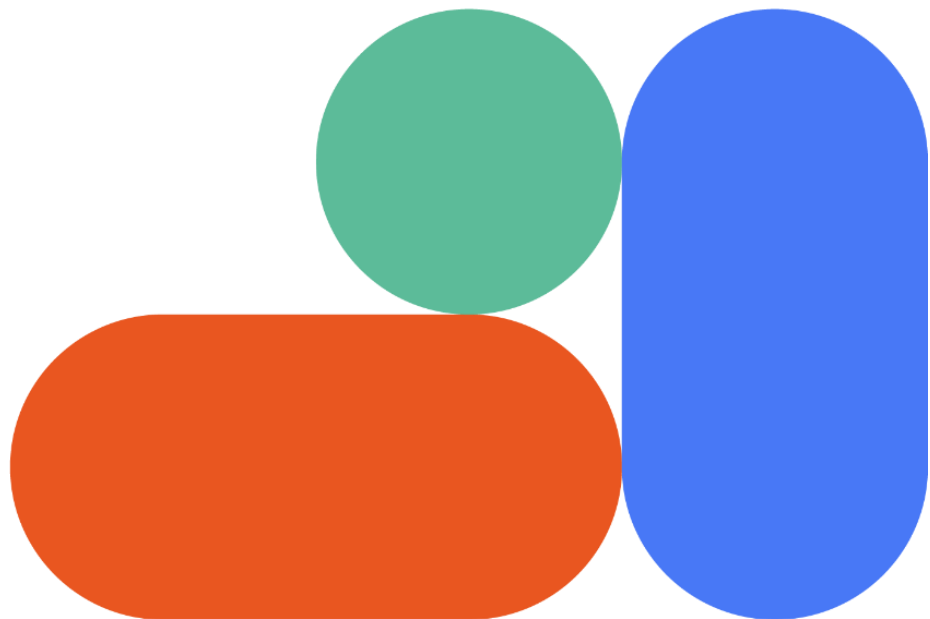


**PARES. Una estrategia educativa de colaboración público-privada para hacer frente a la sobretensión del sistema de salud durante la pandemia por COVID-19. Análisis cualitativo del impacto en los profesionales de la salud.**

**Informe final**



## Informe final. 28 de diciembre de 2022

Este informe se presenta como la continuación del enviado el 5 de agosto de 2022, y como resultado final del proyecto.

En el documento se presentan: la lista de cotejo (pág. 3-5) con la totalidad de los ítems referenciados a las páginas del manuscrito que se presenta a continuación (pág. 6-16). El manuscrito es el producto final del proyecto, tal como fuera explicitado en la propuesta a la convocatoria original. A continuación del manuscrito se presenta el esquema de preguntas disparadoras para las entrevistas (pág. 17-19), dado que es un requisito habitual en este tipo de investigaciones (punto #11 de la lista de cotejo).

Quedamos atentos para contestar las dudas que pudieran surgir de la lectura de este material.

### Equipo

Ezequiel Monteverde, María Beauchamp, Roberto Klappenbach, Joaquín Baliña, Betina Lartigue, Carlos Tenaillon, Nicolás Cano, Laura Bosque.

Lista de cotejo (Standards for reporting Qualitative Research). Disponible en:  
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>

Ítem	Página
<b>Título y abstract</b>	
1. <b>Título.</b> Se recomienda una descripción concisa de la naturaleza del tópico de estudio, con identificación del estudio como cualitativo o indicando el enfoque (etnografía, teoría fundamentada) o los métodos de recolección de los datos (entrevista, grupos focales).	1
2. <b>Abstract.</b> Resumen de los elementos clave del estudio usando el formato correspondiente al tipo de publicación buscado; típicamente incluye antecedentes, objetivo, métodos, resultados y conclusiones.	NA
<b>Introducción</b>	
3. <b>Formulación del problema</b> - Descripción y significado del problema o fenómeno estudiado; revisión de la teoría y trabajo empírico relevantes; declaración del problema.	5
4. <b>Propósito o pregunta de investigación</b> - Propósito del estudio y objetivos o preguntas específicas.	5
<b>Métodos</b>	
5. <b>Enfoque cualitativo y paradigma de investigación</b> - Enfoque cualitativo (e.g., etnografía, teoría fundamentada, estudio de casos, fenomenología, investigación narrativa) y teoría de referencia, si aplica; se recomienda la identificación del paradigma de investigación (e.g., post positivista, constructivista, interpretativo)	6
6. <b>Características de los investigadores y reflexividad</b> - Las características de los investigadores que podrían influenciar la investigación, incluyendo atributos personales, experiencia y calificaciones, relación con los participantes, supuestos, presupuestos, interacción potencial o real entre las características de los investigadores y las preguntas de investigación, enfoque, métodos, resultados y/o potencial de transferencia.	6
7. <b>Contexto</b> - Establecimiento, lugar y otros factores contextuales notables, bases racionales.	6
8. <b>Estrategia de muestreo</b> - Cómo y por qué los participantes de la investigación, los documentos o los eventos fueron seleccionados; criterios para decidir cuándo no se necesitó mayor muestreo (e.g., saturación de la muestra); bases racionales.	7
9. <b>Aspectos éticos sobre los sujetos humanos</b> - Documentación de aprobación por un CEI y del consentimiento del participante, o explicación de su ausencia; otros aspectos de confidencialidad o seguridad de los datos.	7
10. <b>Métodos de recolección de datos</b> - Tipos de datos recolectados, detalles de los procedimientos de recolección de datos incluyendo (si fuera apropiado) las fechas de inicio y finalización de la recolección y el análisis, proceso iterativo, triangulación de fuentes o métodos y modificación de los procedimientos en respuesta a los hallazgos evolutivos del estudio; bases racionales.	7

11.	<b>Instrumentos y tecnología para la recolección de los datos</b> - Descripción de los instrumentos (e.g. guías para las entrevistas, cuestionarios) y dispositivos (grabadores de audio) usados para la recolección de datos; cómo (si aplicara) se modificaron los instrumentos durante el curso de la investigación.	7
12.	<b>Unidades de estudio</b> - Cantidad y características relevantes de los participantes, documentación o eventos incluidos en el estudio; nivel de participación (puede reportarse en resultados).	6
13.	<b>Procesamiento de los datos</b> - Métodos para el procesamiento de datos antes y durante el análisis, incluyendo la transcripción, carga de datos, gestión y seguridad de los mismos, verificación de la integridad de los datos, codificación y anonimización o deidentificación de los extractos.	7
14.	<b>Análisis de datos</b> - Proceso por el cual las inferencias, temas, etc. fueron identificados y desarrollados, incluyendo a los investigadores involucrados en el análisis de los datos; habitualmente referencia a algún paradigma o enfoque específico; bases racionales.	7
15.	<b>Técnicas para incrementar la confiabilidad</b> - Técnicas para incrementar la confiabilidad y credibilidad del análisis de los datos (e.g., comprobación de miembros, pistas de auditoría, triangulación); bases racionales.	7
<b>Resultados/Hallazgos</b>		
16.	<b>Síntesis e interpretación</b> - Hallazgos principales (e.g., interpretaciones, inferencias y temas); puede incluir el desarrollo de una teoría o modelo, o la integración con investigación o teorías previas.	8-12
17.	<b>Vínculos a datos empíricos</b> - Evidencia (e.g., citas, notas de campo, extracciones textuales, fotos) para sustanciar los hallazgos analíticos.	8-12
<b>Discusión</b>		
18.	<b>Integración con trabajo previo, implicaciones, potencial de transferencia y contribución(es) al campo</b> - Breve resumen de los hallazgos principales; explicación de cómo los hallazgos y conectan con, soportan, elaboran o discuten las conclusiones de publicaciones previas; discusión del alcance de aplicación o generalizabilidad; identificación de contribuciones particulares al estudio en una disciplina o campo.	13-14
19.	<b>Limitaciones</b> - Confiabilidad y limitaciones de los hallazgos.	13-14
<b>Otros</b>		
20.	<b>Conflictos de interés</b> - Fuentes potenciales de influencia o influencia percibida en la conducción y conclusiones del estudio; cómo se manejaron.	14
21.	<b>Financiación</b> - Fuentes de financiación y otros apoyos; rol de los financiadores en la recolección de los datos, interpretación y reporte.	14

## Introducción

La pandemia por COVID-19 puso al sistema de salud argentino durante 2020 en una situación de sobretensión. Dado que el país no había experimentado otras pandemias virales desde 2009 (virus influenza H1N1) no existían planes de contingencia vigentes y las decisiones se tomaron en base a observaciones de lo que ocurría en otros países. Por razones climáticas, entre otras, el país sufrió la primera ola de contagios 35 días más tarde que en países europeos, lo cual permitió algún grado de preparación [1], un ejemplo de lo cual fue el incremento en 35% de la dotación en recursos materiales esenciales a los hospitales públicos del país [2].

De acuerdo con el enfoque de las cuatro "E" para aumentar la capacidad de atención: espacio, equipamiento, equipo y estructura/sistema [3] las medidas implementadas pudieron paliar parcialmente los primeros dos aspectos, pero los últimos dos continuaban sin resolver. El factor crítico en estas situaciones es el equipo, dado que la cantidad de profesionales (enfermeros, kinesiólogos y médicos) capacitados en cuidados intensivos no puede incrementarse en un espacio de tiempo tan breve. Haciendo uso del concepto de la medicina de desastres, que plantea que en estas situaciones los intensivistas no pueden trabajar solos (tanto por el aumento de la demanda como por la reducción en la oferta debida a la infección o reasignación de los profesionales) [4-6], la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) publicó recomendaciones para incrementar la capacidad de respuesta en los hospitales [7] en línea con las recomendaciones de otras organizaciones internacionales vinculadas a la medicina crítica [8]. Este documento fue respaldado también por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) [9].

Para posibilitar una respuesta al problema de los equipos de salud, Fundación Trauma creó en tres meses un curso sobre contenidos elementales de cuidados intensivos, medidas de protección personal y de organización institucional. La capacitación tuvo una modalidad mixta, con contenidos asincrónicos disponibles en línea y un plan de tutorías sincrónicas con especialistas en dos turnos por día. El curso se monitoreó centralmente en tiempo real y se diseñó un plan de acompañamiento de los cursantes a través de una mesa de ayuda. Hasta octubre de 2021, el curso había sido tomado por 12.373 profesionales, de los cuales 8.209 lo habían finalizado (66%) y 381 mantenían una relación activa con el entorno [10]. La articulación intersectorial hizo posible que los contenidos pudieran desarrollarse y llegar a la población objetivo en el tiempo óptimo [11].

Más allá de los aspectos cuantitativos, evaluados y reportados previamente [10], se planteó una evaluación dirigida a los profesionales capacitados en la forma de entrevistas para capturar ciertos aspectos de la experiencia que pudieran haberse modificado como consecuencia de la estrategia implementada. El objetivo del estudio es evaluar qué características de la capacitación se asociaron con experiencias positivas y cuáles con valoraciones negativas, lo que podría servir como fuente de información para futuras estrategias de capacitación.

## Métodos

Se realizó un estudio cualitativo de entrevistas a participantes del curso siguiendo las recomendaciones de reporte SRQR [12].

El marco teórico usado para el estudio fue el análisis de contenido desde una perspectiva deductiva. Los temas fueron identificados previamente y se plantearon en tres dimensiones que apuntaron a capturar la experiencia de los profesionales de la salud: (1) con respecto al entorno (cambios de procesos y estructura en la atención y organización), (2) con respecto al impacto percibido como consecuencia de la realización del curso y el soporte recibido, y (3) con respecto a sí mismos y la medida en la cual la pandemia pudo haber afectado su desempeño profesional y vida personal.

Los entrevistadores fueron psicólogos (MB, NC) y médicos (BL) con más de 5 años de experiencia clínica y entrenamiento en entrevistas. Los entrevistadores no tuvieron ninguna relación previa con los participantes entrevistados, excepto en un caso (relación laboral previa no relacionada a las posiciones actuales de ambos, al manejo del curso ni del manejo hospitalario). En el resto de los casos, los entrevistadores sólo conocían de los entrevistados los datos de contacto y la información demográfica general, que los participantes cedieron voluntariamente al inscribirse en el curso. Dado que los tres entrevistadores estuvieron involucrados en el proceso de desarrollo y gestión del curso, puede haber algún sesgo hacia una consideración positiva del mismo.

La población identificada fueron profesionales de la salud (enfermeros, kinesiólogos, médicos) que hubieran recibido capacitación a través del curso PARES durante 2020 o 2021. La unidad de análisis fue el profesional entrevistado. Los criterios de inclusión fueron: haber estado inscripto en el curso, haber avanzado más de un 50% en el acceso a los materiales (2 de 4 módulos o 12 de 24 unidades) y haber brindado datos para el contacto por teléfono o e-mail. El criterio de exclusión fue la negativa a brindar su consentimiento para la participación en el estudio. Sobre la base de estudios previos con características similares [12] y teniendo en cuenta la variedad de profesiones y escenarios, se planificó contactar a 20 sujetos. Se realizó un muestreo probabilístico en virtud de la composición de la muestra de estudiantes ( $n=10123$ ) teniendo en cuenta edad, género, profesión y distribución geográfica. Los potenciales participantes fueron contactados vía e-mail. En caso de autorizarlo, las comunicaciones posteriores se realizaron por teléfono o por chat telefónico. De los 293 contactados inicialmente, 148 respondieron al e-mail. De éstos, con 39 se pudo acordar una fecha y hora para la entrevista, y en 19 casos se concretó. Los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas con preguntas disparadoras (Anexo 1) de manera online usando la plataforma Zoom®. Los entrevistadores estuvieron en las instalaciones de Fundación Trauma y los entrevistados, en sus domicilios. Hasta el punto en el cual se puede estar seguro en una entrevista online, no hubo otras personas presentes.

El protocolo del estudio fue presentado para su evaluación el 25 de octubre de 2021 a través de la Plataforma de Registro Informatizado de Investigaciones en Salud de Buenos Aires (PRIISABA) con el código de registro 6023 y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Huésped el 1º de diciembre de 2021. Previo al inicio de las entrevistas los participantes brindaron su consentimiento para la utilización de la información generada durante las mismas. En la administración del consentimiento los participantes fueron informados sobre las estrategias para la anonimización de los datos recolectados y de su derecho a decidir abandonar el estudio en cualquier instancia posterior, como así también del tratamiento que se le daría al material grabado durante las entrevistas. No hubo ningún tipo de retribución a los participantes. El procedimiento observó las recomendaciones del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, la Ley de Protección de Datos Personales (25.326) y la Resolución Ministerial sobre Investigación con Seres Humanos 1480/2011.

Los entrevistadores tomaron notas durante las entrevistas siguiendo la estructura surgida de las preguntas disparadoras. Estas notas fueron posteriormente ampliadas con la des-grabación de las entrevistas. Las grabaciones se realizaron usando la función de grabación incluida en el mismo software. La primera entrevista se llevó a cabo el 1º de diciembre y la última, el 15 de junio. El procedimiento no se modificó a lo largo de este período.

Las entrevistas se grabaron y transcribieron a texto para el análisis posterior. Los textos transcritos fueron identificados por los entrevistadores a través de códigos cuya relación con los datos de identificación de las personas se mantuvo en un archivo separado y no fue comunicado al resto del equipo. Estos textos fueron revisados y codificados por cuatro revisores independientes (EM, MB, BL, RK) y los conceptos identificados se discutieron en tres etapas con el objetivo de satisfacer los requerimientos de validez y confiabilidad [13]: (1) una reunión en la cual uno de los revisores leyó los conceptos resumidos, que fueron confirmados, refutados o ampliados por los otros tres revisores; (2) una etapa de trabajo en la cual una versión escrita de la etapa 1 fue puesta en un documento compartido donde los cuatro revisores incorporaron sus interpretaciones y (3) una etapa final en la cual los cuatro revisores trabajaron en la síntesis de los conceptos encontrados y en la construcción de un mapa conceptual que fuera comunicable [13]. La estrategia se planteó como un muestreo dirigido hasta llegar al punto de saturación de cada concepto.

## Resultados

Se realizaron 19 entrevistas con 13 enfermeros, 5 médicos y un kinesiólogo, 14 de los cuales (74%) se identificaron como mujeres. La edad mediana fue 41 años (rango intercuartil 33-50). Los centros en los cuales los entrevistados desempeñaron sus funciones durante la pandemia fueron: público de alta complejidad (n=13), público de baja complejidad (n=2), privado de alta complejidad (n=2), público modular (n=1) y público de atención ambulatoria (n=1). Seis de los centros tenían domicilio en la

provincia de Buenos Aires, 3 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el resto, uno en cada una de las siguientes provincias: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Salta, Santa Cruz y Santiago del Estero. La primera entrevista se llevó a cabo el 1º de diciembre y la última, el 15 de junio. Las entrevistas tuvieron una duración media de 45 minutos (rango 30-90).

## SECCIÓN 1 | La persona con respecto al entorno

### Cambios estructurales

Los cambios estructurales más comúnmente relatados pueden agruparse en tres categorías: cambios que redujeron la oferta de servicios no esenciales para ese momento, cambios que adecuaron las instalaciones para brindar atención a mayor cantidad de personas y cambios para reducir la probabilidad de contagios. Con respecto a los primeros, se mencionaron la cancelación de procedimientos programados y la reducción de consultas ambulatorias de pacientes con enfermedades crónicas. Con respecto a los segundos, diez de los 19 entrevistados manifestaron ampliaciones de diversas características, como la transformación de unidades con menor demanda (unidades coronarias en unidades para pacientes críticos con COVID), instalación de sectores anexos al hospital (carpas para internación de pacientes con complejidad leve o moderada), uso de “shock rooms” y consultorios de guardia como ámbitos de internación, tráileres en el exterior de los hospitales para atención y diagnóstico de pacientes ambulatorios, uso de habitaciones de hotel para aislamiento de personas con síntomas leves, uso de habitaciones individuales para más de un paciente, armado de cohortes, instalación de oficinas de triaje y reasignación de servicios. Cinco entrevistados proveyeron estimaciones precisas del incremento, que en promedio significaron un aumento de 140% sobre la capacidad instalada de camas críticas en sus centros.

Sólo uno de los entrevistados habló del establecimiento formal de un comité de crisis. En dos oportunidades se hizo mención a que la demanda inicialmente superó la oferta (“UCI llena de pacientes ventilados”, “pacientes en pasillos”) que posteriormente se equilibró con la incorporación de los hospitales modulares. Uno de los entrevistados manifestó que, si bien trabajó en un centro que no estaba destinado a la atención de pacientes con COVID, atendieron muchos afectados por esta condición porque manifestaban otros síntomas para ser atendidos (por colapso de centros designados).

Con respecto al tercer tipo de cambios, se mencionó la atención e internación diferenciada de pacientes con COVID-19, el cierre de áreas comunes para el personal (comedores) y el establecimiento de circulación diferencial para pacientes con y sin COVID-19.

### Cambios de procesos



Los cambios en los procesos fueron percibidos por todos, incluidos los entrevistados que estaban menos relacionados con la atención de pacientes agudos o críticos. Dos aspectos fueron los más mencionados: el aprendizaje del uso correcto de equipos de protección personal (EPP) y la reasignación de personal, especialmente en relación al ausentismo laboral por haber contraído la infección. La reasignación de personal entre unidades fue la norma, con gran parte de profesionales no intensivistas dedicados a la atención de pacientes críticamente enfermos. Se reportó que el incremento de la complejidad y dinamismo en la evolución clínica de los pacientes fue uno de los aspectos más notables.

Todos los entrevistados hablaron de cambios en los procesos de trabajo y de aplicación de nuevos protocolos. Sólo uno mencionó falta de apoyo o de contención institucional. Otro de los protocolos mencionados fue el de egreso temprano de la unidad de cuidados intensivos (UCI). Las recomendaciones usadas como referencia fueron las del MSN en combinación con las consideraciones de los servicios de infectología locales. Sólo hubo una mención a guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS). También hubo menciones a la capacitación colaborativa y el aprendizaje de la experiencia de otros centros y servicios a través de comunicación por videoconferencias.

### Monitoreo de resultados

Ante la pregunta por la percepción de resultados diferentes en los pacientes, hubo una interpretación casi generalizada sobre hablar de cambios en los procesos (e. g. cambios en la organización de los servicios) y no en los resultados (e. g. mayor mortalidad o incremento en la estadía hospitalaria). Como aspectos negativos se comentó la pérdida del acompañamiento a los pacientes y las familias. Se mencionó que el agotamiento de los profesionales significó menos tiempo destinado a la comunicación, lo que aumentó las situaciones de conflicto con familiares. En relación a los cambios positivos, uno de los entrevistados mencionó que ahora los profesionales que trabajan en Emergencias están mejor capacitados. Otro cambio positivo que se mencionó fue que en ciertos grupos se generó un ambiente de trabajo en equipo que previamente no existía, lo cual se asoció con la capacidad de liderazgo de los profesionales a cargo del grupo.

Se registró una impresión predominante de que la calidad de atención no se vio afectada, aunque no hubo evaluaciones formales. Los tres encuestados que mencionaron resultados negativos se refirieron a las lesiones por presión como principal hallazgo. Tres de los entrevistados apreciaron cambios relevantes entre la primera ola (poca preparación) y las subsecuentes (mejor preparación, menor ausentismo, menos sobrecarga laboral). No se registraron relatos de limitación del soporte vital ni triaje para la asignación de recursos.

## SECCIÓN 2 | La persona con respecto a la cursada y al equipo de acompañamiento

Hubo una valoración positiva generalizada con respecto al curso PARES®. Se destacaron aspectos como: a) haber servido para consensuar pautas de atención entre diferentes servicios, b) al disponer de todas las recomendaciones en un único sitio con un contenido segmentado por temas, se redujeron los tiempos de búsqueda, c) contenido preciso y acotado, y d) se destacó que haya sido dirigido a todo el equipo. También resaltaron la base científica del contenido y la orientación pedagógica del material. Un aspecto mencionado fue que, al cubrir la demanda de información, representó una liberación de la carga de las consultas a los intensivistas de los hospitales.

Los entrevistados manifestaron haber usado el material del curso como estrategia de comunicación y capacitación continua a través de la elaboración de carteles con los protocolos de manejo incluidos en el material para imprimir del curso, que se pegaron en las paredes de los sectores de urgencias. Esto ayudó también a compartir el material con compañeros del equipo que no hubieran hecho el curso.

*“El curso lo realizamos casi todo el personal de enfermería abocado a la atención en UCI, nos sirvió para consensuar determinadas pautas y organización de nuestro trabajo (...) Todos hicimos el curso PARES®, entonces todos hablábamos de la misma manera y teníamos el mismo criterio de trabajo (...) Yo creo que al estar organizado y ser bajado al mismo tiempo y a mucha gente permitió que todos estemos bajo la misma órbita y no generara choques desde lo individual” [#5]*

Los enfermeros destacaron el aprendizaje de dilución de nuevas drogas, y el hecho de que, al haber sido entrenados simultáneamente con la misma herramienta, unos servían como controladores o revisores del trabajo de otros, mejorando la sensación de seguridad sobre su propio trabajo.

*“Se afianzaba lo que ya se manejaba. Se unificaba mucho la forma de trabajar. El curso avalaba y ampliaba lo que veníamos haciendo. Se charlaba lo que veía en el curso” [#4]*

*“Aprendí a ser más práctico y ordenado en el manejo del paciente. Las guías rápidas de consulta las pusimos en la guardia. Se protocolizó la sedo-analgésia y todos hablamos el mismo idioma. Se optimizó el recurso” [#14]*

Los encuestados se manifestaron más seguros y organizados en sus tareas habituales luego de la realización del curso, y los motivos mencionados para esto fueron: mayor interés por la bioseguridad, uso de criterios más objetivos para la evaluación de los pacientes y procesos de trabajo claros y compartidos.

*“Trabajamos de forma más ordenada y, si algo generaba dudas, tenía las herramientas, iba a buscar el material, estábamos todos leyendo, guardando videos y teníamos a mano los archivos PDF [del curso]. Los que iban más avanzados comentaban otras unidades. Era motivante escuchar decir ‘¿viste que tal unidad está re buena porque tiene esto y esto?’, también estaba bueno porque compañeros que no pudieron hacer la capacitación se*

*interesaban por saber lo que íbamos viendo en el curso. Volver a la formación es importante para la profesión” [#18]*

Los encuestados apreciaron positivamente esta intervención y las consideraciones sobre la misma fueron casi unánimes: “permitió el trabajo en equipo”, “hablamos el mismo idioma”, “se unificaron criterios”.

*“Yo creo que sí, porque al haber hecho todos lo mismo, sabíamos todos de que estábamos hablando. Era como si nos hubieran explicado lo mismo, de la misma manera, a todos” [#6]*

*“Contenidos rápidos, prácticos, fácil de leer, enfoque amplio, bien orientado en cuanto a lo pedagógico” [#14].*

Con respecto a la utilidad de los módulos, la respuesta más común fue “todos”, destacando el orden en el cual se brindaron los contenidos. Aunque el módulo pediátrico fue el menos recordado, algunos relatos sugieren que haberlo incorporado fue una decisión acertada.

*“El que más me ayudó fue el de pediatría, ya que trato de esquivar a los pacientes pediátricos; ahora sé cómo parame ante la emergencia, antes le esquivaba” [#16]*

En cuanto a aspectos no incluidos que se podrían haber agregado, se señalaron algunos que habían sido considerados en el momento de diseñar el curso, como la falta de instancias prácticas para el entrenamiento en habilidades manuales como la intubación endotraqueal, y poder contar con más casos clínicos para la discusión. No específicamente sobre temas a incluir, pero sí ampliando el alcance, se propuso la creación de material específico para personal de limpieza y cocina, con el objetivo de aumentar los cuidados y la higiene en sus tareas.

Sólo tres de los entrevistados refirieron haber participado de los encuentros sincrónicos. Los que no lo hicieron manifestaron conocerlos, pero no poder acceder por dificultades con los horarios, o bien por no tener consultas para hacer. El complemento con los foros asincrónicos impresiona haber cubierto la demanda de información personalizada.

*“No participé de los encuentros por cuestiones de organización, pero de todas formas leía los foros y pude sacar provecho de ello a través de las respuestas a dudas de otros profesionales” [#1]*

La mayoría respondió que esta fue su primera capacitación online y que no tuvo dificultades. Más aún, mostraron interés en la estrategia, y que se propusieron buscar más experiencias de este tipo.

### SECCIÓN 3 | La persona con respecto a sí misma

La afectación de la pandemia desde una perspectiva personal tuvo relatos diversos, que capturaron diferentes dimensiones:

- la preocupación por afectar a sus personas cercanas
 

*“Para mí fue horrible: mucho estrés, insomnio, temor. Yo tengo problemas cardiológicos y convivo con tres personas de alto riesgo (hija, abuela, mamá). Todo fue complejo: el circuito para sacarme la ropa, utilizar un lugar externo para cambiarme, lavar la ropa aparte. El miedo a contagiar era muy grande”* [#5]
- la muerte de colegas
 

*“Generó mucho miedo y estrés en mí. Personalmente en un principio fue difícil sobrellevar la carga laboral ya que hubo contagios masivos dentro del ámbito hospitalario y el miedo de contagiar a la familia, y la muerte de un colega o familiares de compañeros fue muy duro”* [#1].
- el dinamismo de la enfermedad y la dificultad para comunicarlo
 

*“Me afectó la velocidad con la cual se moría un paciente, tener que explicárselo a la familia y que lo entendieran”* [#7]
- la preocupación por el propio nivel de preparación
 

*“Perdí gente cercana, como profesional me sentí preparada. Para mí fue una oportunidad de demostrar que estaba preparada, me sentí segura y busqué capacitarme para hacer las cosas bien”* [#19]
- las dificultades en la comunicación con las familias
 

*“(…) cuando fallecían le entregabas el cuerpo a la familia en doble bolsa roja con un cartel con el nombre del paciente y ellos tenían que confiar y creer que el cuerpo era el de su familiar. No había forma de despedirse, no había velatorio, los pacientes se cremaban. Algo que me marcó mucho fue que en la misma semana dos médicos realizaron el mismo comentario: “lo que ocurre en esta situación de tanto aislamiento [es que] los pacientes son como desaparecidos (…) con toda la implicancia y peso que esa palabra tiene (…) en nuestro país”* [#12]

Doce de los entrevistados manifestaron haberse contagiado. Tanto los que se infectaron como los que no, manifestaron tristeza por sus compañeros, muchos de los cuales sufrieron formas graves.

Sólo dos de los 19 manifestaron haber querido cambiar de trabajo. Todos reconocieron las dificultades relacionadas con la pandemia, a las que se sumaron las económicas por el momento crítico del país. Algunos mencionaron cambios de sector o de actividad, pero no de profesión. Esto fue independiente de la profesión de los encuestados.

La mayoría mencionó tener al menos un compañero que cambió de ámbito laboral, pero no de profesión, buscando sectores con menos exposición a COVID-19 y pacientes con menor complejidad. Se mencionaron también motivos económicos para el cambio de empleo. Un aspecto interesante relatado por enfermeras fue que, a raíz de la cuarentena, muchas de sus parejas masculinas perdieron sus empleos (informales) por lo cual ellas tuvieron que buscar segundos o terceros empleos para sostener económicamente a la familia. Esto fue vivido como una experiencia ambivalente: una solución al aspecto económico pero una sobrecarga física y emocional.

La carga horaria semanal relatada tuvo un rango de 40 a 70 horas. Diez de los encuestados manifestaron trabajar en un único lugar; el resto, en dos o más. Hubo consenso en que el incremento de la carga horaria laboral afecta el desempeño, aunque por motivos económicos no puedan reducirla.

## Discusión

Los principales hallazgos de la investigación sobre el material de capacitación ofrecido fueron: (1) el impacto positivo en el equipo por transmitir una visión clara y consensuada en un momento de gran incertidumbre, (2) el soporte que brindó para consensuar protocolos de atención entre servicios, (3) el contenido acotado y dirigido a públicos específicos y (4) la inclusión de todo el equipo de salud. El efecto de brindar el mismo contenido de manera asincrónica a todo el equipo de trabajo potenció el efecto esperado: que los usuarios pudieran consultar el material de acuerdo con su disponibilidad individual pero que también pudieran discutirlo con los otros miembros de trabajo como si hubiese sido brindado a todos en el mismo momento.

En el momento inicial (marzo 2020) los enfoques disponibles eran los de los cursos dirigidos a incrementar la capacidad de respuesta de los centros, tanto a nivel individual (FCCS©, ACLS©, PALS©) como organizacional (FDM©, ADMR©), todos los cuales se dictan en la Argentina por sociedades científicas locales. Sin embargo, ninguno de ellos contaba con la posibilidad de dictarse en forma virtual, por lo que hubo que buscar alternativas. En ese momento, algunas organizaciones como la Sociedad de Cuidados Críticos norteamericana [16], la Sociedad Europea de Medicina Intensiva [17] y otras [18] difundieron material de capacitación rápidamente en sus sitios web, pero los contenidos no estaban disponibles en forma completa en castellano. Estos fueron los motivos principales para la creación de un curso original y no usar otros que ya hubiesen sido desarrollados. Con respecto al impacto de estas estrategias, si bien existen algunos reportes a corto plazo y a nivel individual (evaluaciones pre y post capacitación) [19,20] dada la dificultad de la evaluación y del corto tiempo desde su implementación, no se conoce aún el impacto institucional, *i.e.*, cambios en los procesos de trabajo en el largo plazo.

De manera similar a lo reportado en otras publicaciones, encontramos expresiones ambivalentes en la población estudiada [21,22]. Por un lado, sensaciones de miedo y

angustia frente a una realidad desconocida para la cual se sentían poco capacitados [23] (especialmente quienes tuvieron que trabajar en sectores no habituales) y confusión frente a la cantidad de información [24], y por el otro, la experiencia de estar viviendo una oportunidad de capacitación única y de poder brindar ayuda real [25]. De alguna manera, la pandemia puede haber generado una situación de *tabula rasa*, en la cual la organización hospitalaria perdió la jerarquía habitual y se estableció un nuevo patrón de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Una de las principales fortalezas que encontramos es que las características del curso permitieron brindar un modelo muy parecido al de la “capacitación en servicio”, como es el entrenamiento simultáneo de una alta proporción de miembros de un servicio, a pesar de las limitaciones externas. Este tipo de estrategias permite generar, durante el aprendizaje, un entorno similar, y con los mismos actores, al de la práctica cotidiana. Si bien el objetivo del curso no estuvo orientado específicamente a ese fin, las respuestas obtenidas mostraron esta derivación positiva. No podemos descartar que haya existido un sesgo de selección, ya que la participación en este estudio puede haber estado guiada por una valoración positiva previa del curso. Otra de las limitaciones del estudio es la imposibilidad de estimar los efectos institucionales reales que pudo haber tenido la intervención. Si bien existen indicios a partir de los relatos de que se produjeron algunos cambios positivos, la estimación precisa de los mismos requiere otros enfoques [26]. Más aún, es esperable que, en ausencia de un programa continuo de capacitación, aún si se hubiesen producido estos cambios, se vayan diluyendo con el tiempo.

Durante las entrevistas surgieron muchas referencias al impacto personal que tuvo el desempeño de sus tareas durante la pandemia. Si bien las preguntas sobre la permanencia en roles y actividades laborales no mostraron una tendencia clara al cambio, es probable que el momento de la evaluación haya estado muy cercano a la exposición. Algunos efectos de la exposición a situaciones de alta demanda y saturación de la oferta de servicios pueden manifestarse en un período más prolongado. El impacto final en las trayectorias de los profesionales es todavía dudoso y materia de análisis en un plazo más alejado.

Como conclusiones principales, podemos decir que la capacitación asincrónica pero ofrecida en el mismo momento a los miembros de un equipo de salud que comparte un espacio de trabajo generó, a juicio de los individuos capacitados, un lenguaje común que les permitió comunicarse con mayor facilidad, y que redujo la ansiedad generada por información dispersa e inconexa sobre el tema de interés. Entendemos que los resultados observados pueden ser de utilidad tanto para el diseño de contenidos como para la administración de futuros cursos que se planifiquen en modalidad virtual. Algunos aspectos quedan todavía por aclarar, como la mejor forma de evaluación del impacto institucional, la duración de este efecto, la mejor forma de seguimiento y apoyo a los profesionales, y la necesidad de refuerzos para afianzar los aspectos que hayan mejorado. Entendemos que, si bien la pandemia de COVID-19 brindó una oportunidad única, estas características pueden plantearse como lineamientos útiles para la implementación efectiva de futuros cursos.

Este estudio se llevó a cabo con la colaboración de una beca de investigación otorgada por el Observatorio de Salud del Grupo de Fundaciones y Empresas, a la que se accedió por concurso. Los investigadores tienen relación laboral con la Fundación Trauma y estuvieron involucrados en diferentes aspectos de la elaboración e implementación del curso PARES® .

## Referencias

1. Worldometer. Coronavirus Update (Live): 36,662,395 Cases and 1,064,617 Deaths from COVID-19 Virus Pandemic - Worldometer n.d.  
<https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. El país incrementó el número de camas de terapia intensiva en un 35%. Argentina.gob.ar 2020.  
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-pais-incremento-el-numero-de-camas-de-terapia-intensiva-en-un-35>
3. Anesi GL, Lynch Y, Evans L. A Conceptual and Adaptable Approach to Hospital Preparedness for Acute Surge Events Due to Emerging Infectious Diseases. *Critical Care Explorations* 2020;2:e0110.
4. Wax RS. Preparing the Intensive Care Unit for Disaster. *Critical Care Clinics* 2019;35:551–62.
5. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health* 2020;5:e475–83.
6. Society of Critical Care Medicine. COVID-19 Critical Care for the Non-ICU Clinician n.d.  
<https://covid19.sccm.org/nonicu/>
7. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Propuesta de Programa para el Aumento de la Capacidad Instalada de las UCIs para la Recepción de Pacientes con COVID-19 a Gran Escala. Disponible en: <https://www.slideshare.net/SociedadArgentinadeT/propuesta-de-programa-para-el-aumento-de-la-capacidad-instalada-de-las-ucis-para-la-recepcion-de-pacientes-con-covid19-a-gran-escala>
8. World Federation of Intensive and Critical Care. COVID-19. *World Critical Care* 2020.  
<https://www.wficc.com/covid-19>
9. Ministerio de Salud. República Argentina. Recomendaciones para el aumento de la capacidad instalada de las unidades de cuidados intensivos para la recepción de pacientes con COVID-19 a gran escala. Recomendaciones 1 de junio de 2020 2020.
10. Monteverde E, Bosque L, Klappenbach R, Baliña J, Lartigue B, Arán MI, Cano N, Reina R, Silberman P, Ortiz C, Gutiérrez V, Neira J. Nonintensivist Training to Increase the Staff Capacity of Intensive Care Units During COVID-19 Pandemic Surge in Argentina. *Disaster Med Public Health Prep.* 2021 Aug 31:1–7. doi: 10.1017/dmp.2021.282.

11. Baliña J, Monteverde E, Bosque L, Klappenbach R, Lartigue B, Aran MI, Cano N, Reina R, Silberman P, Ortiz C, Gutiérrez VP, Neira J. Implementación del curso PARES. Un estudio de caso de intervención público-privada ante la pandemia de COVID-19 en Argentina. *Colabora.Lat* 2021. Disponible en: <https://colabora.lat/documento/experiencias-curso-pares-argentina/>
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89:1245-1251. Disponible en: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>
13. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62: 107-115.
14. Carcary M. The Research Audit Trial –Enhancing Trustworthiness in Qualitative Inquiry. *The Electronic Journal of Business Research Methods* 2009;7:11-24.
15. Pourvakhshoori N, Norouzi K, Ahmadi F, Hosseini M, Khankeh H. Nurse in limbo: A qualitative study of nursing in disasters in Iranian context. *PLoS One.* 2017;12:e0181314.
16. Society of Critical Care Medicine. COVID-19 Critical care for the non-ICU clinician. Published October 10, 2020. <https://covid19.sccm.org/nonicu/>
17. The European Society of Intensive Care Medicine. Trained multidisciplinary healthcare workers to reinforce ICUs in event of COVID-19 surge. *ESICM.* Published August 28, 2020. <https://www.esicm.org/trained-multidisciplinary-healthcare-workers-to-reinforce-icus-in-event-of-covid-19-surge/>
18. Bhattacharya S, Singh A, Hossain MM. Health system strengthening through Massive Open Online Courses (MOOCs) during the COVID-19 pandemic: an analysis from the available evidence. *J Educ Health Promot.* 2020;9:195. doi: 10.4103/jehp.jehp\_377\_20
19. Tsiouris F, Hartsough K, Poimboeuf M et al. Rapid scale-up of COVID-19 training for frontline health workers in 11 African countries. *Hum Resour Health* 2022; 20:43. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00739-8>
20. Gautam S, Shukla A, Mishra N, Kohli M, Singh GP. Effectiveness of virtual training for medical officers and community health officers in the critical care management of COVID-19 patients in the intensive care unit. *Indian J Anaesth.* 2021;65(Suppl 4):S168-S173. doi: 10.4103/ija.ija\_704\_21.
21. Casafont C, Fabrellas N, Rivera P, Olivé-Ferrer MC, Querol E, Venturas M, Prats J, Cuzco C, Frías CE, Pérez-Ortega S, Zabalegui A. Experiences of nursing students as healthcare aid during the COVID-19 pandemic in Spain: A phenomenological research study. *Nurse Educ Today.* 2021;97:104711. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104711.
22. Dziurka M, Machul M, Ozdoba P, Obuchowska A, Kotowski M, Grzegorzczak A, Pydyś A, Dobrowolska B. Clinical Training during the COVID-19 Pandemic: Experiences of Nursing Students and Implications for Education. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:6352. doi: 10.3390/ijerph19106352.
23. Collado-Boira EJ, Ruiz-Palomino E, Salas-Media P, Folch-Ayora A, Muriach M, Baliño P. "The COVID-19 outbreak"-An empirical phenomenological study on perceptions and psychosocial considerations surrounding the immediate incorporation of final-year



Spanish nursing and medical students into the health system. *Nurse Educ Today*. 2020 Sep;92:104504. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104504.

24. World Health Organization. Infodemic. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1)
25. Velarde-García JF, Cachón-Pérez JM, Rodríguez-García M, Oliva-Fernández O, González-Sanz P, Espejo MM, González-Hervías R, Álvarez-Embarba B, Moro-López-Menchero P, Fernández-de-Las-Peñas C, Palacios-Ceña D. The challenges of "learning on the go": A qualitative study of final-year Spanish nursing students incorporated to work during the first Covid-19 pandemic. *Nurse Educ Today*. 2021;103:104942. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104942.
26. Jarrett M, Garrick R, Gaeta A, Lombardi D, Mayo R, McNulty P, Panzer R, Krahn WD. Pandemic Preparedness: COVID-19 Lessons Learned in New York's Hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2022;48:475-491. doi: 10.1016/j.jcjq.2022.06.002.

## Anexo 1. Preguntas disparadoras de las entrevistas

### SECCIÓN 1 | La persona con respecto al entorno

Esta sección está orientada a relevar información con respecto a (1) los cambios estructurales en la atención y organización; y (2) la relación entre el curso PARES® y estos cambios durante la pandemia en el hospital de referencia en el que la persona entrevistada prestó mayor cantidad de horas.

#### 1.1 Instalaciones y organización general

1. ¿En qué hospital(es) trabajaste durante la pandemia? *[En caso de mencionar más de uno, pedir que indique en qué hospital trabajó mayor cantidad de tiempo/horas, e indicar que todas las preguntas a continuación estarán enfocadas en ese hospital [criterio objetivo: más del 50% de su carga horaria laboral]*
2. Considerando que la pandemia afectó de manera global los procesos de atención, ¿qué condiciones organizativas y vinculadas con la de los pacientes notaste que se modificaron en otro sentido durante la pandemia? ¿En qué aspectos? *[Ejemplos. Aumento de la cantidad de pacientes atendidos, aumento de la complejidad (por las medidas de aislamiento y el cambio de circulación de los pacientes), uso de EPP, distribución de los pacientes adentro del hospital, acopio y archivo de insumos en diferentes lugares.]*
3. ¿Cómo afectó en términos generales la pandemia la capacidad de atención del hospital donde trabajaste?
4. ¿Qué modificaciones podrías mencionar con respecto a la ampliación de las instalaciones del hospital? *[Por ejemplo en término de cantidad de camas; acople de instalaciones ad hoc (carpas, hospital modular u otros); reacondicionamiento de instalaciones en desuso o deshabilitadas, etc.]*

#### 1.2 Proceso de trabajo y curso PARES

5. ¿Notaste cambios en los procesos y la estructura de trabajo? *[Por ejemplo en términos de pacientes que hayan empezado a tratarse en otras áreas del hospital; reasignación de personal; cambios en los equipos de trabajo]* En caso afirmativo,
  - a. ¿Usaron alguna recomendación oficial para estos cambios?
  - b. ¿El material del Curso PARES les fue de ayuda para implementar estos cambios? ¿En qué sentido?
6. En la institución donde trabajaste, ¿hubo profesionales no intensivistas que pasaron a tratar pacientes críticos? En caso afirmativo,
  - a. Si te tocó trabajar con ellos/as, ¿notaste algún cambio a partir del acceso a los contenidos del curso por parte de los miembros del equipo con el que trabajaste? ¿Te acordás de alguna situación particular que pueda funcionar como ejemplo?
7. ¿Cómo evaluarías los resultados obtenidos en términos de atención de los pacientes? ¿Te parece que fueron diferentes en relación a lo que veías antes?
8. A partir de la pandemia, ¿notaste algún cambio en la cantidad o tipo de complicaciones en la atención y el uso de instancias de evaluación crítica de las acciones? ¿Te parece que aumentó la cantidad de complicaciones o de eventos

- adversos? ¿Hubo alguna evaluación crítica de la manera en la cual se estaba trabajando? [*Por ejemplo, ateneos de morbimortalidad*] En caso afirmativo,
- a. ¿En qué sentido?
  - b. ¿Pudieron implementar alguna acción correctiva?
9. Después de haber realizado el curso, notaste algún cambio en el desarrollo de tus tareas habituales y manejo de pacientes? En caso afirmativo,
- a. ¿En qué sentido? [*Por ejemplo: notó una mejora o un empeoramiento?*]
10. ¿Tuviste otros compañeros de trabajo que lo hayan hecho? En caso afirmativo
- a. ¿Pensás que fue útil la capacitación con los mismos contenidos brindada a todo el equipo involucrado en la atención? ¿Por qué?

## SECCIÓN 2 | La persona con respecto a la cursada y al equipo de acompañamiento

En esta sección se releva información relacionada con el acceso al curso y el soporte técnico brindado.

11. ¿Cómo calificarías el curso PARES en términos de utilidad para tu trabajo en el hospital durante la pandemia? [*Por ejemplo, ¿brindó ayuda para afrontar la situación en tu hospital?*]
12. ¿Cuál fue tu experiencia con la capacitación online? ¿Es el primero que hiciste o tenías experiencia con materiales similares? ¿Tuviste alguna dificultad?
13. ¿Recordás los módulos del curso? [Tener una hoja disponible con el detalle de los módulos]. En caso negativo, hacer un repaso de los módulos y pasar a la pregunta (a); En caso afirmativo,
  - a. Si tuvieras que ranquear los módulos ¿cuál dirías que fue el más útil? ¿Por qué?
14. Considerando la experiencia de la pandemia, ¿qué aspectos te parece que el curso no cubrió y tendría que haber incorporado para mejorar la capacitación de los equipos de salud?
15. ¿Participaste de los encuentros sincrónicos con tutores? En caso afirmativo,
  - a. ¿Cómo fue tu experiencia? [*Por ejemplo: fue de utilidad, te ayudó a adecuar un contenido del curso a tu lugar de trabajo // si no hablaste, también te sirvió escuchar a otros profesionales con situaciones similares // te conectaste pero no te pareció útil; en este último caso, ¿volviste a probar en otra sesión, con otro tema y/u otro tutor?*]
16. ¿Tuviste contacto con la Mesa de Ayuda del curso? En caso afirmativo,
  - a. ¿Cómo fue tu experiencia? [*Por ejemplo: fue de utilidad, te comunicaste con ellos, ellos con vos o las dos opciones? ¿Por qué medio se comunicaron?*]
  - b. ¿Considerás que podrías haber realizado y completado el curso sin su asistencia?

### SECCIÓN 3 | La persona con respecto a sí misma

Esta sección está orientada a la relación entre la persona entrevistada y la pandemia, para relevar información con respecto a cómo le impactó personalmente y en su entorno más cercano, tanto familiar como profesional.

17. ¿Cómo te afectó la pandemia a vos, en términos personales?
18. ¿Te infectaste vos, algún familiar o compañero/a de trabajo con coronavirus? En caso afirmativo,
  - a. ¿Tuvieron formas graves? ¿Cómo impactó esto en tu trabajo cotidiano y en el trabajo del equipo de salud, en caso de haber tenido algún compañero/a de trabajo infectado?
19. ¿Consideraste en algún momento cambiar de trabajo? ¿Cambiarías de lugar, de actividad, ambos? ¿Lo relacionás con alguna cuestión en particular? *[Por ejemplo: remuneración, pluriempleo, malas condiciones laborales, sensación de agotamiento]*
20. ¿Conocés compañeros/as que hayan decidido cambiar de trabajo como consecuencia de la pandemia? ¿Lo relacionás con alguna cuestión en particular? *[Por ejemplo: remuneración, condiciones laborales, problemas institucionales de otro tipo]*
21. ¿Trabajás en más de un lugar? ¿Cuántas horas semanales? ¿Cuánto dura tu jornada laboral más larga? ¿Te parece que esto afecta la capacidad de respuesta de los profesionales?
22. ¿Cómo te sentiste durante la entrevista? ¿Hay algo más que me quieras contar?