

VII Encuentro de Tutores y Jefes de Estudios



Asociación de Redes Docentes y Asesoras



Fundación Educación Médica

VII Encuentro de Tutores y Jefes de Estudios:

Aspectos clave de la reforma de la formación especializada

21-23 septiembre 2009
Mahón

Documento de consenso I: SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE

Actividad de la Escuela de Verano
de Salud Pública (EVSP)



LLATZARET DE MAÓ MENORCA
ESCOLA D'ESTIU DE SALUT PÚBLICA
ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

XX
ESCOLA D'ESTIU DE SALUT PÚBLICA
ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA
2009

VII Encuentro de Tutores y Jefes de Estudios



Asociación de Redes Docentes y Asesores



Fundación Educación Médica

Coordinadores del Grupo de trabajo:

Francisco Javier Cobo Reinoso (Redfesma)
José Jonay Ojeda Feo (Redfesma).

Participantes en el Grupo de Trabajo:

Amalia Alcón Domínguez, Ignacio Anza Aguirrezabala, Matilde Barrio Valencia, Carmen Botella Martínez, Juan Buades Reynes, Remigio Cordero Torres, José Di Giorgio Franco, M^a Montserrat Eiriz Eirin, Alberto Danilo Escobar Oblitas, Eduardo Fernández Ibáñez, Elena Folgado Delgado, Javier Garate López-Tafall, Emilio Gordillo Urizal, Carmen Guerrero Gómez, Miguel Ángel Hernández Pérez, Francisco Jorquera Plaza, Antonio Alberto León Martín, Patricia Lorente Montalvo, María Teresa Martínez Ríos, José Miguel Martín Mederos, Victor Martínez Landeras, Antonio Martínez Pastor, Josep María Masuet Iglesias, Soledad Montero Alonso, Jesús Morán Barrios, María Dolores Nájera Pérez, Amaia Ortubai, Montserrat Palacio Riera, Pedro J. Romero Palacios, Clara Pérez Ortiz, María Luisa Pujalte Martínez, José Luis Ramil Hermida, Alexis Fco Rodríguez Espinosa, Beatriz Rodríguez Lozano, Robert Rodríguez Roisin, Casamitjana Roser, María Teresa Sánchez-Elduayen, María Jesús Segovia Cuevas, Rosa María Villalonga Vadell, Trinidad Yera Cobo, Juan David Tutosaus Gómez y Vicente Garrigues Gil.

SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE

PREÁMBULO

Dentro de las responsabilidades derivadas de la acreditación docente que asumen las organizaciones sanitarias se encuentra el garantizar la supervisión y la adquisición progresiva de responsabilidades por parte de los residentes a lo largo de su proceso formativo. La complejidad y dimensiones de esta misión, que incluye el desarrollo completo de los programas formativos, el cumplimiento de las normas en vigor y la

mejora de la calidad asistencial y seguridad de los pacientes, determinan que sea la institución en su conjunto (equipo directivo, responsables asistenciales, tutores, Comisión de Docencia, servicios jurídicos, etc.) quien deba asumir solidariamente la tarea.

El objeto de este documento, en el que han participado varias decenas de personas con responsabilidades docentes de todo el país, es proporcionar a las instituciones con responsabilidad en la formación especializada una orientación que pueda ser de utilidad para desarrollar este importante apartado de RD 183/2008 de 8 de febrero (RD183)

I. IDEAS ESENCIALES DEL RD DE FEBERO DE 2008 SOBRE LA SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES

El RD183 dedica el capítulo V (artículos 14 y 15) al deber general de supervisión y a la responsabilidad progresiva del residente. Las ideas fundamentales contenidas en este capítulo pueden resumirse en los siguientes puntos sobre los que añadimos algunos comentarios o corolarios:

- *Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas (además del grado y de la formación continuada).*
- *De lo anterior deriva un deber general de supervisión inherente por el hecho de prestar servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes.*

Estas dos ideas generales son importantes pues establecen que la dedicación docente y, por tanto, el deber de supervisión, resultan inherentes al trabajo en instituciones docentes.

- *Los responsables de las unidades junto con los tutores deben programar las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.*

La programación de las actividades de los servicios y unidades docentes no puede ser ajena a su carácter docente. Los responsables asistenciales deben coordinarse con los tutores y, por tanto, éstos participan en la gestión y planificación de las actividades de forma que se garantice la supervisión.

- *El sistema formativo implica una asunción progresiva de responsabilidades y, por tanto, una supervisión decreciente. Los residentes asumirán, por tanto, las indicaciones de los especialistas con los que presten los servicios.*

El carácter progresivo obliga a especificar diferentes niveles de responsabilidad en función de las tareas y técnicas a desarrollar por el residente. La idea de la supervisión decreciente es también importante para garantizar que el residente progresa y madura en su asunción de responsabilidades.

- *La supervisión del residente de primer año será de presencia física por los profesionales que presten los servicios por donde el residente esté rotando.*
- *Los mencionados especialistas visarán por escrito los documentos relativos a las actividades asistenciales*

Aunque a la lectura inicial pueda resultar ambigua al mencionar a los "profesionales", el siguiente punto aclara que se refiere a los "mencionados especialistas" y, por tanto, no a otros residentes. Este es un punto de gran controversia ya que existe en la realidad de los centros sanitarios una supervisión de residentes de los primeros años por residentes de años superiores que no puede ser ignorada. Desarrollamos este punto, junto con el visado de documentos, en el siguiente apartado.

- *El tutor podrá impartir instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual*

Se deduce, por tanto, que el año de residencia no constituye por sí mismo el único elemento que determina, de forma automática, el grado de autonomía y de necesidad de supervisión del residente. La especialidad de origen, la formación previa del residente (si la tuviera), procedimientos de evaluación formativa u otras condiciones pueden matizarlo o modificar los niveles de supervisión y responsabilidad y es tarea del tutor hacerlo explícito.

- *Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas que elevarán a los órganos de dirección del centro.*

Los grados de supervisión y responsabilidad deben concretarse y estar disponibles por escrito, obviamente. Desarrollamos también este punto en los siguientes apartados.

I. CONTROVERSIAS Y RETOS DEL RD-2008 SOBRE LA SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES

El espíritu de la ley es evidente: debe garantizarse la seguridad de los pacientes al mismo tiempo que el sistema permite el aprendizaje y la progresión de los

especialistas en formación. Los centros sanitarios deben asegurar a la sociedad y al propio residente, especialmente en su periodo inicial de formación, una supervisión efectiva.

Para ser eficaz y ofrecer la suficiente seguridad, tanto a los pacientes como a los residentes, la supervisión –especialmente, pero no sólo, la de los R1- debe ser activa, es decir, debe estar incluida en los **procedimientos de trabajo** y no ser exclusivamente dependiente de que el propio residente la demande.

Tres son los puntos que suscitan mayor controversia y dificultad para su aplicación y que merecen una discusión y debate en mayor profundidad:

- La supervisión de presencia física de los residentes de primer año
- El visado de los documentos de carácter asistencial en los que intervenga el residente de primer año
- La elaboración de protocolos escritos de supervisión

a) Supervisión de presencia física de los residentes de primer año.

El texto del RD183 es particularmente escueto. Entendemos que el concepto "presencia física" se refiere a que el facultativo especialista se encuentre en el mismo centro y no localizado fuera del hospital. Ciertas especialidades cuyos procedimientos esenciales podrían aprenderse en varios meses (algunas de diagnóstico, Farmacia...) han podido adoptar un esquema en el que un residente de primer año se encuentra en el centro hospitalario y un facultativo localizado en su domicilio, una vez que el residente alcanzaba determinadas habilidades. Ninguna guardia de especialidad debería, desde la publicación de este RD183, organizarse con esta estructura. Sin embargo, puede ser aceptable un esquema en que dos residentes, uno de tercer, cuarto o quinto año y otro de primer año, pueden encontrarse de guardia con un facultativo localizado en su domicilio. El residente de primer año, en esta situación, desempeñaría una función secundaria, es decir, en estas guardias (denominadas en algunos centros como "mochilas") la actividad asistencial recaería sobre el residente "mayor" que es quien podría emitir informes y firmar documentos.

En cualquier caso, el esquema de guardia con especialista "localizado" debe estar debidamente justificado y, como se mencionará posteriormente, exigirá un especial detalle en los protocolos de supervisión.

Es obvio que la mera presencia de un facultativo de presencia física no garantiza, por sí misma, una supervisión efectiva. Surgen así la necesidad del visado de informes y la elaboración de protocolos de supervisión.

b) El visado de los documentos de carácter asistencial en los que intervenga el residente de primer año.

El RD183 no especifica los documentos a los que se refiere. Cada dispositivo debe seleccionar y concretar los documentos que precisarán visado en el caso de que intervenga el residente de primer año. Los informes (clínicos, quirúrgicos o de exploraciones complementarias) y las órdenes de tratamiento, son los que resumen, en la mayor parte de los casos, la atención y decisiones tomadas sobre los pacientes. Por tanto, sobre ellos deben centrarse los esfuerzos para dar cumplimiento a la norma en los procedimientos de trabajo.

Aunque la mayor dificultad para implementar esta norma se da en las áreas de urgencias, debe asegurarse también su cumplimiento en áreas de hospitalización, consultas externas, áreas de diagnóstico o cualquier otro dispositivo asistencial en el que intervenga el residente de primera año.

En las áreas de Urgencias no es infrecuente que los residentes constituyan el principal recurso asistencial. La necesidad de realizar guardias, tanto por los aspectos docentes (las Urgencias contienen un extraordinario potencial docente), como por razones económicas, proporciona un número importante de residentes de primer año disponibles diariamente para la atención continuada y ello ha contribuido a reducir el número de especialistas disponibles para esta función, en ocasiones con el propósito de ahorrar recursos y otras veces por interés de los profesionales en evitar determinados horarios y cargas de trabajo. Todo ello ha originado estructuras de trabajo-supervisión piramidales, con una base excesivamente ancha, en las que dependen numerosos R1 de un solo facultativo. Si bien parece óptimo que cada R1 sea supervisado por un facultativo especialista, probablemente pueda ser aceptable una relación de dos R1 por especialista. Lo anterior no significa, obviamente, que los residentes de mayor rango no colaboren igualmente en la docencia de los residentes de menor experiencia.

Existen, al menos, dos razones que dificultan el cumplimiento de este apartado del RD183.

En primer lugar, el ritmo de trabajo y lo impredecible en su intensidad no facilitan que se pueda asumir la literalidad de la redacción de un informe elaborado por el residente de primer año, al menos no con la misma calma que puede realizarse en una sala de hospitalización, en la que, en general, hay tiempo de corregir terminología, imprecisiones, etc.. En segundo lugar, el esquema de funcionamiento piramidal mencionado anteriormente ha derivado a que sean los residentes "intermedios o mayores" los que supervisen a los residentes de primer año, de modo que sobre toda esa estructura queda el especialista como supervisor. En esta situación, el facultativo asumiría una supervisión indirecta (efectuada a través de otro residente "intermedio" o "mayor") al firmar el visado de los informes, situación que no es bien aceptada ni por los residentes ni por los propios facultativos especialistas. En este contexto, el intento de aplicación de la norma del visado de los documentos del R1

está dando lugar a varios "efectos adversos", con graves implicaciones docentes, que no pueden dejar de mencionarse y de tenerse en cuenta por parte de la institución.

- La tentación de apartar a los residentes de primer año de las áreas de Urgencias o de las guardias de determinadas especialidades ya que "no pueden resolver".
- La tentación de sobrecargar a los residentes de años posteriores con más guardias de las que precisa para su formación, de incrementar en exceso su carga de trabajo en las guardias o a obligarles a asumir los informes que el residente de primer año no puede firmar.
- El riesgo de ocasionar una menor implicación como médico por parte de los residentes de primer año, especialmente si se produce un desplazamiento de las tareas hacia residentes de años de años superiores.

La realidad es muy variada y compleja, por lo que cada situación debe ser estudiada y analizada con detalle, buscando las soluciones más apropiadas. En algunos casos (grandes áreas de Urgencias) es probable que se precisen más recursos que, de paso, las acerquen a constituirse en servicios, más autónomos y menos dependientes. Ello permitirá, al mismo tiempo, establecer el número de guardias de los residentes con criterios esencialmente docentes y no en función de la "cobertura necesaria de puestos". En otros, los facultativos deberán asumir cambios en sus cargas de trabajo durante las guardias en las que, con frecuencia, quedan exclusivamente para "solventar dudas" (solo a demanda) o realizar procedimientos complejos, reduciéndose el potencial docente que supone su presencia. Las unidades docentes deben reflexionar sobre fórmulas organizativas basadas más en la colaboración y el trabajo en equipo que en un mero reparto de tareas entre residentes de diferente nivel y facultativos.

Ciertas ideas o herramientas pueden ser útiles para generar mejores condiciones que permitan cumplir con estos aspectos de la norma sin generar nuevos problemas con implicaciones docentes relevantes. Las mencionamos a continuación.

- La inclusión al final de los informes de alta de Urgencias de un texto automatizado que certifique que "las decisiones diagnósticas y terapéuticas han sido supervisadas por el especialista...", precisándose la firma de éste a continuación permite el cumplimiento de la norma sin obligar al especialista a asumir detalles de la redacción del informe si no existe tiempo suficiente para corregirlos.
- Los sistemas de historia clínica informatizada, presentes ya en muchos centros, permiten que el cumplimiento de la norma del visado de documentos pueda llevarse a cabo de forma automatizada, por ejemplo, impidiendo el cierre del informe por un R1 sin el visado del facultativo.

- Muchos programas formativos tienden a una especialización muy precoz de los residentes, hurtando una necesaria formación troncal al eliminar prácticamente la realización de guardias troncales o generalistas. En esas situaciones la incorporación de residentes de años superiores a este tipo de guardias puede ser, a la vez que recomendable para su formación, útil para facilitar una estructura organizativa más eficiente.
- Tal como mencionaremos al hablar de los protocolos de supervisión, la evaluación de la actividad de en las guardias constituye un elemento esencial y puede ayudar al mismo tiempo, a contrarrestar el riesgo de favorecer una menor implicación de los residentes de primer año en los aspectos asistenciales y su papel como médico o profesional sanitario.

c) La elaboración de protocolos escritos de supervisión

El RD183 establece que serán las Comisiones de Docencia las encargadas de elaborar protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de los residentes. Sin embargo, es deseable entender que sean los propios responsables docentes y asistenciales quienes lo hagan -contando, obviamente con las directrices y el visto bueno de las Comisiones de Docencia- ya que son ellos quienes conocen las particularidades de las patologías y procedimientos así como la estructura y recursos disponibles. A la Comisión de Docencia le correspondería:

- Promover la realización de estos protocolos
- Establecer los principios generales que deben considerarse y el formato o guión para conseguir homogeneidad en los protocolos
- Aprobarlos para su puesta en práctica
- Velar por su cumplimiento

Conviene resaltar y hacer ver a las Unidades Docentes que la elaboración de estos documentos es una excelente **oportunidad** para que los servicios y unidades docentes reflexionen sobre la organización y procedimientos de actuación, tanto en las urgencias como en el trabajo ordinario, todo lo cual contribuirá a garantizar la seguridad de los pacientes y a mejorar los aspectos docentes.

En el siguiente punto, desarrollamos una propuesta sobre los contenidos que deben incluir los protocolos o documentos de supervisión.

III. INSTRUCCIONES Y DOCUMENTOS DE SUPERVISIÓN

a) Tipos de documentos de supervisión

De forma prioritaria, cada servicio debe elaborar protocolos de supervisión en la atención continuada (guardias) pues es donde se pueden dar las situaciones más complejas y donde los errores o disfunciones pueden ser más difíciles de detectar y/o subsanar. Otros documentos de supervisión deben recoger los procedimientos de supervisión en el trabajo ordinario. En realidad, ambos deberían formar parte de un conjunto mínimo de documentos de funcionamiento interno de cualquier servicio asistencial, tal como suele exigirse en las auditorías. No obstante, es posible que en muchos de ellos no estén suficientemente explicitados los mecanismos y procedimientos de supervisión.

b) Contenidos

Para su correcto análisis y posterior aprobación, es muy conveniente que los diferentes protocolos de supervisión del centro docente contengan los mismos apartados y un formato similar. Los puntos que deben describirse son los siguientes:

1. Enumeración de los objetivos docentes de la guardia o de la actividad asistencial sobre la que se esté elaborando el protocolo de supervisión, particularizándolos para cada año de residencia.
2. Descripción de la estructura, áreas y funciones del dispositivo asistencial sobre el que se redacta el protocolo de supervisión.
3. Descripción y gradación de las tareas y responsabilidades de los residentes distinguiendo básicamente tres niveles (ver más adelante). Para el establecimiento de estos niveles se tendrá en cuenta, no sólo el año de residencia sino, como se mencionó anteriormente, la formación previa del residente, su especialidad de origen o la superación de pruebas o evaluaciones específicas.
4. Descripción de las responsabilidades y tareas del facultativo teniendo en cuenta los niveles mencionados.
5. Enumeración de las patologías, situaciones y procedimientos que deberán ser realizadas o supervisadas directamente por el especialista. Este punto permite ir más allá de la supervisión a demanda, al garantizar la presencia del especialista en situaciones o procedimientos predeterminados, con independencia de que el residente demande la supervisión.
6. Descripción de las situaciones, patologías, técnicas o procedimientos por las que deberá ponerse en contacto el residente con el facultativo localizado (si procede).
7. Descripción de los procedimientos que garantizan una adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente. En línea con

el anterior punto, se trata de establecer mecanismos de control independientes de la demanda de supervisión. Como ejemplos, podemos mencionar el visado de informes o su revisión sistemática con residentes de años superiores o el establecimiento de momentos de encuentro para revisar la actividad de las horas previas durante las guardias.

8. Descripción de los procedimientos que promueven un contenido docente derivado de la actividad asistencial sobre la que se elabora el protocolo de supervisión. Pueden incluirse en este apartado las sesiones de "pase de la guardia", la selección de casos para sesiones, etc.
9. Aspectos organizativos y administrativos (incluye la firma de informes, horarios, buscapersonas, etc.)
10. Procedimientos de evaluación de la actividad del residente en las guardias

Para la gradación de responsabilidades y tareas puede ser muy útil la siguiente clasificación

- Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario. Ello no excluye, como se mencionó, una supervisión rutinaria de situaciones predeterminadas en los protocolos.
- Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.
- Responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

Es muy conveniente unificar para toda la institución la nomenclatura relativa a estos niveles de responsabilidad.

c) Procedimiento de aprobación

Las Unidades Docentes harán llegar a la Comisión de Docencia los diferentes protocolos de supervisión. La Comisión de Docencia verificará que contiene todos los

elementos mencionados y revisará la idoneidad de su contenido. Podrá devolverlo al servicio con sugerencias hasta que el documento pueda ser definitivamente aprobado.

d) Difusión y cumplimiento

La Comisión de Docencia remitirá a los órganos de dirección del centro los documentos aprobados, que deberá hacer también explícitos su aprobación y compromiso. Además garantizará su difusión y acceso (por ejemplo la intranet del hospital). Además dispondrá de mecanismos de información (memorias de los residentes, comunicación de incidencias, encuestas,...) para vigilar su cumplimiento.

CONCLUSIONES

El RD183 plantea a las instituciones importantes retos relacionados con la supervisión de los residentes. La elaboración de protocolos escritos de supervisión constituye un elemento clave para garantizar el carácter progresivo de la responsabilidad de los residentes. Además de contribuir a una mejora en los aspectos docentes y a la seguridad jurídica de los residentes, la elaboración de protocolos escritos de supervisión supone una excelente oportunidad para que las Unidades Docentes y las instituciones reflexionen sobre sus procedimientos de trabajo y la seguridad de la atención médica que prestan, por lo que resulta esencial promover su redacción y velar por su cumplimiento. Las dificultades que se observan para el cumplimiento de la normativa relativa al visado de los informes y documentos en los que interviene el residente de primer año ponen de manifiesto deficiencias estructurales y organizativas de algunos dispositivos asistenciales y docentes. La complejidad y variedad de las situaciones obliga a un estudio individualizado de éstas para cumplir la norma evitando, al mismo tiempo, posibles efectos negativos sobre otros aspectos docentes.