ISSN 1669-9106 MEDICINA (Buenos Aires) 2026: 86: 1166-1178

Artículo original

INTERSECCIÓN ENTRE GÉNERO, CONDICIONES LABORALES Y CARGA DE CUIDADOS EN SÍNDROME POST-COVID-19: ESTUDIO TRANSVERSAL DE MÉTODOS MIXTOS EN PERSONAL DE SALUD

LAURA ANTONIETTI[1, 2], CECILIA STRAW[3], MANUEL RIVEIRO[1, 4], MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ[2], GRACIELA REID[5], DÉBORA TAJER[5], CARLOS TAJER[2]

[1]Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), [2]Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC, [3]Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), [4]Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA), [5]Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Laura Antonietti, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Av. Calchaquí 6200, 1888 Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, Argentina
E-mail: laurayantonietti@gmail.com
Recibido: 17-XII-2025
Aceptado: 18-VI-2026

Resumen

Introducción: El síndrome post-COVID-19 (SPC) en personal de salud impacta en peor calidad de vida y menor desempeño laboral, y se asocia con condiciones de género y trabajo. El estudio buscó caracterizar el SPC en profesionales de salud y explorar sus percepciones respecto de condiciones de género, trabajo y carga de cuidado.

Materiales y métodos: Entre mayo y octubre de 2023 se realizó un estudio transversal de métodos mixtos en profesionales de salud con antecedente de COVID-19 que trabajaban en Ciudad y Provincia de Buenos Aires. Se consideró SPC la persistencia de síntomas mayor a un mes. Mediante muestreo no probabilístico, se realizó una encuesta anónima sobre variables clínicas, sociodemográficas, laborales de género y cuidados, y entrevistas individuales y grupales. La información se analizó según el Modelo Ecológico y Social.

Resultados: Se analizaron 444 encuestas y 22 entrevistas. La prevalencia global de SPC fue 57%, con mayor frecuencia y número de síntomas en mujeres, que se mantuvo al desagregar por profesión. En el análisis multivariado, el género femenino, la contratación no permanente, la cantidad de episodios de COVID-19 y la percepción de mayor carga de trabajo doméstico se asociaron con mayor probabilidad de SPC. El componente cualitativo mostró distribución desigual del cuidado, mayor carga mental en mujeres, sobrecarga laboral y escasa contención institucional.

Conclusión: Los hallazgos sugieren que el SPC en personal de salud se inscribe en la intersección entre género, trabajo y organización del cuidado. Este enfoque puede orientar futuras investigaciones y generar hipótesis para políticas preventivas y de cuidado ante futuras emergencias.

Palabras clave: síndrome post-agudo de COVID-19, personal de salud, equidad de género, condiciones de trabajo

Abstract

Intersection of gender, working conditions, and caregiving burden in post-COVID-19 syndrome: a cross-sectional mixed-methods study among healthcare workers

Introduction: Post-COVID-19 syndrome (PCS) among healthcare personnel impacts quality of life and work performance negatively, and is associated with gender and work conditions. The study aimed to characterize PCS in healthcare personnel and explore their perceptions regarding gender conditions, work, and caregiving burden.

Materials and methods: Between May and October 2023, a cross-sectional mixed-methods study was conducted in health professionals with a history of COVID-19 who worked in Buenos Aires City and Buenos Aires Province. PCS was defined as the persistence of symptoms for more than one month. Using non-probability snowball sampling strategy, an anonymous survey was conducted on clinical, sociodemographic, occupational, gender, and caregiving variables, along with individual and group interviews. The information was analyzed according to the Ecological and Social Framework.

Results: A total of 444 surveys and 22 interviews were analyzed. The overall prevalence of PCS was 57%, with a higher frequency and number of symptoms in women, a finding that remained consistent when disaggregated by profession. In the multivariate analysis, female gender, non-permanent employment, the number of COVID-19 episodes, and the perception of a heavier domestic workload were associated with a higher likelihood of PCS. The qualitative component revealed an unequal distribution of caregiving responsibilities, a greater mental burden on women, work overload, and limited institutional support.

Conclusion: The findings suggest that clinical experience of PCS among healthcare workers is situated at the intersection of gender, work, and caregiving distribution. This approach can guide future research and generate hypotheses for preventive and healthcare-worker support policies in the face of future emergencies.

Key words: post-acute COVID-19 syndrome, health personnel, gender equity, working conditions

PUNTOS CLAVE

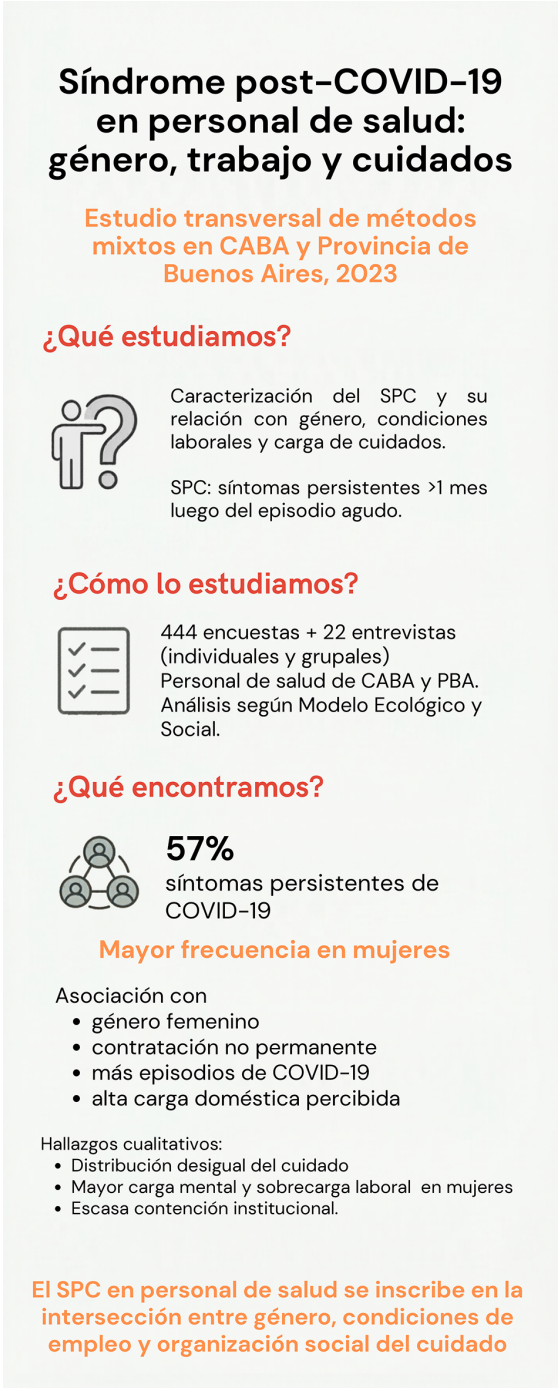
Conocimiento actual

- El síndrome post-COVID-19 (SPC) en personal de salud afecta la calidad de vida y el desempeño laboral. La literatura reporta mayor carga en mujeres. En el país, la evidencia es fragmentaria y centrada en descripciones clínicas. No se dispone de evidencia que integre información sobre SPC y su relación con género, trabajo y cuidados.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Confirma mayor SPC en mujeres, no explicada por la profesión. Vincula el SPC con contratación no permanente, mayor carga doméstica percibida y múltiples infecciones. Aporta evidencia cualitativa sobre distribución desigual del cuidado y sobrecarga laboral. Ofrece un marco útil para orientar medidas en empleo, tiempos y apoyos al cuidado.

Resumen gráfico



La pandemia por COVID-19 constituyó una emergencia sanitaria global sin precedentes, con efectos sanitarios, sociales y económicos. Luego de la fase aguda, muchos afectados persisten con síntomas, lo que se ha denominado síndrome post-COVID-19 (SPC), COVID-19 prolongado, *long-COVID-19* o condición post-COVID-19. Diferentes series han informado datos variables sobre su incidencia, duración, e impacto en la calidad de vida asociada a la salud[1-3]. Metanálisis recientes muestran que hasta 3 años después de un episodio agudo de COVID-19 un 20% de los afectados inicialmente pueden persistir con síntomas[1,4]. Aun cuando la agresividad del cuadro agudo es mayor en varones, la incidencia informada de SPC es mayor en mujeres[4,5], con mayor número de síntomas, mayor heterogeneidad clínica y mayor dificultad para actividades cotidianas[6].

El personal de salud fue uno de los grupos más afectados por la pandemia debido a su mayor exposición al contagio[7] y a la sobrecarga de trabajo, con consecuencias sobre su salud mental[8,9]. El SPC en personal de salud se asocia con deterioro de la calidad de vida y menor desempeño laboral[10,11]. En estudios previos observamos un impacto ocupacional relevante[12] y su asociación con condiciones de género y trabajo[13]. Este fenómeno se inscribe en un campo laboral feminizado y atravesado por determinantes de género, que afectan específicamente el bienestar de las mujeres en profesiones de la salud[14].

A nivel global, la organización social del cuidado -remunerado y no remunerado- estructura desigualdades en la fuerza de trabajo, el aporte de las mujeres incluye una proporción sustantiva de trabajo no remunerado, donde la segregación ocupacional y la brecha salarial reflejan sesgos persistentes con impacto en sus condiciones y consecuencias en su salud[15]. En Argentina, las mujeres dedican más horas a tareas domésticas y de cuidado que los varones, y asumen la organización del hogar, independientemente de su nivel jerárquico y actividad laboral, incluyendo el trabajo en salud[16,17]. Esto, sumado al pluriempleo y al trabajo en áreas críticas, opera como estresor adicional y reconfigura la experiencia post-COVID-19 en todos los géneros[13]. De acuerdo a observaciones en varios países, durante la pandemia, las médicas dedicaron más horas a las tareas de cuidado y hogar que sus pares varones[18], la sobrecarga de cuidados no remunerados se intensificó por la ruptura de redes de apoyo (incluyendo el personal de trabajo doméstico rentado) y la esencialidad del sector sanitario durante la pandemia agravó el impacto de las diferencias de género existentes sobre la salud del personal[19,20], que persiste en un contexto post-pandemia[10].

En este trabajo adoptamos una noción operativa de género como conjunto de relaciones y arreglos sociales que producen desigualdades[21,22], con efecto específico comprobado en la determinación social de la salud[23], y analizamos las categorías varón-mujer reportadas de modo diferenciado[24,25].

El objetivo del estudio fue caracterizar el SPC en personal de salud de la ciudad y la provincia de Buenos Aires y explorar sus percepciones respecto de los efectos de la pandemia por COVID-19, incluyendo la persistencia de síntomas de COVID-19 y factores asociados a condiciones de género, trabajo y carga de cuidados, de acuerdo con las dimensiones de un Modelo Ecológico y Social[26].

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de métodos mixtos. Las unidades de análisis fueron profesionales de salud con antecedente de COVID-19 confirmado por método de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que trabajaban en organizaciones de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y de la Provincia de Buenos Aires (PBA), entre mayo y octubre de 2023.

Para el abordaje metodológico cuantitativo se aplicó una encuesta anónima, autoadministrada, en línea, que incluyó datos sociodemográficos y preguntas basadas en cuestionarios validados[27-29]. Se incluyeron preguntas sobre 36 síntomas, su gravedad y duración; a los fines operativos de este estudio se consideró SPC a la persistencia de síntomas mayor a un mes luego del episodio agudo de COVID-19, para mantener continuidad metodológica con estudios previos del grupo en personal de salud y con la estructura del instrumento utilizado. Para explorar condiciones de género y trabajo se incluyeron preguntas orientadas a los dominios del Modelo Ecológico y Social, considerando los de nivel individual, interpersonal, organizacional y comunitario.

Para el componente cuantitativo se utilizó un muestreo no probabilístico, mediante estrategia de "bola de

nieve", previo contacto vía correo electrónico o telefónico, entre mayo y octubre de 2023. La estrategia fue seleccionada por tratarse de una población profesional dispersa, con dificultades de acceso mediante un marco muestral institucional completo en el contexto post-pandémico y permitió ampliar la convocatoria a partir de redes profesionales e institucionales vinculadas al sector salud, en el marco de un estudio exploratorio. Para las entrevistas se utilizó un muestreo intencional, a partir de los datos recolectados en las encuestas.

Las entrevistas fueron realizadas en formato virtual sincrónico por integrantes del equipo con experiencia previa en técnicas cualitativas, previo consentimiento informado. Se realizaron entrevistas individuales en profundidad (CS) y entrevistas grupales (DT y GR), para las cuales se utilizaron guías de pautas en función de todas las dimensiones del modelo, incluyendo la de política pública, con foco en aquellas dimensiones identificadas como relevantes en los resultados de la encuesta. El componente cualitativo tuvo un carácter exploratorio y complementario del cuantitativo, para aportar profundidad contextual e identificar dimensiones interpretativas vinculadas con la experiencia de síntomas persistentes de COVID-19, condiciones laborales, de género y carga de cuidados.

Todos los procedimientos del estudio fueron llevados a cabo de acuerdo con normativas y estándares éticos internacionales, respetando los derechos de las/os participantes y la protección de la confidencialidad, incluyendo los principios de la Declaración de Helsinki y normativas locales. Las/os participantes recibieron información sobre los objetivos y las características del estudio, y en todos los casos se obtuvo previamente el consentimiento informado. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital El Cruce (Dictamen de evaluación ética 0117/2022).

Análisis de los datos: Para el componente cuantitativo del estudio se efectuaron análisis uni y multivariados para ajustar diferentes factores a la relación entre género, prevalencia y evolución. El análisis comparativo de variables cuantitativas se efectuó con métodos paramétricos o no paramétricos, de acuerdo con su distribución. Se estableció como estadísticamente significativo un valor de $p<0.05$. Para los análisis multivariados se seleccionaron las variables que resultaron estadísticamente significativas en los análisis bivariados, más la cantidad de episodios de COVID, y se construyeron modelos de regresión logística hasta alcanzar un buen ajuste. Los análisis se realizaron utilizando los *softwares* IBM SPSS versión 27, Posit/ RStudio versión 4.2.3 (2023-03-15)[30].

Para el componente cualitativo se realizó un análisis temático exploratorio. Se utilizó el *software* ATLAS.ti (versión 7.5.4; ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlín) como apoyo para ordenar, codificar y recuperar fragmentos textuales en el análisis de las entrevistas individuales, para comparar las perspectivas de las/os profesionales atendiendo a la diferencia de género y toda otra dimensión relevante en el proceso de análisis temático[31]. La codificación y el análisis se realizaron de acuerdo a todas las dimensiones del Modelo Ecológico y Social -individual, interpersonal, organizacional, comunitaria y de política pública- y se incorporaron códigos emergentes vinculados con experiencias de enfermedad, trabajo, género y cuidados. Las grabaciones de las entrevistas se transcribieron literalmente. El análisis temático se realizó mediante un proceso iterativo y flexible que consistió en: 1) lectura y codificación, 2) indagación de temas emergentes, 3) revisión y discusión, 4) agrupación conceptual y 5) organización temática consensuada. Las primeras dos etapas del análisis temático fueron realizadas de manera independiente por dos integrantes del equipo (CS y LA), quienes se familiarizaron con los contenidos de las transcripciones para garantizar la fiabilidad de la codificación. Luego clasificaron los datos utilizando un libro de códigos basado en los dominios del modelo e identificaron las opiniones de las personas entrevistadas consistentes con los objetivos del estudio. Cada investigador/a analizó las categorías obtenidas para identificar temas emergentes (definidos como un aspecto destacado de los datos de forma sistemática, independientemente de si ese tema reflejaba la experiencia mayoritaria de las/os participantes). Posteriormente, se reunieron para revisar los resultados con el fin de identificar coincidencias y resolver discrepancias, agruparon los temas emergentes según sus similitudes conceptuales para definir y nombrar los subtemas y las vinculaciones temáticas emergentes, e identificaron testimonios que ilustraran adecuadamente cada tema y las vinculaciones. Las entrevistas en profundidad grupales fueron analizadas por otras dos integrantes del equipo (DT y GR) mediante la técnica de problematización recursiva[32]. El diseño y el reporte final del componente cualitativo fueron elaborados de acuerdo a las recomendaciones COREQ (por sus siglas en inglés: *Consolidated criteria for reporting qualitative research*)[33].

Resultados

Entre mayo y agosto de 2023 se obtuvieron 444 encuestas con datos válidos, y entre agosto y octubre del mismo año se realizaron 20 entrevistas individuales y 2 entrevistas grupales

a profesionales del sistema de salud de CABA y PBA. Las características sociodemográficas y laborales de la población participante se presentan en la Tabla 1.

Resultados del componente cuantitativo

La prevalencia global de SPC fue del 57%. Las mujeres presentaron con mayor frecuencia síntomas persistentes y mayor número de síntomas que los varones, patrón que se mantuvo al desagregar por profesión. La prevalencia mostró un gradiente por rol: la carga sintomática fue más alta en enfermería que en medicina y, hacia el interior de cada profesión, las mujeres reportaron más síntomas que los varones (Fig. 1).

La diferencia entre géneros se mantuvo tras ajustar por trabajo remunerado y no remunerado. La brecha entre géneros mostró un patrón no lineal, que persistió en múltiples categorías, pero se redujo cuando aumentó la demanda de cuidados, al no ser sostén de hogar y cuando los varones no eran empleados en planta permanente. Se observó un gradiente por carga horaria y un patrón inverso por tipo de tareas, con mayor prevalencia en mujeres que realizaban tareas no asistenciales y en varones que realizaban tareas asistenciales (Tabla 2).

En el análisis multivariado, el género femenino mantuvo una asociación independiente con el SPC. Se incorporaron al modelo las variables que mostraban una asociación significativa con la persistencia de síntomas. Buena parte de las asociaciones bivariadas perdió significación al controlar de forma conjunta los efectos de las covariables, excepto para modalidades de contratación no permanentes y la percepción de una carga de trabajo doméstico grande (Tabla 3). El modelo incluyó los casos con datos completos para las variables incorporadas y mostró una capacidad explicativa limitada (pseudo-R^2 de Nagelkerke 0.162), coherente con el carácter exploratorio del análisis, aunque de buen ajuste a los datos analizados (66% de aciertos y Hosmer-Lemeshow 0.66).

Tabla 1 | Descripción de la población participante

Relevamiento		Encuestas	Entrevistas (individuales + grupales)
Factores sociodemográficos		n = 444	n = 26
Edad, media (DE)		45.9 (±10.5)	47.9 (±8.4)
Género	Varón, % (n)	19.6 (87)	27 (7)
	Mujer, % (n)	80.0 (355)	73 (19)
	No binario, % (n)	0.4 (2)	0 (0)
Factores familiares y de cuidado			
Principal sostén del hogar, % (n)		54.5 (242)	69 (18)
Hijas/os convivientes, % (n)		10.1 (45)	54 (14)
Personas a cargo de su cuidado, % (n)		75.2 (334)	58 (15)
Factores laborales			
Profesión	Medicina, % (n)	41.2 (183)	46 (12)
	Enfermería, % (n)	20.9 (93)	27 (7)
	Otra, % (n)	36.9 (164)	27 (7)
Jurisdicción principal de trabajo	CABA, % (n)	40.3 (179)	35 (9)
	AMBA, % (n)	47.7 (212)	58 (15)
	Resto PBA, % (n)	11.9 (53)	8 (2)

DE: desvío estándar; CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires; PBA: Provincia de Buenos Aires

No se reportan los NS/NC por baja frecuencia, los porcentajes se calcularon incluyéndolas en el denominador

Figura 1 | Prevalencia de Síndrome post-COVID-19 según género y profesión

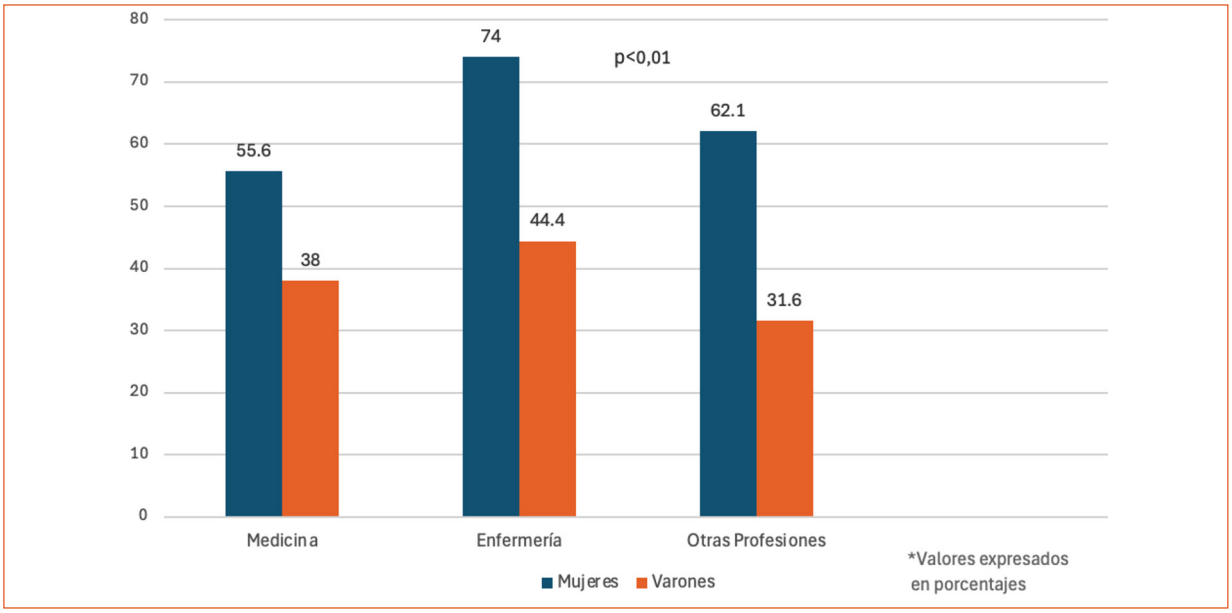


Tabla 2 | Prevalencia de síndrome post-COVID-19 (SPC) para varones y mujeres por condiciones de trabajo en salud, trabajo doméstico y de cuidados

		Género		p
		Varón, % (n)	Mujer, % (n)	
Prevalencia de SPC		37.9 (33)	62.0 (220)	<0.01
Demanda de cuidados	Demanda baja*	34.5 (6)	61.6 (25)	<0.01
	Demanda media**	44.8 (13)	62.7 (69)	0.08
Percepción de carga de	Baja***	32.7 (7)	52.5 (37)	0.01
trabajo doméstico	Media****	42.9 (11)	67.0 (113)	<0.01
Principal sostén del hogar	No	46.2 (12)	54.5 (78)	0.43
	Sí	32.1 (17)	67.0 (126)	<0.01
Tareas principales	Asistenciales	40.9 (27)	59.4 (148)	<0.01
	Otras tareas	35.3 (6)	68.8 (66)	<0.01
Relación de empleo	Planta permanente	31.6 (18)	60.7 (139)	<0.01
	Otra forma de contratación	50.0 (14)	65.7 (69)	0.13
Horas de trabajo presenciales	Hasta 40	35.3 (12)	57.9 (117)	0.01
	Más de 40	38.5 (20)	71.3 (92)	<0.01

**No vive con personas dependientes y no tiene hijas/os menores de 15 años.*
***Vive con personas dependientes y/o tiene hijas/os menores de 15 años.*
****Percibe que la organización y/o la realización de las tareas domésticas le implican nada o poco esfuerzo y/o carga psicológica, o no participa de ellas.*
*****Percibe que la organización y/o la realización de las tareas domésticas le implican un esfuerzo y/o carga psicológica moderada o importante.*

Resultados del componente cualitativo

El análisis temático exploratorio de las entrevistas permitió identificar dimensiones que contextualizan los hallazgos cuantitativos. Los relatos se organizaron según todas las dimensiones del modelo conceptual y mostraron experiencias vinculadas con persistencia sintomática, sobrecarga laboral, distribución desigual

Tabla 3 | Regresión logística multivariada del síndrome post-COVID-19 en personal de salud: asociación con condiciones de género, trabajo y tareas de cuidado*

Variable	Categorías	OR (IC95%)	Significancia
Género	Mujer (referencia varón)	3.25 (1.78-5.93)	<0.001
Edad (años)	1.01 (0.99-1.04)	0.282	
Cantidad de episodios COVID (#)	1.59 (1.08-2.34)	0.020	
Profesión	Medicina (referencia)		
	Enfermería	1.47 (0.77-2.81)	0.240
	Otra	0.97 (0.57-1.64)	0.912
Relación de empleo	Otra relación laboral (referencia planta permanente)	1.79 (1.04-3.08)	0.035
Cantidad de horas de trabajo semanales	Hasta 24 (referencia)		
	25 a 40	1.15 (0.57-2.33)	0.695
	Más de 40	1.97 (0.95-4.07)	0.068
Principal sostén del hogar	Sí (referencia No)	1.38 (0.86-2.21)	0.180
Demanda de cuidado	Media (referencia baja)	1.09 (0.65-1.84)	0.734
Percepción de carga de tareas domésticas	Poco o menos esfuerzo (referencia)		
	Esfuerzo moderado	1.57 (0.94-2.62)	0.082
	Esfuerzo grande	2.76 (1.32-5.78)	0.007
Constante		0.05 (0.01-0.26)	<0.001
Estadísticos del modelo	Cantidad de casos**	351	
	R2 de Nagelkerke	0.162	
	Hosmer y Lemeshow (χ^2)	0.66	
	% de aciertos	66.4	

Modelo: regresión logística binaria con síndrome post-COVID-19 como dependiente
**Total de casos con datos completos para el modelo, se excluyen casos con información incompleta*

del cuidado, carga mental y percepción de insuficiente acompañamiento institucional. Algunas dimensiones analíticas del marco teórico se presentaron interrelacionadas, dando cuenta de la complejidad de las situaciones que los equipos de salud debieron enfrentar durante la pandemia y en la post-pandemia, agravadas por las secuelas que persistieron en algunas/os de las/os entrevistadas/os.

Con respecto a la dimensión individual, las entrevistas revelaron que las/os profesionales experimentaron secuelas físicas y cognitivas, que en algunos casos persistieron por varios meses. Las secuelas cognitivas incluyeron dificultades de concentración y "nube mental", que afectaban significativamente sus vidas cotidianas y laborales. Refirieron que, durante la primera etapa de la pandemia, el miedo a la evolución negativa de la enfermedad y a contagiar a familiares fue recurrente. Varios/as profesionales manifestaron sentimientos de ansiedad, ataques de pánico y un estrés significativo debido a la carga laboral y a la exposición constante a situaciones de alta tensión. En algunos casos, el impacto del SPC fue tan fuerte que varias/os consideraron dejar la profesión.

En la dimensión interpersonal, las responsabilidades del cuidado y las tareas domésticas recayeron desproporcionadamente en las mujeres, principalmente durante la etapa de aislamiento preventivo, ya que implicó el cese de la colaboración en cuidados domésticos ex-

ternos, tanto rentados como familiares. Las mujeres entrevistadas refirieron una carga mental elevada y la relacionaron con el incremento de su responsabilidad en la organización familiar. Algunas entrevistadas señalaron que, aunque sus compañeros varones rara vez se implican en tareas domésticas, durante la pandemia su colaboración en tareas domésticas y de cuidado fue mayor que en el período previo.

En la dimensión organizacional surgieron referencias a las condiciones extremadamente exigentes en el lugar de trabajo durante el período de pandemia, con falta de descanso adecuado y sobrecarga de tareas, consecuentemente destacaron el estrecho espacio para el bienestar personal y el descanso. Las/os profesionales participantes destacaron que el apoyo entre colegas fue clave, aunque identificaron la falta de contención de las jefaturas y la violencia institucional como factores que contribuyeron al desgaste profesional. En las entrevistas se resaltaron los efectos emocionales y psicosociales de la pandemia, más allá de la persistencia de los síntomas. Las/os participantes señalaron que las secuelas fueron más intensas debido a la exposición constante a situaciones de sufrimiento –tanto de pacientes como de colegas– y a la falta de espacios para procesar emocionalmente estos eventos. Esta situación se vio exacerbada en el ámbito laboral por la falta de contención institucional y el rechazo a expresar vulnerabilidad, lo cual forzó a muchas/os profesionales a sostener una "máscara" emocional para cumplir con sus tareas sin interrupción.

Se relevaron planteos sobre la falta de abordaje de las secuelas y la necesidad de acciones de cuidado integral para el personal de salud. Algunas/os profesionales destacaron que las instituciones de salud no promovían la realización de estudios médicos de control para reintegrarse al trabajo o para identificar secuelas. Otras/os manifestaron que la presión constante durante la pandemia generó una alta incidencia de *burnout* y depresión, sumados al deseo de abandonar la profesión y/o el cambio de tareas.

Respecto de la dimensión comunitaria, si bien se valoraron las muestras de apoyo social durante la pandemia, en algunas entrevistas se lo describió como meramente simbólico, dado que el reconocimiento social no se tradujo en mejoras concretas de las condiciones laborales. En algunos casos las/os profesionales de la salud experimentaron rechazo y estigmatización en la comunidad, lo cual afectó su bienestar emocional. También surgieron menciones respecto de falta de sensibilidad y empatía con los trabajadores de la salud al asumir conductas de riesgo propiciando contagios a nivel comunitario, al mismo tiempo que ellas/os veían empeoradas sus vidas simultáneamente a tener que atender por responsabilidad profesional a esa población que no se cuidaba.

En la dimensión de política pública, las decisiones de política salarial y laboral durante la pandemia fueron percibidas como insuficientes, tanto desde la perspectiva económica como en relación con las responsabilidades y los riesgos asumidos por el personal de salud. Las limitaciones en vacaciones y días de descanso fueron referidas como factores que aumentaron la insatisfacción. Los beneficios de transporte y otros incentivos para el personal de salud no fueron accesibles o conocidos por todos, lo cual profundizó una percepción de falta de apoyo por parte de las autoridades. La falta de medidas concretas que aliviaran las condiciones laborales o brindaran un reconocimiento adecuado a la labor de las/os profesionales de salud fue un tema de malestar constante en las entrevistas, que se resaltaron como posibles lecciones aprendidas para la gestión de futuras pandemias.

Discusión

Nuestros hallazgos muestran una brecha de género persistente en la frecuencia y carga de síntomas del SPC en personal de salud, que no se explica únicamente por la profesión, luego de ajustar por condiciones de empleo y carga de cuidados. Este desplazamiento del foco -de la categoría profesional/disciplinar al contexto de trabajo y de cuidados- es consistente con el modelo ecosocial que empleamos. En un campo laboral fuertemente feminizado, la segregación horizontal (concentración en determinadas ocupaciones) y vertical (menor acceso a cargos de decisión) contribuyen a diferentes niveles de exposición a estresores y a peores desenlaces psicosociales en las mujeres, en consonancia con lo que señalan análisis internacionales del sector salud[14,15,34].

En nuestra encuesta las mujeres, independientemente de su profesión, presentaron mayor proporción de SPC, aunque fue mayor en las enfermeras y mujeres de profesiones no médicas, hallazgo consistente con otros reportes de la literatura[35]. Entre los síntomas destacados, en las entrevistas se mencionaron la dificultad para concentrarse, niebla mental, ansiedad y ataques de pánico, síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (TEPT)[36]. En la encuesta, los resultados son coherentes con el rol de las tareas domésticas y de cuidados como determinantes de carga adicional, que se suma a las condiciones del trabajo remunerado en salud. El cuidado no remunerado emerge como una dimensión relevante del SPC, con un gradiente dosis–respuesta entre carga doméstica percibida y SPC, mientras que la demanda "objetiva" de cuidados pierde significación al ajustar por otras variables. La reducción de la brecha cuando los varones asumen más cuidados subraya el peso de los roles de género en relación a la carga de síntomas en el SPC, patrón coherente con el conflicto trabajo-familia, que por otra parte se asocia a peor salud mental y se ve afectado por otros factores. Yuan Zhang y col. observaron que el conflicto trabajo-familia se asoció a mayor depresión en enfermería y en otras profesiones de salud, asociación que fue mayor entre trabajadores con un margen de decisión bajo[37]. En el componente cualitativo se identificaron otras consecuencias negativas de la carga de las tareas de cuidado, que recae desproporcionadamente sobre las mujeres, intensificando su agotamiento físico y emocional. Así, las dinámicas familiares y de género preexistentes, junto con una sobreocupación laboral, profundizaron la carga mental que las entrevistadas relataron sobre el manejo de la casa y la salud de sus seres queridos. Esta responsabilidad adicional, además de afectar su bienestar, las llevó a revaluar su rol en el sistema de salud y su futuro profesional, reflejando un proceso de disrupción biográfica en respuesta a la crisis sanitaria. En nuestro estudio, los resultados obtenidos permiten conjeturar que las secuelas de la pandemia en el personal de salud constituyen una expresión de las desigualdades de género, reforzada por la paradoja piramidal de género en el sector salud[14].

En el plano organizacional, las condiciones de empleo y trabajo -contratación no permanente y jornadas más extensas- se comportaron como cofactores del SPC, y convergen con lo relevado en el componente cualitativo -sobrecarga, falta de descanso, liderazgos poco contenedores y violencia institucional. La evidencia reciente vincula estas condiciones con *burnout* e intención de dejar el puesto, especialmente en enfermería[38].

A la persistencia de síntomas físicos, la pandemia sumó un legado traumático en el personal de salud: metaanálisis y cohortes longitudinales muestran síntomas persistentes de trastorno de *stress* postraumático (TEPT) y carga moral asociados a peores indicadores de salud mental y desempeño laboral, con mayor vulnerabilidad en las mujeres[39,40]. Un metaanálisis que incluyó 28 965 médicos/as de 25 países estimó una prevalencia combinada de TEPT del 18.3% durante la pandemia, con mayor riesgo en mujeres, profesionales en formación y profesionales de emergencias y medicina familiar, cifras superiores a la población general y a lo informado pre pandemia[41]. Otro metaanálisis reciente, que incluyó 119 estudios y 117 mil trabajadores/as de la salud, estimó una prevalencia mayor de TEPT, que alcanzó el 34% - de los que el 14% eran de magnitud grave, evidenciando un impacto sostenido en la salud mental del personal de salud[42]. El estudio multipaís HEROES, que incluyó 32 410 trabajadores/as de la salud en 22 países, mostró mayor distrés y depresión en trabajadoras de la salud, junto con exposición diferencial a estresores organizacionales; y que en países con mayor mortalidad por COVID-19 el distrés aumentó principalmente en mujeres, subrayando la sensibilidad a factores macrocontextuales[43].

En el componente cualitativo, varias/os participantes describieron dificultades de atención y "niebla mental", y en algunos casos consideraron dejar la profesión. Si bien en el componente cuantitativo del estudio no medimos capacidad laboral ni retención, los relatos registrados en el componente cualitativo coinciden con revisiones que documentan déficits cognitivos tras COVID-19 con impacto en retorno y desempeño laboral[44]. Asimismo, el relato de ansiedad y pánico, junto con la referencia a carga moral, integra

los conceptos de distrés moral (saber qué es correcto, pero no poder hacerlo por restricciones) y daño moral (secuelas tras eventos moralmente lesivos o "traición" institucional). Ambos fenómenos se asocian con TEPT, depresión, ansiedad y *burnout* en personal de salud, sobre todo en mujeres y en enfermería[45,46]. Desde nuestra perspectiva, esos dos fenómenos -que por otra parte pueden coexistir y retroalimentarse- podrían contribuir a explicar parcialmente la relación entre condiciones organizacionales, carga de cuidados y desenlaces psicosociales.

Por último, observamos que un mayor número de episodios de COVID-19 se asocia con mayor probabilidad de SPC, lo que es compatible con una hipótesis de exposición acumulativa. Cohortes en personal de salud y análisis poblacionales indican que las reinfecciones pueden elevar el riesgo de SPC y otros desenlaces postagudos, aunque el riesgo por evento puede ser menor que en la primera infección: en conjunto, la carga acumulada aumenta con el número de infecciones[47], lo que refuerza la importancia de estrategias de prevención específicas para el personal de salud.

Como limitaciones del estudio, podemos mencionar el punto de corte de persistencia de síntomas para SPC. Se adoptó una definición operativa amplia, basada en la persistencia de síntomas por más de un mes luego del episodio agudo, establecida al momento de elaboración del protocolo original y en continuidad con estudios previos del grupo. Aunque la decisión fue coherente con el estado del conocimiento al momento de la elaboración del protocolo y con la coexistencia de diferentes criterios temporales disponibles de la planificación, podría implicar un sesgo en el tamizaje y plantear cierta heterogeneidad con reportes alineados con las definiciones posteriores. En consecuencia, la prevalencia observada podría ser mayor que la estimada bajo criterios basados en 12 o más semanas de persistencia, y la magnitud de las asociaciones encontradas podría verse influida por la inclusión de cuadros más tempranos o transitorios. Asimismo, la disponibilidad de datos clínicos y el número de casos completos limitaron la posibilidad de evaluar modelos alternativos con carga total de síntomas o ajustes clínicos adicionales.

Por otra parte, el muestreo no probabilístico utilizado restringe la posibilidad de establecer inferencias poblacionales y limita la generalización de los resultados. Esta modalidad de reclutamiento pudo favorecer la participación de profesionales con mayor interés o sensibilización respecto de las secuelas post-COVID-19, las desigualdades de género o las condiciones laborales, así como de quienes se encontraban vinculados con las redes profesionales a través de las cuales se difundió la encuesta. En consecuencia, no puede descartarse un sesgo de selección ni una sobrerrepresentación de determinados perfiles de participantes. Además, el tamaño muestral alcanzado en la encuesta y el número de casos completos limitaron el poder estadístico para detectar diferencias ajustadas e interacciones de pequeña magnitud. En el componente cualitativo, la ausencia de canales institucionales en la estrategia de reclutamiento implicó una dificultad para conformar grupos numerosos en las entrevistas grupales, lo que puede acotar la posibilidad de obtener perspectivas colectivas y, por ende, la riqueza interpretativa del material cualitativo.

En conclusión, los resultados de este estudio son consistentes con hallazgos previos en los que observamos una mayor carga de síntomas persistentes post-COVID-19 en mujeres. Dado el diseño transversal del estudio, estos hallazgos no permiten establecer relaciones causales ni estimar prevalencias poblacionales. No obstante, la evidencia cualicuantitativa sugiere que la experiencia clínica se vincula con el contexto laboral y familiar: la inestabilidad contractual y las jornadas extensas aparecen como condiciones asociadas, mientras que la carga de cuidados percibida exhibe un gradiente asociado a mayor sintomatología. Esto permite plantear como hipótesis que la mayor afectación clínica podría estar relacionada con la intersección entre género, condiciones de empleo, y distribución desigual del trabajo doméstico y de cuidados. Estos hallazgos aportan una lectura ecosocial que enriquece la discusión de las desigualdades de género y puede orientar futuras investigaciones sobre el impacto de las condiciones laborales y domésticas en la salud y la calidad de vida del personal de salud. Aunque el estudio se centró en síntomas persistentes de COVID-19, los pa-

trones observados podrían contribuir a explorar, como línea de indagación futura, políticas y dispositivos institucionales de cuidado del personal de salud en el marco de la preparación y respuesta ante futuras pandemias.

Agradecimientos: Este trabajo fue desarrollado con el financiamiento de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo y la Innovación- Agencia I+D+i (CONVOCATORIA PICTO 2022 GÉNERO; RESOL- 2022-278-APN-DANPIDTY#ANPIDTYI). El equipo de investigación agradece al personal de salud que generosamente aceptó participar en las encuestas y las entrevistas. A Manuela Kreis, Rocío Fabio, Heraldo D´Imperio, al personal del Área de Comunicación Social del Hospital El Cruce y del Área de Investigación de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, por su compromiso y colaboración en las gestiones del proyecto.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Wulf Hanson S, Abbafati C, Aerts JG, et al. Estimated global proportions of individuals with persistent fatigue, cognitive, and respiratory symptom clusters following symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021. *JAMA* 2022; 328:1604-15.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. 2024 En: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567261/; consultado junio 2025.
3. Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, Relan P, Díaz JV. A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infect Dis* 2022; 22: e102-7.
4. Rahmati M, Udeh R, Kang J, et al. Long-Term sequelae of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of symptoms 3 years post-SARS-CoV-2 infection. *J Med Virol* 2025; 97: e70429.
5. Hill EL, Mehta HB, Sharma S, et al. Risk factors associated with post-acute sequelae of SARS-CoV-2: an N3C and NIH RECOVER study. *BMC Public Health* 2023; 23: 2103.
6. Cohen J, van der Meulen Rodgers Y. Long COVID prevalence, disability, and accommodations: Analysis across demographic groups. *J Occup Rehabil* 2024; 34: 335- 49.
7. World Health Organization. Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. 2020. En: https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who; consultado diciembre 2023.
8. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi 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.
9. 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.
10. Duff E, Pijl E, Fehr C, Gudi SK. The impact of post-COVID-19 condition on frontline healthcare workers: A scoping review. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2025: 1790795. doi: 10.1155/cjid/1790795.
11. Prazeres F, Romualdo AP, Campos Pinto I, Silva J, Oliveira AM. The impact of long COVID on quality of life and work performance among healthcare workers in Portugal. *Peer J* 2025; 13: e19089.
12. 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.
13. Tajer C, Martínez MJ, Straw C, Tajer D, Riveiro M, Antonietti L. Analysis of long COVID in health personnel: comparing gender and work factors. *Medicina (B Aires)* 2024; 84: 605-18.
14. Casullo C. Task-Force interamericano sobre liderazgo de las mujeres. El liderazgo de las mujeres en la salud de las Américas: Por una gobernanza sanitaria paritaria e inclusiva. 2024. En: http://www.oas.org/en/taskforcewomenleadership/; consultado agosto 2025.
15. 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.
16. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Encuesta nacional de uso del tiempo 2021: resultados definitivos INDEC. 1° ed. Ciudad Autónoma de

Buenos Aires: INDEC 2022. ISBN 978-950-896-624-7. En: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enut_2021_resultados_definitivos.pdf; consultado diciembre 2023.
17. East S, Laurence T, López Mourelo E. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina: Informe técnico. ONU Mujeres, Organización Internacional del Trabajo, UNFPA; 2020. En: https://www.ilo.org/es/publications/covid-19-y-la-situacion-de-las-trabajadoras-de-la-salud-en-argentina-0; consultado diciembre 2023.
18. Miller KA, Mannix R, Schmitz G, Monuteaux MC, Lee LK. Impact of COVID-19 on professional and personal responsibilities of Massachusetts physicians. *Am J Emerg Med* 2020; 38: 2365-7.
19. Mele BS, Holroyd-Leduc JM, Harasym P, et al. Healthcare workers' perception of gender and work roles during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *BMJ Open* 2021; 11: e056434.
20. Tajer D. Psicoanálisis para todxs: por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial. Buenos Aires: Topía Editorial, 2020.
21. Conway J, Bourque S, Scott J. El concepto de género. En: El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG, 2000.
22. Rubin G. El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropol* 1986; 8: 95-145.
23. Sen G, Östlin P, eds. Gender Equity in Health: The shifting frontiers of evidence and action. 1st ed. New York: Routledge; 2009. 340 p.
24. Radi B. Epistemología del asterisco: una introducción sinuosa a la Epistemología Trans*. En: Apuntes epistemológicos. Rosario: Editorial de la Universidad Nacional de Rosario, 2020.
25. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós, 2007.
26. Hennein R, Lowe S. A hybrid inductive-abductive analysis of health workers' experiences and wellbeing during the COVID-19 pandemic in the United States. *PLoS One* 2020; 15: e0240646.
27. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-6.
28. ISARIC. International severe acute respiratory and emerging infection consortium. En: https://isaric.org/; consultado junio 2022.
29. Chaz Sardi MC, 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 Publica 2023; 15: e89. En: https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/802; consultado diciembre 2023.
30. Posit. En: https://www.posit.co/; consultado diciembre 2025.
31. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77-101.
32. Fernández AM. Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades. 2a ed. Buenos Aires: Biblos, 2008.
33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349-57.
34. Anderson E, Hunt K, Wild C, Nettleton S, Ziebland S, MacLean A. Episodic disability and adjustments for work: the 'rehabilitative work' of returning to employment with Long Covid. *Disabil Soc* 2025; 40: 1239- 61.
35. Al-Oraibi A, Martin CA, Woolf K, et al. Prevalence of and factors associated with long COVID among diverse healthcare workers in the UK: a cross-sectional analysis of a nationwide study (UK-REACH). *BMJ Open* 2025;15: e086578.
36. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.
37. Zhang Y, Dugan AG, El Ghaziri M, Siddique S, Punnet L. Work-family conflict and depression among healthcare workers: The role of sleep and decision latitude. *Workplace Health Saf* 2023; 71: 195- 205.
38. Li LZ, Yang P, Singer SJ. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open 2024; 7: e2443059.
39. Lavell AHA, Sikkens JJ, Buis DTP, et al. Mental health of health care workers during and after the COVID-19 pandemic - A longitudinal cohort study. *PLoS Ment Health* 2025; 2: e0000333.
40. Maunder RG, Heeney ND, Jeffs LP, Wiesenfeld LA, Hunter JJ. A longitudinal study of hospital workers' mental health from fall 2020 to the end of the COVID-19 pandemic in 2023. *Sci Rep* 2024; 14: 26137.
41. Kamra M, Dhaliwal S, Li W, et al. Physician posttraumatic stress disorder during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2024; 7: e2423316.

42. Andhavarapu S, Yardi I, Bzhilyanskaya V, et al. Post-traumatic stress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2022; 317: 114890.
43. Czepiel D, McCormack C, Da Silva ATC, et al. Inequality on the frontline: A multi-country study on gender differences in mental health among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Camb Prisms Glob Ment Health* 2024; 11: e34.
44. Ottiger M, Poppele I, Sperling N, Schlesinger T, Müller K. Work ability and return-to-work of patients with post-COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2024; 24: 1811.
45. Jafari M, Nassehi A, Jafari J, Jafari-Oori M. Severity and associated factors of moral injury in healthcare workers during the coronavirus pandemic: a comprehensive meta-analysis. *Arch Public Health* 2025; 83: 37.
46. Coimbra BM, Zylberstajn C, van Zuiden M, et al. Moral injury and mental health among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: meta-analysis. *Eur J Psychotraumatology* 2023; 15: 2299659.
47. Bowe B, Xie Y, Al-Aly Z. Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection. *Nat Med* 2022; 28: 2398-405.