

## CONDICIONES DEL APRENDIZAJE EN LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19, ARGENTINA 2020

CECILIA I. HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, ALFREDO EYMAN<sup>1</sup>, ROBERTA I. LADENHEIM<sup>1</sup>,  
MARÍA ISABEL DURÉ<sup>2</sup>, MARCELO GARCÍA DIEGUEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Investigación en Educación de Profesionales de la Salud, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, <sup>2</sup>Centro de Estudios en Educación de Profesionales de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

**Resumen** La pandemia COVID-19 afectó las condiciones de aprendizaje en las residencias del equipo de salud. El objetivo fue explorar las percepciones de residentes de Argentina sobre las condiciones generales de su formación en este contexto. Se realizó un estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, a través de un cuestionario en línea, anónimo, con 17 ítems de opciones cerradas y 25 con escala de Likert de 1 a 5, con un muestreo no probabilístico e intencional. Respondieron 1595 residentes, 74% médicos, 47.1% pertenecía a una especialidad clínica y 21.8% a la primera línea de atención. El 77.2% se desempeñó en residencias públicas y el 89.4% en el ámbito hospitalario. El 42.1% asumió tareas no propias de su especialidad. Hubo acuerdo sobre la disponibilidad de insumos y protección personal (media  $3.8 \pm 1.3$ ), la afectación de clases y conferencias (media  $3.5 \pm 1.6$ ), procedimientos (media  $3.8 \pm 1.4$ ) y rotaciones (media  $3.7 \pm 1.2$ ). Asimismo, sobre prorrogar la formación para recuperar aprendizajes (media  $3 \pm 1.6$ ). La disminución de prácticas se asoció a especialidades quirúrgicas ( $p = 0.0001$ ) y no estar en la primera línea de atención ( $p = 0.007$ ). Percibieron positivamente el fortalecimiento de vínculos entre residentes y con familiares, y negativos los efectos en la salud por estrés y distanciamiento social. En conclusión, las condiciones generales de la formación se vieron afectadas. Esto conduce a pensar tanto en la necesidad de alternativas curriculares de enseñanza y evaluación, como en intervenciones vinculadas al bienestar de los residentes.

**Palabras clave:** equipo de salud, pandemia, aprendizaje, bienestar

**Abstract** *Learning conditions in health team residences during the COVID-19 pandemic, Argentina 2020.* COVID-19 pandemic modified learning conditions in health professions' residences. The objective of the research was to explore Argentinian residents' perceptions regarding training conditions during the first year of pandemic. A descriptive, quali-quantitative study was developed through an online, anonymous questionnaire, with 42 items: 17 closed options and 25 Likert scale from 1 to 5; and 2 open questions. Sampling was intentional and non-probabilistic. The questionnaire was answered by 1595 residents, 74% were physicians, 47.1% belonged to clinical specialties and 21.8% worked on the front line of care. A 77.2% worked in the public sector and 89.4% in hospital practice, 42.1% assumed tasks not typical of their specialty. They agreed on the availability of personal protection and supplies (mean  $3.8 \pm 1.3$ ), reduction of lectures (mean  $3.5 \pm 1.6$ ), procedures (mean  $3.8 \pm 1.4$ ) and rotations (mean  $3.7 \pm 1.2$ ). They concurred on the need to extend training to recover learning (mean  $3 \pm 1.6$ ). The decrease in practices was associated with surgical specialties ( $p = 0.0001$ ) and not practicing in the front line of care ( $p = 0.007$ ). They perceived as positive aspects the chance to strengthen bonds between residents and closeness with relatives, and negative aspects the effects on health due to stress and social distancing. In conclusion, the general conditions of training were affected. This leads to rethink the teaching and assessment curricular alternatives, as well as interventions related to the well-being of the residents.

**Key words:** health team, pandemic, learning, well-being

### PUNTOS CLAVE

- Los sistemas de formación de especialistas tienen la responsabilidad de mantener la calidad en la atención y la formación, para pacientes y profesionales. Los profesionales de la salud en etapa de formación durante la Pandemia COVID-19 se vieron afectados en múltiples dimensiones.
- Las especialidades de la primera línea de atención tuvieron mayor exigencia laboral y las quirúrgicas fueron las más afectadas en sus prácticas específicas. Profundizaron la comprensión de la epidemiología y la bioseguridad. La simulación y la telemedicina no están afianzadas en los programas. Los profesionales en formación tuvieron repercusiones emocionales, ansiedad y estrés.

La educación de profesionales de la salud se vio afectada por la irrupción de la pandemia COVID-19 impactando en forma directa sobre quienes se encontraban en su etapa de formación de posgrado, cuyo proceso educativo se modificó en múltiples dimensiones<sup>1</sup>. La necesidad de dar continuidad al aprendizaje en entornos seguros y a la vez en contextos de gran incertidumbre, ya tiene precedentes<sup>2</sup> tanto para residentes como para educadores.

La Residencia es un sistema de formación de postgrado en una especialidad donde los profesionales desarrollan competencias bajo supervisión y de acuerdo a regulaciones específicas, con especial énfasis en la formación práctica en servicio<sup>3</sup>. Este modelo de formación en el trabajo está atravesado por la cultura organizacional de los equipos, el clima laboral y los modelos de rol predominantes<sup>4</sup>.

La pandemia por COVID-19 trajo aparejadas medidas de distanciamiento y un alto requerimiento de profesionales para la atención de pacientes, viéndose limitado el papel de los residentes en los entornos de prácticas y el de los docentes en sus tareas formativas debido a una mayor exigencia asistencial. Instituciones formadoras de distintos países<sup>5</sup> tuvieron que realizar cambios para adecuar sus programas.

En Argentina, diferentes profesiones se forman como especialistas a través de las residencias. Este sistema reúne a residencias públicas, que tienen diversas fuentes de financiamiento y regulación (nacional y/o provincial, municipales, universitarias, de las fuerzas de seguridad) y residencias del sector privado<sup>6</sup>. El 78% de los cargos ofrecidos corresponden a especialidades médicas. La mayoría de las sedes formadoras (80%) se concentran en la región centro del país<sup>7</sup> y se verifica la tendencia a la feminización de las profesiones de salud<sup>8</sup>.

Desde el inicio de la pandemia, el Ministerio de Salud de la Nación generó instrumentos normativos<sup>9,10</sup> orientados a reconocer y proteger el rol de residentes en la atención sanitaria, cuidando la carga horaria e incluyendo

incentivos económicos. Además, se instó a las provincias a adherirse a la prórroga de ingresos, egresos y promociones de residentes. En setiembre de 2020 se realizó el examen de ingreso que por primera vez fue digital y ubicuo<sup>11</sup>.

El presente estudio se propuso como objetivo identificar las percepciones de los residentes sobre las condiciones de su formación durante la pandemia COVID-19

### Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de tipo cuali-cuantitativo. El universo fueron los profesionales que se desempeñaron como residentes en la República Argentina durante la pandemia COVID-19 en 2020. El muestreo fue intencional y no probabilístico y se realizó a través de la invitación a completar una encuesta difundida a través de referentes provinciales y redes sociales, en forma anónima y voluntaria por la plataforma *Google form*, con la estrategia por bola de nieve<sup>12</sup>, durante las semanas epidemiológicas 39 a 42 (21/09/20 al 14/10/20).

Se diseñó una encuesta semiestructurada. El instrumento se construyó a partir de una revisión bibliográfica y consulta a 10 expertos con experiencia en formación de recursos humanos y gestión de residencias y 6 residentes de diferentes especialidades. La aceptabilidad y comprensión de la encuesta final fue corroborada con una prueba piloto de 4 residentes luego de la cual se realizaron ajustes a la misma. No se realizaron pruebas de confiabilidad.

Estuvo dividida en tres partes: la primera incluyó variables socio-demográficas y caracterización de la población bajo estudio (13 ítems) y la segunda constaba de tres ejes de exploración relativos a las condiciones de aprendizaje: aspectos organizacionales (7 ítems), del aprendizaje propiamente dicho (17 ítems) y personales (5 ítems). La tercera incluyó 2 preguntas con opción de respuesta abierta sobre aspectos negativos y positivos de atravesar una pandemia.

Las opciones de respuesta se organizaron en categorías dicotómicas en 17 ítems (sí/no) y en 25 ítems en una escala de Likert de acuerdo (1-totalmente en desacuerdo, 2- en desacuerdo, 3-ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4-de acuerdo, 5-totalmente de acuerdo).

Se agruparon las especialidades de residencia en cinco categorías:

1. Especialidad clínica: alergia e inmunología, cardiología, clínica médica, dermatología, emergentología, endocrinología, gastroenterología, geriatría, hematología, infectología, medicina general y/o medicina de familia, nefrología, neonatología, neumonología, neurología, oncología, pediatría, terapia intensiva y terapia intensiva infantil; 2. Especialidad quirúrgica: anestesiología, cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía, neurocirugía, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, tocoginecología y urología; 3. Otras especialidades médicas: anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, epidemiología, psiquiatría, psiquiatría infanto-juvenil, radioterapia, salud mental interdisciplinaria; 4. Otras profesiones de la salud: bioquímica, enfermería, farmacia, fisiatría, fonoaudiología, kinesióloga, nutrición, odontología, psicología, terapia ocupacional, trabajo social y 5. Profesiones de apoyo: economía y administración hospitalaria, educación para la salud interdisciplinaria y otras.

Se definieron como de primera línea de atención las residencias de clínica médica, medicina general o familiar, emergentología, infectología, terapia intensiva de adultos y enfermería.

Se consideró el grado de experiencia, señalando como residentes noveles a los de primero y segundo año y residentes expertos a los de tercer, cuarto y quinto año de las residencias básicas respectivamente.

Las variables cuantitativas se describieron por su media y desvío estándar y las categóricas en números absolutos y frecuencias. El grado de acuerdo de la escala de Likert<sup>13</sup> se expresó en media y desvío estándar. Se realizó la prueba de Wilcoxon para evaluar asociaciones de variables continuas de distribución no normal. Un valor de  $p$  menor a 0,05 se consideró significativo. Se utilizó el programa estadístico Stata en su versión 15.

Para el análisis cualitativo se realizó la lectura de los textos por dos de los investigadores en forma independiente y se definieron categorías. Luego se trianguló con la bibliografía y posteriormente se seleccionaron *verbatim*s representativos.

Se consideró como consentimiento la voluntad de responder la encuesta. Los datos del estudio fueron incluidos en una base de datos anonimizada de acuerdo con la normativa legal vigente, Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326/00 (Ley de Habeas data) y la Ley 26.529/09. Este protocolo fue desarrollado en total concordancia con la normativa nacional e internacional vigente: la Declaración de Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y enmiendas posteriores y las guías de Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH).

El estudio fue aprobado por el Comité de Estudios y Protocolos de Investigación del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires - Dictamen N° 0027-20 - Aprobado el 17/09/20.

## Resultados

El cuestionario fue respondido por un total de 1595 residentes correspondientes a distintas profesiones, especialidades y regiones de Argentina. El 74% fueron médicos, el 47.1% se desempeñaba en una especialidad clínica y el 21.8% en la primera línea de atención. El 89.4% se desempeñaba en una sede hospitalaria y el 16% de los encuestados manifestaron haber contraído la enfermedad por COVID-19. La Tabla 1 muestra las principales características de la población encuestada.

A continuación, se presentan otros resultados organizados por dimensión y variables exploradas: especialidad, novatos/expertos, gestión pública/privada.

La dimensión organizacional se muestra en la Tabla 2

Los residentes manifestaron en forma mayoritaria que tuvieron una reorganización de sus tareas (87%), lo cual se verificó principalmente en los grupos de expertos ( $p = 0.02$ ). En el 60.7%, estas modificaciones no implicaron un aumento de la carga horaria laboral. En la reorganización de sus propias tareas, tuvieron mayor participación los residentes de profesión no médica ( $p = 0.002$ ). Al respecto, no se encontraron diferencias significativas entre residencias de gestión pública o privada ( $p = 0.6$ ). La disponibilidad de equipos de protección personal (EPP) para la realización de las actividades se asoció a pertenecer a una residencia de gestión privada ( $p < 0.0001$ ), desempeñar una especialidad médica clí-

nica ( $p = 0.004$ ) y actuar en la primera línea de atención ( $p = 0.009$ ).

La dimensión de los aprendizajes se muestra en la Tabla 3.

Los profesionales en formación manifestaron haber recibido capacitación específica sobre COVID-19, aunque el énfasis en el uso de la simulación como estrategia de enseñanza para favorecer la adquisición de competencias, se destacó en sedes de gestión privada ( $p = 0.0005$ ), como también la realización de prácticas de manera remota o por medio de la telemedicina ( $p < 0.0001$ ).

Respecto a los aprendizajes planificados en los programas de formación, el 42.1% asumió tareas que no eran de su especialidad, mayormente quienes pertenecían a una especialidad médica clínica ( $p = 0.0004$ ). En relación a la disminución de las prácticas y procedimientos inherentes a las especialidades, los más afectados fueron los de las médicas quirúrgicas ( $p = 0.0001$ ) y los que no pertenecían a la primera línea de atención ( $p = 0.007$ ). Si bien hubo una suspensión generalizada de las rotaciones programadas, esto se observó principalmente entre los residentes expertos ( $p = 0.02$ ) y el descenso de clases teóricas fue significativo en residencias de gestión pública ( $p < 0.0001$ ), en aquellas de la primera línea de atención ( $p < 0.0001$ ) y en las especialidades clínicas ( $p < 0.0001$ ). La posibilidad de acceso a mayor diversidad de problemas de salud se vio muy afectada particularmente en quienes pertenecían a una especialidad médica clínica (0.002). No hubo una posición uniforme respecto de la prolongación del período de formación, pero esta posibilidad fue manifestada principalmente por quienes pertenecían a sedes de gestión pública ( $p = 0.0009$ ), no realizaban actividades en la primera línea de atención ( $p = 0.0009$ ), eran residentes noveles ( $p = 0.0001$ ) y se formaban en especialidades médicas quirúrgicas ( $p = 0.05$ ).

La experiencia de trabajar durante una pandemia brindó una percepción de mayor autonomía en las especialidades médicas clínicas ( $p = 0.03$ ) y en aquellas que estuvieron en la primera línea de atención ( $p = 0.01$ ). Los profesionales que se formaban en sedes de gestión pública consideraron que fortalecieron sus conocimientos epidemiológicos ( $p = 0.0001$ ), mientras que quienes transitaban su formación en residencias públicas señalaron un aumento en la interacción con profesionales de otros servicios ( $p = 0.0004$ ).

La dimensión de los aspectos personales, puede observarse en la Tabla 4.

El inicio o incremento del consumo de sustancias tóxicas se vinculó a estar realizando actividades en la primera línea de atención ( $p = 0.01$ ). Quienes pensaron en cambiar de especialidad fueron los que transitaban estos meses en una especialidad médica clínica ( $p = 0.001$ ) y en la primera línea de atención ( $p = 0.0001$ ).

TABLA 1.– Caracterización de residentes que respondieron la encuesta durante la pandemia

|                                   |                         | n    | %    | media | DS  |
|-----------------------------------|-------------------------|------|------|-------|-----|
| Edad                              |                         |      |      | 29.9  | 4.7 |
| Género                            | Femenino                | 1209 | 75.8 |       |     |
|                                   | Masculino               | 382  | 23.9 |       |     |
|                                   | Prefiero no decirlo     | 4    | 0.2  |       |     |
| Hijos                             | Sí                      | 207  | 13   |       |     |
| Familiares a cargo                | Sí                      | 201  | 12.6 |       |     |
| Año de ingreso a residencia       | 2015                    | 36   | 2.3  |       |     |
|                                   | 2016                    | 180  | 11.5 |       |     |
|                                   | 2017                    | 284  | 18.2 |       |     |
|                                   | 2018                    | 559  | 35.9 |       |     |
|                                   | 2019                    | 420  | 26.9 |       |     |
|                                   | 2020                    | 55   | 3.2  |       |     |
| Gestión de la residencia          | Pública                 | 1232 | 77.2 |       |     |
|                                   | Privada                 | 330  | 20.7 |       |     |
|                                   | Otra                    | 33   | 2    |       |     |
| Sede de la residencia             | Hospital                | 1426 | 89.4 |       |     |
|                                   | 1° nivel de atención    | 79   | 4.9  |       |     |
|                                   | Otra                    | 90   | 5.6  |       |     |
| Tipo de especialidad              | Médica clínica          | 752  | 47.1 |       |     |
|                                   | Médica quirúrgica       | 338  | 21.2 |       |     |
|                                   | Otra esp. médica        | 118  | 7.4  |       |     |
|                                   | Profesional de la salud | 346  | 21.7 |       |     |
|                                   | Profesional de apoyo    | 41   | 2.6  |       |     |
| Grado de experiencia              | Noveles                 | 593  | 42.2 |       |     |
|                                   | Expertos                | 812  | 57.8 |       |     |
| Primera línea de atención         | Sí                      | 346  | 21.8 |       |     |
| Pertenencia a grupo de riesgo     | Sí                      | 146  | 9.2  |       |     |
| Infectado por COVID               | Sí                      | 257  | 16.1 |       |     |
| Provincias agrupadas por regiones | CABA                    | 428  | 26.8 |       |     |
|                                   | Pcia. de Buenos Aires   | 565  | 35.4 |       |     |
|                                   | Centro                  | 283  | 17.7 |       |     |
|                                   | Norte Grande            | 145  | 9.1  |       |     |
|                                   | Nuevo Cuyo              | 96   | 6    |       |     |
|                                   | Patagonia               | 78   | 4.9  |       |     |

N total = 1595. Las especialidades de primera línea corresponden a 6 programas de residencia. Las otras categorías incluyen más de 40 programas

En las preguntas abiertas se identificaron aspectos positivos y negativos de atravesar una pandemia. Las respuestas de la mayoría se agruparon en las siguientes categorías: a) Entorno vincular-emocional: positivos: el fortalecimiento de vínculos con sus pares residentes y con sus familiares. *“Fortalecimos el vínculo del equipo de residentes y fortalecimos la toma de decisiones activa con respecto a nuestra formación”*; *“Valorar cosas que antes no tenía tiempo de hacer. Valorar a la familia y seres queridos”* y negativos: los efectos sobre la salud bio-psico-social generados por el estrés, el miedo y por

el distanciamiento social preventivo y obligatorio. *“Miedo de contagiar a tus familiares, trabajar con estrés y alerta permanente.* b) Programas de formación y otros aprendizajes: negativos: la suspensión de las rotaciones programadas, la disminución de las clases y de la actividad académica en general. *“Cumplí funciones para las cuales no estaba capacitado y se vio afectada mi formación práctica”* y positivos: la adquisición de más conocimientos epidemiológicos y fortalecimiento del uso de normas de bioseguridad. *“Aprender sobre la importancia de los elementos de bioseguridad. Entender la epidemiología”.*

TABLA 2.— Aspectos organizacionales de las residencias durante la pandemia

|                                                                                                                               | n    | %    | media | DS  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------|-----|
| 1 En la sede hubo reorganización de las tareas propias como residente                                                         | 1388 | 87   |       |     |
| 2 Fue destinado a trabajo territorial/comunitario                                                                             | 154  | 9.7  |       |     |
| 3 Aumentó la cantidad de horas de trabajo                                                                                     | 627  | 39.3 |       |     |
| 4 Los cambios organizativos se hicieron con participación y opinión de los residentes                                         |      |      | 2.4   | 1.3 |
| 5 Las autoridades institucionales y del servicio comunicaron periódicamente los cambios de protocolos                         |      |      | 3.1   | 1.4 |
| 6 Dispuse de los EPP necesarios para realizar las tareas                                                                      |      |      | 3.8   | 1.3 |
| 7 La organización de atención remota (telefónica, telemedicina, consultas en línea, etc.) fue implementada de manera adecuada |      |      | 2.9   | 1.3 |

*N total = 1595*

TABLA 3.— Aspectos vinculados a los aprendizajes de los residentes durante la pandemia

|                                                                                             | n   | %    | media | DS  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-------|-----|
| 1 Recibí capacitación específica sobre manejo de pacientes COVID-19                         |     |      | 3.2   | 1.4 |
| 2 Recibí capacitación específica sobre uso de EPP                                           |     |      | 3.8   | 1.3 |
| 3 Recibí capacitación para realizar mi práctica de manera remota o a través de telemedicina |     |      | 2.3   | 1.3 |
| 4 Recibí capacitación específica sobre atención/contención de familiares                    |     |      | 1.8   | 1.1 |
| 5 La capacitación relacionada a COVID-19 incluyó simulaciones y talleres de práctica        |     |      | 2.5   | 1.4 |
| 6 Recibí supervisión efectiva cuando desarrollé nuevas tareas                               |     |      | 2.7   | 1.3 |
| 7 Asumí tareas que no eran de su especialidad                                               | 671 | 42.2 |       |     |
| 8 Las clases teóricas de mi programa de formación se vieron disminuidas                     |     |      | 3.5   | 1.6 |
| 9 Las prácticas y procedimientos inherentes a mi especialidad disminuyeron                  |     |      | 3.9   | 1.4 |
| 10 Tuve acceso a menos diversidad de problemas de salud                                     |     |      | 3.7   | 1.4 |
| 11 No pude continuar con las rotaciones programadas                                         |     |      | 4.4   | 1.2 |
| 12 Mi período de formación debería prorrogarse para recuperar los aprendizajes              |     |      | 3.0   | 1.6 |
| 13 Aprendí a usar herramientas de formación virtual                                         |     |      | 4.2   | 1.1 |
| 14 Aprendí más sobre el uso correcto de normas de bioseguridad                              |     |      | 4.1   | 1   |
| 15 Fortalecí mis conocimientos epidemiológicos                                              |     |      | 3.4   | 1.2 |
| 16 Tuve que interactuar con profesionales/servicios con quienes antes no lo hacía           |     |      | 3.2   | 1.5 |
| 17 Trabajar durante la pandemia me dio más autonomía                                        |     |      | 3.2   | 1.3 |

*n = 1595*

## Discusión

Los hallazgos principales de este estudio muestran que las condiciones generales de la formación en las residencias del equipo de salud se vieron afectadas en las dimensiones exploradas: organizacionales, personales y en los aprendizajes propiamente dichos, generando percepciones favorables y otras particularmente significativas respecto al distanciamiento social de familiares

y compañeros, a su salud mental y a la formación como especialistas durante este período.

Estuvieron representadas todas las regiones de Argentina con concentración de respuestas provenientes de residencias de CABA (26.8%) y Provincia de Buenos Aires (35.4%), lo que coincide con la distribución de residentes en el país<sup>6</sup>. Asimismo, el 77.2% de los residentes pertenecían a las de gestión pública, en concordancia con los datos nacionales que muestran que la mayor parte de

TABLA 4.– Aspectos personales de los residentes durante la pandemia

|                                                                                                                           | media | DS  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| 1 Fortalecí los vínculos con mis compañeros                                                                               | 3.8   | 1.3 |
| 2 Me resultó difícil el distanciamiento social con mis compañeros y pares                                                 | 4.0   | 1.2 |
| 3 Recibí apoyo profesional por parte de las autoridades o conducción de la residencia para afrontar situaciones de estrés | 2.4   | 1.4 |
| 4 Durante la pandemia inicié/incrementé el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, sedantes, otras drogas)        | 2.5   | 1.6 |
| 5 Vivir una pandemia me hizo pensar en cambiar de especialidad                                                            | 2.1   | 1.5 |

*n* = 1595

los profesionales de la salud se forman en este ámbito<sup>6</sup>. La mayoría coincidió en que hubo reorganización de sus tareas, en particular entre los residentes expertos. Esta reorganización no siempre estuvo vinculada a su programa de formación, lo que muestra una priorización del residente experto como profesional asistencial por sobre su condición de profesional en formación. Como lo indicó la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>14</sup>, la adecuación de los servicios para recibir pacientes con COVID-19 y la redistribución de roles fue uno de los pilares de la respuesta sanitaria.

Solo el 9.7% de residentes fue destinado a trabajo comunitario y territorial, es decir, que la mayor parte de la reorganización de sus tareas se focalizó en el nivel hospitalario. Los resultados de este trabajo muestran que los residentes en su mayoría fueron sumados a la estrategia sanitaria principal para afrontar la pandemia inicialmente centrada en los hospitales, el aumento de las camas y la asistencia, en coincidencia con lo comunicado en un estudio<sup>15</sup> que se realizó en 7 países de América Latina en el cual se señala que se privilegió el enfoque biomédico y no la atención primaria de la salud.

La mayoría de los residentes no aumentaron su carga horaria. La normativa dictada a nivel nacional<sup>10</sup> estableció que podían realizarse modificaciones horarias, pero en ningún caso podía excederse la carga horaria reglamentaria<sup>16</sup>. Diferentes estudios<sup>17,18</sup> han informado la disminución de las horas de trabajo en servicio durante la pandemia. La carga horaria de los residentes es un debate que precede a la aparición del COVID-19, pero en el marco de la pandemia se privilegió el cuidado, el distanciamiento y la reorganización de los profesionales en formación.

Otro aspecto a destacar es que la disponibilidad de los EPP necesarios para la realización de las tareas estuvo vinculada principalmente a pertenecer a la primera línea de atención y formarse en sedes de gestión privada. Esto refuerza que el rol asumido por los residentes fue eminentemente asistencial, siendo considerados trabajadores de salud en el contexto de la pandemia; a la vez marca

el cumplimiento de los protocolos de atención y cuidado de los jóvenes profesionales.

Las especialidades pertenecientes a la primera línea de atención fueron las más afectadas académicamente y las que tuvieron una mayor demanda asistencial. En este sentido, un estudio<sup>19</sup> considera esto una contradicción en sí misma ya que fueron los que vieron más alterado su programa de formación y a la vez de quienes se demandó más saber y mayor capacidad resolutive. Asimismo, manifestaron un reconocimiento explícito en relación a los efectos en su salud mental, lo que podría estar relacionado con el aumento en el consumo de sustancias tóxicas que muestra nuestro estudio.

Los residentes de especialidades quirúrgicas, los más novatos, los que no estaban en la primera línea de atención y los que pertenecían a sedes de gestión pública consideraron que su formación debería prolongarse para recuperar aprendizajes. También fueron los que destacaron haber asumido tareas que no eran de su especialidad. Particularmente los residentes de especialidades quirúrgicas se consideraron los más afectados en la realización de prácticas propias de su especialidad. Esto es consistente con un estudio realizado en Italia<sup>18</sup>, que reportó el impacto negativo en la formación quirúrgica por la disminución de los procedimientos programados como consecuencia de las prácticas no realizadas. Asimismo, en un estudio realizado con residentes en Perú<sup>20</sup> se encontró una asociación entre el estrés y estar realizando actividades fuera de la especialidad, que sin la experticia adecuada y sumado a la suspensión de las prácticas formativas habituales, resultaron factores muy estresantes.

Aumentó la percepción de autonomía de los residentes junto a una mayor interacción con otros profesionales de la salud. Asimismo, se fortaleció la adquisición de conocimientos sobre bioseguridad y epidemiología, especialmente en las residencias de gestión pública. Es decir que, si bien la pandemia limitó el desarrollo de los programas de formación, surgieron otras oportunidades de aprendizaje en el contexto de la emergencia sanitaria.

ria y se favoreció la inmersión en contextos reales de práctica siendo efectivamente punto de partida para el aprendizaje<sup>21</sup>.

El desarrollo de competencias transversales como las mencionadas tiene aún poca visibilidad en los programas de formación y la matriz disciplinar sigue siendo tan preponderante que incorporarlas es un proceso complejo<sup>22</sup>. La concepción de competencia como un eje integrador no termina de impactar en los trayectos formativos, lo que en parte explicaría la marcada percepción de pérdida en la formación y el escaso reconocimiento de otros aprendizajes.

La simulación fue un recurso poco utilizado durante la pandemia para el entrenamiento y formación en las residencias, especialmente en aquellas sedes de gestión pública. Esto coincide con otro estudio realizado en Argentina con residentes de anestesiología<sup>23</sup>. Si bien la simulación es un recurso ampliamente reconocido<sup>24</sup>, la pandemia expuso el escaso alcance de esta estrategia en la educación de residentes en nuestro país, que especialmente en la educación médica sostiene una tradición docente de enseñanza al lado de la cama del paciente<sup>25</sup>. Tampoco la formación en las distintas especialidades se caracterizó por el uso de prácticas guiadas en forma remota. En línea con lo mencionado, desde el Ministerio de Salud de la Nación se desarrolló un plan de capacitación situada y permanente<sup>26</sup> de teleasistencia, dirigido a equipos de salud que cumplían funciones en áreas de cuidados críticos, incluyendo allí a residentes. No se identificaron lineamientos específicos sobre la programación educativa para otras especialidades.

La mayoría de los encuestados señalaron el distanciamiento social como uno de los aspectos más negativos de la pandemia. Un estudio realizado en Perú<sup>27</sup> describe que cuando la comunicación presencial está ausente o muy disminuida, existe más probabilidad de aparición de síntomas depresivos o ansiedad elevada. Los sentimientos de soledad pueden ser una fuente de estrés y está documentado el alto nivel de estrés en trabajadores de la salud por el distanciamiento social de la familia<sup>28</sup>.

Las limitaciones del presente estudio están principalmente vinculadas a la falta de datos fehacientes sobre cantidad de residentes en los distintos ámbitos de formación/provincias/público/privado y a la heterogeneidad de las profesiones y especialidades encuestadas. Por otra parte, incluso cuando los resultados se obtuvieron a partir de un cuestionario anónimo, algunos residentes pudieron sentirse condicionados en sus respuestas. Quedaron representadas todas las regiones, aunque no todas las provincias.

En el ámbito de la formación en servicio se presenta una oportunidad única para la revisión de los diseños curriculares, la evaluación de los aprendizajes y la utilización de estrategias de enseñanza acordes a las particulares necesidades de los residentes que transitaron

su formación durante la pandemia. Las adecuaciones curriculares deberían tender a maximizar los aprendizajes y compensar las pérdidas en la formación profesional. Asimismo, sería relevante desarrollar intervenciones que apunten al bienestar psicológico. Estas consideraciones podrían constituir un insumo de gran valor para los futuros ingresantes al sistema de residencias.

Las conclusiones del estudio señalan que diversos aspectos de la formación en las residencias del equipo de salud se vieron afectados en el transcurso de la pandemia COVID-19. Las especialidades de la primera línea de atención fueron las que tuvieron mayor exigencia laboral, mientras que las quirúrgicas disminuyeron sus prácticas en forma significativa. Los residentes reconocieron haber ganado en autonomía y profundizado su conocimiento en contenidos no habituales como la epidemiología y la bioseguridad. La simulación y la telemedicina no fueron estrategias de enseñanza afianzadas en los programas formativos. Los profesionales en formación transitaron este período con angustia, ansiedad, estrés e incertidumbre.

**Agradecimientos:** A los equipos de salud que se desempeñaron en pandemia y especialmente a los residentes. A los responsables de residencias de las provincias argentinas e instituciones de formación de residentes.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

1. Ostapenko A, McPeck S, Liechty S, Kleiner D. Has COVID-19 Hurt Resident Education? A network-wide resident survey on education and experience during the pandemic. *J Med Educ Curric Dev* 2020; 7: 2382120520959695.
2. Russell SW, Ahuja N, Patel A, O'Rourke P, Desai SV, Garibaldi BT. Peabody's paradox: balancing patient care and medical education in a pandemic. *J Grad Med Educ* 2020; 12: 264-8.
3. World Federation for Medical Education. Postgraduate medical education: WFME global standards for quality improvement: the 2015 revision. Copenhagen: University of Copenhagen. WFME Office, 2015. En: <http://wfme.org/standards/pgme/97-final-2015-revision-of-postgraduate-medical-education-standards/file>; consultado agosto 2021.
4. Teunissen PW, Boor K, Scherpbier AJ, et al. Attending doctors' perspectives on how residents learn. *Med Educ* 2007; 41: 1050-8.
5. Núñez-Cortés JM, Reussi R, García Dieguez M, Falasco S. COVID-19 y la educación médica, una mirada hacia el futuro. Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM). *Educ Med* 2020; 21: 251-8.
6. Duré I, Fernández Lerena M, Gilligan C. Formación de recursos humanos en salud: especialidades médicas: estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación. Buenos Aires: Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019. En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/publicaciones>; consultado agosto 2021.
7. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud.

- La formación de grado y posgrado en Argentina: año 2017. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Salud, 2017. En: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ofertus\\_la\\_formacion\\_de\\_grado\\_y\\_posgrado\\_en\\_argentina\\_ano\\_2017.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ofertus_la_formacion_de_grado_y_posgrado_en_argentina_ano_2017.pdf); consultado agosto 2021.
8. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud. Pirámide de residentes totales con beca nacional en actividad por edad y sexo: todas las profesiones: año 2019. En: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/6-piramide-residentes-activos-por-edad-sexo-2019.pdf>; consultado agosto 2021.
  9. Boletín Oficial de la República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 702/2020. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227385/20200402>; consultado agosto 2021.
  10. Boletín Oficial de la República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 718/2020. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227597/2020040>; consultado agosto 2021.
  11. Silverman P, López E, Medina A, et al. Innovación digital para el ingreso y adjudicación a residencias en salud en argentina. *Rev Argent Educ Med* 2021; 10: 26-32.
  12. Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides Dev Med Educ* 2017; 14: e67670.
  13. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2010; 15: 625-32.
  14. Organización Panamericana de la Salud. Lista de verificación para la gestión de los trabajadores de salud durante la respuesta a la COVID-19: 6 de mayo del 2020. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52124>; consultado agosto 2021.
  15. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saúde* 2021; 19: e00310142.
  16. Boletín Oficial de la República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1993/2015. En: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1993-2015-254649>; consultado agosto 2021.
  17. Edigin E, Eseaton PO, Shaka H, Ojemolon PE, Asemota IR, Akuna E. Impact of COVID-19 pandemic on medical postgraduate training in the United States. *Med Educ Online* 2020; 25: 1774318.
  18. Pertile D, Gallo G, Barra F, et al. The impact of COVID-19 pandemic on surgical residency programmes in Italy: a nationwide analysis on behalf of the Italian Polyspecialistic Young Surgeons Society (SPIGC). *Updates Surg* 2020; 72: 269-80.
  19. Dedeilia A, Sotiropoulos MG, Hanrahan JG, Janga D, Dedeilias P, Sideris M. Medical and surgical education challenges and innovations in the COVID-19 era: a systematic review. *In Vivo* 2020; 34(3 Suppl): 1603-11.
  20. Arriola Torres LF, Palomino Taype KR, Quintana Castro L. Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Neurol Argent* 2021; 13: 7-13.
  21. Teunissen PW, Scheele F, Scherpbier AJ, et al. How residents learn: qualitative evidence for the pivotal role of clinical activities. *Med Educ* 2007; 41: 763-70.
  22. Ladenheim R, Hernandez CI. Concepciones sobre competencias genéricas en educadores médicos en Argentina: contribuciones para la generación de consensos. *Rev Argent Educ Méd* 2020; 9: 8-17.
  23. Balderrama FJ, Ladenheim RD, Machain M, Montenegro HM, Tartaglia Punlini CA, Gutiérrez HD. Modificación de las residencias de Anestesiología durante la pandemia en la Argentina. *Rev Chil Anest* 2021; 50: 282-91.
  24. Dávila-Cervantes, A. Simulación en educación médica. *Inv Educ Méd* 2014; 3: 100-5.
  25. Garout M, Nuqali A, Alhazmi A, Almoallim H. Bedside teaching: an underutilized tool in medical education. *Int J Med Educ* 2016; 7: 261-2.
  26. Boletín Oficial de la República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 723/2020: Proyecto de contingencia para la capacitación situada y permanente en el marco de la pandemia COVID-19. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/5217896/20200407?busqueda=3&suplemento=1>; consultado agosto 2021.
  27. Jeff Huarcaya V. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2020; 37: 327-34.
  28. Shechter A, Diaz F, Moise N et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry* 2020; 66: 1-8.