

¡Salvemos al Sistema de Residencia: aún estamos a tiempo!: Algunos principios básicos para esta tarea.

Resumen: el gran desafío que amenaza al espíritu de la residencia es la consideración de este periodo formativo fundamental como mera capacitación para trabajar y no como una educación profesional. Esta consideración está haciendo que cada vez más gestores y hasta jefes de servicios clínicos docentes consideren al residente ¿mano de obra barata? lo que está llevando a que los residentes se desmoralicen y pierdan la ilusión en lo que significa ser médico. Las repercusiones que esto tiene para la profesión médica y la sociedad son enormes. Nos jugamos mucho. Este artículo ofrece una propuesta para recuperar la esencia y fomentar la educación profesional que supone la residencia ofreciendo como guía cuatro aspectos claves.

Let's save Residency System: we're still on time!: Some basic principles for this task

Summary: the great challenge that threatens the spirit of the residence is the consideration of this fundamental formative period as mere training to work and not as a professional education. This consideration is causing that more and more managers and even heads of teaching departments to consider the resident as "cheap labor" which is leading residents to become demoralized and lose the illusion of what it means to be a doctor. The repercussions that this has for the medical profession and society are enormous. We play a lot. This article offers a proposal to recover the essence and promote the professional education that the residence supposes offering as a guide base don four key aspects.



Aunque la residencia se fundamenta en un aprendizaje basado en la atención a los pacientes, su misión social es de tipo educativo. Es mediante la residencia que las personas se transforman de aprendices en profesionales con experiencia, ofreciendo a la sociedad médicos competentes y compasivos.

Producir buenos médicos y cirujanos no es tarea fácil, en parte porque el conocimiento y la práctica médica crecen y cambian a un ritmo cada vez mayor. En consecuencia, los médicos deben comprender los métodos y principios científicos, adquirir y asimilar nueva información, pensar críticamente y mostrarse escépticos respecto a lo que hasta ahora nos han enseñado y a la forma en la que lo han hecho. Finalmente, la práctica médica está plagada de riesgos e incertidumbre, y los médicos necesitan habilidad y sabiduría para afrontar las desconcertantes incertidumbres a las que se enfrentarán (1-3)

En el mejor de los casos, la experiencia de la residencia debe llevarse a cabo como una educación profesional, no como una capacitación para trabajar. Esto significa preparar a los residentes para adaptarse al futuro, no solo aprender para el aquí y ahora, y alentarlos a leer y profundizar en su comprensión. La educación profesional promueve la comprensión de por qué se debe hacer algo y no solo qué se ha de hacer. Debe incluir la reflexión sobre los valores de la profesión, el papel del médico en la comunidad y las responsabilidades de la profesión para crear un mejor sistema de atención sanitaria y una sociedad más saludable. Conlleva una búsqueda intelectual, no meramente un entrenamiento práctico para trabajar (1).

Incluso conforme cambian los detalles sobre conocimiento y la práctica médica, se reconocen **cuatro principios educativos cardinales que subyacen en el proceso formativo que es la residencia**. Son (1) asumir la responsabilidad del cuidado del paciente;

(2) la oportunidad para participar en un aprendizaje reflexivo; (3) asegurar que los residentes no se sobrecarguen con tareas no médicas; y (4) continuidad de la atención.

Asumir la responsabilidad

Es casi un axioma el que un individuo no es médico maduro hasta que no asume la plena responsabilidad del cuidado del paciente. Por seguridad y aprendizaje, los residentes son supervisados por médicos (tutores) que responden ante ellos. En la práctica, los compañeros residentes con más experiencia pueden también supervisar puntualmente.

El modelo de independencia progresiva está justificado en parte por su gran atractivo intuitivo y también por las percepciones positivas que tienen sobre él generaciones de tutores y residentes (4). Además, la literatura especialmente sobre psicología, lo apoya. Aquí, Dreyfus y Dreyfus (5) avanzaron un modelo de 5 etapas para adquirir habilidades: novato, principiante avanzado, competente, competente avanzado y experto, y lo aplicó a la adquisición de la competencia médica (6).

Equilibrar las necesidades educativas de los residentes, que requieren una mayor independencia, con la seguridad de los pacientes, que pueden beneficiarse de ser atendidos por médicos con más experiencia, implica desafíos. Este problema es especialmente importante en los últimos años, ya que los pacientes hospitalizados están más enfermos, las estancias hospitalarias son más cortas y la práctica médica cada vez es más sofisticada.

Existen datos sólidos que relacionan los errores médicos con una supervisión inadecuada de los alumnos, y los estudios de investigación muestran que una supervisión más cercana implica una mayor calidad de la atención (7-10). Supervisar a un residente significa "ofrecer monitorización, orientación y feedback en asuntos personales, profesionales y desarrollo educativo en el contexto de la atención a pacientes" (11) (p.828) Esto incluye capacidad para "anticipar las fortalezas y debilidades de un médico en situaciones clínicas particulares, con el fin de maximizar la seguridad del paciente" (11) (p.828). Una buena supervisión proporciona beneficios más allá de la promoción de la seguridad del paciente: es una oportunidad para que los residentes observen a médicos experimentados y sensibles que modelan un comportamiento profesional ejemplar.

Hay diferentes niveles de supervisión, desde la participación directa en la atención hasta la revisión retrospectiva de las acciones de los residentes (12). La evidencia actual sugiere que la relación de supervisión (también, en algunos casos, relación tutorial) es el factor más importante para la eficacia de la supervisión, mucho más importante que los métodos de supervisión utilizados (11). Especialmente importante en esta relación es la continuidad a lo largo del tiempo, la habilidad del supervisor para cumplir con las responsabilidades de supervisión mientras preserva suficientemente la autonomía intelectual de los aprendices, y la oportunidad para ambos, tutor y residente, de reflejarlo en su trabajo (11). Enumeramos a continuación otras cualidades de los supervisores efectivos. Cualidades de una supervisión efectiva (11)

Los supervisores deben ser clínicamente competentes y tener buenas habilidades interpersonales y de enseñanza.

La relación de supervisión cambia a medida que el aprendiz gana en experiencia y competencia.

Los residentes necesitan comentarios claros sobre sus errores; las correcciones deben transmitirse sin ambigüedades para que los aprendices sean conscientes de sus errores y debilidades.

Los comportamientos de supervisión útiles incluyen: ofrecer orientación sobre el trabajo clínico, vincular la teoría y la práctica, resolver problemas conjuntamente, ofrecer feedback y tranquilidad y modelar.

Las conductas de supervisión ineficaces incluyen: rigidez, intolerancia, falta de empatía, falta de apoyo, falta de seguimiento sobre lo que les preocupa a los alumnos, falta de interés en la enseñanza y excesivo énfasis en los aspectos evaluativos de la supervisión.

Los buenos tutores se crean, no nacen, disponemos de evidencias de que se puede enseñar a los tutores a ser mejores maestros y supervisores (11,13-15). Una ventaja de una supervisión adecuada es el comportarse como modelo (el modelaje) que ofrece a los residentes una supervisión que ellos mismos pueden luego proporcionar a otros. Sin embargo, una buena supervisión clínica lleva mucho tiempo. A muchos tutores les resulta difícil asignar el tiempo necesario para esto debido a las presiones que sufren y que tienen por objeto aumentar la "productividad" clínica (lo que suele significar atender a más pacientes) o investigadora (lo que significa ¿hacer curriculum?). Para que una buena supervisión prospere, los programas de residencia y los servicios sanitarios deberán priorizar y financiar la educación, promoviendo la formación de educadores clínicos, presupuestos específicos para educación y otras estrategias para valorar y recompensar la enseñanza y supervisión clínica (16).

Incluso con una supervisión mejorada, los programas deben alentar a los residentes a que asuman la responsabilidad de los cuidados del paciente, para que no surjan de una mala preparación para una práctica autónoma. Esto supone una gran responsabilidad para los aprendices que deberían pedir ayuda cuando la necesiten. La cultura de la residencia en cada uno de los centros puede desalentar este ¿pedir ayuda?. Los residentes deberían sentirse en libertad de llamar al adjunto o al que estimen necesario para pedir ayuda en caso de que ellos crean que la necesitan; no deberían temer recriminaciones o amenazas, en muchos casos larvadas y en bastantes ocasiones relacionadas con la continuidad en su trabajo en el centro una vez acabada la residencia. Los jefes de servicio deberían ser valedores de esto (17-19). Reconocer lo que uno no sabe y pedir ayuda cuando sea necesario son los ingredientes centrales de la profesionalidad.

Aprendizaje Reflexivo

Desde el comienzo del actual sistema de residencia, los educadores han insistido en la importancia de permitir que los residentes reflexionen sobre su trabajo. Para un mayor crecimiento intelectual de los residentes es preferible estudiar a un menor número de pacientes en profundidad que a muchos pacientes de manera superficial (20) (p270)

La literatura sobre educación y psicología describe el "aprendizaje reflexivo" (21) y la "atención plena" (mindfulness) (22) como esenciales para el aprendizaje. En los últimos años ha aumentado la severidad promedio de los pacientes hospitalizados, el número de pacientes admitidos en urgencias se ha casi triplicado, y la duración promedio de las estancias hospitalarias ha disminuido en un tercio (1). Aunque muy variable de una especialidad a otra y de un Hospital o Centro de Salud a otro, las horas de trabajo de los residentes por lo general han aumentado considerablemente, especialmente con las restricciones económicas que ha conllevado la crisis y que se han ido perpetuando incluso después de esta. Los residentes tienen limitaciones legales referentes al número de horas que deben de trabajar y a la forma de distribuir estas horas (p.e., obligatoriedad de las libranzas de guardia) que sin embargo no son respetadas en muchos lugares y especialidades, exponiendo al residente a una responsabilidad ajena y a una carga de trabajo excesiva que en muchos casos impide el desarrollo de otras actividades formativas incluidas en sus programas (estudio, e investigación predominantemente) (23). Este ritmo frenético de trabajo que viene incrementándose, no ocurre solo en España representando un fenómeno internacional que se conoce como "presión laboral" (23)

En la mayoría de los centros docentes, durante las últimas tres décadas, los residentes se han convertido en los auténticos responsables y expertos en la admisión y el alta de los pacientes. Sin embargo, con frecuencia, esto es a expensas de su aprendizaje, el cual queda marginado (24) (p83). Un estudio americano de tipo etnográfico sobre educación médica de posgrado (GME) reveló que cuando los residentes se ven desbordados en ingresos, " el alta se convierte en el objetivo principal " (25) (p151). El resultado es una actitud menos crítica, una tendencia a no desafiar a la autoridad, un énfasis excesivo en un aprendizaje de hechos, la desaparición o irrelevancia del enfoque clínico basado en los principios y habilidades fundamentales para resolver problemas, y una escasa consideración hacia los grandes propósitos de la medicina o el significado moral de lo que significa ser un médico (25).

Un cambio que se ha producido relacionado con esto, es que la residencia parece haberse vuelto menos gratificante con una pérdida del sentido de realización, y la satisfacción que se deriva de una búsqueda de la excelencia y el orgullo por el trabajo bien hecho (1). Cada vez son más los residentes que sienten que la residencia es solo un trabajo. Aumentando la frustración por un entorno que no les permite atender a sus pacientes o aprender como ellos habían esperado. En los últimos años y paralelamente a todo esto, el crecimiento del "burnout" en residentes ha sido espectacular, equiparándose casi al de médicos con más años de práctica. Aquellos que tratan ahora de abordar los problemas del agotamiento y la depresión entre los residentes deberían prestar atención a las presiones que suponen un "flujo" de pacientes excesivo y a la pérdida de oportunidades para reflexionar en el entorno de aprendizaje actual.

Primar la Formación

En principio, la residencia tiene que ver sobre todo con "educación", por lo tanto, el valor educativo debe ser el principal determinante de los servicios que se ofrecen los residentes. El principal punto débil del sistema de residencia es la tensión entre "formación" y "atención". Los Hospitales y unidades docentes deberían desarrollar indicadores claros que reflejen como se encuentra este equilibrio en sus centros y hacerlos públicos para que los residentes valoren la idoneidad de escoger un centro u otro. Organizaciones profesionales como Colegios Médicos, Sociedades Científicas (AREDA-sefse) junto al Ministerio de Sanidad, deberían promover y vigilar los criterios y grado de veracidad de los mismos.

En la era actual de una medicina de alto rendimiento, los residentes se encuentran desbordados con nuevas tareas administrativas: programar pruebas y procedimientos, solicitar consultas, facilitar los informes de alta e infinidad de otros documentos informáticos. Un estudio encontró que los residentes dedican el 35% de su tiempo a actividades con un valor educativo marginal o nulo, lo que reduce el tiempo disponible para el aprendizaje reflexivo y el manejo cuidadoso de los pacientes.

Atención Continuada

La continuidad de la atención tiene muchos beneficios, incluidos mejores servicios preventivos, resultados clínicos, satisfacción y confianza del paciente y una mayor eficiencia económica (27,28). La continuidad también es un principio educativo central, que además está justificada en las teorías modernas del aprendizaje (29-31). La continuidad permite a los residentes ser testigos del éxito que puedan tener en sus intentos de resolver problemas, observar los resultados de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y valorar la evolución completa del proceso de enfermedad y los tratamientos.

La continuidad de la atención también es fundamental para el desarrollo moral de los residentes. Un poderoso motivador para el aprendizaje es el sentimiento de profundo compromiso de los residentes con sus pacientes. La continuidad conecta el deseo de los residentes de servir con su deseo de aprender. Los estudiantes generalmente ingresan en la carrera de medicina con actitudes idealistas, altruistas y con deseos de servir. Los estudios muestran el desgaste de estas cualidades ya durante los estudios de medicina y la residencia, apareciendo el cinismo y una especie de sentido de merecimiento ("porque yo lo valgo") (32). Considerar la educación como algo continuado (como un proceso) tiene el potencial de prevenir tal erosión.

Las regulaciones de horas de trabajo establecidas hace unos años tuvieron la consecuencia inadvertida de interrumpir esta continuidad de la atención en los pacientes ingresados. Las reglas actuales limitan a los residentes de primer año en su responsabilidad sobre los pacientes, generalmente cargando la supervisión y la responsabilidad de las acciones de estos en residentes de años superiores (incluso R-2) que deben asumir así más carga de trabajo. Además se exige legalmente que los residentes de nivel superior libren un número de horas tras turnos de 24 horas (guardias). A pesar de las ventajas antes apuntadas de estas medidas para aliviar la carga laboral, tales salidas forzadas sin embargo pueden interrumpir la atención del paciente y el flujo educativo de la jornada laboral, y así desafiar la continuidad educativa. Los residentes frecuentemente tienen que pasar sus pacientes a otros; las

oportunidades para hablar con los pacientes y las familias también se afectan de manera similar.

En algunos lugares fuera de nuestro país se ha visto que muchos residentes expresan su frustración con un sistema burocrático e inflexible que los obliga a elegir entre falsificar informes de horas de trabajo y brindar atención al paciente (33). No disponemos de estudios sobre la forma en que los residentes reaccionan ante esto en nuestro entorno. La residencia necesita un sistema que inspire a los residentes a hacer lo mejor, en lugar de felicitarlos por dar altas y regañarles cuando no han atendido las necesidades de los pacientes.

Conclusiones finales

La capacitación para la excelencia en la residencia no es una cuestión de hacer currículum, dar charlas, ponencias o publicar capítulos de libros y artículos en revistas, aunque estos temas sean ciertamente valorables. Tampoco se trata de cumplir con las reglas y regulaciones legales. La excelencia depende de los intangibles del entorno de aprendizaje: la habilidad y la dedicación de los tutores clínicos y supervisores, la capacidad y las aspiraciones de los residentes, la oportunidad de asumir responsabilidades, la libertad para buscar y conseguir los intereses intelectuales y el cumplimiento de estándares y expectativas elevados. Con estos elementos es más probable alcanzar la excelencia y para el sistema ofrecer una educación profesional más auténtica y de más calidad.

La mirada del educador (tanto el tutor como el responsable docente, pero también el gestor de cualquier centro docente) debe abarcar la totalidad del entorno de aprendizaje, teniendo en cuenta la cantidad y complejidad de los residentes, la supervisión, la continuidad de la atención, la reducción de la carga de las tareas no médicas y el grado en que los programas inyectan e inspiran emoción y entusiasmo en sus residentes.

Referencias

1. Ludmerer KM. *Let Me Heal: The Opportunity to Preserve Excellence in American Medicine*. New York, NY: Oxford University Press; 2014.
2. Ludmerer KM. *Time to Heal: American Medical Education From the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New York, NY: Oxford University Press; 1999.
3. Fox RC. Training for uncertainty. In: Merton RK, Reader GG, Kendall PL, eds. *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge, UK: Harvard University Press; 1957:207-241.
4. Kennedy TJ, Regehr G, Baker GR, et al. Progressive independence in clinical training: a tradition worth defending? *Acad Med*. 2005;80(suppl 10):106-111.
5. Dreyfus HL, Dreyfus SE. Five steps from novice to expert. In: Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind Over Machine*. New York, NY: The Free Press; 1986:16-51.
6. Batalden P, Leach D, Swing S, et al. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(5):103-111.
7. Gennis VM, Gennis MA. Supervision in the outpatient clinic: effects on teaching and patient care. *J Gen Intern Med*. 1993;8(7):378-380.
8. Sox CM, Burstin HR, Orav EJ, et al. The effect of supervision of residents on quality of care in five university-affiliated emergency departments. *Acad Med*. 1998;73(7):776-782.
9. Fallon WF Jr, Wears RL, Repas JJ III. Resident supervision in the operating room: does this impact on outcome? *J Trauma*. 1993;35(4):556-560.
10. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, et al. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med*. 2007;167(19):2030-2036.
11. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ*. 2000;34(10):827-840.
12. Kennedy TJ, Lingard L, Baker GR, et al. Clinical oversight: conceptualizing the relationship between supervision and safety. *J Gen Intern Med*. 2007;22(8):1080-1085.
13. Litzelman DK, Marriott DJ, Stratos GA, et al. Factorial validation of a widely disseminated educational framework for evaluating clinical teachers. *Acad Med*. 1998;73(6):688-695.

14. Williams PL, Webb C. Clinical supervision skills: a Delphi and critical incident technique study. *Med Teach.* 1994;16(2?3):139?157.
15. Bishop V, ed. *Clinical Supervision in Practice: Some Questions, Answers, and Guidelines for Professionals in Health and Social Care.* Basingstoke, England: Palgrave Macmillan; 1998.
16. Ludmerer KM. Learner-centered medical education. *N Engl J Med.* 2004;351(12):1163?1164.
17. Shojania KG, Fletcher KE, Saint S. Graduate medical education and patient safety: a busy?and occasionally hazardous?intersection. *Ann Intern Med.* 2006;145(8):592?598.
18. Loo L, Puri N, Kim DI, et al. ?Page me if you need me?: the hidden curriculum of attending-resident communication. *J Grad Med Educ.* 2012;4(3):340?345.
19. Farnan JM, Johnson JK, Meltzer DO, et al. Resident uncertainty in clinical decision making and impact on patient care: a qualitative study. *Qual Saf Health Care.* 2008;17(2):122?126.
20. Flexner A. *Medical Education: A Comparative Study.* New York, NY: Macmillan Co; 1925.
21. Plack MM, Greenberg L. The reflective practitioner: reaching for excellence in practice. *Pediatrics.* 2005;116(6):1546?1552.
22. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA.* 1999;282(9):833?839.
23. Auger KA, Landrigan CP, Gonzalezdel Rey JA, et al. Better rested, but more stressed? Evidence of the effects of resident work hour restrictions. *Acad Pediatr.* 2012;12(4):335?343. [Crossref]
24. Ryan J. Unintended consequences: the Accreditation Council for Graduate Medical Education work-hour rules in practice. *Ann Intern Med.* 2005;143(1):82?83.
25. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency.* San Francisco, CA:Jossey-Bass; 2010.
26. Boex JR, Leahy PJ. Understanding residents' work: moving beyond counting hours to assessing educational value. *Acad Med.*2003;78(9):939?944.
27. Ellman MS, Tobin DG, Stepczynski J, et al. Continuity of care as an educational goal but failed reality in resident training: time to innovate. *J Grad Med Educ.* 2016;8(2):150?153.
28. Warm E. Continuity?working backward from the patient. *J Grad Med Educ.* 2016;8(1):101?103.
29. Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, et al. Continuity as an organizing principle for clinical education reform. *New Engl J Med.*2007;356(8):858?866.
30. Metz D, Chard D, Rhodes J, et al, eds.*Continuity of Care for Medical Patients: Standards of Good Practice.* London, UK: Royal College of Physicians; 2004.https://cdn.shopify.com/s/files/1/0924/4392/files/contin_care_report_web.pdf?2801907981964551469. Accessed October 24, 2016.
31. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, et al, eds.*How People Learn: Brain, Mind, Experience, and School.* Washington, DC: National Academy Press;2000.
32. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996?1009.
33. Drolet BC, Schwede M, Bishop KD, et al. Compliance and falsification of duty hours: reports from residents and program directors. *J Grad Med Educ.* 2013;5(3):368?373.