La figura del Jefe de Residentes en la formación de Médicos Internos Residentes: implantación y desarrollo en un hospital español

J. L. Merino[a], J. Cobo[b], J. Innerarity[c], S. Diz[d] y C. Quereda[a]
[a] Servicio de Nefrología. [b] Jefe de Estudios. [c] Jefe de Residentes. [d] Servicio de Urgencias. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

La formación de médicos especialistas cualificados constituye uno de los grandes pilares del sistema sanitario español. La estructura docente de los hospitales es crucial para el correcto desarrollo de esta formación. La figura del jefe de residentes (JR) está ampliamente desarrollada en EE.UU. y Canadá, pero no así en nuestro país. La inclusión de dicha figura, en el organigrama docente de nuestro hospital, ha supuesto un avance más en la búsqueda de mejorar nuestra capacidad docente. A continuación exponemos nuestra experiencia durante la implantación y desarrollo posterior de la figura de jefe de residentes, destacando las funciones teóricas del mismo, el mecanismo de convocatoria, la constitución de la Comisión de Residentes y el posterior desarrollo de actividades y tareas llevadas a cabo. Tras tres años, nuestra experiencia es favorable, sujeta a modificaciones, pero adaptable a la idiosincrasia de cada centro.

Merino JL, Cobo J, Innerarity J, Diz S, Quereda C. La figura del Jefe de Residentes en la formación de Médicos Internos Residentes: implantación y desarrollo en un hospital español. Rev Clin Esp. 2007; 207(2):79-82.

The figure of Chief of Residents in the Residencing training: establishment and development in a spanish hospital

Training qualified medical specialists is one of the great supports of the Spanish health care system. The teaching structure of the hospital is essential for the correct development of this training. The figure of the chief resident (CR) is widely developed in the USA and Canada, but not in our country. Including this figure in the teaching organigram of our hospital has meant one more advance in the search for improving our teaching capacity. In the following, we explain our experience during the introduction and later development of the figure of CR, stressing its theoretical functions, the notification mechanism, constitution of the Residents' Committee and later development of activities and tasks conducted. After three years, our experience is favorable, subject to modifications, but adaptable to the idiosyncrasy of each site.

El sistema MIR (Médicos Internos Residentes), base de la formación de especialistas desde hace más de 35 años, continúa proporcionando, a pesar de sus limitaciones, cualificados profesionales al sistema sanitario español. A lo largo del tiempo se han ido desarrollando estructuras y herramientas de evaluación y control como las comisiones docentes y asesoras, las redes de comisiones locales o el nombramiento de tutores y jefes de estudios [1]. El establecimiento de la figura del Jefe de Residentes (JR) puede ser, en nuestra opinión, un elemento de gran utilidad para la docencia MIR en nuestros hospitales.

A finales del siglo XVIII surge en el *Johns Hopkins Hospital* [2-4] el embrión de esta figura, y es en EE.UU. y Canadá [5] donde adquiere consistencia y se establece propiamente como un puesto de importancia y renombre.

En España el hospital Ramón y Cajal ha sido pionero en este aspecto. En 1993 se llevó a cabo la primera convocatoria de JR, que se mantuvo durante cuatro años más. Pese a una buena aceptación, razones ajenas a la Unidad de Docencia del hospital no permitieron su continuidad, afortunadamente, se pudo restablecer en el año 2003. A continuación resumimos la experiencia que ha supuesto en nuestro hospital la reincorporación de la figura del JR en estos tres últimos años.

Funciones teóricas del Jefe de Residentes

El JR se sitúa en una posición de enlace [6-8] entre los residentes y los facultativos docentes. Su misión en el hospital ha sido comparada, en cierto modo, con la que realiza en la sociedad el defensor del pueblo. Como «defensor de los residentes», mantendría una relación de cercanía con éstos procurando conocer de primera mano sus problemas [9-10]. Sin embargo, el no ser ya propiamente un residente le proporciona una posición de autoridad reconocida por el sistema.

Además de esta posición de defensa de los intereses del residente, el JR incorpora otra serie de funciones

Correspondencia: J. L. Merino Rivas.
Servicio de Nefrología.
Hospital Ramón y Cajal.
Carretera Colmenar Viejo km 9,100.
28034 Madrid.
Correo electrónico: jmerino.hrc@salud.madrid.org

Aceptado para su publicación el 6 de octubre de 2006.

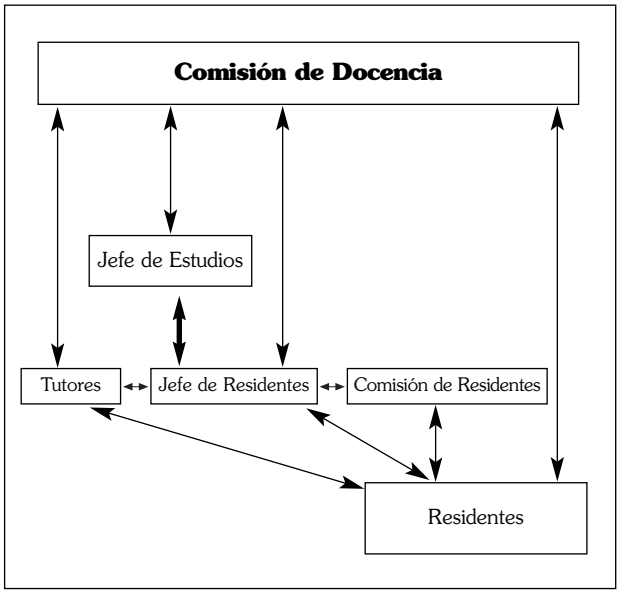

Fig. 1. Organigrama docente del hospital Ramón y Cajal.

administrativas, docentes, asistenciales, investigadoras y, finalmente, otras que algunos han denominado «humanitarias» [11-12]. Las funciones administrativas conllevan la implicación en las instituciones y la estructura docente del hospital; las funciones docentes incluyen la supervisión de los programas de formación de cada especialidad, así como la revisión de la oferta formativa complementaria del centro. El JR se encarga de analizar cómo mejorar su rendimiento, potenciándola y ampliándola en lo posible [13-14], todo ello bajo una estrecha relación de trabajo con tutores y jefe de estudios [15].

A su vez, el JR mantiene una actividad asistencial, que le permite permanecer vinculado a su especialidad, desarrollando su propia formación, y que le otorga una cercanía a la actividad diaria [16-17]. Por último, las funciones humanitarias comprenden todas aquellas acciones relacionadas con la solución de conflictos, la atención a problemas personales o a dificultades de adaptación de los médicos residentes, así como con la mejora, en general, de la vida social de éstos en el centro docente [18-19]. En conjunto, un JR debe ser capaz de desarrollar tareas de planificación, organización, motivación y supervisión [20-21].

Desarrollo de la figura de Jefe de Residentes en el hospital Ramón y Cajal

Convocatoria

La figura del JR requiere un perfil específico para poder ejercer con éxito sus tareas. Debe gozar de prestigio y aceptación entre los residentes, tener capacidad de gestión, comunicación y liderazgo. Además, el conocimiento de las personas, la estructura y el entorno docente resulta esencial para desarrollar su función. Se pensó, por ello, en un ex residente procedente de las dos últimas promociones, motivado por la tarea, con inquietudes, con buena capacidad de comunicación y bien considerado por las promociones posteriores. La implicación durante su residencia en la estructura docente del hospital constituirían una experiencia y un mérito a tener en cuenta para su elección.

Se efectuó una convocatoria pública que incluía la elaboración de un proyecto de actividades y la defensa del mismo ante un tribunal. El *curriculum vitae* de los candidatos también se tuvo en cuenta. La incorporación como JR implicaba una contratación equivalente en salario al de un especialista, por un período de doce meses no prorrogable. Se estableció que el 80% del tiempo debería dedicarse propiamente a la tarea de JR, y un 20% a actividades asistenciales. Un mes antes de concluir el año del contrato del JR se procede a la selección del siguiente JR, lo que permite un relevo coordinado.

TABLA 1
Funciones de la Comisión de Residentes

- Detección y análisis de problemas
- Enlace entre la Jefatura de Estudios, Comisión de Docencia, Tutores y Residentes
- Potenciar la participación de los residentes en instituciones relacionadas con la docencia (Comisión de Docencia del Hospital, Red de Comisiones de Docencia de la CAM, Comisiones Nacionales de la Especialidad)
- Mejorar la implicación de los residentes en la organización de la docencia
- Capacidad consultora y asesora
- Mediadora de conflictos entre residentes
- Organizativa

Incorporación del Jefe de Residentes y constitución de la Comisión de Residentes

La recuperación de la figura del JR al organigrama docente supuso un reajuste del esquema previo (fig. 1). Durante las primeras semanas que siguieron a la incorporación del primer JR se establecieron reuniones con residentes de las diferentes áreas del hospital: anestesia, área médica, quirúrgica, psiquiatría, pediatría, medicina familiar y servicios centrales. En ellas se dio a conocer el proyecto del JR y se nombraron representantes de cada una de las áreas mencionadas, constituyéndose así la Comisión de Residentes, que estableció sus propias funciones (tabla 1).

El JR convoca y preside estas reuniones, donde se abordan cuestiones a propuesta de la Comisión de Docencia, del Jefe de Estudios, del propio JR o de los miembros de la comisión. Actualmente sus miembros son elegidos democráticamente. La comisión carece de carácter ejecutivo, pero, a través del JR, puede hacer llegar sus propuestas a la Comisión de Docencia y a otros estamentos. Cumple con los objetivos de ser un foro de discusión de los problemas de residentes entre residentes, con una representación amplia de los mismos y sin las restricciones en la comunicación que significa la presencia de médicos de plantilla.

Funciones y tareas desarrolladas por el Jefe de Residentes

Desarrollo del canal web para residentes y correo electrónico

En colaboración con el Servicio de Informática se estableció un canal propio para residentes en la Intranet del hospital. Inicialmente se incluyeron normativas internas y temas de consulta, quedando el canal abierto a sugerencias y mejoras que se fuesen planteando. También se gestionó la adjudicación de una cuenta de correo electrónico para cada residente del hospital. Se pretendía que fuera ésta la forma principal de comunicación, eliminándose, en lo posible, las notificaciones por carta que, además de costosas, son, a menudo, poco eficientes al encontrarse muchos residentes fuera de su servicio. Así, tanto a través del canal del residente, como por el correo electrónico se tenía informados a los residentes de los aspectos que se estimasen más interesantes, incluyendo cursos, becas, seminarios, temas concretos de investigación y desarrollo, guardias, etc. Aunque la experiencia con estas herramientas es positiva, no es menos cierto que el mantenimiento del canal y la utilización del correo corporativo no se han consolidado plenamente, de forma que la comunicación eficiente con los aproximadamente 400 residentes que trabajan en el hospital continúa siendo un problema aún no resuelto.

Programas de formación y protocolos docentes

Coincidiendo con la incorporación del JR la Comisión de Docencia pidió a los servicios y unidades docentes la redacción o la actualización de los protocolos docentes, que concretan los programas formativos de las especialidades en el hospital. Entre las tareas del JR se incluye incentivar la producción de éstos y su evaluación. Toda revisión y actualización de estos protocolos es estudiada en la Comisión de Residentes y en la de Docencia, para su correspondiente aprobación.

Formación común complementaria

Las autoridades docentes del hospital (Jefe de Estudios, Comisión de Docencia) deben velar por el cumplimiento de los diferentes programas docentes. Pero al mismo tiempo deben compensar la tendencia, a menudo irrefrenable, de una especialización excesivamente precoz del médico en formación, orientando y facilitando una formación más integral. La oferta docente del hospital en formato de cursos presenciales es muy amplia y variada, pero se ha configurado de una forma no programada, por la mera yuxtaposición de éstos. La incorporación del JR ha permitido ordenar su planificación y enriquecerla mediante la propuesta de otros nuevos que se consideraron de especial interés y que no estaban incluidos. Esta labor ha cristalizado finalmente en lo que se ha denominado el «*curriculum* de formación transversal», que establece para cada especialidad o grupo de especialidades un conjunto de cursos distribuidos en los diferentes años de residencia. Se trata de cursos orientados a la formación general del médico que se distribuyen en tres grupos: práctica médica (Curso de urgencias médicas, tratamiento del dolor, uso de antibióticos, reanimación cardio-pulmonar, el enfermo al final de la vida, etc.), investigación y metodología (lectura crítica de artículos científicos, medicina basada en la evidencia, cómo escribir un artículo científico), y de calidad y aspectos legales y éticos. La proporción de inscripciones para los cursos programados es inferior a la esperada, pero se trabaja en transmitir su importancia y mejorar la utilización de la amplia oferta existente.

Evaluación de las Memorias Anuales de los Residentes

El sistema actual de evaluación del MIR en el Hospital Ramón y Cajal incluye, además de las calificaciones obtenidas por el residente en cada una de sus rotaciones, la realización de una memoria anual de actividades (alternativa al Libro del Residente en nuestro hospital). Ambos elementos son considerados en una reunión a la que asisten los tutores de la especialidad, el Jefe de Estudios y una representación de la Comunidad de Madrid. El JR se incorporó a estas reuniones aportando la evaluación de cada una de las memorias. A partir del análisis que efectuó el primer JR de las memorias evaluadas surgió un formato unificado (expuesto en soporte electrónico en el canal del residente), enfocado a que la memoria pudiera ser la base de un *curriculum* profesional y que actualmente es empleado homogéneamente por todos los residentes.

Evaluación de los servicios por parte de los residentes

Dentro de los objetivos de la unidad de docencia, éste era uno de los aspectos más importantes e innovadores. Existían encuestas para cada rotación y año de especialidad, pero despertaban recelos entre los residentes y, por ello, no se disponía de un número suficiente de opiniones. Tras debate en la Comisión de Residentes se estableció una nueva herramienta de evaluación. Ésta consistió en reuniones dirigidas por el JR, donde planteaban cinco cuestiones abiertas de interés general a los residentes de una especialidad. A partir de las respuestas se redactaba un informe, manteniéndose de esta manera el anonimato. Se realizó un informe de cada especialidad, que fue analizado posteriormente en la Comisión de Residentes y en la Comisión de Docencia. Las cinco preguntas seleccionadas fueron las siguientes: si se cumplían las expectativas con los tutores, si recibían la docencia esperada, si se creían apropiadas las rotaciones establecidas, si las condiciones y número de guardias eran las adecuadas y si se creía que se daban condiciones suficientes para publicar e investigar.
Durante el primer año se seleccionaron los 14 servicios que tenían al menos 3 residentes por año. Los informes resultantes fueron, posteriormente, comentados con

los tutores y los responsables de los distintos servicios, lo que permitió un debate y la propuesta de mejoras en función de los principales problemas detectados.
Esta experiencia no estuvo exenta de problemas (fundamentalmente derivados de aspectos relacionados con la redacción de los informes) que han llevado a establecer un procedimiento más definido. Actualmente la unidad de docencia dispone de un calendario que permite evaluar todas las unidades docentes cada dos años, lo que constituye una de las tareas más importantes del JR.

Otros

El JR es destinatario de los conflictos con residentes y entre residentes. Además, las quejas formales o reclamaciones de pacientes o de personal del hospital son remitidas a la unidad de docencia y canalizadas en primer lugar al JR, que concierta entrevistas personales con los afectados y busca soluciones enmarcadas en la legislación, las normas del hospital y el sentido común, contando con la colaboración y supervisión del Jefe de Estudios y de la Comisión de Docencia.
Otra importante área de trabajo es el siempre conflictivo asunto de las guardias, especialmente en lo que concierne al reparto de guardias de urgencias y los conflictos que generan con las guardias de especialidad. Mediante consenso y acuerdo en las Comisiones de Residentes y de Docencia se adoptó una normativa de guardias. Se estableció un número mínimo y máximo recomendable (4-6 guardias/mes), así como una distribución estable y proporcionada. También se debatió en ambas comisiones una normativa de sustitución de las guardias, que fue publicada en la Intranet, remitida a los tutores y jefes de servicio y entregada a los residentes de nueva incorporación.
Además el JR colabora habitualmente en la organización del Curso de Orientación en la Elección de Especialidades Vía MIR, de la Jornada de despedida de los residentes de último año y de los Cursos de Incorporación de los R1, ya plenamente instaurados en nuestro hospital.

Actividad asistencial del Jefe de Residentes

Este apartado ha sido cubierto en los dos primeros casos mediante la realización de guardias de la especialidad y mediante la colaboración en las consultas externas de un servicio del hospital. Ello permite al JR mantener una actividad clínica útil para su desarrollo como especialista.

Conclusiones

La docencia MIR conlleva una enorme responsabilidad (nada menos que la formación de especialistas suficientemente cualificados) para los hospitales que la asumen [22-23]. Sin embargo, esta misión ha recibido una escasa atención por la mayor parte de las autoridades sanitarias y de las gerencias hospitalarias. El potencial docente de la mayor parte de nuestros centros es excepcional, pero requiere de una dotación de recursos suficiente para «profesionalizarse» [24]. La figura del JR existe en otros países y en algunos hospitales españoles desde hace muchos años, pero se dispone de poca información de su impacto en el sistema MIR español. En nuestra experiencia su incoporación a la estructura docente del hospital ha sido de un enorme valor, ya que ha permitido crear y mejorar herramientas y procedimientos que aportan calidad a la formación de especialistas.

Agradecimientos

Al Dr. Luis Guerra, que con su perseverancia y espíritu hizo posible la recuperación de la figura del JR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden Ministerial 155 de 12 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y sistemas de evaluación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas.
2. Young Mark A, Stiens Steven A, Hsu Powen. Chief resident in PM&R. A balance of education and administration. Am J Phys Med Rehabil. 1996;75(4):257-62.
3. Grant I, Dorus W, McGlashan T, Perry S, Sherman R. The chief resident in psychiatry. Arc Gen Psychiatry. 1974;30:503-7.
4. Parrino T, Steel K. The medical chief resident and its relation to academic sections of general medicine. Am J Med. 1983;75:839-42.
5. The academic organization of residency programs: the evalution of the effect of «service» responsibilities upon the residency program; the influence of personal responsibility of a «chief» for the resident compared with the system approach to resident education. Can Med Assos J. 1966;95(15):757-9.
6. Fernández de Misa R, Boixeda MD, Orofino L. El jefe de residentes: una figura olvidada en nuestro país. Rev Clin Esp. 1995;195(5):286-7.
7. Reynolds Preston P, Stickley William T, Broder Martin I, Hildreth Eugene A. Feedback from chief resident about proposed revision of the special requirements for internal medicine residencies. Academic Medicine. 1995;70(5):415-7.
8. Norris T, Susman J, Gilbert C. Do program directors and their chief residents view the role of chief resident similarly? Fam Med. 1996;28(5):343-345.
9. Raviglione MC. Machiavelli and the chief resident. Acad Med. 1990;65(6):361-2.
10. Pujol R. Médicos residentes insatisfechos. Med Clin (Bar). 1997; 109:623-4.
11. Wortman RL, Costrini NV, Adams ND. The chief medical residency: a description and recomendations. J Med Educ. 1982;57(4):288-93.
12. Mygdal WK, Monteiro M, Hitchcock M, Featherston W, Conard S. Outcomes of the first Family Practice Chief Resident Leadership conference. Fam Med. 1991;23(4):308-10.
13. Prados JD, Santos Guerra MA. La evaluación MIR como un proceso de aprendizaje. Medicina de Familia (And). 2000;1:78-83.
14. Susman J, Gilbert C. Family medicine residency directors` preceptions of the position of chief resident. Acad Med. 1992;67(3):212-3.
15. Palacios J. Tutoría y supervisión de la formación de especialistas sanitarios: perfil, funciones, acreditación y reconocimiento. Perspectiva del tutor hospitalario. Jornada Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid; 2001. p. 87-91.
16. Sidorov J. How are internal medicine residency journal clubs organized, and what makes them successful? Arch Internal Med. 1995;155:1193-7.
17. Tuteur PG. Internal Medicine Chief Resident want changes in Education. JAMA. 1990;264:175.
18. Merino JL. Formación de especialistas sanitarios. Análisis de la situación actual y perspectivas de futuro. Punto de vista del residente. Jornada Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid; 2001. p. 40-5.
19. Colenda CC. The psychiatry chief resident as information manager. J Med Educ. 1986;61:666-73.
20. Hersey P, Blanchard KH. Management of Organizational Behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc; 1972.
21. Hardison JE, Garner TK. The chief medical resident. Am J Med. 1984;77:195-6.
22. Doughty Robert A, Williams Patricia D, Seashore Charles N. Chief resident training. Developing leadership skills for future medical leaders. AJDC. 1991;145:639-42.
23. Quereda C. Docencia de la Nefrología en el periodo de residencia. Nefrología. 1998;13 Supl 6:23-7.
24. Frank JR, Langer B. Collaboration, Comunication, Management, and Advocacy: Teaching Surgeons New Skills through the CanMEDS Proyect. World J Surg. 2003;27:972-8.