

Experiencias de estudiantes de especialidades médicas sobre su calidad de vida y bienestar: Bogotá (Colombia)

Experiences of medical specialty students on their quality of life and well-being: Bogotá (Colombia)

 **Luis Antonio Daza Castillo**¹,  **María Camila Mejía Guatibonza**²,
 **Luis Gabriel Piñeros Ricardo**³,  **Aníbal Alfonso Teherán Valderrama**⁴

1. Enf, MSc. Investigador Escuela de Enfermería - Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-2240-4199>
2. Médico, Esp (c). Investigadora Centro de Investigación, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-1771-8214>
3. Médico, Esp, PhD. Vicerrector Académico Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-8912-2458>
4. Médico, Esp, MSc. Investigador Clínico, Centro de Investigación - Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-7666-8766>

Información del artículo

Recibido: 30 de mayo de 2020
Evaluado: 15 de junio de 2020
Aceptado: 30 de junio de 2020

Cómo citar: Daza-Castillo LA, Mejía-Guatibonza MC, Piñeros-Ricardo LG, Teherán-Valderrama AF. Experiencias de estudiantes de especialidades médicas sobre su calidad de vida y bienestar: Bogotá. Rev. Navar. Medica. 2020; 6(1): 41 – 53. <https://doi.org/10.61182/rnavmed.v6n1a4>

Resumen

Introducción: las rotaciones intrahospitalarias hacen parte fundamental de la formación médica del nivel de especialidades clínicas; poco relatado está en la literatura el impacto de esta experiencia en el bienestar y la calidad de vida autopercibidas. **Objetivo:** describir las percepciones de bienestar y calidad de vida que un grupo de residentes médicos tienen sobre sí mismos. **Método:** estudio descriptivo fenomenológico basado en grupos focales desarrollados en tres subgrupos de estudiantes de especialidades clínicas seleccionados por muestreo a conveniencia. **Resultados:** desde una perspectiva estructural, las deficiencias del bienestar que conllevan a estrés académico en los estudiantes durante sus residencias médicas se asocian en su mayoría a inconsistencias de la relación IES-IPS, a la interpretación de los convenios de docencia-asistencia y a la baja conversión de la institución hospitalaria tradicional hacia modelos innovadores de “hospital-escuela”. **Conclusiones:** los residentes reconocen la experiencia como una oportunidad para mejorar la calidad de vida y el bienestar personal a largo plazo, a expensas de un sacrificio de estas en el corto término. La afectación del balance vida – trabajo emerge como la experiencia más ocurrente en el grupo.

Palabras clave

Estrés,
Satisfacción
Personal,
Educación
Médica, Calidad
de vida

Abstract

Introduction: intrahospital rotations are essential in medical training at the clinical specialty level; poorly reported in the literature is the impact of this experience on self-perceived well-being and quality of life. **Objective:** to describe the perceptions of well-being and quality of life a group of medical resident's experiences about themselves. **Method:** a descriptive phenomenological study is based on groups developed in three subgroups of clinical specialty students selected by convenience sampling. **Results:** from a structural perspective, the well-being deficiencies that lead to academic stress in students during their medical residencies are mostly associated with inconsistencies in the IES-IPS medical institutions relationship, the interpretation of the teaching-assistance agreements, and the low conversion of the traditional hospital institution toward innovative "hospital-school" models. **Conclusions:** the residents recognize the experience as an opportunity to enhance their quality of life and personal well-being in the long term, at the cost of sacrificing these in the short term. Affecting work-life balance emerges as the most common experience in the group.

Keywords

Stress, Personal Satisfaction, Medical Education, Quality of Life.

Autor para correspondencia:

Luis Antonio Daza. Correo: luis.daza@juanncorpas.edu.co

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).



Introducción

Las Residencias Médicas (en adelante RM) en Colombia hacen parte de los requisitos necesarios para la obtención de un título de especialidad médico-quirúrgica. Estas concentran su acción en el desarrollo de prácticas formativas al interior de la institución hospitalaria. Dada su complejidad y responsabilidad progresiva, requieren del acompañamiento de un experto tutor y de la ejecución de tareas prácticas-procedimentales, que favorezcan el desarrollo de habilidades, la adquisición de destrezas y el afianzamiento de los conocimientos propios de la ciencia médica en el marco de los convenios de docencia-servicio previamente estipulados entre la Institución Educativa y la Institución Hospitalaria (1).

Desde el siglo XVIII, con la escuela francesa de la medicina, hasta su posterior desarrollo en los Estados Unidos (1893, Escuela de Medicina de la John Hopkins University), las RM se han configurado como una estrategia para que el estudiante de medicina complemente al recurso humano de la institución hospitalaria desde su rol, y soporte así la demanda de servicios clínicos (1). Recientemente, la legislación colombiana estipuló que la relación entre los RM y la institución hospitalaria se enmarca en una *práctica formativa en salud*, concepto comprendido como una pedagógica planificada y organizada desde la institución universitaria que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud. Con ello, se pretende fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos derivados de la investigación aplicada en el área de experticia de los estudiantes (2).

Aunque las RM existen en prácticamente todas las escuelas médicas en Europa y América, presentan ciertas diferencias en sus alcances y formas de operacionalización (3). Por ejemplo, entre países como Alemania, los Estados Unidos, Canadá, Francia, Australia y la India existen diferencias en aspectos como el grado progresivo de las competencias, los prerrequisitos para aplicar (por ejemplo, exámenes de conocimientos) y la duración de los programas como: Alemania, los Estados Unidos, Canadá, Francia, Australia y la India (3-9). Algunas particularidades sobre las RM a nivel mundial son:

- En Alemania, no es prerrequisito acumular alguna experiencia profesional previa para postularse a una residencia médica. Sí lo es dominar el idioma alemán, por lo cual se convierte en la mayor limitante para los médicos extranjeros (3).

- Para el caso de los EE. UU., las RM están compuestas por la prestación de servicios (consulta e intervenciones clínicas directas) y la investigación clínica como parte de la experiencia de formación posgradual (4).
- El sistema de RM en Canadá es altamente competitivo y excluyente en función del mérito. Por lo mismo, el número de plazas es bastante limitado, lo cual ha influenciado en la escasez actual de médicos especialistas en el país (5).
- En Francia, las RM son organizadas y gestionadas por las distintas colegiaturas de las especialidades médicas, que exigen el cumplimiento de 300 horas de teoría y 7 semestres de rotaciones prácticas (6).
- Existen muchas similitudes entre las RM del área de la neurología entre los profesionales de Australia, Inglaterra y los EE. UU. En EE. UU., para ser admitido a la RM, se tienen en cuenta los puntajes del examen de certificación USMLE, la hoja de vida, las referencias personales y el rendimiento profesional. El progreso a través de la RM es acumulativo de habilidades; solamente hasta el tercer año de la RM es factible que el profesional explore alguna área de su interés particular en su especialidad. En los EE. UU. las RM son generalmente remuneradas (con variaciones de acuerdo con la especialidad y la ubicación geográfica) (7).
- Una encuesta realizada en el marco de la pandemia por el virus SARS-COV-19 en la India evidenció que esta emergencia sanitaria redujo significativamente las oportunidades de enseñanza e investigación clínica para un grupo de residentes de oftalmología, debido a la no presencialidad (8).
- En el contexto de la práctica médica en India, se destaca la alta variabilidad en la naturaleza y forma de las RM, y la ausencia de estándares para el caso de las residencias en oftalmología (9).

Existen, a su vez, varias divergencias entre los sistemas de RM de los países con alto nivel de desarrollo y los de América Latina, que se pueden resumir en (10):

- Alta concentración de las especialidades en ciudades capitales y en segmentos de grupos profesionales con alta capacidad de pago.
- Discrepancias entre la oferta de RM y las necesidades o demandas de la población.
- Mientras que en el mundo anglosajón las RM se concentran en las instituciones hospitalarias de alta complejidad, en América Latina hay una tendencia hacia incorporar la formación de especialistas clínicos a sistemas de Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R).
- No siempre hay coherencia entre las políticas rectoras de los Ministerios de Salud y los de Educación (ya que ambas entidades tienen corresponsabilidades en la regulación de las RM).
- Mientras que para algunos países latinoamericanos las RM buscan elevar la calidad de sus sistemas de salud, para otros, son más una oportunidad para que el profesional médico aumente su prestigio y su retribución salarial.
- Existen grandes brechas entre el número de plazas ofertadas para las RM y la demanda real por parte de los médicos. En la mayoría de los casos dichas plazas se crean a voluntad de las universidades, sin estímulo de los gobiernos o de las entidades públicas gestoras de la política de salud.
- No son claros ni constantes los estímulos financieros tanto para los profesionales interesados en aplicar a una RM, así como para las universidades y los hospitales que las ofertan.
- No existe un modelo homogéneo en la región para la formación y educación clínica durante las RM, determinantes de la relación residente-docente/residente-tutor.
- No todos los hospitales o instituciones de salud donde se desarrollan las RM garantizan unas condiciones básicas de infraestructura, tecnología y administración que aseguren un entorno óptimo para la formación de los residentes. Esto incluye cierto déficit en el número de hospitales universitarios.
- Es prevalente para la mayoría de los residentes unas circunstancias y contextos en los que son constantes la sobrecarga de trabajo, un exagerado número de guardias médicas, condiciones insuficientes de bienestar (alimentación, baño y descanso), y la sobreasignación de tareas ajenas al objetivo propio de las RM.

En Colombia, según datos oficiales, la formación de médicos en especialidades clínicas presenta un incremento anual de más del 12% desde el año 2010. Las RM más solicitadas son: Medicina Interna, Ginecología/Obstetricia y Cirugía General. Para el 2018, el total de estudiantes de especialidades clínicas en Colombia fue de 12.684 médicos (11). Esta cifra se considera baja si, por ejemplo, se formula la proporción con el número de especialistas en Cirugía General: mientras que en Colombia es de 3,83 por cada 100.000 habitantes, en India es de 71,97 por cada 100.000 habitantes (12).

Pese a que las políticas de recurso humano en salud en el país competen al Ministerio de Salud y de Educación, debe destacarse el trabajo de otras agremiaciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) sobre la ma-

teria, entre las que se incluyen: la Asociación Colombiana de Escuelas y Facultades de Medicina – ASCOFAME, la Asociación Nacional de Internos y Residentes – ANIR, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas – ACSC, el Colegio Médico Colombiano (CMC) y el Consejo General de Educación Médica – CGEM.

En la última reunión del CGEM, se evidenció el desfase entre la oferta de 529 programas de especialización médico-quirúrgica y la baja demanda de parte del sector salud. Según datos del CGEM, estas especialidades están concentradas en 12 departamentos y Bogotá D.C., con una alta participación de las Instituciones de Educación Superior (IES) del sector privado (61% IES privadas frente a un 39% IES públicas). Sus duraciones oscilan entre los dos y los cinco años dependiendo del número de créditos a matricular (13).

La elevada cantidad de denominaciones para la titulación (situación que sobrediversifica las áreas del campo de conocimiento médico) contrasta con la realidad de otras latitudes. Por ejemplo, en los EE. UU. hay en promedio 50 titulaciones para especialidades médicas armonizadas con un amplio sistema de prestadores de servicios de salud. En Colombia, la cifra se acerca a las 200 denominaciones para una baja red de hospitales y clínicas con capacidades y recursos para la educación médica de altísimo nivel (13).

En retrospectiva, Colombia tiene regulado su modelo de RM a partir de la sanción de la Ley 1917 de 2018. Esta ley creó para el país el Sistema de Residencias Médicas, el cual destaca entre sus logros más contundentes el pago de un estipendio de sostenimiento con cargo a la cuenta maestra de la ADRES (Sistema General de Seguridad Social en Salud), mediante la figura de *contrato especial para la práctica formativa de residentes*. Entre sus condiciones, están cumplir con los requisitos para la firma del contrato y demostrar estar legalmente matriculado en la especialidad médico-quirúrgica (14,15).

Entre los antecedentes sociopolíticos que motivaron esta ley fue relevante la situación por la cual cerca de 5 mil residentes médicos en Colombia desarrollan sus actividades médicas sin reconocimiento salarial y sin incentivos sociales o económicos sobre la matrícula. Peor aún, si se considera que, en muchos casos, su disponibilidad para con el hospital es de 24 horas al día, y que la duración total de esta disponibilidad puede llegar (en algunos casos) hasta los cinco años. Otro motivo fueron los obstáculos para acceder a un cupo de una especialidad: son pocos y el costo de matrícula depende del monto económico que cobran los hospitales a las universidades para permitir ejecutar las rotaciones formativas (15).

El Sistema Colombiano de Residencias Médicas tiene diferentes particularidades, una de ellas es la del requerimiento de la firma previa del contrato formativo. Este requisito legal deja en una situación conflictiva o dual al residente, ya que este debe asumir un rol de estudiante ante su IES, como también de funcionario ante la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS). Tiene así que cumplir roles académicos y, a la par, tareas de desempeño profesional como un funcionario más.

Este contrato especial parece así más cercano a un contrato laboral normal, en que quedan fuertemente condicionados los fundamentos de relación laboral, el apoyo de sostenimiento (que equivaldría a una remuneración) y la subordinación tanto a los docentes como a las directivas médicas de cada servicio. Las variaciones entre esta forma de compromiso y un contrato formal de trabajo conllevan ambigüedades legales en la conducción y destino último de cada residencia (16).

En coherencia con este contexto, pese a la sanción de la ley sobre RM, todavía queda pendiente debatir como sociedad el limitado número de plazas frente a la gran oferta de egresados semestre tras semestre. También es pertinente dialogar respecto a las calidades e infraestructura de las IPS involucradas, y garantizar la viabilidad financiera de la sostenibilidad en el largo plazo a partir del sostenimiento de cada residente.

Literatura reciente añade a esta problemática la frecuente ocurrencia de casos de depresión o agotamiento profesional entre los residentes, y la fragilidad y vulnerabilidad de su bienestar conexo por factores tanto profesionales como personales (17). Es por todo lo anterior que se plantea la pregunta problema: ¿cuáles son las percepciones autorreferidas de calidad y bienestar de vida de un grupo de residentes médicos seleccionados a conveniencia en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia)?

Para términos de este estudio, la calidad de vida se comprende como el “estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades” (18), dadas en el marco de un proceso dinámico de interacción interna y externa del sujeto. Dada la importancia de su definición en la vida de los estudiantes de especialidad, se justifica y se hace necesario estudiar las experiencias de un grupo de residentes de tres áreas médicas esco-

gidas a conveniencia, que rotan en dos instituciones hospitalarias privadas en la ciudad de Bogotá D.C., acerca de su autopercepción sobre su bienestar y salud al momento de cursar la especialidad médico-quirúrgica.

Materiales y métodos

La investigación consistió en un estudio descriptivo fenomenológico basado en el desarrollo de un grupo focal, desde el paradigma cualitativo, aplicado a un grupo de estudiantes de tres especialidades médicas clínicas, residentes en tres hospitales universitarios de Bogotá D.C. - Colombia. Se realizó un muestreo estructural de casos tipo (a conveniencia con cuotas por edad y sexo), dada las necesidades de selección de características relevantes para el área problema del estudio (19). El perfil típico de los participantes correspondió a residentes de las especialidades médico-quirúrgicas propias de la IES patrocinadora de este estudio: Medicina Interna, Terapéuticas Alternativas y Medicina Familiar Integral. Durante la selección de los participantes fue fundamental la presencia de un informante clave (también residente), quien tenía el mejor contacto con la totalidad de la población de estudio. Esto garantizó la homogeneidad de cada grupo focal. Al momento del estudio, los participantes se encontraban formalmente matriculados en la misma IES, y efectuaban sus rotaciones en dos hospitales universitarios privados y uno público en Bogotá D.C. Estas características se explicitan en los criterios de inclusión y de exclusión (Tabla 1):

Tabla 1. Criterios de inclusión y de exclusión para el grupo focal

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Residentes de las especialidades en Medicina Interna, Terapéuticas Alternativas y Medicina Familiar Integral. Residentes que acepten participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado. Profesionales de medicina con aptitud para la verbalización de sus experiencias de vida. Residentes referidos o recomendados por otros residentes captados. 	<ul style="list-style-type: none"> Residentes médicos matriculados en especialidades médicas clínicas diferentes a las ofrecidas por la IES. Residentes médicos con conflicto de interés.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Durante los meses de julio y octubre de 2019, se organizaron tres grupos focales (uno por especialidad) en un espacio externo al escenario de prácticas. El grupo focal se orientó mediante un formato-guion semiestructurado con temas y subtemas, lo cual permitió la flexibilidad para que la conversación cursara libremente en función de las respuestas recibidas. El entrevistador procuró llevar las discusiones de lo general a lo específico, con el propósito constante de resolver puntos muy abstractos o generales. Estas conversaciones, que duraron para cara grupo alrededor de 2 horas, se registraron en formato audio (MP3), con previo aval de los participantes (consentimiento informado).

Posteriormente, estas grabaciones fueron transcritas a texto escrito (formato de documento portátil - PDF), para el posterior ejercicio de codificación axial y de categorización en el software de análisis cualitativo Atlas/Ti® (versión 6.2.28) (19,20). La generación de códigos y categorías necesarios para el posterior análisis de los datos obedeció al desarrollo de las técnicas de codificación abierta, axial y selectiva. En una primera etapa, se formula una codificación in-vivo en función de la pertinencia del tópico abordado (expresiones literales de los participantes). Luego, se interrelacionan las conexiones entre códigos y familias de la primera codificación (proceso de codificación axial). Finalmente, está la última etapa, de codificación selectiva, en que se asocian los códigos hasta ahora desarrollados con la teoría y la literatura existentes.

La plataforma tecnológica Atlas/Ti®, para la investigación cualitativa, simplificó y ayudó en gran medida a la abstracción y generación de códigos posteriormente fáciles de interpretar, y a la aplicación de la realidad explorada. El proceso de interpretación de la realidad referida (o análisis del discurso) se efectuó mediante el razonamiento inductivo. Este facilita la consolidación de las partes en un todo; puede interpretarse como una forma de teorización convencional. Pese al rigor de este método, su incapacidad para garantizar una adecuada representatividad lleva al riesgo de inducir a sesgos de selección y de confusión (o causalidad).

Consideraciones éticas

El presente estudio se organizó en función de los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía que fundamentan la investigación cualitativa, acerca de la participación de seres humanos en grupos focales. Se firmaron consentimientos informados en aras de asegurar los derechos de los participantes. El riesgo asociado a este estudio es considerado como mínimo dado que corresponde al desarrollo de entrevistas semi-estructuradas a grupos focales en las que no se intervienen ni se modifican variables biológicas, fisiológicas, o psicosociales (21).

Resultados

Como producto de la transcripción, síntesis, y codificación por niveles de los grupos focales desarrollados, surgieron tres grandes categorías que explican la experiencia de los residentes médicos y que da respuesta a la preconfiguración de los convenios de docencia-servicios. Otros determinantes de la experiencia del residente médico son la cultura organización de la IES y la IPS. Dichas categorías emergentes son (ver Figura 1):

- a. Factores contextuales: *El entorno de las residencias médicas.*
- b. Factores psicoemocionales: *¿Quién soy yo y como respondo al estrés?*
- c. Prácticas y pedagogías médicas: *Modelo formativo, currículo, aplicaciones y aprender haciendo.*

Estas categorías interactúan, a su vez, con cuatro factores determinantes a saber: 1. Demandas² del hospital-escuela; 2. Demandas de la IES; 3. Modos de afrontamiento; y 4. Equilibrio vida-trabajo. También, tras el análisis de los relatos, se evidenciaron tres grandes grupos de áreas problema de las residencias médicas:

- *Área Problema 1:* calidad en la organización y gestión de las rotaciones; limitaciones de los docentes para separar el rol asistencial del académico; rotaciones y mitigación del riesgo biológico; déficit de recurso humano en salud; no reconocimiento del rol desempeñado.
- *Área Problema 2:* estar siempre estresado, “resistiendo” a la residencia; residencia que produce estrés; factores de riesgo para fatiga emocional; y factores que motivan a la resiliencia (afrontamiento positivo).
- *Área Problema 3:* estructuras derivadas del modelo de salud que permean (o influyen sobre) la enseñanza de las especialidades médicas; y los estilos de enseñanza-aprendizaje de la medicina vigentes.

² Entiéndase: exigencias.

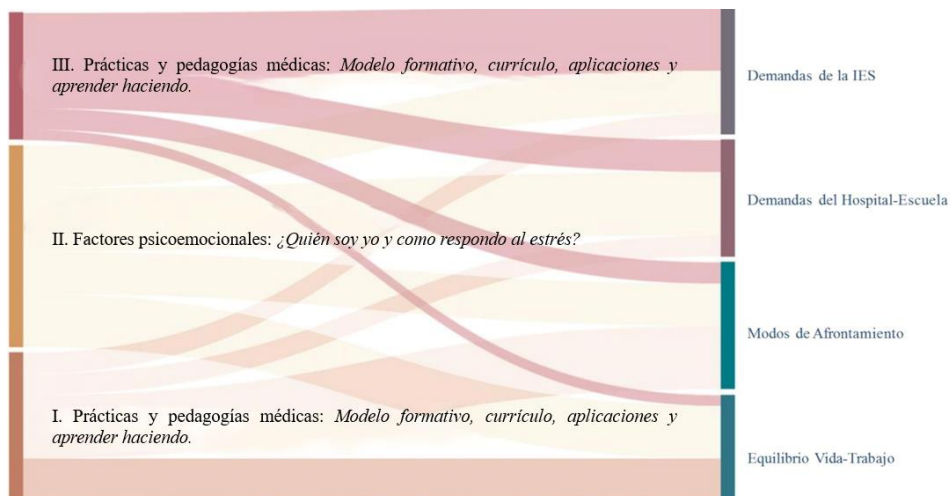


Figura 1 Categorías y códigos asociados al fenómeno Bienestar en residentes de especialidades médico-quirúrgicas

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Se describen a continuación de manera abreviada algunas de las percepciones narradas por los participantes, con mención literal o textual en letra cursiva y entre comillas de las referencias orientadoras más significativas o abarcoradoras del problema, de acuerdo con la metodología sugerida por Strauss & Corbin (19) para la codificación, categorización y análisis de los datos cualitativos en la Teoría Fundamentada:

a) Factores contextuales: *El entorno de las residencias médicas.*

En sus narraciones, los participantes evidenciaron la existencia de situaciones externas a las particularidades curriculares de la universidad y de sus especialidades objeto de estudio. Tales situaciones se asocian más a aspectos socioculturales, organizacionales de la institución hospitalaria, a la estimación del rol médico y al grado de autonomía médica. Lo anterior afecta la calidad percibida de las rotaciones respecto a las expectativas del residente.

Esta categoría condensa una serie de situaciones problema, entre las que se destacan: una constante percepción de sobrecarga ocupacional en la que los tiempos de dedicación a la RM superan las 8 horas/día, limitaciones en la provisión de Elementos de Protección Personal (EPP), conflictos de relación entre colegas médicos con diferente jerarquía, dificultades en la mediación de tales conflictos y discrepancias en la asimilación del rol del residente por parte del equipo de trabajo técnico y profesional al interior de la IPS. En este apartado, recobra valor la mención hecha sobre la cultura organizacional de cada IPS, así como las características de cada convenio de docencia-servicio. Para el caso concreto de este estudio, las residentes de las tres especialidades rotaron en dos IPS privadas de tercer nivel con capacidad de más de 150 camas cada una, y una pública de tercer nivel con capacidad de 209 camas.

Dentro de las condiciones pactadas en los convenios se destaca que tanto la IES como la IPS acuerdan ciertas condiciones previamente al ingreso de los estudiantes, que definirán la cotidianeidad y las experiencias vividas dentro de cada institución. Entre dichas condiciones se mencionan:

- Las actividades a ejecutar a lo largo de cada rotación contemplan escenarios de delegación progresiva: la intervención del docente/tutor se reduce conforme pasa el tiempo y se van adquiriendo habilidades.
- Las habilidades clínicas específicas a desarrollar, entre otras, son: realizar de forma adecuada la entrevista y el examen físico; definir diagnósticos diferenciales y proponer diagnósticos actuales; elaborar la historia clínica; evolucionar y tomar decisiones clínicas sobre sus pacientes; proponer planes terapéuticos que incluyen laboratorios e imágenes diagnósticas.
- En general, la intensidad horaria de las rotaciones (en promedio) está entre 44 y 50 horas a la semana: 8 horas entre semana (lunes a viernes); una noche de 12 horas con un día compensatorio, y un turno mensual de fin de semana de 12 horas.
- La relación docente-estudiante en promedio es de 1 a 3.

Todas estas externalidades condicionan las posibilidades de los tutores/profesores para privilegiar el sentido académico de las residencias sobre el prestacional. En algunas de las IPS de donde emerge este estudio es común el déficit de recurso humano de médicos especialistas, necesidad que, de forma directa o indirecta, es suplida por grupos de residentes, con la autopercepción de un no adecuado reconocimiento de su aporte.

Algunas narrativas en este sentido son:

“Ese binomio universidad-clínica a nosotros nos afecta porque la universidad a nosotros nos dice: ustedes tienen que estar en la clínica; y la clínica nos exige a nosotros como si fuéramos sus empleados, cumpliendo de siete a siete (...).”

“Eso es muy desmotivante, que no te valoren, y encima que no te aporten, es terrible, a mí me desmotiva totalmente. Porque a eso vengo, y es precisamente todo lo que no recibo.”

b) Factores psicoemocionales: *¿Quién soy yo y cómo respondo al estrés?*

Esta categoría alude a los recursos de resiliencia personales del residente, que le permiten adaptarse al entorno, tolerar el estrés ocupacional y modular sus expresiones de tensión y preocupación durante la práctica; por ejemplo: la aceptación, la socialización con los pares y la búsqueda de espacios de ocio y descanso.

Una de las aseveraciones más frecuentes en los participantes fue la sensación de estrés. Los residentes médicos participantes son explícitos en señalar la posibilidad de desarrollar en algún momento fatiga emocional. En compensación, desarrollan mecanismos resilientes y de adaptación que hacen más llevadera la experiencia. Algunas de dichas expresiones son:

“Muchas veces, nos absorbe tanto el servicio que lo único que podemos llegar a hacer es llegar a la casa y dormir tres o cuatro horas y despertar y volver a salir... etcétera. No es fácil, la verdad.”

“Hemos tenido cambios en el estado de ánimo, disminución de las horas de sueño, ya no podemos compartir con nuestras familias, con nuestras parejas, con nuestros amigos como lo veníamos haciendo. El tiempo para hacer ejercicio es casi nulo, la alimentación también cambia por completo, como te comentaba ahorita; son jornadas larguísimas que, si uno no tiene algo para comer en el momento, es un poco difícil desplazarse para conseguir alimentos.”

c. Prácticas y pedagogías médicas: *Modelo formativo, currículo, aplicaciones y aprender haciendo.*

Finalmente, los participantes de los grupos focales señalaron la influencia de algunas características de la organización y gestión de los convenios de docencia-servicio (en los que se enmarcan las RM como parte del sistema de seguridad social en salud). Las limitaciones en los estándares de docencia-enseñanza, la no aplicación de los protocolos clínicos en algunas IPS, algunas discordancias entre los contenidos curriculares y su ejecución en la práctica, y las limitaciones de una práctica en instituciones que no constituyen en propiedad hospitales universitarios, concentran las problemáticas referidas por los participantes del grupo focal.

Para el caso concreto de la educación médica, se denotan ocasionalmente algunas didácticas y pedagogías desiguales entre las especialidades, así como manejos atípicos en la manera como los docentes instructores orientan la enseñanza de habilidades clínicas. Las diversas interpretaciones que tanto las universidades como los hospitales hacen del principio de “autonomía docente” surgen como un aspecto conflictivo, con lo que la experiencia del residente puede fluctuar entre una total dedicación a la academia, hasta el extremo de una completa dedicación a la prestación de atenciones como: evolución clínica y formulación de medicamentos, resolución de interconsultas, realización de procedimientos, la atención de emergencias, entre otros. Se mencionan a continuación algunas verbalizaciones propias de esta categoría analítica:

“Es el sistema el que nos obliga a creer que ser médico general está mal, pero que ser especialista está muy bien. ¡Y no es verdad! Yo creo que el médico general es la persona más completa que existe...”

“De mis profesores hay de todo... está el docente que te explica, te da retroalimentación, te acompaña en el proceso de formación, que es bastante dado a enseñar, y que por último sea buena persona... como está el otro que se cree el dios, el que todo lo sabe, el que te hace sentir siempre mal porque uno no sabe.”

Discusión

Tres grandes dimensiones se sugieren como determinantes de la experiencia de las RM: una asociada a factores contextuales; otra, a factores como la personalidad y el carácter de los residentes médicos; y una última, a la gestión administrativa y curricular de la experiencia dictaminada por la IES. En pro de fundamentar los hallazgos y la propuesta teórica explicativa, se revisó la literatura relacionada, de la cual se extraen algunos aportes que coinciden con los hallazgos aquí presentados. En relación con los factores contextuales, Salehian et al. (22) refieren que el tipo y reconocimiento de las instituciones hospitalarias, así como los años de estudio desempeñados allí determinan el estatus social del médico, el cual es uno de los principales factores determinantes de la satisfacción profesional. Otros aspectos como la calidad de la relación entre el residente y su tutor/profesor ejercen como un incentivo al esfuerzo y demanda de la práctica: los grados de autonomía que cada tutor va delegando en sus aprendices afianza el aprendizaje y fortalece la capacidad de toma de decisiones del individuo (23).

Un estudio observacional realizado a residentes médicos en Turquía mostró que, de la relación con los tutores, las actividades que dejan mayor satisfacción son (en su orden): la comunicación con los instructores, la ejecución de procedimientos específicos y la recolección de datos para la construcción de la historia clínica (24). Otra investigación en la modalidad de teoría fundamentada mostró el problema de la fatiga profesional en residentes médicos. Durante su estudio, surgieron diversas contradicciones. Mientras, por un lado, hubo alto desgaste en el sitio de trabajo y presencia de actitudes personales de resistencia o “infatigabilidad”, por el otro, existe cierta normalización de la fatiga médica en tanto se asume como “parte del oficio médico”. Este aspecto conlleva a que el resto del equipo de salud (incluidos los tutores) no perciban este desgaste de los residentes médicos como un riesgo o adversidad para el logro del aprendizaje (25).

En relación con los factores de personalidad y carácter de los residentes médicos, la literatura señala que el Síndrome de Burnout (también conocido como agotamiento profesional) afecta a un alto porcentaje de médicos en EE. UU. Esto, debido, principalmente, a una limitada capacidad para afrontar estresores como las actividades administrativas y el mantenimiento del equilibrio vida-trabajo. Dicha situación lleva a que este grupo de profesionales asuma conductas positivas y negativas de afrontamiento, entre las que se destacan: hacer ejercicio, pasar tiempo con la familia y amigos, la espiritualidad, alimentarse con comida callejera y consumir bebidas alcohólicas o psicoactivas (26).

Kassam et al. (27), mediante estadísticas descriptivas, análisis univariado y regresión lineal a los datos en Canadá, demostraron que la constante exposición al estrés, el aumento de las demandas de trabajo y la disminución de los niveles de cortisol son predictores de agotamiento profesional después de 1 año de residencia. Otro estudio transversal sobre una muestra de 644 médicos residentes en México evidenció que contar con antecedentes de salud mental o poseer algún riesgo de psicopatología grave incrementan el riesgo de sufrir Burnout, uso de sustancias psicoactivas y de ideación/intento suicida (28). Un estudio efectuado a un grupo de residentes de medicina interna en la Universidad de Yale señaló que sus mejores recursos de afrontamiento ocurren al ajustar los tiempos dedicados a actividades cotidianas como el almuerzo, los recesos de descanso, especialmente durante el primer y segundo año de residencia cuando ocurre el momento de mayor carga mental (29). Otros factores que motivan la resiliencia en los médicos son: la promoción del equilibrio vida-familia-trabajo, el mantenimiento de relaciones sociales positivas y la regulación de la intensidad del trabajo (30).

Asimismo, la calidad, intensidad e higiene del sueño también parecen ser un factor protector del residente médico. Así lo demuestran Chatlaong et al. (31), quienes, mediante un transversal, evaluaron la calidad del sueño y su posible asociación con burnout en un grupo de 217 residentes en formación de la Facultad de Medicina de la Universidad Prince of Songkla. El 73% de estos residentes reportaron mala calidad de sueño y el 95,4%, signos de burnout. El estudio concluyó que la disfunción relacionada con el sueño está fuertemente relacionada con el agotamiento profesional. Finalmente, la investigación de Wood et al. (32), tras evaluar indicadores de agotamiento/burnout a 268 residentes médicos en los EE. UU., señalaron que, aunque el riesgo de burnout para el grupo es alto durante la RM, existen elementos protectores. Entre los más importantes está el constante acompañamiento de pares académicos de gran experiencia clínica y profesional.

Diversas fuentes resaltan, aunque de manera preliminar, el impacto que tienen las decisiones administrativas desde las IES en la protección de los residentes. Esto guarda relación con los otros estudios que resaltan el papel que tiene la gestión curricular (gestión de las IES) en la prevención y mitigación del riesgo de burnout. Por ejemplo, ofrecer prácticas con acompañamiento personalizado 1:1, o dar un enfoque diferencial a las residencias en que se matriculan más mujeres puede aportar resultados positivos (33). Otro estudio cualitativo desarrollado en residentes de ginecología y obstetricia en los EE. UU. mostró que si los educadores médicos son capaces de entender y reconocer los procesos en cómo opera la resiliencia de los profesionales, es factible llevar situaciones adversas o problemáticas, hacia desenlaces positivos y de crecimiento personal y profesional. Parte de ello implica aceptar y asimilar la incertidumbre de forma proactiva. El fomento de momentos de autorrealización y de autocuidado evidencian un potencial de resolución (34).

Algunas escuelas médicas han optado por desarrollar sus propios modelos conceptuales y prácticos para el desarrollo de las RM. Así lo refieren 12 especialistas con reciente graduación de su residencia, quienes aseguraron que el autoaprendizaje guiado por un tutor es una ruta efectiva de capacitación y acompañamiento a los residentes hospitalarios. Tal ruta permite asimilar mejor los escenarios hospitalarios, con oportunidades e incentivos hacia el liderazgo, como son: la tutoría entre médicos residentes, la educación continuada y la participación en la actualización de la práctica clínica (35).

Además del apoyo de los docentes, incentivar rotaciones prácticas basadas en el apoyo de los pares (es decir, entre estudiantes) ha causado un mayor grado de satisfacción y de percepción de bienestar durante las prácticas toda vez que fortalecen la experiencia compartida de la toma de decisiones médicas (36). Por último, una de las realidades evidenciadas gracias a la pandemia por COVID-19 es que muchos médicos experimentan estrés ocupacional con graves secuelas en su salud mental y emocional. El soporte económico y social al médico es otro factor protector, como señalaron Mihai et al. (37) a partir de un grupo de residentes de Rumania y una revisión de la literatura. El apoyo financiero, los Elementos de Protección Personal (EPP), reorganizar los horarios de rotación para minimizar las cargas y fortalecer las relaciones sociales y humanas son claves para preservar la buena salud mental de este valioso personal de salud.

Todos estos planteamientos derivados de la evidencia validarían la propuesta aquí hecha, sobre los factores contextuales, psicoemocionales y de gestión académica de las especialidades, que determinan las percepciones de bienestar y calidad de vida autopercibidas tras la experiencia de un grupo de residentes médicos en su paso por la formación de posgrado.

Conclusiones

Los residentes de tres especialidades médicas en Bogotá respecto a su calidad de vida y de bienestar reconocen dicha experiencia académica-práctica como una oportunidad para mejorar su ingreso económico, el estatus social y la calidad de vida. Su logro implica sensibles sacrificios del balance vida-trabajo que afectan de forma importante durante su curso al núcleo familiar, a la calidad del estado de ánimo y a la percepción de bienestar sentido según el manejo del tiempo libre.

Agradecimientos

Los autores del presente artículo agradecen el valioso y constante apoyo de la Vicerrectoría Académica, así como a los Departamentos de Rotaciones Extramurales, Institucionales y de Posgrados Médico-Quirúrgicos de la Escuela de Medicina – Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

Fuentes de financiación

Este trabajo no hizo uso de recursos especiales de financiación.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no hay conflictos de intereses en relación con este texto científico.

Referencias

1. Baquero Haeberlin R. Cesó la horrible noche para los médicos residentes. Epicrisis: órgano de información del Colegio Médico Colombiano [Internet]. 2018 [citado el 1 de abril de 2020];2. Disponible en: https://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/Epicrisis_9_web.pdf
2. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2376 de 2010. Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del Área de la salud [Internet]. Departamento Administrativo de la Función Pública 2010. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=76013
3. Zavlin D, Jubbal KT, Noé JG, Gansbacher B. A comparison of medical education in Germany and the United States: from applying to medical school to the beginnings of residency. GMS German Medical Science [Internet]. 2017 [citado el 1 de febrero de 2020];15:1–12. Disponible en: <https://doi.org/10.3205%2F000256>
4. Hasnain M, Massengale L, Dykens A, Figueroa E. Health disparities training in residency programs in the United States. Fam Med [Internet]. 2014 [citado el 1 de febrero de 2020];46(3):186–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24652636/>
5. Thomson G, Cohl K. IMG Selection: Independent Review of Access to Postgraduate Programs by International Medical Graduates in Ontario [Internet]. 2011 [citado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/thomson/v1_thomson.pdf
6. Okera N, Escabasse V, Coste A, Albers AE. ORL residency in France: Satisfaction and training quality in 2013. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2015;132(6):327–32. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2015.08.005>
7. Tcherveniakov P, Lakhani SE. Residency Training: Neurology training: A comparison of Australian and American graduate medical education. Neurology. 2015;84(6):e38–40. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000001232>
8. Mishra D, Nair A, Gandhi R, Gogate P, Mathur S, Bhushan P, et al. The impact of COVID-19 related lockdown on ophthalmology training programs in India – Outcomes of a survey. Indian J Ophthalmol. 2020;68(6):999–1004. https://doi.org/10.4103/ijo.ijo_1067_20
9. Grover A. Residency training in India: Time for a course correction. Indian J Ophthalmol. 2018;66(6):743. https://doi.org/10.4103%2Fijo.IJO_328_18
10. Organización Panamericana de la Salud. Residencias médicas en América Latina [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2011 [citado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/hrs_serie_aps_residencias.pdf
11. The World Bank. Specialist surgical workforce (per 100,000 population) [Internet]. The World Bank web site. 2019 [citado el 1 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.SAOP.P5>
12. Ortega C. Todo lo que debe saber de la nueva ley sobre residentes médicos en Colombia . El Tiempo [Internet]. 2018 [citado el 1 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://www.eltiempo.com/elecciones-colombia-2018/congreso/todo-lo-que-debe-saber-de-la-nueva-ley-sobre-residentes-medicos-en-colombia-219184>
13. Consejo General de la Educación Médica, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Avances, acuerdos y recomendaciones. Sala de posgrado [Internet]. 2018 [citado el 26 de marzo de 2020]. Disponible en: https://ascofame.org.co/Descargas/Anexo_3_Sala_Posgrado.pdf
14. El Congreso de Colombia. Ley 1917 de 2018: Por medio de la cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones [Internet]. Departamento Administrativo de la Función Pública 2018. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=87441

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 0001872 de 12 de julio de 2019: Por la cual se reglamenta la Ley 1917 de 2018 que creó el Sistema de Residencias Médicas en Colombia [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social 2019. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/07/Reglamenta-la-Ley-que-creo-el-Sistema-de-Residencias-Medicas-en-Colombia-Resoluci%C3%B3n-No.-1872-de-2019.pdf>
16. Barreto Moreno AA, Zambrano Parra MC. El esquema de residencias médicas en Colombia: entre lo laboral y lo estatal. Precedente Revista Jurídica. 2020;17:97–123. <https://doi.org/10.18046/prec.v17.3800>
17. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. JAMA. 2015;314(22):2373–83. <https://doi.org/10.1001%2Fjama.2015.15845>
18. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica. 2012;30(1):61–71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
19. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2a ed. Bogotá: CONTUS & Universidad de Antioquia; 2002.
20. Roth WM (Ed.). First-Person Methods: Toward an Empirical Phenomenology of Experience. Rotterdam: Sense Publishers; 2012.
21. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Ministerio de Salud 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
22. Salehian S, Jahani MA, Ezoji K, Bijani A, Nikbakht H. Factors affecting the satisfaction and choice of specialization in medical students: A case study in Babol university of medical sciences. Journal of Medical Education Development. 2022;15(46):80–7. <http://dx.doi.org/10.52547/edc.15.46.80>
23. Chan D. Influence and Information in Team Decisions: Evidence from Medical Residency [Internet]. 2020 [citado el 1 de marzo de 2020]. Disponible en: http://web.stanford.edu/~chand04/papers/team_decisions.pdf
24. Ozan S, Karademir S, Gursel Y, Taskiran H, Musal B. First Graduates' Perceptions on a Problem-Based and Task-Based Learning Curriculum. Education for Health. 2005;18(2):256–71. <https://doi.org/10.1080/13576280500148007>
25. Tucker T, Bouvette M, Daly S, Grassau P. Finding the sweet spot: Developing, implementing and evaluating a burn out and compassion fatigue intervention for third year medical trainees. Eval Program Plann. 2017;65:106–12. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.07.006>
26. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. Cureus. 2018;10(12):e3681–90. <https://doi.org/10.7759/cureus.3681>
27. Kassam A, Horton J, Shoimer I, Patten S. Predictors of Well-Being in Resident Physicians: A Descriptive and Psychometric Study. J Grad Med Educ. 2015;7(1):70–4. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-14-00022.1>
28. Vidal de la Fuente S, Real Ramírez J, Ruíz Rosas JA, Morera González D. Evaluation of mental health and occupational stress in Mexican medical residents. Salud mental. 2020;43(5):209–18. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.029>
29. Doolittle BR, Windish DM, Seelig CB. Burnout, Coping, and Spirituality Among Internal Medicine Resident Physicians. J Grad Med Educ. 2013;5(2):257–61. <https://doi.org/10.4300%2FJGME-D-12-00136.1>
30. Kelly M, Soles R, Garcia E, Kundu I. Job Stress, Burnout, Work-Life Balance, Well-Being, and Job Satisfaction Among Pathology Residents and Fellows. Am J Clin Pathol. 2020;153(4):449–69. <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqaa013>
31. Chatlaong T. Sleep Quality and Burnout Syndrome among Residents in Training at the Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. Siriraj Med J. 2020;72(4):307–14. <https://doi.org/10.33192/Smj.2020.41>

32. Wood EA, Egan SC, Ange B, Garduno H, Williams DR, Wyatt TR. Association of Self-Reported Burnout and Protective Factors in Single Institution Resident Physicians. *J Grad Med Educ.* 2020;12(3):284–90. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-19-00645.1>
33. Palamara K, Kauffman C, Chang Y, Barreto EA, Yu L, Bazari H, et al. Professional Development Coaching for Residents: Results of a 3-Year Positive Psychology Coaching Intervention. *J Gen Intern Med.* 2018;33(11):1842–4. <https://doi.org/10.1007%2Fs11606-018-4589-1>
34. Winkel AF, Honart AW, Robinson A, Jones AA, Squires A. Thriving in scrubs: a qualitative study of resident resilience. *Reprod Health.* 2018;15(53):1–8. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0489-4>
35. Aho JM, Ruparel RK, Graham E, Zendejas-Mummert B, Heller SF, Farley DR, et al. Mentor-Guided Self-Directed Learning Affects Resident Practice. *J Surg Educ.* 2015;72(4):674–9. 6. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.01.008>
36. Hart RA, Eltorai AEM, Yanney K, Marsh JL, Mulcahey MK, Daniels AH. Update on Mentorship in Orthopaedic Resident Education. *Journal of Bone and Joint Surgery.* 2020;102(5):e20(1)-e20(5). <https://doi.org/10.2106/jbjs.18.00697>
37. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses.* 2020;144(109972):1–4. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>