

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

COMISION DE DOCENCIA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE TALAVERA DE LA REINA. TOLEDO

Elaborado por:

José Juan Carbayo García
Jefe Estudios UDAFYC Talavera de la Reina

Fecha: Enero 2014

Revisión realizada por:	Fecha:	Aprobado por:	Fecha:
Jefe Estudios UDMAFYC Talavera de la Reina	Enero 2015	Comisión de Docencia	Enero 2015

Histórico de cambios:

Revisión	Fecha:	Motivo de modificación:
0	Enero 2014	Acreditacion UDMAFYC
1	Enero 2015	Acreditación UDMAFYC

1. INTRODUCCION.

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada contempla, en su artículo 15, que el sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (de ordenación de las profesiones sanitarias) implica la “asunción progresiva de responsabilidades” por parte del residente, así como un “nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista”.

El citado artículo 15 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, en su punto tercero, señala que “la supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”; y en su punto quinto dice que “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, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica”.

A este respecto, la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento de tutor, señala, en el punto I.4 del Anexo (que corresponde al citado Acuerdo), que “corresponde a todas las comisiones de docencia, sin perjuicio de lo previsto en los artículos 8 y 10 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, [...] elaborar el protocolo de supervisión de los residentes en los términos establecidos en la legislación vigente”.

La responsabilidad del residente será progresiva pasando de una supervisión muy estrecha durante el primer año a una práctica autonomía durante el cuarto año.

Los niveles de responsabilidad, así como su valoración, son los siguientes:

Nivel 1. Menor responsabilidad: El residente observa y asiste la actuación del adjunto.

El residente sólo tiene 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.

Nivel 2. Responsabilidad intermedia: El residente realiza los procedimientos bajo la supervisión directa del adjunto

El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Las actividades se realizan bajo la supervisión directa del adjunto.

Nivel 3. Máxima responsabilidad: El residente realiza los procedimientos sin necesidad expresa del adjunto.

Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por tanto el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Con carácter general, se recomienda que los residentes de primer año mantengan niveles de responsabilidad entre 1–2, que los de segundo y tercer año 2-3 y finalmente los de cuarto año mayoritariamente niveles de responsabilidad 3. El paso de un nivel a otro siempre será progresivo y se adaptará, claro está, no sólo al año de residencia, sino a las diferentes habilidades y competencias adquiridas por el residente (valoradas por el tutor) y la posible experiencia previa del residente en dichas actividades o formación específica.

Siguiendo estas normas, la Comisión del Docencia de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Talavera ha elaborado el siguiente protocolo para la supervisión de los médicos especialistas en formación.

2. SUPERVISIÓN DURANTE LA ESTANCIA EN CENTRO DE SALUD.

Residentes de primer año

- Durante su estancia en el Centro de Salud, el residente de primer año permanecerá junto a su tutor en todas las actividades asistenciales, preventivas, de promoción de salud o de otra índole que éste desarrolle durante la jornada laboral.
- En caso de ausencia de su tutor, o si éste así lo decide por cuestiones formativas, el residente podrá permanecer con otro tutor o con otro profesional del Centro (esta última situación sólo se producirá por la segunda razón anteriormente expuesta), que asumirá la supervisión del residente en ausencia del tutor.
- En la consulta, el residente de primer año podrá realizar la historia clínica del paciente, procediendo a la valoración (anamnesis y la exploración) bajo la directa supervisión de su tutor.
- El residente podrá proponer y discutir con su tutor la realización de pruebas complementarias y la instauración o modificación del plan de cuidados.
-

- En las urgencias que se produzcan durante la jornada ordinaria en el Centro de Salud, el residente acompañará a su tutor en su atención, pudiendo realizar la valoración (anamnesis y exploración) del paciente bajo la directa supervisión de su tutor, y proponer y discutir con éste los diferentes diagnósticos y tratamientos.
- En lo que respecta a las visitas domiciliarias, el residente acudirá a las mismas acompañando a su tutor. Nunca acudirá solo a un domicilio. Durante la visita, el residente actuará de forma similar a como hace en la consulta.

Residentes de tercer y cuarto año.

- Durante el tercer y cuarto año no es indispensable la supervisión de presencia física en consulta. Aunque el tutor estará en todo momento localizable para las posibles dudas que le puedan ir surgiendo al residente. En caso de ausencia, su tutor de apoyo u otro tutor (o excepcionalmente un médico no acreditado), asumirá la supervisión del residente durante su ausencia. Si esta situación se prolongara más de dos días, este hecho será puesto en conocimiento de la Unidad Docente.
- En las urgencias que se produzcan durante la jornada ordinaria en el Centro de Salud el residente acompañará a su tutor de apoyo o a otro médico del centro en su atención.
- En lo que respecta a las visitas domiciliarias no urgentes, el residente podrá acudir a las mismas acompañando a su tutor de apoyo o a otro médico del centro. No es recomendable que acuda solo a un domicilio, salvo por indicación de su tutor.
- Los residentes de tercer y cuarto año irán asumiendo progresivamente mayores grados de responsabilidad en la consulta, siempre al ritmo que el tutor considere adecuado, hasta pasar consulta sólo, sin la presencia física del tutor, en los últimos meses de residencia.
- Es conveniente que el tutor esté siempre accesible para poder ser consultado en caso de necesidad. En caso de ausencia del tutor del centro de salud, otro tutor asumirá la responsabilidad de supervisión del residente en caso necesario. Si esta situación se prolongara más de dos días, este hecho será
-



puesto en conocimiento de la Unidad Docente, excepto cuando se trate de rotaciones programadas con otro tutor o profesional del centro.

- Antes de finalizar su residencia, el residente de cuarto año sustituirá a su tutor durante un periodo de hasta 1 mes para que éste pueda realizar un reciclaje clínico.
- En las rotaciones que el residente de medicina realice dentro de su plan formativo (Matrona, Trabajador Social, etc...) siempre actuará bajo la directa supervisión del tutor colaborador adquiriendo la progresiva autonomía en función de la valoración que lleven a cabo ambos implicados.

3. SUPERVISIÓN DURANTE LAS GUARDIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Residentes de primer y segundo año

- Durante las guardias de Atención Primaria en el Centro de Salud, el MIR de primer año acompañará al médico de guardia en la atención a los pacientes que acudan al Centro, realizando la valoración y la exploración bajo la directa supervisión del profesional responsable.
- El residente propondrá y discutirá con el médico de guardia la planificación de la atención en consulta, realización de pruebas complementarias, la posible derivación y la instauración o modificación del tratamiento.
- En la atención a los avisos domiciliarios, el residente de primer año siempre acudirá a los mismos junto con el tutor de guardia, en los Centros de Salud que cuenten sólo con uno. En aquellos en que haya más de uno de guardia, el residente podrá acudir a los avisos domiciliarios o quedarse en el Centro de Salud con el otro adjunto. En ningún caso permanecerá solo en el Centro de Salud o acudirá solo a los avisos domiciliarios.
- En la atención a los avisos domiciliarios, el residente actuará de forma similar a como hace en el Centro de Salud.

Residentes de tercer y cuarto año

-

- El grado de autonomía del residente mayor en las guardias de AP será progresivo, pudiendo llegar a ser completamente autónomo en el cuarto año, siempre que el profesional responsable de la guardia así lo considere y acepte. En cualquier caso, cuando se trate de un problema importante, el residente mantendrá informado al médico de guardia de sus actuaciones.
- Si fuera necesario, al inicio de la guardia, el residente y el tutor responsable de la misma acordarán el papel del residente, el grado de supervisión y la manera más adecuada de llevarla a cabo.
- Todo residente mayor, independientemente de su experiencia o año de residencia, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los profesionales de guardia, quienes, ya sean tutores o no, dada su condición de profesionales ligados a un centro de salud docente, tienen la obligación de prestársela.
- Salvo situaciones excepcionales en las que coincidan en el tiempo dos urgencias vitales, el residente mayor no permanecerá solo en el Centro de Salud ni acudirá solo a los avisos domiciliarios urgentes.

4. SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

Estas directrices tienen la finalidad de regular la labor asistencial y docente de los médicos internos residentes en el servicio de Urgencias del Hospital Ntra. Sra. del Prado.

La figura del tutor de residentes recae en dos facultativos del servicio de Urgencias del Hospital Ntra. Sra. del Prado nombrados por la comisión de docencia del Área de Salud.

4A. Funciones de los tutores:

- Supervisarán las rotaciones de los MIR por las distintas áreas del servicio de Urgencias, así como la realización de las planillas de guardia de presencia física con una periodicidad mensual.



- Organizarán y coordinarán junto a los representantes de los MIR el sistema de sustitución de guardias cuando haya ausencias por motivos justificados. En su ausencia los hará el Jefe de Estudios de la Unidad Docente correspondiente.
- Realizarán y tramitarán las propuestas de los MIR a la comisión de docencia y al coordinador de urgencias cuando proceda.
- Serán el enlace visible entre cualquier MIR y cualquier adjunto del servicio de Urgencias y viceversa.

4B. Funciones de los Médicos Adjuntos:

- Serán consultores, referentes y reguladores de la atención a los enfermos que llegan a la Urgencia, estableciendo la prioridad con los enfermos críticos.
- Atenderán directamente las emergencias.
- Se encargarán de supervisar a los médicos residentes, con especial dedicación en el caso de los residentes de primer año, en los que dicha supervisión será de presencia física, debiendo estar al corriente de las decisiones que estos tomen.
- Intentarán solucionar los problemas médicos que se le planteen.
- Decidirán y autorizarán el paso a observación, ingreso, traslado o alta de cualquier enfermo del área.

4C. Sobre los Médicos Residentes.

4C I. Generalidades.

Entendemos por MIR aquel que, para obtener su título de médico especialista, permanece en centros y unidades docentes acreditadas un periodo limitado en el tiempo de práctica docente y profesional de forma supervisada a fin de alcanzar los conocimientos y la responsabilidad necesaria para ejercer la especialidad de modo eficiente.

En la definición legal de MIR se destacan sus dos notas características esenciales” la práctica profesional programada y supervisada” y la adquisición progresiva de “conocimientos y responsabilidad”

Los derechos y obligaciones del residente están regulados por la siguiente normativa:

- Real Decreto 127/1984(BOE 28-Enero-84)

- Orden del Ministerio de relaciones con las Cortes y Secretaria del Gobierno de 27 de Junio de 1989(BOE 29-Junio-1989)
- Orden del Ministerio de la Presidencia de 22 de Julio de 1995(BOE 30-Junio-95)
- Contrato de Trabajo en Prácticas que suscribe al incorporarse a su plaza en el Hospital y por la Guía de Formación Médica Especializada.
- Real Decreto 183/2008(BOE 21-Febrero-08). Artículo 15: responsabilidad progresiva del Residente.
- Protocolo Supervisión Residentes, realizado por la Comisión de Docencia y la Dirección Médica del centro.

De estos documentos se deducen los siguientes principios generales:

- La doble vertiente docente y laboral de su vinculación con el hospital.
- El derecho y la obligación de desarrollar correctamente su programa de Formación, ampliando de forma progresiva su nivel de responsabilidad. Para ello contará con la tutela, orientación y supervisión de su labor asistencial y docente en el grado adecuado a cada situación.
- La dedicación exclusiva de su actividad médica a la Institución.
- El derecho a disfrutar de los beneficios de la Seguridad Social.
- La obligación de desarrollar labores asistenciales que le sean encomendadas por la Coordinación de Urgencias del Área, la Dirección Médica y la Comisión de Docencia.

4C II. Objetivos docentes.

De forma general los objetivos docentes de la actividad en las áreas de Urgencias serán:

- Adquirir agilidad y destreza en el manejo de los enfermos con patología aguda.
- Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.
- Alcanzar la necesaria seguridad e incrementar su nivel de responsabilidad en las decisiones terapéuticas y de modalidad de tratamiento en los enfermos.
- Durante la formación deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan prestar correctamente asistencia a los pacientes, realizar labores de prevención y promoción de la salud, así como asegurarse una autoformación continuada.

La diversidad y el volumen de pacientes y situaciones que se viven en el Servicio de Urgencias convierten a éste en uno de los pilares de la docencia y

formación del Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y de las especialidades médicas.

Todos los médicos adjuntos de los Servicio de Urgencias, y los responsables de los Servicios, lo son también de la tutela y supervisión del residente (Decreto 183/2008, Art. 14 establece el “deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes”).

4C III. Funciones del residente.

Las funciones del Médico Interno Residente variarán según vayan adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

Residentes de 1^{er} año:

- Realizar una correcta historia clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación del mismo.

- Emitir un juicio clínico de presunción.

- Durante el primer año de residencia, no deberán solicitar pruebas complementarias, iniciar un tratamiento, dar un alta o ingresar a un paciente sin la supervisión física de un Adjunto del Servicio de Urgencias. Al finalizar el 1º año de residencia, deberán ser capaces de valorar los beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.

- Informar al enfermo y a los familiares a su llegada es esencial, transmitiéndoles una primera impresión y comentando brevemente lo que se va a hacer y un tiempo aproximado de la estancia del enfermo en urgencias, así como en el momento de proceder a dar el alta o el ingreso, que siempre se decidirá bajo la supervisión del adjunto de Urgencias.

- Cumplimentar los protocolos existentes en Urgencias, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, cumplimentarán los partes judiciales y documentación que sea necesaria, todo ello con el asesoramiento del adjunto de urgencias.

- Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente, de la situación clínica de los pacientes a su cargo.

Residentes de 2º año: además de las de los residentes de 1º año:

- Valorar y clasificar los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias (clasificación o triaje).

- Decidir sobre el destino del paciente y sobre la necesidad de valoración del enfermo por otro especialista (cardiólogo, anestesista, otras especialidades de guardia).

- Gestionar, de manera autónoma, toda la documentación clínica necesaria (solicitud de pruebas diagnósticas, partes judiciales y otros informes), ya sea en modelo informático o papel, así como la indicación del tratamiento.

- Supervisar a los residentes de primer año cuando estos lo estimen conveniente y asumir las funciones de estos últimos y a su vez, ser supervisados por el adjunto al cual estén asignados.

- Firmar las altas de los pacientes a su cargo consultando con el adjunto del servicio en caso de duda.

Residentes de 3º y 4º año: además de las de los residentes de 1º y 2º año:

- Ayudar a los médicos adjuntos del servicio a llevar el control de la urgencia, y en las funciones de reanimación y situaciones en las que se vean involucrados enfermos críticos.

- En situaciones especiales, con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al juez lo pondrá en conocimiento del adjunto de urgencias, responsable de urgencias o del jefe de la guardia, cuando lo haya.

El Médico Residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un médico titulado, teniendo derecho recibir docencia y supervisión. Su deber será prestar una labor asistencial, aunque siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al adjunto de Urgencias.

4C IV. Supervisión durante las guardias en el servicio de urgencias.



-Durante el primer año de residencia, el residente debe estar directamente supervisado en todas sus actuaciones por algún adjunto de guardia del Servicio, tal y como se especifica en el RD. 183/2008, de 8 de febrero, artículo 15, en su punto tercero, que señala que “la supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”. El residente acompañará al médico de guardia en la atención a los pacientes que acudan, realizando la anamnesis y la exploración bajo la directa supervisión del adjunto.

- Durante las guardias en el Servicio de Urgencias el resto de los años de la residencia, el residente atenderá a los pacientes que acudan, realizando la anamnesis y la exploración bajo la supervisión del adjunto, entendiéndose esta como la disponibilidad en todo momento del adjunto para resolver las dudas que se le puedan plantear al propio residente. A criterio del adjunto, el residente podrá realizar diferentes técnicas y exploraciones, siempre que éstas no impliquen riesgo para el paciente y el adjunto considere que el residente tiene los conocimientos y habilidades necesarios para su realización.

- El residente propondrá y discutirá con el adjunto de guardia la solicitud de pruebas complementarias, la instauración o modificación de tratamientos, el posible ingreso y las posibles altas.

- El grado de autonomía del residente en las guardias de Urgencias será progresivo, pudiendo llegar a ser completamente autónomo en el cuarto año, siempre que los facultativos responsables de la guardia así lo consideren y acepten. En cualquier caso, cuando se trate de un problema importante, el residente mantendrá informado al adjunto de guardia de sus actuaciones.

- Si fuera necesario, al inicio de la guardia, el residente y los adjuntos responsables de la misma acordarán el papel del residente, el grado de supervisión y la manera más adecuada de llevarla a cabo.

- Los residentes con más de 1 año de experiencia en el Servicio de Urgencias deben asumir progresivamente un rol de colaboración con los residentes menores, de manera que, siempre con la supervisión del adjunto de guardia, puedan resolver dudas que les planteen compañeros en su labor asistencial, adecuándose a sus conocimientos y habilidades. Esta colaboración no sustituirá en ningún caso la

necesaria supervisión directa que los residentes de primer año tienen que tener por parte de los adjuntos del Servicio.

- Todo residente, independientemente de su experiencia o año de residencia, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los adjuntos de guardia, quienes, dada su condición de facultativos ligados a un Hospital docente, tienen la obligación de prestársela.

4C V. Asignación de los puestos de guardia.

Para una adecuada planificación de las guardias la Unidad Docente realizará una programación de guardias con carácter semestral de modo que queden distribuidas homogéneamente entre los residentes. La planificación se hará definitiva mes a mes, de modo que los residentes puedan hacer cambios comunicándoselos a la Unidad Docente para que los valide.

Una vez que la planificación mensual se haga definitiva y se publique (alrededor del día 20 del mes anterior), las guardias no serán modificadas salvo petición escrita y aprobación por parte de la Unidad Docente correspondiente. Se comunicará por escrito al coordinador de Urgencias, Tutor de residentes y adjuntos responsables de la Guardia.

Se procurará evitar la presencia exclusiva en la misma guardia de residentes de primer año, para conseguir que los residentes de años superiores puedan supervisar la labor de los de primer año.

El número de guardias a realizar por un MIR oscilará entre un mínimo de 4 y un máximo de 6. No obstante, el número de guardias de cada residente fijado por la Unidad Docente es de 5 mensuales.

4C VI. Horario y distribución de cargas de trabajo.

El horario de los MIR en las guardias del servicio de urgencias será:

- Jornada laboral de 15 horas a 8 horas.
- Jornada festiva de 8 a 8 horas.

En la jornada laboral, la entrada del MIR a la Guardia se realizará a las 15 horas, comenzando su labor asistencial con la asignación de pacientes nuevos, valorados previamente por enfermería, en función de la experiencia del MIR. Los pacientes en situación crítica serán responsabilidad directa de un adjunto del servicio;

los residentes colaboraran en la atención a estos pacientes en función de su nivel de conocimientos y habilidades.

La distribución del horario de comida, cena y pernocta será en turnos, dependiendo de las circunstancias de la guardia.

Todos estos horarios serán aprobados por los adjuntos responsables de la guardia y estarán sujetos a que las condiciones de la misma lo permitan. En ningún caso, el residente tomará una decisión unilateral sobre los turnos sino que será consensuada con sus compañeros y adjuntos de la guardia.

5. SUPERVISIÓN DURANTE LA ESTANCIA EN OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

Residentes de primer año.

- Durante su estancia en el servicio en el que rote, el residente de permanecerá junto al adjunto asignado por el tutor del Servicio en todas las actividades asistenciales o de otra índole que éste desarrolle durante la jornada laboral.

- En caso de ausencia de su adjunto asignado, o si éste así lo decide por cuestiones formativas, el residente podrá permanecer con otro adjunto o con otro profesional del Servicio (esta última situación sólo se producirá por la segunda razón anteriormente expuesta) designado por el tutor del Servicio, que asumirá la supervisión del residente en ausencia del adjunto asignado.

- En caso de que el adjunto asignado ya tenga a su cargo a un residente mayor de la propia especialidad (R3, R4 ó R5) el residente podrá permanecer con el residente mayor, si el adjunto asignado lo considera adecuado, por las capacidades adquiridas

por este durante su estancia con el propio adjunto (siempre con la disponibilidad del adjunto asignado en el mismo servicio).

- El residente de primer año podrá realizar la historia clínica del paciente, procediendo a la anamnesis y la exploración bajo la directa supervisión de su adjunto asignado.



- El residente podrá proponer y discutir con su adjunto la solicitud de pruebas complementarias y la instauración o modificación de tratamientos.
- En ninguna circunstancia el residente podrá dar el alta a un paciente si no es con la directa supervisión del adjunto asignado.
- Como parte del protocolo de supervisión en el informe del enfermo figurará el apellido del residente junto al adjunto responsable del citado residente para su posterior seguimiento y evolución.

Es indispensable la supervisión de presencia física a los residentes de primer año y aconsejable en el resto de años de residencia, sobre todo al inicio de cada rotación, hasta que el residente conozca el funcionamiento del servicio.

Residentes de otros años.

- Los residentes irán asumiendo progresivamente mayores grados de responsabilidad en las diferentes rotaciones por los servicios, adecuándose a la graduación ya reflejada en la introducción y siempre al ritmo que el adjunto y el tutor consideren adecuado, hasta llegar a realizar su labor asistencial sólo, sin la presencia física del adjunto, en los últimos meses de la rotación.
- Es necesario que el adjunto esté siempre accesible para poder ser consultado en caso de necesidad. En caso de ausencia del adjunto asignado, otro adjunto, asumirá la responsabilidad de supervisión del residente en caso necesario. Si esta situación se prolongara más de dos días, este hecho será puesto en conocimiento del tutor del Servicio.

6. CONSIDERACIÓN FINAL

Los residentes son profesionales con contrato ‘laboral y de formación’, de ahí que a la vez que desarrollan su labor asistencial como cualquier otro profesional sanitario, tienen el derecho y el deber de formarse en su especialidad. Esto último debe ser tenido en cuenta, tanto en consulta como durante las guardias, y así, cuando existan posibilidades de aprendizaje (por ejemplo, ante demandas o casos poco comunes), éstas deben primar sobre la labor asistencial del residente, siempre que las circunstancias razonablemente lo permitan.

Los documentos de organización de trabajo establecidos por el Servicio de Urgencias Hospitalario y los Puntos de Atención Continuada de Atención Primaria, se adecuarán a las premisas señaladas en este Protocolo.

En Talavera de la Reina, a 15 de enero de 2015.