



# RESPUESTA DE ENFERMERIA A LA PANDEMIA COVID-19 EN BOLIVIA

## RESPONSE TO THE COVID-19 PANDEMIC IN BOLIVIA

Daisy S. García, Ph.D. <sup>1</sup>  
Jennifer Fricas, Ph.D. <sup>2</sup>  
Miriam Vargas-Vargas, M.Sc.<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** Durante la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud en el mundo, particularmente en países de ingresos medianos-bajos como Bolivia, enfrentaron el desafío de preparar al personal para responder incidentes de salud de esta escala. El objetivo fue evaluar la familiaridad auto informada de las enfermeras bolivianas sobre su preparación y el apoyo recibido durante la pandemia.

**Material y métodos.** Se completó de forma remota una encuesta transversal en 2020. Después de completar la estadística descriptiva, se correlacionaron las variables demográficas con las percepciones de los participantes asociado al riesgo percibido, la experiencia laboral, y la familiaridad con los procedimientos de contingencia a seguir durante incidentes de salud.

**Resultados.** De las 174 enfermeras que participaron en este estudio, el 47% tenía grado de maestría, y sólo el 13,4% desempeñaba funciones de liderazgo. El 25% no estaban familiarizados con la evaluación rápida de clientes sospechosos de COVID-19, el 33% no recibió capacitación en este procedimiento, y el 74% informó observar ansiedad en sus colegas acerca de infectarse mientras cuidaban a los pacientes. Y sólo un 24% informó que su lugar de trabajo contaba con personal adicional cuando el personal contrajo la infección por COVID-19.

**Conclusiones.** Existe una necesidad urgente de apoyar a las enfermeras estructural, física y emocionalmente para mejorar su preparación para responder a incidentes de salud como una pandemia, así como embarcar en estudios futuros para explorar los factores que impiden su capacitación oportuna y los criterios de asignación de roles a enfermeras con educación avanzada.

**Palabras Claves:** Enfermería, preparación, COVID-19 pandemia, países de ingresos medios-bajos, incidentes de salud.

<sup>1</sup>Profesora Asistente Clínica, College of Nursing, Seattle University, Seattle, Washington, USA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7493-3370>

<sup>2</sup>Profesora Asistente, College of Nursing, Seattle University, Seattle, Washington, USA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6957-3689>

<sup>3</sup>Profesora, Universidad Juan Misael Saracho, Tarija, Bolivia

Correspondencia a: Daisy S. Garcia, College of Nursing, Seattle University, 901 12th Avenue, P.O. Box 222000, Seattle, WA 98122-1090, USA. Cell: 1-425-274-5445. Email: [garciad@seattleu.edu](mailto:garciad@seattleu.edu)

**Recibido:** 13 de mayo de 2024      **Aceptado:** 27 de mayo de 2024



## ABSTRACT

**Introduction.** During the COVID-19 pandemic, health systems around the world, particularly in lower-middle-income countries like Bolivia, faced the challenge of preparing staff to respond to health incidents of this scale. The objective was to evaluate Bolivian nurses' self-reported familiarity with their preparation and support received during the pandemic.

**Material and methods.** A cross-sectional survey was completed remotely in 2020. After completing descriptive statistics, demographic variables were correlated with participants' perceptions associated with perceived risk, work experience, and familiarity with contingency procedures to follow during incidents of health.

**Results.** Of the 174 nurses who participated in this study, 47% had a master's degree, and only 13.4% were in leadership roles. Twenty five percent of the nurses were not familiar with the rapid evaluation of suspected clients with COVID-19, 33% did not receive training on this skill, and 74% reported observing anxiety in their colleagues about becoming infected while caring for patients/clients. Only 24% of the participants reported that their place of work had additional staff when staff contracted the COVID-19 infection.

**Conclusions.** There is an urgent need to support nurses structurally, physically, and emotionally to improve their preparation to respond health incidents such as a pandemic as well as to embark on future studies to explore factors preventing timely training nurses and the criteria of role assignments to nurses with advanced education.

**Key words:** Nursing, preparedness, COVID-19 pandemic, lower-middle-income countries, health incidents.

---

## INTRODUCCIÓN

En mayo de 2023, 3 años después de que el COVID-19 (Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2, SARS-CoV-2) fue proclamado como pandemia, la Organización Mundial de la Salud declaró su fin a esta emergencia global.<sup>(1)</sup> El curso sin precedentes de esta emergencia fue afectada por varios factores, como el comportamiento humano, la biología, la economía y la geopolítica.<sup>(2)</sup> A consecuencia de esto, países de ingresos-bajos e ingresos medios-bajos como el Estado Plurinacional de Bolivia (Bolivia), interrumpieron en un 24% servicios rutinarios de salud a sus habitantes en comparación con el 12% en países de altos ingresos.<sup>(1)</sup> El actual periodo transicional postpandemia representa desafíos,

pero también oportunidades para diseñar sistemas de salud preparados y resilientes para el futuro basados en lecciones aprendidas durante el COVID-19. El entrenamiento anticipado al personal de salud y en particular al personal de enfermería y la provisión de recursos para responder contingencias como la reciente pandemia debe ser una prioridad. Generalmente, las enfermeras (en este estudio, “enfermera(s)” se utiliza como término neutral en cuanto a género) son personal de primera línea—personal clave dentro del sistema de salud de un país<sup>(3)</sup>—que responde a contingencias. Este personal es experto en informar al público sobre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en guiar

a las personas sobre los recursos disponibles, en apoyar la gestión de la atención basada en la evidencia, en liderizar iniciativas de reducción de infecciones, y en disminuir o abordar los mitos y/o la difusión de información errónea relacionada a condiciones amenazantes para la salud.<sup>(3)</sup>

En comparación a la literatura existente sobre la preparación y disposición de las enfermeras para responder a los desastres naturales o provocados por los humanos,<sup>(4, 5)</sup> estudios relacionados con la preparación y experiencia profesional de este personal durante el COVID-19 ascendieron progresiva y considerablemente en todo el mundo. Entre ellos, se tiene al estudio transversal de la República de China, que evaluó factores asociados con la participación limitada de enfermeras en el cuidado de pacientes/clientes con COVID-19. Este estudio reportó percepciones positivas fundamentales para la disposición de enfermeras al trabajar con pacientes con COVID-19, fueron las asociadas con beneficios laborales como los días de enfermedad pagadas, y el aumento de capacitación previa a desastres.<sup>(3)</sup> Otro estudio, identificó que en las unidades de cuidados no críticos, donde no se realizan procedimientos invasivos, como ventilación mecánica, el puntaje de estrés y trauma psicológico de las enfermeras que brindaron atención a pacientes con COVID-19 fueron significativamente elevados en comparación con los de las enfermeras en unidades de cuidados críticos. Este estudio recomienda una capacitación urgente de enfermeras de planta para satisfacer la demanda en unidades de cuidados críticos.<sup>(6)</sup> En Brasil se realizó un estudio con el objetivo de entender el papel de las enfermeras dentro de los “Sistemas Unificados de Salud (SUSs)” creado para asistir pacientes con COVID-19; a través de diálogos grupales, se identificó dos temas principales: la desvalorización de las enfermeras y la importancia de la integración docente-asistencial para

entrenarlas como un personal proactivo, con conocimiento sólido para enfrentar la pandemia y ser parte del liderazgo de los SUSs.<sup>(7)</sup> Un tema común entre estos estudios es la importancia de aumentar el nivel de preparación de las enfermeras para enfrentar incidentes de salud. Desafortunadamente nuestra revisión bibliográfica no identificó reportes de investigación relacionados a enfermería y el COVID-19 en Bolivia.

Este estudio nacional se completó en la etapa aguda de la pandemia bajo la presunción de que la información obtenida basado en evidencia empodera a las enfermeras para ser parte de cambios de políticas de salud en tiempos de emergencia.

Por lo tanto, este estudio exploró la familiaridad auto informada de la preparación de enfermeras para responder la pandemia, incluyendo sus percepciones de riesgo y del apoyo recibido durante la pandemia.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Este estudio transversal fue exento por el Comité de Revisión Institucional (IRB, sus siglas en Ingles) de la Universidad de Seattle, Estados Unidos de América, en cumplimiento con la Regulación Federal 45CFR46.104 para investigaciones; y fue completado online en mayo y junio del 2020. Para la recolección de datos, se utilizó el cuestionario modificado en base a dos instrumentos con permiso de los autores: a) el Cuestionario de Información sobre Preparación (EPIQ, sus siglas en Ingles)<sup>(8)</sup> que evalúa el nivel de familiaridad de las enfermeras para responder a eventos de emergencia de gran escala, y b) el Cuestionario de Evaluación Rápida, diseñado en base al Reglamento Internacional de Salud que requiere que los países desarrollen e implementen planes de preparación y respuesta en caso de

amenazas para la salud pública de interés internacional.<sup>(9)</sup> El cuestionario modificado con 63 ítems, incluyó preguntas de tipo Likert y selección múltiple, el cual permitió coleccionar datos demográficos, de la situación del COVID19 en el lugar de trabajo de los participantes, e información acerca de medidas preventivas de contagio, incluyendo sistemas de comunicación y disponibilidad de recursos y personal. Con el objetivo de asegurar la traducción confiable del cuestionario, éste fue piloteado con un grupo de enfermeras (N =12) con características similares a los potenciales participantes del estudio. El pilotaje ayudó a revisar la sintaxis de las preguntas, eliminar preguntas redundantes y a definir el tiempo de duración de la encuesta (el cuestionario está disponible a solicitud).

Usando la plataforma QualtricsXM online, la encuesta fue compartida a través de enlaces electrónicos (Facebook, Twitter, correo electrónico y sitios web de organizaciones profesionales y educativas). El consentimiento y criterios de inclusión/exclusión de los participantes se obtuvo mediante preguntas en la página de introducción del cuestionario. El muestreo fue intencional, dirigida a enfermeras profesionales (licenciadas o con nivel alto de educación), con antigüedad de trabajo de por lo menos 1 año, ya sea como personal (ofreciendo atención directa) o en posiciones de liderazgo. Usando el efecto multiplicador de muestreo, el reclutamiento de participantes a través del país fue facilitado por el Colegio de Enfermera/os de Bolivia (CEB) y enfermeras de hospitales, redes de salud, y educadores de enfermería.

Los resultados del estudio se analizaron usando SPSS 19 (IBM, 2010). En este análisis, solo encuestas completas fueron incluidas, ya que las incompletas tenían más del 65% de datos faltantes. Se realizó la estadística descriptiva de las características demográficas de los participantes

(Table 1). Las variables categóricas fueron descritas usando frecuencias, porcentajes, y tablas pivote para realizar comparaciones e identificar patrones y tendencias. El análisis de las variables continuas incluye la media ( $\bar{X}$ ), desviación standard (DS), y moda (Mo). Los datos de las preguntas abiertas fueron analizados inductivamente identificando patrones y relaciones, y agrupándolos temáticamente. Se reportan hallazgos sobresalientes de este análisis cualitativo en la siguiente sección.

Para el análisis se consideró responder a las siguientes preguntas: 1) ¿Cuál es el nivel de familiaridad auto informado de las enfermeras con respecto a su preparación para responder emergencias de salud como el COVID-19?, 2) ¿Existen asociaciones entre los factores de riesgo percibidos de los participantes y su efecto sobre su rol para responder a la pandemia?, 3) ¿Hay diferencias en cómo las enfermeras perciben el apoyo institucional para responder la pandemia entre las diferentes regiones de Bolivia?

## RESULTADOS

De las 289 encuestas que se obtuvo, se excluyeron 115 encuestas incompletas. A pesar de que no todos los departamentos (regiones) (9 en total, en lo sucesivo identificados por sus nombres) tuvieron un número representativo de respuestas anticipadas (30 por departamento), 174 encuestas fueron incluidos en el análisis ( $\bar{X}$  =19, Mín. 2 y Máx. 51). Santa Cruz, Potosí, y Chuquisaca, tuvieron una mayor participación, comparado con el resto de las regiones. La edad de los participantes fluctuó entre los 36 y 50 años. El 57,5 % identificó su ascendencia como mestizo/a, el 24,7 % como Quechua, el 9,8 % como Aymara, y el 2,3 % como Guaraní u otro. El 57 % desempeñaban funciones como enfermeras de unidad y el 28 % de liderazgo. Sin embargo, 66,8

% de los participantes tenían educación de posgrado (47,1 % tenían maestría, 8,2 % tenían especialidad, un 11,5 % eran diplomadas). Relacionado al lugar de trabajo, el 52,9 % trabajaban en hospitales y 41,4 % en redes de salud/clínicas en la comunidad del Estado, y el resto en organizaciones no gubernamentales (Tabla 1).

**Preparación para Responder la Pandemia.** Cinco procedimientos básicos de preparación para responder una pandemia fueron incluidos en el cuestionario: descontaminación, cuarentena, valoración de salud mental (SM) y física rápida, y habilidades de delegación de tareas a voluntarios (por ejemplo, a estudiantes, familiares). Los resultados revelaron que el 55 % de los participantes estaban muy familiarizados con procedimientos de descontaminación (en una escala Likert de 3 puntos,  $\bar{X} = 2,38$ ;  $SD = 0,77$ ;  $Mo = 3$ ) y solo un 35 % estaban muy familiarizados con procedimientos de cuarentena ( $\bar{X} = 1,97$ ;  $SD = 0,8$ ;  $Mo = 1$ ). A pesar de que los encuestados estaban moderadamente o muy familiarizados para realizar una rápida valoración física a clientes sospechosos o confirmados con COVID-19 (41 % y 31 %, respectivamente,  $\bar{X} = 2,03$ ;  $SD = 0,77$ ;  $Mo = 2$ ), un 48 % respondió tener poca familiaridad para realizar valoración rápida de SM ( $\bar{X} = 1,75$ ;  $SD = 0,78$ ;  $Mo = 1$ ), y otro 48 % no estaba familiarizado con qué tareas se debían delegar a voluntarios en una pandemia ( $\bar{X} = 1,87$ ;  $SD = 0,89$ ;  $Mo = 1$ ) (Figura 1). Los resultados también revelaron que los participantes con grado de diplomado y maestría tenían poca familiaridad para realizar valoración rápida de SM (50 % y 48,5 %, respectivamente) comparado con los que poseían grado de licenciatura (41,8 %) o especialidad (41,7 %). En cuanto a las habilidades de delegar actividades a voluntarios, el 45,6 % de los participantes con maestría respondieron estar muy familiarizados con esta habilidad comparado

con el resto de los participantes (licenciadas/os 25 %, diplomado/as 27,8 %, especialidad 25 %).

**Efecto de Factores de Riesgo en el Desempeño de Funciones.** En la mayoría de los departamentos ( $n = 8$ ), las respuestas positivas a la pregunta con relación a la *preocupación que tenían por su seguridad (física o mental) o por la del personal o colegas*, fluctuaron entre 16,4 % y 44 %. Pando obtuvo el más alto porcentaje de respuestas positivas (66,7 %) y más del 50 % de las enfermeras en cada nivel de educación respondieron positivamente a esta pregunta (licenciadas 58,7 %, diplomadas 61,2 %, especializadas 92,3 %, maestradas 65,4 %). En contraste, según los años de trabajo y edad, se vio un incremento de las respuestas negativas a esta pregunta a medida que aumentaba la edad del participante (1-5 años 6,7 %; 6-16 años 60,9 %; 17-26 años 67,9 %, 27-36 años 68 %, y 37+ años 71,4 %).

Con respecto al *nivel de ansiedad que los participantes percibieron en el personal o colegas de infectarse mientras cuidaban a clientes con COVID-19*, el 61,9 % respondió estar muy ansioso/a, 31 % expresó moderada ansiedad, y solo el 7 % reportó no tener ansiedad. No se obtuvo ninguna diferencia estadística significativa entre factores de *riesgo percibidos* y el efecto de estos en su *desempeño laboral* cuando aplicamos la prueba  $X^2$  en estas variables. Sin embargo, el análisis cruzado entre las variables de *preocupación* relacionado a la existencia de problemas de seguridad (físico o mental) para ellos mismos o colegas y la ausencia de este personal sin justificación a sus puestos de trabajo, reveló que el 31,5 % de los encuestados estaban preocupados por su seguridad y no fueron a trabajar, un 35,8 % fueron a trabajar y un 42,3 % no estaban seguros de sus observaciones (Table 2).

Los participantes, también describieron pensamientos adicionales sobre efectos

potenciales del COVID-19 en ellos, en sus colegas, u otro personal. Tres temas se identificaron de sus respuestas: 1) *miedo* a contagiarse, a contagiar a su familia, y a “re-infectarse” a pesar de estar vacunadas/os. Los participantes expresaron que “no había buena ventilación en las unidades” y que las largas horas de trabajo con mascara facial hacía que se sintieran “sofocadas,” “que no podían respirar bien,” llevándolas a un nivel alto de “agotamiento” mientras ofrecían cuidado a los pacientes; 2) *ansiedad* relacionado a la “impotencia e incertidumbre” por la falta de apoyo institucional con materiales, personal adicional, y condiciones de trabajo como las descritas en el tema 1; y 3) *comportamiento administrativo centrado en resultados*, observado específicamente en el personal en cargos de dirección. Una de las participantes expresó: “...las autoridades se enfocan en “números” de vacunados y casos atendidos y no en la calidad de [atención],” otro participante manifestó que “que no se cuida a los cuidadores” y que “...[nos]sentimos desamparadas y desprotegidas, sentimos que las autoridades no apoyan a [brindar] una atención integral al paciente.”

**Apoyo para Responder la Pandemia.** Con relación a la pregunta asociada a si disponían *materiales de protección para el personal, el paciente y los visitantes (por ejemplo, materiales de higiene, saneamiento, y de protección: máscaras, guantes, protectores oculares y batas)*, más del 50 % de los encuestados de La Paz, Beni, y Pando respondieron negativamente. Las respuestas fueron positivas en el resto de los departamentos fluctuando entre 43 % y 67 %, con excepción de los encuestados de Tarija y Cochabamba que coincidieron en responder positivamente en un 100% (Figura 2A). En relación al *apoyo de personal adicional en caso de emergencia, cuarentena, o cierre de su*

*unidad/hospital* (por ejemplo, si el personal se aislaba o enfermaba), los participantes de Cochabamba, Potosí, y La paz, respondieron no tener este apoyo en un 80 %, 73,5 %, y 72,2 %, respectivamente. El apoyo recibido en el resto de los departamentos fluctuó entre 42,9 % y 57,2 % (Figure 2B). Con respecto a la disponibilidad de protocolos para controlar el estrés, 78,7 % de todos los encuestados no gozaban de ese servicio, y 51,1 % respondió negativamente a la pregunta de que si su unidad disponía protocolos de apoyo psicológico para compartir con el personal no especializado. Con relación al transporte en caso de emergencia, cierre o cuarentena para llegar a su lugar de trabajo, el 40,8 % confiaron y usaron su transporte personal (40,8 %) y solo un 27 % de las instituciones ofrecieron apoyo de transporte. Para compartir información urgente con el personal, los usuarios, familiares, y visitas; los encuestados usaron principalmente el mensajero WhatsApp vía teléfonos inteligentes (I-Phone) y los teléfonos disponibles en sus unidades. El correo electrónico (e-mails) y otras formas de comunicación (como persona a persona) fueron los menos utilizados (Figure 3). Un importante hallazgo fue que un 59,2 % (n=103) de los participantes reportaron que sus unidades tenían una persona asignada como responsable de recopilar y compartir información actualizada sobre recomendaciones de salud y protocolos a utilizar, comparado con el 29,3 % (n=51) que indicó no tener dicha persona, y un 11,5 % (n = 20) no tenía conocimiento de la existencia de este personal.

Dos temas surgieron de los comentarios que ofrecieron los participantes relacionado al apoyo que recibieron para responder la pandemia: 1) la *falta de socialización de los protocolos*, especificando los pasos de cuidado a seguir en todas las fases y procesos que los usuarios sospechosos (como ser, “proceso de seguimiento de contactos”) o infectados con COVID-19

atravesaban, y 2) la *ausencia de inclusión* de las enfermeras para revisar, elaborar o adaptar las guías generales emanadas del Ministerio de Salud para su aplicabilidad en sus unidades. Por ejemplo, un grupo de enfermeras expresaron que a pesar de las “propuestas de normas” que ellas ofrecieron basado en su experiencia, las guías gubernamentales, y la literatura extranjera, estos “quedaron en papeles,” es decir que nunca fueron tomados en cuenta para adoptarlas. Adicionalmente, los participantes citaron reiterativamente la falta de entrenamiento continuo, de personal, del seguimiento de secuelas, de materiales y estructura física, y la no intervención al rechazo de la comunidad a vacunarse por la “poca creencia” de su efectividad. Áreas donde sintieron que se necesitaba apoyo para responder la pandemia efectivamente desde su unidad de trabajo.

## DISCUSIÓN

En varias variables de este estudio los resultados son similares a hallazgos de estudios previos asociados al nivel de familiaridad de preparación de las enfermeras para responder incidentes de salud en países de ingresos medios-bajos como Bolivia.<sup>(6, 7, 10)</sup> En una revisión sistemática de países en desarrollo, las percepciones de enfermeras en países del continente asiático en relación a su preparación para responder incidentes de salud o de desastres, osciló entre un nivel bajo o pobre y moderado, particularmente en procedimientos y protocolos a seguir en el cuidado de pacientes infectados con COVID-19.<sup>(10)</sup> Sin embargo, el presente estudio reveló resultados únicos, por ejemplo, un porcentaje significativo de los participantes poseían títulos de postgrado (66,8 %) y un 29,9% grado de licenciatura, sin embargo sólo un tercio de estos profesionales reportaron liderizar el cuidado de

pacientes afectados por el COVID-19. Aunque el nivel de grado académico no es equivalente al nivel o calidad de liderazgo de un profesional, este hallazgo es singular, ya que la experiencia laboral, la educación, y la edad (>30 años) son reiterativamente citados en la literatura como factores contribuyentes al liderazgo.<sup>(11)</sup> Desafortunadamente, estos profesionales perdieron una oportunidad única de experimentar como era liderar durante la pandemia y beneficiarse de las lecciones aprendidas. Por ejemplo, a guiar al personal a manejar efectivamente el tiempo insuficiente debido al cambio constante de rutinas de cuidado en emergencias, a crear sistemas de soporte para la inseguridad física y psicológica que afectó el bienestar de los profesionales;<sup>(12)</sup> y a delegar actividades de manera efectiva a los voluntarios, para lo cual estos profesionales con se autoidentificaron estar preparados para ello. Otro hallazgo singular, es la baja familiaridad de estos profesionales de educación avanzada con la valoración rápida de SM a clientes atravesando crisis de salud. Esto muestra una urgente necesidad de entrenamiento continuo mediante simulacros de desastre y práctica frecuente incorporados a la educación en servicio, así como también mediante la integración de este contenido al currículo de formación de enfermeras en todos sus niveles.<sup>(10)</sup>

A pesar de que no se encontró correlación significativa entre los factores de riesgo percibidos y el efecto sobre el role de los participantes para responder a la pandemia, un tercio de ellos por el riesgo de infectarse, no fueron a trabajar; esto pudo haber afectado de alguna manera al desempeño del profesional de enfermería en su conjunto. Además, la falta de procedimientos de apoyo psicológico, de transporte, de protocolos de cuidado, y de personal adicional sin un sistema motivacional laboral, como ser, el pago de horas extra de trabajo

y entrenamiento oportuno,<sup>(3)</sup> puso a las enfermeras en desventaja en comparación a otros profesionales. In adición, las enfermeras enfrentaron comportamientos de indiferencia del personal con más influencia (los directivos) para incluir sus voces traducidas en propuestas de procedimientos a seguir en lo que ellas saben hacer: cuidar a los clientes, familias, y grupos en diferentes ambientes en un marco holístico. Esto no sólo truncó su rol innovador sino la oportunidad de coordinar y liderizar junto al equipo multidisciplinario la atención a clientes con COVID-19.

Hubo las siguientes limitaciones en este estudio: a) el acceso interrumpido e inestable de la línea de internet en regiones remotas del país, hizo que los participantes reiniciaran o no completaran las encuestas, b) la mayoría de los participantes fueron de ciudades metropolitanas (La Paz, Cochabamba, y Santa Cruz), haciendo que la muestra no sea representativo de las 9 regiones del país, esto afecta la generalizabilidad de los resultados del estudio; c) el número de preguntas (n = 63), a pesar del pilotaje realizado, pudo haber contribuido a tener un alto porcentaje de encuestas incompletas; y d) el proceso pausado de esta investigación internacional colaborativa voluntaria, debido a la traducción de materiales y artículos usados, impidió compartir los resultados del estudio durante el momento crítico de la pandemia de COVID-19 lo cual creemos que hubiera sido de gran beneficio para las/os participantes.

Este estudio, es uno de los primeros en este tópico en Bolivia. Sin embargo, futuras investigaciones incluyendo metodologías mixtas y tomando en cuenta el contexto socioeconómico y político del país son necesarias para expandir el entendimiento e identificación de las necesidades reales de preparación de las enfermeras para responder efectivamente emergencias de salud. La

inclusión de educadores, administradores, particularmente estatales, y miembros de organizaciones profesionales en estos estudios puede impulsar la revisión de normas y políticas locales o nacionales que tienen que ver con el role y responsabilidades de las enfermeras en situaciones de emergencia de salud. Un rol que debe situar a la enfermera como personal clave, trabajando interprofesionalmente con el equipo asistencial, y aportando experiencia y conocimientos para lograr proyectos de atención de salud sostenibles.

A consecuencia de la inversión en la salud pública durante la pandemia, en 2019, países de ingresos medios-bajos como Bolivia, interrumpieron el primer nivel de atención a la población, y el índice de cobertura retrocede a un ritmo lento. A finales de 2021, solo el 51,6% de la población boliviana recibió el esquema completo de vacunación para el COVID-19.<sup>(13)</sup> Como personal de primera línea, las enfermeras no sólo pueden contribuir a prevenir, mitigar, responder, y actuar en la recuperación pronta de personas afectadas en una emergencia de salud de gran escala, sino también a la regresión rápida de índices de atención primaria. Lo cual, puede ayudar a alcanzar la meta de salud y bien estar de los Bolivianos, que son parte de los objetivos globales u Objetivos de Desarrollo Sostenible.<sup>(14)</sup>

## **AGRADECIMIENTO**

Este estudio fue completado pese a las limitaciones que tuvieron los participantes para conectarse vía internet durante el COVID-19 pandemia. Los autores quieren destacar la colaboración de los miembros del Colegio de Enfermera/os de Bolivia y a sus afiliadas en todo el país por asistir en reclutar participantes para el estudio.



**Tabla 1. Características Sociodemográficas de la Muestra (N = 174)**

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
Edad en años: De 18 – 25	8 (4.6)
26 – 35	44 (25.3)
36 – 45	53 (30.5)
35 – 50	69 (39.7)
Etnicidad:	
Quechua descendiente	43 (24.7)
Aimara descendiente	17 (9.8)
Mestizo	100 (57.5)
Guaraní	4 (2.3)
Otro	10 (5.7)
Años trabajando	
1 - 5	37 (21)
6 - 16	72 (41)
17- 26	30 (17)
27- 36	28 (16)
37+	7 (4)
Posición	
Supervisora u otro alto cargo	52 (28)
Enfermera/o de planta	106 (57)
Docente/Instructor	16 (9)
Otro	12 (6)
Educación	
Especialidad	16 (8.2)
Diplomado	20 (11.5)
Licenciatura	52 (29.9)
Master	82 (47.1)
Otro	4 (2.3)
Área/unidad donde trabaja	
Comunidad-Redes de Salud	72 (41.4)
Hospital	92 (52.9)
Clínica Privada	3 (1.7)
ONG*	1 (0.6)
Otro	6 (3.4)
Departamento (región)	
La Paz	20 (12)
Cochabamba	6 (3)
Oruro	6 (3)
Santa Cruz	51 (54)
Potosí	36 (21)
Chuquisaca	26 (15)
Tarija	17 (17)
Beni	2 (1)
Pando	7 (4)

\*ONG = Organization no gubernamental

**Tabla 2. Preocupación por la seguridad y asistencia al trabajo (N=155)**

		Preocupación por la seguridad		
		SI n (%)	NO n (%)	Total
<b>Asistencia al trabajo</b>	NO	24 (31,5)	52 (68,4)	76
	SI	19 (35,8)	34 (64,2)	53
	No estaban seguros	11 (42,3)	15 (57,7)	26
<b>Total</b>		54 (34,8)	101(65,2)	155

Datos perdidos: 19 (10%)

**Figura 1. Nivel de Familiaridad de Procedimientos (% y n)  
(N = 174)**

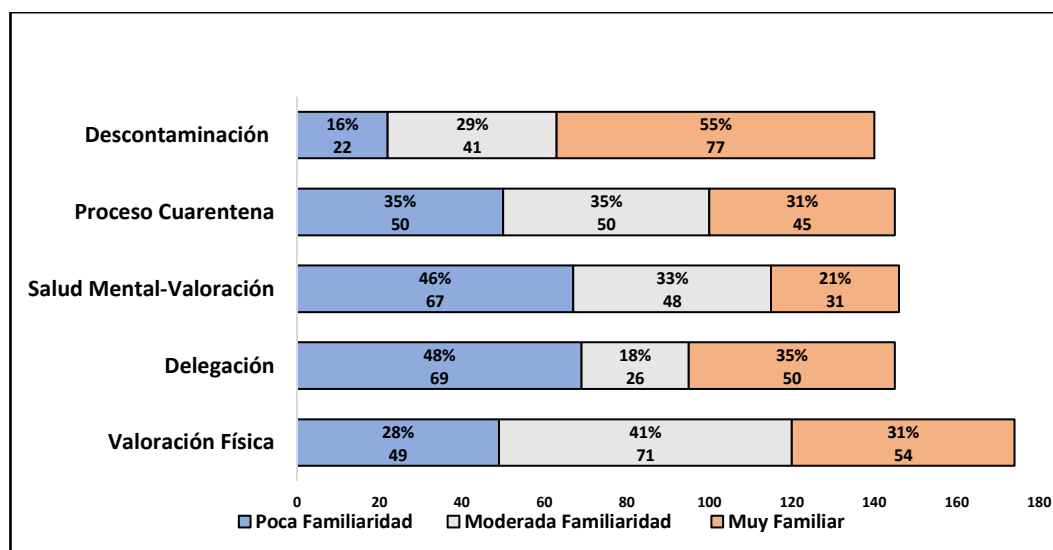


Figura 2. A. Apoyo con personal adicional por departamento (%) (N = 148)

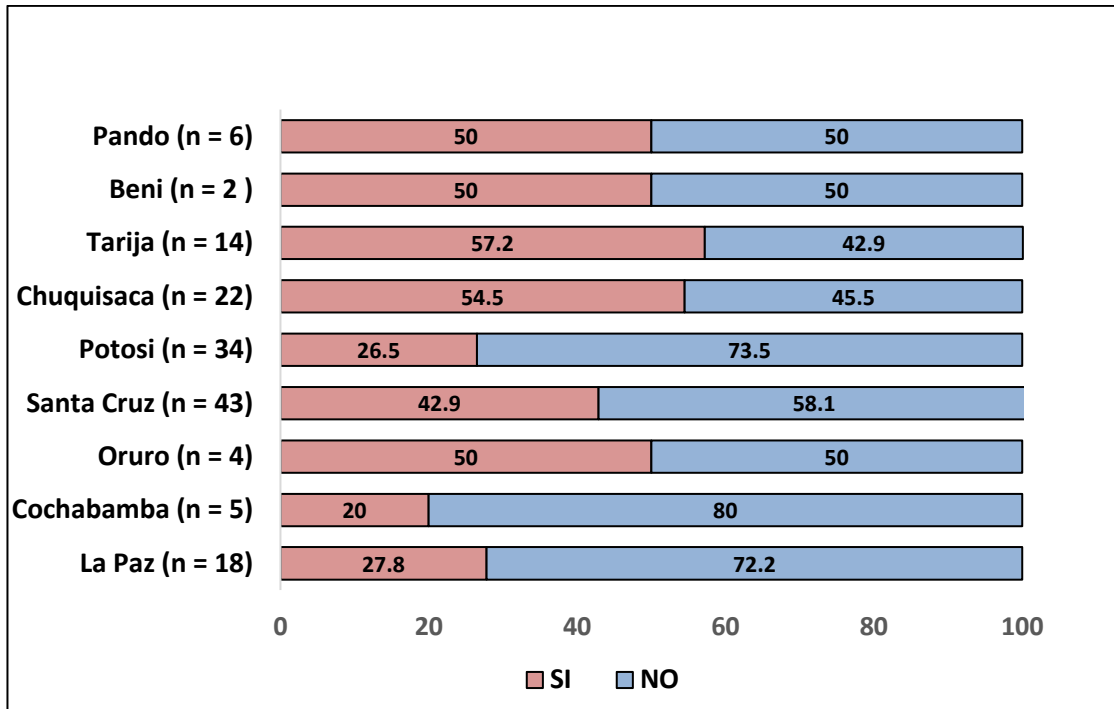
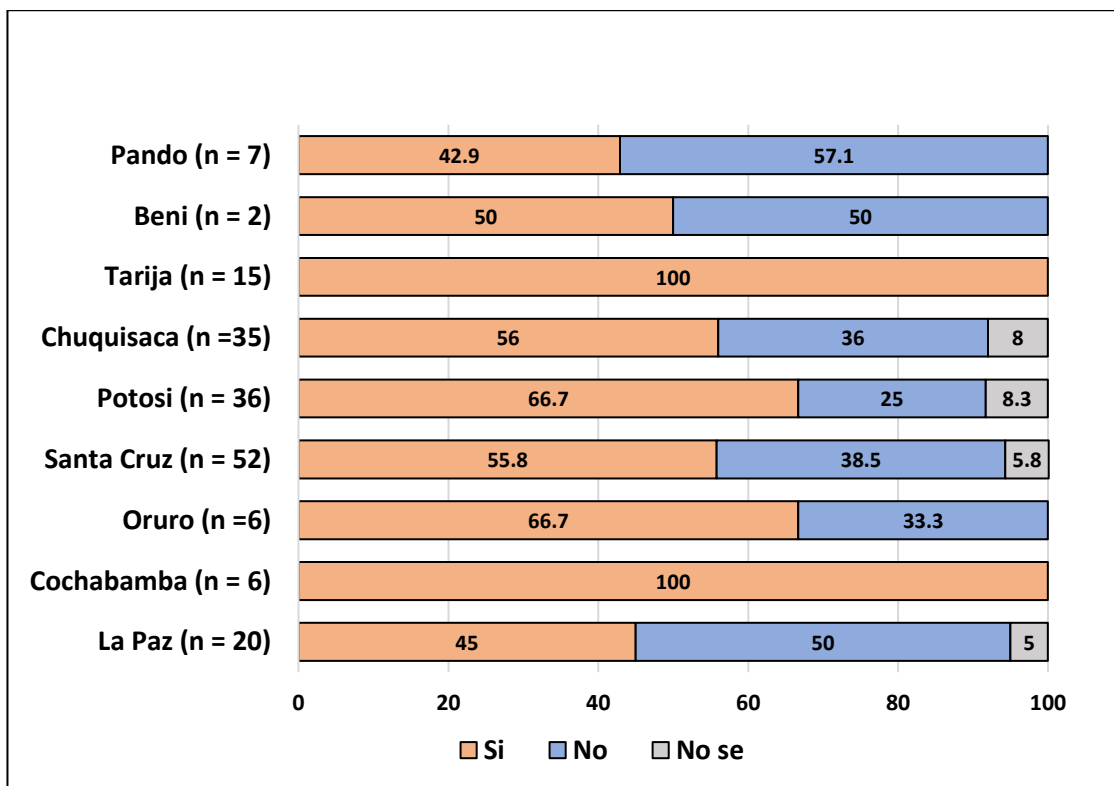
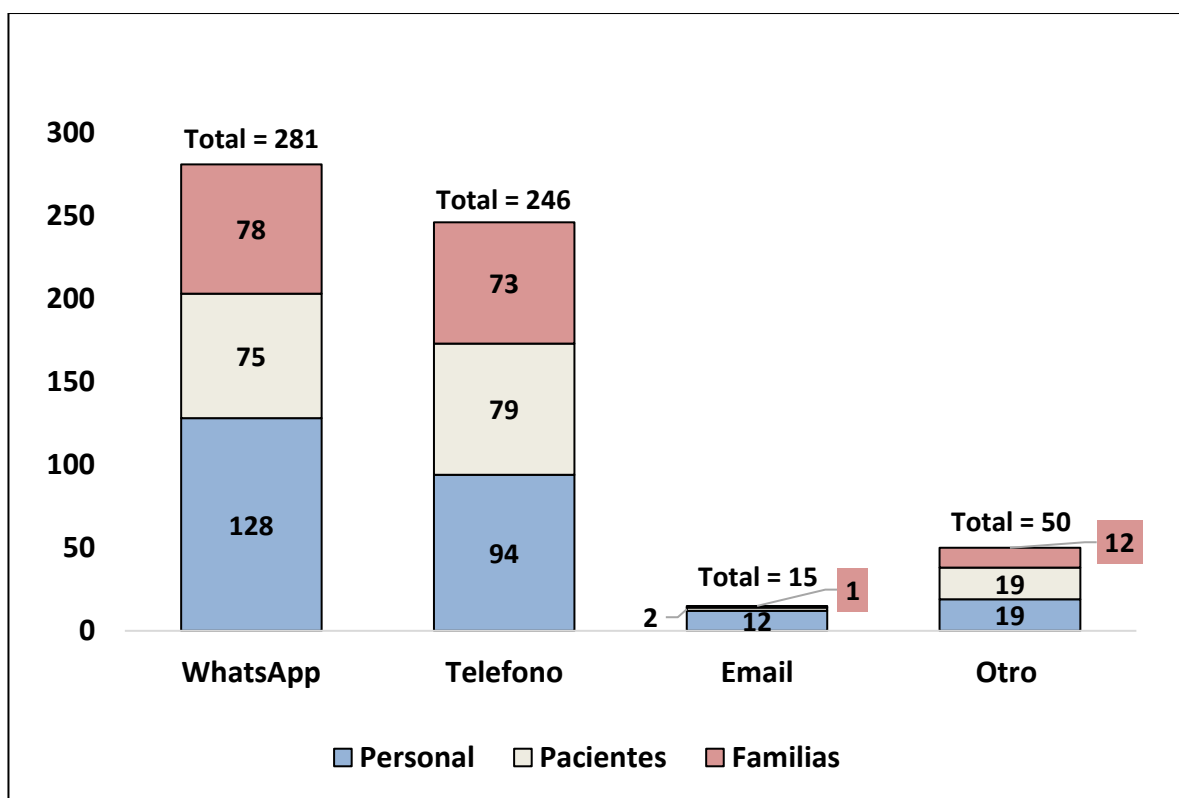


Figura 2. B. Percepción sobre la disponibilidad de material por departamento (%) (N = 169)



**Figura 3. Medios de comunicación para información urgente (#)**  
(n=varía, podían elegir más de una opción)



## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023 [Cuarta ronda de la encuesta de pulso mundial sobre la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19: Noviembre de 2022 a Enero de 2023] 2023. Accedido en Julio 2023. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2023.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2023.1)
2. Subramaniam A, Moser M, Whyte-Clarkson S, Sharp D, Brown A, Huynh M, et al. COVID-19 ICU preparedness – A community-owned not-forprofit hospital experience. Australian Nursing and Midwifery Journal. January-March 2021;27(2):18-21.
3. Wu B, Zhao Y, Xu D, Wang Y, Niu N, Zhang M, et al. Factors associated with nurses' willingness to participate in care of patients with COVID-19: A survey in China [Factores asociados con la disposición de las enfermeras a participar en el cuidado de pacientes con COVID-19: Una encuesta en China]. Journal of Nursing Management. 2020;28(7):1704-12.
4. Wisniewski R, Dennik-Champion G, Peltier J. Emergency preparedness competencies: Assessing nurses' educational needs [Competencias de preparación para emergencias: Evaluación de las necesidades educativas de las enfermeras]. Journal of

- Nursing Administration. 2004 Oct;4(10):475-80.
5. McNeill C, Adams L, Heagele T, Swanson M, Alfred D. Emergency preparedness competencies among nurses: Implications for nurse administrators [Competencias de preparación para emergencias entre las enfermeras: Implicaciones para las enfermeras administradoras]. *Journal of Nursing Administration*. 2020 Jul/Aug;50(7-8):407-13.
  6. Hongling X, Xiaolin C, Xinyu S, Wen W, Jun C, Zuyang X, et al. Investigation of the Psychological disorders in the healthcare nurses during a coronavirus disease 2019 outbreak in China [Investigación de los trastornos psicológicos en las enfermeras de atención médica durante un brote de enfermedad por coronavirus 2019 en China]. *Medicine*. 2020;99(34):1-5.
  7. Savi Geremia D, Vendruscolo C, Celuppi IC, Barros de Souza J, Schopf K, Maestri E. Pandemia COVID-19: Formação e atuação da enfermagem para o sistema único de saúde [Pandemia COVI-19: Formación y desempeño de enfermería para el sistema único de salud]. *Enfermagem em Foco*. 2020;11:40-7.
  8. Wisniewski R, Dennik-Champion G, Peltier JW. Emergency preparedness competencies: Assessing nurses' educational needs [Competencias de preparación para emergencias: Evaluación de las necesidades educativas de las enfermeras]. *Journal of Nursing Administration*. 2004;34(10):475-80.
  9. Boufkhed S, Namisango E, Luyirika E, Sleeman KE, Costantini M, Peruselli C, et al. Preparedness of African palliative care services to respond to the COVID-19 pandemic: A rapid assessment [Preparación de los servicios de cuidados paliativos Africanos para responder a la pandemia del COVID-19: Una evaluación rápida]. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(6):e10-e26.
  10. Songwathana P, Timalsina R. Disaster preparedness among nurses of developing countries: An integrative review [Preparación para desastres entre enfermeras de países en desarrollo: Una revisión integradora]. *International Emergency Nursing*. 2021;55:N.PAG-N.PAG.
  11. Cummings GG, Lee S, Tate K, Penconek T, Micaroni SPM, Paananen T, et al. The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership [Los fundamentos del liderazgo en enfermería: Una revisión sistemática de los factores y las intervenciones educativas que influyen en el liderazgo en enfermería]. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;115:N.PAG-N.PAG.
  12. Simonson N, Brown M, Klingbeil C. Academic nursing leadership: Lessons learned during a pandemic: A qualitative research study [Liderazgo académico en enfermería: Lecciones aprendidas durante una pandemia: Un estudio de investigación cualitativo]. *Nurse Education Today*. 2023;120:N.PAG-N.PAG.
  13. Organización Panamericana de Salud. Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas: Enseñanzas de la COVID-19. Washington, D.C; 2022.
  14. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Desarrollo Sostenible: Los 17 Objetivos. Marzo, 2024. Disponible de <https://sdgs.un.org/es/goals>.