicial grave de COVID-19 ($p < 0.001$). Se encontró mayor frecuencia en enfermeras (80%) y médicas (67%), seguidas por médicos y enfermeros en igual proporción (57%), $p < 0.001$ (Fig. 2). En el análisis multivariado, las variables asociadas a mayor riesgo de padecer el síndrome cognitivo fueron el género femenino (OR 1.9), la profesión enfermería (OR 1.7), el curso inicial grave (OR 2.3) y trabajar en áreas de emergencias (OR 1.35).

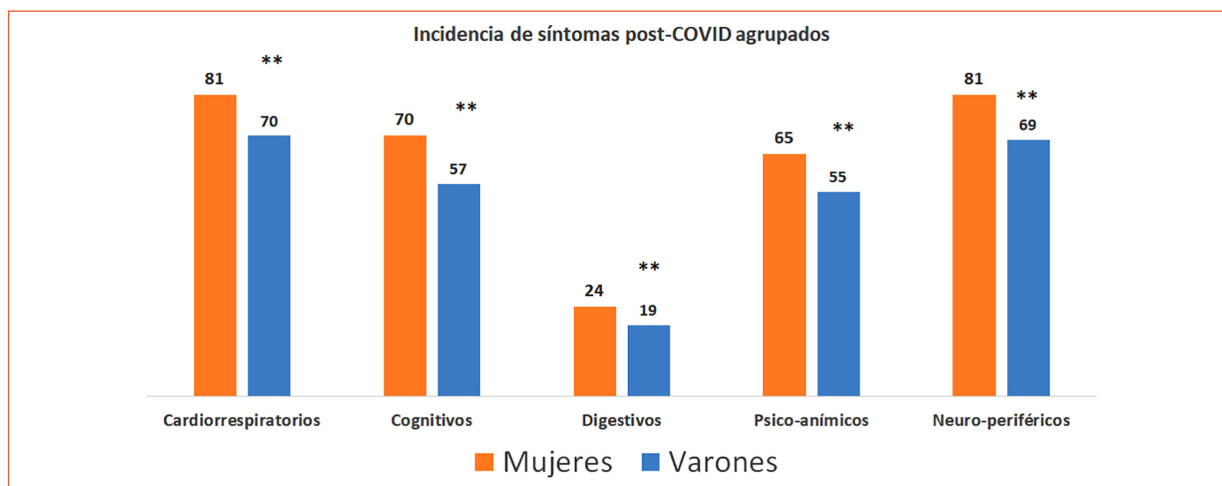
Síndrome psico-anímico: Se asoció con el género femenino ($p < 0.001$), la profesión ($p < 0.001$) y el curso clínico grave inicial ($p < 0.001$). Las mujeres enfermeras fueron las más afectadas (73.2%), seguidas por mujeres médicas (62%), varones médicos (55%) y enfermeros (50%), $p < 0.001$ (Fig. 2). En el análisis multivariado, se asoció el género femenino (OR 1.59), mayor edad (OR 1.01) y el curso grave de la infección inicial (OR 2.39).

Síndrome neuro-periférico: Se asoció al género femenino ($p < 0.001$), la profesión ($p = 0.009$) y el curso inicial grave de la enfermedad ($p < 0.001$). Tuvo mayor frecuencia en las mujeres enfermeras (87%) y las médicas (78%), seguidas por los varones enfermeros (71%), y los médicos (68%), $p < 0.001$. En el análisis multivariado, se asociaron con mayor probabilidad las mujeres (OR 1.98) y el curso inicial grave de la enfermedad (OR 2.28). La profesión medicina se asoció a una disminución del 25% de la probabilidad de padecerlo (OR 0.75).

Table 5 | Prevalencia reportada de síntomas en médicas y enfermeras

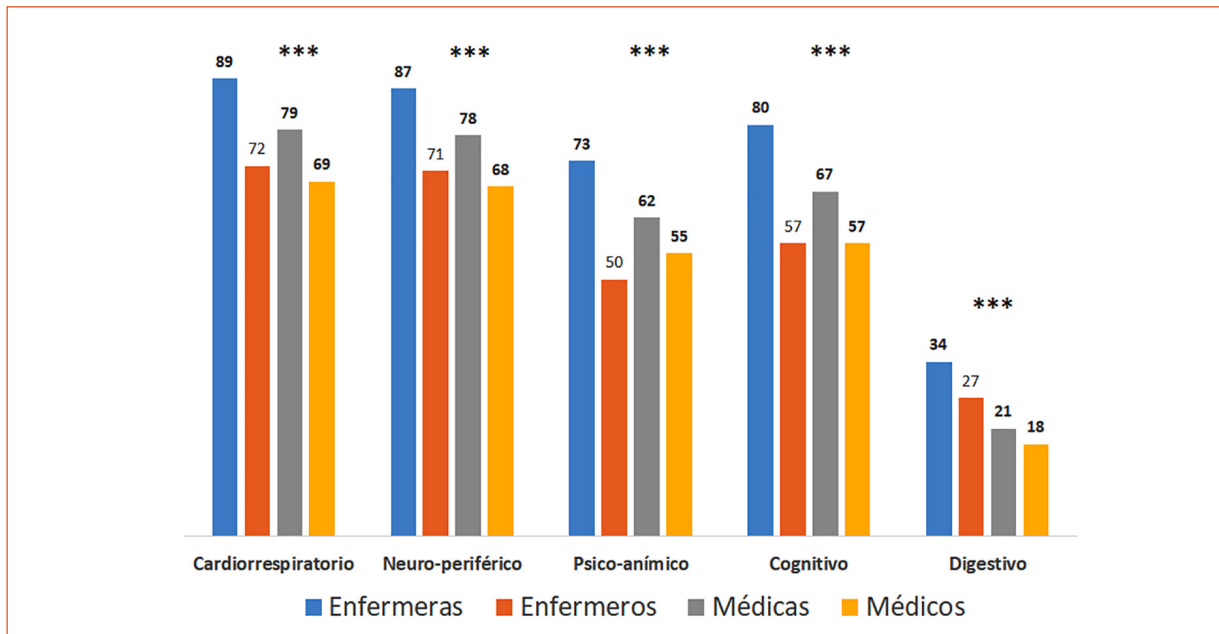
VARIABLES	Total n = 1477	Enfermeras n = 248	Médicas n = 817	p
Edad, media (SD)	47.12 (10.47)	45.89 (9.42)	46.94 (10.65)	0.164
Disnea, n (%)	512 (34.7)	109 (44.0)	266 (32.6)	0.001
Fatiga, n (%)	1063 (72.0)	204 (82.3)	561 (68.7)	<0.001
Dolor de pecho, n (%)	403 (27.4)	103 (42.0)	197 (24.2)	<0.001
Palpitaciones, n (%)	504 (34.1)	124 (50.0)	268 (32.8)	<0.001
Tos, n (%)	418 (28.3)	87 (35.1)	219 (26.8)	0.015
Anosmia, n (%)	682 (46.4)	115 (46.7)	369 (45.3)	0.739
Insomnio, n (%)	588 (40.0)	126 (51.0)	302 (37.1)	<0.001
Cefalea, n (%)	530 (36.1)	131 (53.0)	266 (32.7)	<0.001
Acúfenos, n (%)	235 (16.0)	60 (24.5)	108 (13.3)	<0.001
Disminución del apetito, n (%)	168 (11.4)	39 (15.8)	83 (10.2)	0.023
Parestesias, n (%)	379 (25.8)	103 (42.0)	167 (20.5)	<0.001
Dificultad de concentración, n (%)	740 (50.3)	148 (59.9)	390 (48.0)	0.001
Mialgias, n (%)	576 (39.4)	141 (57.3)	282 (34.9)	<0.001
Lentitud, n (%)	823 (55.9)	158 (64.2)	434 (53.3)	0.003
Alteración de la memoria, n (%)	893 (60.7)	183 (74.7)	469 (57.5)	<0.001
Depresión, n (%)	595 (40.4)	125 (50.8)	319 (39.2)	0.002
Ansiedad, n (%)	635 (43.1)	137 (55.5)	328 (40.3)	<0.001
Diarrea, n (%)	132 (9.0)	37 (15.0)	59 (7.2)	<0.001
Mareos, n (%)	303 (20.7)	80 (32.9)	128 (15.8)	<0.001
Erupción cutánea, n (%)	188 (12.8)	54 (22.0)	84 (10.3)	<0.001

Figura 1 | Prevalencia reportada de síntomas agrupados en categorías sindrómicas, según género



**p < 0.001

Figura 2 | Prevalencia reportada de los diferentes síndromes, según género y profesión



^Expresada en porcentajes
 *** p<0.001

Síndrome digestivo: se asoció con mayor edad (50.1 vs. 48.0, $p < 0.001$), género femenino ($p = 0.04$), el área de trabajo profesional ($p = 0.004$), la profesión ($p = 0.001$) y el curso inicial más grave ($p < 0.001$). Las enfermeras mujeres fueron las más afectadas (33.7%), seguidas por enfermeros varones (26.8%), mujeres médicas (20.6%) y médicos varones (18.5%), $p < 0.001$. En el análisis multivariado se asoció con el curso más grave de la infección inicial (OR 1.95), género femenino (OR 1.46), la profesión enfermería (OR 1.46), trabajar en el área de emergencias (OR 1.3) y la edad (OR 1.02). La Figura 2 resume la prevalencia reportada de cada categoría sindrómica de acuerdo con el género y profesión, medicina o enfermería.

Discusión

El estudio identificó una elevada prevalencia reportada de síndrome post-COVID-19 en el personal de salud, con mayor frecuencia y gravedad en las mujeres, asociado a la mayor gravedad del cuadro inicial y a condiciones laborales. El grupo profesional más afectado fueron las enfermeras.

La correlación observada en este estudio entre la prevalencia reportada de síndrome post-COVID-19 y las condiciones de género, de profesión y de trabajo permite identificar algunos fenómenos que atraviesan el sector salud y que exceden la pandemia de COVID-19, pero que ésta ha permitido evidenciar. Dicha visibilidad -y su estudio- podrían contribuir a la implementación y/o adecuación de las políticas de recursos humanos en el contexto del sistema de salud de nuestro país.

Una primera observación es que la participación de personal de salud en la encuesta fue mayoritariamente femenina, lo que coincide con otras publicaciones de encuestas autoadministradas³⁵⁻³⁸.

La prevalencia reportada de síndrome post-COVID-19 fue elevada en nuestra población, lo que podría estar sesgado por la participación voluntaria. Una de las revisiones refirió una prevalencia global de 43%, que alcanzaba 54% en personas que habían requerido internación y 34% en quienes no³⁹. En otros estudios se han reportado frecuencias muy variadas y en la ma-

yor parte de las series no fue posible determinar la eventual preexistencia de sintomatología. En una cohorte holandesa - con 76 422 participantes- se exploró la preexistencia de síntomas. Observaron una prevalencia de sintomatología post COVID-19 del 21.4%, preexistencia de síntomas de 8.7%, lo que reduciría la nueva sintomatología al 12.7%⁴⁰. Con esta salvedad, que no fue explorada en este relevamiento, la revisión sistemática de las series observacionales reporta prevalencias similares a nuestros hallazgos^{32, 33}.

La mayor prevalencia de síntomas persistentes reportados por las mujeres coincide con otros trabajos, tanto en población general como en personal de salud^{35-38,41,42}. En una revisión sistemática de 20 cohortes de seguimiento post-internación, el OR para mujeres fue 1.52⁴³. Ese hallazgo contrasta con la mayor incidencia de casos graves y mortalidad en los varones durante la fase aguda reportada en todas las series⁴⁴. También en nuestro relevamiento la referencia a mayor necesidad de internación inicial, relacionada con la mayor gravedad del cuadro, fue 9.6% en las mujeres y 19.8% en los varones. Aún en pacientes que no requirieron internación, la prevalencia de síndrome post-COVID-19 en otros estudios fue elevada y coincide con nuestros hallazgos⁴⁵.

La sintomatología múltiple ha sido un hallazgo frecuente post-COVID-19 similar a nuestro estudio. El síntoma reportado con mayor frecuencia fue la fatiga, 68%, hallazgo consistente con otros estudios^{35,36,46}, con mayor prevalencia en el género femenino.

Para explicar la paradoja de que la infección inicial de COVID-19 tiene mayor gravedad y mortalidad aguda en varones - mientras que el síndrome post-COVID-19 tiene mayor prevalencia y gravedad en mujeres - se han postulado diferentes hipótesis, que podríamos agrupar en forma esquemática en biológicas y socioculturales⁴⁷. Se han señalado diferencias biológicas en aspectos inmunitarios vinculados a la vulnerabilidad a la infección viral, así como mecanismos hormonales⁴⁸.

En cuanto a las hipótesis socioculturales, este estudio puede contribuir con información relevante para caracterizarla. En los análisis multivariados, la prevalencia reportada se asoció a la gravedad del episodio inicial, que podríamos

considerar dentro de la explicación biológica, y a factores relacionados con el género femenino, la profesión - con una gran desventaja para la enfermería respecto de la medicina, el desempeño en áreas de emergencia y el multiempleo en algunos síndromes. Las enfermeras presentaron mayor número de síntomas, seguidas por las médicas, enfermeros varones y en último lugar médicos. En este estudio, ser mujer y trabajar como enfermera resultó un factor de riesgo independiente para padecer el síndrome post-COVID-19. Este hallazgo coincide con un estudio multicéntrico realizado en Suiza, que mostró asociación entre la profesión enfermería y el síndrome post-COVID-19⁴⁰, aunque no se encontraron estudios que evaluaran la asociación entre el género, la profesión y la prevalencia de síndrome post-COVID-19.

La interseccionalidad de género, entendida como la conexión o interacción entre género y otras relaciones sociales de desigualdad - como la clase social, el origen migratorio, la raza/etnia - evita un abordaje simplista del tema al considerar al colectivo femenino como heterogéneo⁴⁹. En este trabajo, las implicancias del síndrome post-COVID-19 no pueden ser capturadas de forma íntegra por la dimensión del género o la profesión por separado, pero sí lo hacen interseccionalmente ambas categorías. A la luz de estos hallazgos, resulta evidente la desventaja de ser mujer y trabajar como enfermera, en comparación con el grupo menos impactado: ser varón y trabajar como médico. Estos resultados muestran una continuidad con estudios previos realizados en Argentina durante la pandemia a enfermeras y enfermeros, que mostraron de qué manera la “generización” del trabajo de enfermería como femenino redundaba en la subordinación o en el lugar de subalternidad⁵⁰.

Una de las posibles explicaciones desde una perspectiva de género es que las mujeres tienen - independientemente de las culturas de donde provengan - mayor autopercepción de los procesos que vivencian sus cuerpos²⁶. Esto se vincula tanto al reporte de síntomas como a la mayor frecuencia de consultas médicas y estudios complementarios que se observó en las mujeres trabajadoras de salud en comparación con sus colegas varones, lo que coincide con lo descrito en otros contextos⁵¹. Se han postulado diferen-

tes explicaciones para la mayor utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres⁵². Entre las hipótesis explicativas formuladas, la socialización diferencial de los géneros -en la cual los varones perciben la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad y pérdida de masculinidad, mientras que las mujeres tienen un rol social de “cuidadoras”²⁶- incluye el autocuidado, motivo por el cual las mujeres suelen consultar en todas las etapas vitales con mayor frecuencia. Esta condición podría estar reforzada en las mujeres del estudio, considerando el “doble rol de cuidadoras” como trabajadoras de salud y -desde una mirada más amplia- de sobrecarga de cuidados profesionales y domésticos, a lo que se sumaría el compromiso de la propia salud, incluyendo la posibilidad desigualmente de convalecer⁵³.

De acuerdo con lo observado en la Encuesta Nacional Argentina de Uso del Tiempo (ENUT) publicada en 2022, las mujeres argentinas dedican en promedio 6:07 horas a tareas de cuidado contra 3:30 horas en los varones y al trabajo doméstico dedican 4:06 horas versus 2:38 horas respectivamente, mientras que al trabajo remunerado las mujeres dedican 7:34 horas y los varones 9:06 horas⁵⁴. Esto permite conjeturar que las/os participantes en este estudio - todas/os trabajadoras/es de la salud, en muchos casos con multiempleo- tuvieron un promedio de horas de trabajo remunerado superior al promedio de la población general de la ENUT. La carga de trabajo remunerado en personal de salud se incrementó a partir de la pandemia entre el 60 y el 83% según otros trabajos de Argentina, uno de los cuales halló además un aumento autorreportado del número de empleos en el personal de enfermería de la provincia de Buenos Aires^{55,56}. Ese incremento de tareas laborales se superpondría con la mayor tasa de cuidado, posiblemente más compleja durante el período de pandemia por el corte de las cadenas de cuidados intergeneracionales, por no contar con apoyo de personal doméstico por el confinamiento y por el hecho de ser personal esencial con permiso de circulación.

Varios reportes de organismos internacionales llamaron la atención sobre el incremento de horas dedicadas al cuidado durante la pandemia, que comprometió en mayor medida a las

mujeres⁵⁷. También se reportó el empeoramiento de las condiciones de trabajo, en particular de la profesión de enfermería -altamente feminizada- que se sumó a la sobrecarga de horas de cuidado, que también recayó en mayor proporción en las mujeres⁵⁸. De todas formas, es compleja la relación entre las variables multiempleo, profesión, género y responsabilidad de cuidado en personal de salud. Una encuesta autoadministrada al personal de salud -no médico- que se desempeñaba en instituciones de salud de gestión privada del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), mostró que la incidencia del pluriempleo era diferente por género, en la que el 43% de los varones tenía más de un trabajo frente al 26 % de las mujeres, pero esa relación era inversamente proporcional a las tareas de cuidado⁵⁹.

En este estudio se observó que trabajar en más de un subsector del sistema de salud - público, privado y de la seguridad social- fue un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome cardiorrespiratorio post-COVID-19, y que desempeñarse en áreas de emergencias se asoció al riesgo de padecer dos de las cinco categorías sindrómicas analizadas. Diferentes publicaciones han resaltado el gran estrés laboral de las/os profesionales de las áreas de emergencias durante la pandemia, en particular enfermería^{60,61}. En la exploración de síntomas como el insomnio -con una frecuencia global del 38% en nuestro relevamiento- se ha informado una mayor frecuencia, relacionada con el estrés laboral y con haber padecido COVID-19 como variables independientes⁶².

El síndrome post-COVID-19 tuvo impacto sobre la actividad laboral, con un 15% de las personas encuestadas que refirieron un cambio en su actividad y un 6.6% que no habían recuperado el trabajo en su totalidad al momento de la encuesta. Aunque las mujeres - tanto las enfermeras como las médicas- presentaron mayor riesgo de padecer síndrome post-COVID-19, no se hallaron diferencias en la mediana de días de licencia médica ni en la incidencia de cambio de actividad laboral, respecto de los varones. En la literatura, son múltiples los estudios que reflejan el impacto del síndrome post-COVID-19 en el trabajo. En un estudio realizado en EE. UU. en personal de salud, se halló que el 1.8% debió

restringir su actividad laboral a causa del síndrome³⁸. Otro estudio de cohorte realizado en pacientes con síntomas persistentes luego de la infección por COVID-19, donde el 32% de las/os participantes fueron personal de la salud, el 95% debió ausentarse de su trabajo una mediana de 180 días (RIC 41-308)⁴³. En otro trabajo realizado en el Reino Unido, más del 50% de las/os participantes refirieron que a causa del síndrome post-COVID-19 perdieron al menos un día de trabajo en el mes previo⁶³. No se encontraron trabajos que evaluaran diferencias de género en este sentido.

Limitaciones: La encuesta fue realizada a través de una red social, y la decisión de responder o no podría estar condicionada por la presencia de sintomatología, lo que sesga hacia una mayor prevalencia. La red Intramed® tiene registrados varios miles de miembros distribuidos en diferentes países, por lo tanto, aunque disponemos de un gran número de respuestas, implica un sesgo importante y limita la posibilidad de establecer la prevalencia real del síndrome. Sin embargo, el informe detallado nos ha permitido analizar su gravedad y evolución. En cuanto al registro del género, se preguntó solamente por la identificación de las y los respondientes como varones o mujeres, suponiéndoles cisgénero. Aunque la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 afecta indistintamente a ambos géneros, dos tercios de los participantes en la encuesta fueron mujeres. No se preguntó el estado de vacunación dado que no formaba parte de los objetivos del estudio y se buscó optimizar la extensión del cuestionario. Durante 2020 no había vacunas disponibles, pero en 2021 la mayoría de los países de la región desarrollaron proyectos de vacunación masiva

empezando por los grupos de mayor riesgo y dando prioridad al personal sanitario. Aunque existe acuerdo sobre la capacidad de la vacunación para prevenir las infecciones y sus complicaciones graves, los datos sobre su utilidad en la prevención del síndrome post-COVID-19 aún no son consistentes⁶⁴.

En conclusión, entre el personal de salud participante del estudio, la prevalencia reportada de síndrome post-COVID-19 fue mayor en mujeres, para cada uno de los grupos de síntomas explorados. La gravedad del cuadro inicial, la profesión de enfermería, el multiempleo y desempeñarse en áreas de emergencia fueron variables independientes asociadas con mayor riesgo de padecer síndrome post-COVID-19, hallazgos consistentes con otros estudios. La mayor sobrecarga del personal de salud durante la pandemia -altamente feminizado- y las condiciones de género asociadas podrían explicar parcialmente estos resultados, por lo que sería pertinente indagar en ulteriores proyectos la relación entre incidencia de síndrome post COVID-19 y peso de la carga de cuidados.

Agradecimientos: A todo el personal de salud que participó en la encuesta, por colaborar con su tiempo y atención. A Daniel Flichtentrei, por facilitar la plataforma Intramed para la difusión del instrumento.

A Rocío Fabbio, Manuela Krauss y Graciela Reid, por aportar sus observaciones críticas al manuscrito.

A la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (AGENCIA I+D+i), a través del Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCYT), junto al Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (RESOL-2022-278-APN-DANPIDTYI#ANPIDTYI) por financiar el proyecto.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.

Bibliografía

1. Aylward B, Liang W. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2020. En: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7OJnj-kj514J:https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf&cd=10&hl=es&ct=clnk&gl=ar; consultado diciembre 2023.>
2. Raveendran AV, Jayadevan R, Sashidharan S. Long COVID: An overview. *Diabetes Metab Syndr* 2021; 15: 869-75.
3. Office for National Statistics. The prevalence of long COVID symptoms and COVID-19 complications 2020. En: <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/the-prevalence-of-long-covid-symptoms-and-covid-19-complications; consultado diciembre 2023.>

4. Arnold DT, Hamilton FW, Milne A, et al. Patient outcomes after hospitalisation with COVID-19 and implications for follow-up: results from a prospective UK cohort. *Thorax* 2021; 76: 399-401.
5. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA* 2020; 324: 603-5.
6. Nguyen NT, Chinn J, Ferrante MD, Kirby KA, Hohmann SF, Amin A. Male gender is a predictor of higher mortality in hospitalized adults with COVID-19. *PLOS ONE* 2021; 16: e0254066.
7. Peckham H, de Gruijter NM, Raine C, et al. Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ICU admission. *Nat Commun* 2020; 11: 6317.
8. Nabavi N. Long covid: How to define it and how to manage it. *BMJ* 2020; 370: m3489.
9. Yong SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infect Dis Lond Engl* 2021; 53: 737-54.
10. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, et al. Attributes and predictors of long COVID. *Nat Med* 2021; 27: 626-31.
11. Sigfrid L, Drake TM, Pauley E, et al. Long Covid in adults discharged from UK hospitals after Covid-19: A prospective, multicentre cohort study using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol. *Lancet Reg Health Eur* 2021; 8: 100186.
12. Munblit D, Nicholson TR, Needham DM, et al. Studying the post-COVID-19 condition: research challenges, strategies, and importance of Core Outcome Set development. *BMC Med.* 2022;20(1): 1-13.
13. Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ* 2021; 374:n1648.
14. Groff D, Sun A, Ssentongo AE, et al. Short-term and long-term rates of postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection: a systematic review. *JAMA Netw Open* 2021; 4: e2128568.
15. Han Q, Zheng B, Daines D, Sheikh A. Long-term sequelae of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of one-year follow-up studies on post-COVID symptoms. *Pathogens* 2022; 11: 269.
16. World Health Organization. Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. En: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>; consultado diciembre 2023.
17. OPS. The COVID-19 health care workers study (HEROES). Informe regional de las Américas. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y; consultado diciembre 2023
18. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2020; 88: 901-7.
19. da Silva Neto RM, Benjamim CJR, de Medeiros Carvalho PM, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021; 104: 110062.
20. Sriharan A, Ratnapalan S, Tricco AC, Lupea D. Women in healthcare experiencing occupational stress and burnout during COVID-19: a rapid review. *BMJ [Internet]*. 2021. En: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/4/e048861>; consultado diciembre 2023.
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD. Aportes para el desarrollo humano en Argentina: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales 2018. En: [//webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xvJD8NR34LkJ:https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=ar](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xvJD8NR34LkJ:https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=ar); consultado diciembre 2023.
22. East S, Laurence T, López Mourelo E. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Informe técnico. Organización Internacional del trabajo. UNFPA. ONU Mujeres.
23. World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. World Health Organization; 2019. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>; consultado diciembre 2023.
24. Rubin G. El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropol* 1986; 8:95-145.
25. Conway J, Bourque S, Scott J. El concepto de género. En: *El género La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG; 2000.
26. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11: 327-34.
27. Gita S, Piroska Ö, Asha G. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de

- la Salud de la OMS. Organización Panamericana de la Salud; 2007.
28. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós; 2007.
 29. Radi B. Epistemología del asterisco: una introducción sinuosa a la Epistemología Trans*. En: Apuntes epistemológicos. Rosario: Editorial de la Universidad Nacional de Rosario; 2020.
 30. Tajer C, Martínez MJ, Mariani J, de Abreu M, Antonietti L. Post COVID-19 syndrome. Severity and evolution in 4673 health care workers. *Medicina (B Aires)* 2023; 83: 669-82.
 31. Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest* 1988; 93: 580-6.
 32. R: The R Project for Statistical Computing. En: <https://www.r-project.org/>; consultado diciembre 2023.
 33. Posit. En: <https://www.posit.com/>; consultado diciembre 2023
 34. Resolución 1480/2011 | Argentina.gob.ar. En: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-1480-2011-187206>; consultado diciembre 2023.
 35. Chelly S, Rouis S, Ezzi O, et al. Symptoms and risk factors for long COVID in Tunisian population. *BMC Health Serv Res* 2023; 23: 487.
 36. Wong MCS, Huang J, Wong YY, et al. Epidemiology, symptomatology, and risk factors for long COVID symptoms: population-based, multicenter study. *JMIR Public Health Surveill* 2023; 9: e42315.
 37. Wose Kinge C, Hanekom S, Lupton-Smith A, et al. Persistent symptoms among frontline health workers post-acute COVID-19 infection. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 5933.
 38. Pop-Vicas AE, Osman F, Tsaras G, Seigworth C, Munoz-Price LS, Safdar N. Predictors of persistent symptoms after severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) infection among healthcare workers: Results of a multisite survey. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2023; 44: 817-20.
 39. Chen C, Hauptert SR, Zimmermann L, Shi X, Fritsche LG, Mukherjee B. Global prevalence of Post-Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) condition or long COVID: a meta-analysis and systematic review. *J Infect Dis* 2022; 226: 1593-607.
 40. Ballering AV, Van Zon SKR, Olde Hartman TC, Rosmalen JGM. Persistence of somatic symptoms after COVID-19 in the Netherlands: an observational cohort study. *Lancet* 2022; 400: 452-61.
 41. Dennis A, Cuthbertson DJ, Wootton D, et al. Multi-organ impairment and long COVID: a 1-year prospective, longitudinal cohort study. *J R Soc Med* 2023; 116: 97-112.
 42. Štěpánek L, Nakládalová M, Janošíková M, Štěpánek L, Kabrhelová K, Boríková A. Predictors and characteristics of post-acute COVID-19 syndrome in healthcare workers. *Infect Dis* 2023; 55: 125-31.
 43. Maglietta G, Diodati F, Puntoni M, et al. Prognostic factors for post-COVID-19 syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med* 2022; 11: 1541.
 44. Kharroubi SA, Diab-El-Harake M. Sex-differences in COVID-19 diagnosis, risk factors and disease comorbidities: A large US-based cohort study. *Front Public Health* 2022; 10:1029190.
 45. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, et al. Characterising long COVID: a living systematic review. *BMJ Glob Health* 2021; 6: e005427.
 46. Hyassat D, El-Khateeb M, Dahbour A, et al. Post-COVID-19 syndrome among healthcare workers in Jordan. *East Mediterr Health J* 2023; 29: 247-53.
 47. Taslem Mourosi J, Anwar S, Hosen MJ. The sex and gender dimensions of COVID-19: A narrative review of the potential underlying factors. *Infect Genet Evol* 2022; 103: 105338.
 48. Stewart S, Newson L, Briggs TA, Grammatopoulos D, Young L, Gill P. Long COVID risk - a signal to address sex hormones and women's health. *Lancet Reg Health - Eur* 2021; 11: 100242.
 49. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *Univ Chic Leg Forum* 1989(1).
 50. Sy A, Derossi P, Gelman Constantin F, Sapienza C, Moglia B. Entre la necesidad y la virtud: dilemas éticos del cuidado de enfermería durante la pandemia por covid-19. *Cuadernos de H Ideas* 2022;16(16). En: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/151208>; consultado diciembre 2023.
 51. Redondo-Sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health* 2006; 6: 155.
 52. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract* 2000; 49: 147-52.
 53. Tajer D. Cuidados generizados en salud. *Revista Symploké Estudios de Género* 2021. En: www.revista-symploke.com; consultado diciembre 2023.
 54. Instituto Nacional de Estadística y Censos. En-

- cuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021: resultados definitivos INDEC; 2022. En: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enut_2021_resultados_definitivos.pdf; consultado diciembre 2023.
55. Ramacciotti K. Trabajar en enfermería durante la pandemia de la covid-19. *Cuad H Ideas* 2022; 16:e060.
 56. Sardi MCC, Martínez CK, Mirofsky MA, et al. Multiempleo en salud en provincia de Buenos Aires: estudio transversal de profesiones afectadas al cuidado de pacientes con COVID-19. *Rev Argent Salud Pública* 2023. En: <https://www.rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/802>; consultado diciembre 2023.
 57. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina 2020. En: <https://hdl.handle.net/11362/46453>; consultado diciembre 2023.
 58. Stefanovic A. Caring in times of COVID-19 A global study on the impact of the pandemic on care work and gender equality. ECLAC; 2023. En: <https://www.cepal.org/es/node/56885>; consultado diciembre 2023.
 59. Novick M, Ibáñez F, Munilla D, Metlika Ú, Puntillo S, Sczwarcberg F. Impacto del COVID-19 en la salud del personal no médico de salud. Informe ATSA y Friedrich Ebert Stiftung; 2020 dic. En: <https://cutt.ly/HLcGsnv>; consultado diciembre 2023.
 60. Mirzaei A, Mozaffari N, Habibi Soola A. Occupational stress and its relationship with spiritual coping among emergency department nurses and emergency medical services staff. *Int Emerg Nurs* 2022; 62: 101170.
 61. Lv C, Gan Y, Feng J, Yan S, He H, Han X. Occupational stress of physicians and nurses in emergency departments after contracting COVID-19 and its influencing factors: a cross-sectional study. *Front Public Health* 2023; 11: 1169764.
 62. Hendrickson RC, McCall CA, Rosser AF, et al. The relative contribution of COVID-19 infection versus COVID-19 related occupational stressors to insomnia in healthcare workers. *Psychiatry and Clinical Psychology*; 2022. En: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2022.10.27.22281582>; consultado diciembre 2023.
 63. Arnold DT, Hamilton FW, Milne A, et al. Patient outcomes after hospitalisation with COVID-19 and implications for follow-up: results from a prospective UK cohort. *Thorax* 2021; 76: 399-401.
 64. Byambasuren O, Stehlik P, Clark J, Alcorn K, Glasziou P. Effect of covid-19 vaccination on long covid: systematic review. *BMJ Med* 2023; 2: e000385.