Servicio Canario de la Salud Gerencia Atención Primaria Área Salud de Gran Canaria	PROTOCOLO de SUPERVISION GENERAL de RESIDENTES de MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Las Palmas Norte y Sur
Fecha: 03/Abril/2014	FP-UDM PSG_MIR v 3	Comisión Docencia UDM AFyC

EIR:

Tutor:

Centro de Salud:

Fecha de Entrega:

PROTOCOLO SUPERVISIÓN GENERAL
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La participación de los residentes en la asistencia continuada de los enfermos se deriva de los dos aspectos, **docente** y **laboral**, que definen su vinculación con la Gerencia de Atención Primaria.

Por una parte, las guardias cumplen una **labor formativa** encaminada al aprendizaje del manejo de las situaciones de urgencia y de la atención continuada del enfermo, por otra, el residente está obligado a colaborar en las **labores asistenciales** de Atención Primaria, como contempla su contrato de trabajo en prácticas y por las que, en el caso de las guardias recibe remuneración específica.

Durante su formación, el residente se deberá **adquirir conocimientos y habilidades** para prestar la adecuada asistencia a los pacientes.

La formación del médico residente implica la **asunción progresiva de responsabilidades** tanto en las rotaciones obligatorias de su especialidad como en las guardias realizadas en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

Este nivel de responsabilidad supone también que la supervisión será decreciente a medida que se avance en la adquisición de las competencias previstas en su formación hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria como especialista.

CONTEXTO LEGAL.

Todas las recomendaciones sobre la supervisión y la responsabilidad progresiva del residente se enmarcan en el **Real Decreto 183/2008**, en sus artículos 14 y 15.

Capítulo V, Artículo 14. El deber general de supervisión (Norma Básica)

"… toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales"

"… deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes"

Capítulo V, Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente

- **Punto 1**

*"El sistema de residencia al que se refiere el **artículo 20 de la Ley 44/2003**, de 21 de noviembre, implica la **prestación profesional de servicios** por parte de los titulados universitarios que cursan **programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud**"*

La formación MIR se basa en la **adquisición progresiva de competencias** mediante un **sistema tutelado** que garantiza en todo momento una **supervisión adecuada**, que si bien tiene importancia durante toda la formación, resulta fundamental en los **primeros momentos** de toma de contacto con el ejercicio profesional. Así está reconocido en:

- **Punto 3**

*"**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 presentando 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"*

- **Punto 4**

*"**La supervisión decreciente de los residentes** a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo y decreciente. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias".*

*"En todo caso, **el residente, tiene derecho** a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario".*

- **Punto 5**

*"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 consensue con ellos su **aplicación y revisión** periódica."*

En base al mandato recogido en este punto, se concibe el protocolo **de actuación, supervisión general de actividades de los médicos residentes** en Atención Primaria y las bases de buen funcionamiento.

Para la elaboración de estas **recomendaciones de este protocolo** se han tomado en consideración la experiencia de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Las Palmas, (actuales **Unidades Docentes Multiprofesionales** de Atención Familiar y Comunitaria de Las Palmas Norte y Sur), **tutores** y otros **profesionales colaboradores**, las recomendaciones del **Programa Formativo de la Especialidad** y las **disposiciones legales** aplicables.

Todos los residentes que se incorporan a esta Unidad Docente reciben en los primeros días un **"Curso de introducción a la práctica clínica de la MFyC"**, y una vez en el Centro de Salud deben organizarse talleres específicos en los que se abordarán, desde un enfoque eminentemente práctico, aquellos problemas más frecuentes en la clínica y se les familiarizará con las **Programas, Guías y Protocolos** existentes en el centro o publicados por el Servicio Canario de la Salud, como:

- Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria
- Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva
- Programa de prevención y control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA) de Canarias
- Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias
- Protocolo de manejo de la EPOC en Atención Primaria
- Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria
- Estrategia para la Seguridad de Pacientes
- Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género

Asimismo, en los primeros meses se les impartirá un "**Curso de Soporte Vital Básico"** para familiarizarlos con la actuación inicial ante una situación tan crítica como es la parada cardiaca y un taller de **"Manejo Práctico de la Consulta en Atención Primaria"**. También recibirán formación sobre **Legislación Sanitaria** en la que se incluirá todo el contenido relacionado con la **Responsabilidad Profesional**. Durante la rotación inicial en el Centro de Salud y en el resto de dispositivos acompañarán al tutor, colaborador docente o residente mayor en su actividad asistencial para familiarizarse con la valoración de los problemas más frecuentes.

Durante los tres primeros meses en la consulta de Medicina de Familia sus funciones serán esencialmente las de **acompañamiento**: cualquier actuación será supervisada y contarán con la colaboración, tutela, supervisión y ayuda del equipo de atención primaria, recabando su colaboración en cualquier momento que la crean necesaria. Deberá considerarse la idiosincrasia del itinerario formativo en el que en todo momento de la residencia el residente estará iniciando rotaciones en dispositivos nuevos y distintos, será en estos casos el criterio del tutor quien determine el grado de madurez profesional del residente y en consecuencia las responsabilidades a asumir.

Por otro lado, tanto el equipo de atención continuada en Atención Primaria como los tutores colaboradores de los servicios hospitalarios y diversos dispositivos docentes, tienen el **compromiso de supervisar** todos los procesos asistenciales que realice el residente de primer año, y asistir y ayudar a los residentes de segundo año siempre que sean requeridos para ello. La coordinación de la Unidad Docente Multiprofesional, se reúne con los tutores colaboradores hospitalarios, previamente a la incorporación de los Médicos Residentes a los servicios/unidades según el itinerario propuesto (anualmente), así como con la Comisión de Docencia del hospital que corresponda (Hospital General de Gran Canaria Dr. Negrín –UDM Las Palmas Norte o Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil –UDM Las Palmas Sur-).

NIVELES DE RESPONSABILIDAD PARA EL MIR

A continuación se establece de forma orientativa la distribución temporal de los niveles de responsabilidad que conllevan las actividades encaminadas a adquirir las competencias determinadas en el programa formativo, entendiendo que los procesos de

aprendizaje son individuales y que será el **tutor**, con el apoyo de la **Unidad Docente**, y en su caso del **Comité de Evaluación**, quien determinará el ritmo de cada residente.

Los niveles de responsabilidad/autonomía estarán en relación con la **complejidad** de las tareas que conllevan la adquisición de las competencias, pero sobre todo con la **trascendencia** de las mismas, medida en términos de gravedad de las posibles consecuencias atendiendo fundamentalmente a la seguridad de los pacientes y en segundo lugar a su impacto en la consecución de objetivos terapéuticos, preventivos o promocionales de la salud.

NIVEL I: Actuaciones clínicas de forma **independiente** sin necesidad de tutorización. Nivel de autonomía plena, el residente de enfermería, que consultará en caso de duda o en situaciones especiales a sus tutores. El tutor o facultativo será el interlocutor con las autoridades sanitarias y jurídicas.

NIVEL II: El residente tiene conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar su actividad con independencia, por lo que debe realizarse bajo **supervisión** del tutor. Dicha supervisión será decreciente en función de la adquisición de competencias del residente. Son actividades propias del residente de enfermería, que él ejecuta y asume con autonomía, pero que debe poner en conocimiento de los responsables docentes

NIVEL III: **Toda la actividad asistencial** del residente será **supervisada** por el tutor. La supervisión de los médicos residentes en este nivel de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en cualquiera de distintos dispositivos del centro o unidad y así debe ser garantizada por los mismos. Fundamentalmente observa las acciones propias de la especialidad que realizan los médicos residentes mayores, tutores o colaboradores docentes y las que realiza lo hace directamente bajo su supervisión.

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 las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de Las Palmas Norte y Sur, han elaborado el siguiente protocolo para la supervisión de los médicos especialistas en formación.

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN ESTANCIA FORMATIVA EN CENTRO DE SALUD

Médicos Residentes de Primer Año

- Período de rotación: 6 meses
- Nivel de Responsabilidad III

1. Durante su estancia formativa en el Centro de Salud, el médico 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.
2. En caso de ausencia de su tutor principal, o si éste así lo decide por cuestiones formativas, el médico residente podrá permanecer con otro tutor o con otro profesional del centro, que asumirá la supervisión del residente en ausencia del tutor principal.
3. En la consulta, el médico residente de primer año podrá realizar la historia clínica del paciente, procediendo a la valoración, anamnesis y exploración, bajo la supervisión directa de su tutor. De forma progresiva y siempre a criterio de su tutor, el médico residente irá realizando actividades, siempre que éstas no impliquen riesgo para el paciente.
4. El médico residente podrá proponer y fundamentar con su tutor o a su instancia, la realización de pruebas complementarias y la instauración o modificación del plan de cuidados.
5. Las urgencias que se produzcan durante la jornada ordinaria en el centro de salud, el médico residente acompañará a su tutor.
6. En la atención domiciliaria, el médico residente acudirá a las mismas acompañando a su tutor. Nunca acudirá solo a un domicilio. Durante la visita, el médico residente actuará de forma similar a como hace en la consulta de atención primaria.

Médicos Residentes de Segundo, Tercer y Cuarto Año

- Períodos de rotación:

  MIR-2 > 2 meses

  MIR-3 > 1 mes

  MIR-4 > 11 meses

- Niveles de Responsabilidad II para MIR-2 y 3. Nivel de Responsabilidad I para MIR-4

1. Durante el segundo, 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 sin nombramiento), 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 Multiprofesional.
2. En la atención a 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.
3. En lo que respecta a las visitas domiciliarias no urgentes, el residente podrá acudir a las mismas acompañando a su tutor u otro médico del centro. Acudirá solo a un domicilio bajo la indicación de su tutor y en atención de pacientes con historial conocido de su propio cupo.

4. 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. Asumirá la consulta, sin la presencia física del tutor, en los últimos meses de residencia, y ausencias programadas del tutor, de acuerdo con la dirección del centro y coordinación de la Unidad Docente (Ej. Días de libre disposición, asistencia a jornadas de tutores…).
5. 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 una semana, este hecho será puesto en conocimiento de la Unidad Docente, excepto cuando se trate de rotaciones programadas con otro tutor o profesional del centro.
6. Antes de finalizar su residencia, el médico residente de cuarto año sustituirá a su tutor durante un periodo de hasta un mes, en caso de un reciclaje clínico/vacaciones anuales.
7. En las rotaciones que el médico residente realice dentro de su plan formativo (Unidad de Atención General, Matrona, Trabajador Social, etc…) siempre actuará bajo la supervisión del tutor colaborador adquiriendo la progresiva autonomía en función de la valoración que lleven a cabo ambos implicados.

PROTOCOLO SUPERVISIÓN ESTANCIAS FORMATIVAS EN SERVICIOS HOSPITALARIOS

Médicos Residentes de Primer Año

- Período de rotación: De 1 a 3 meses por servicio/unidad
- Nivel de Responsabilidad III

Niveles de Responsabilidad II para MIR-2 y 3

1. Durante su estancia en el Servicio/Unidad en el que rote, el médico residente de permanecerá junto al adjunto asignado por el tutor colaborador del Servicio/Unidad en todas las actividades asistenciales o de otra índole que éste desarrolle durante la jornada laboral.
2. En caso de ausencia de su adjunto asignado, o si éste así lo decide por cuestiones formativas, el médico residente podrá permanecer con otro adjunto o con otro profesional del Servicio, que asumirá la supervisión del residente en ausencia del adjunto/tutor colaborador asignado.
3. En caso de que el adjunto asignado ya tenga a su cargo a un médico residente mayor de la propia especialidad (R3, R4 ó R5) el residente podrá permanecer con el médico 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).
4. El médico 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. De forma progresiva y siempre a criterio de su adjunto, el residente irá realizando dichas actividades sin la presencia física del adjunto, siempre que éstas no impliquen riesgo para el paciente.
5. El médico residente podrá proponer y fundamentar con su adjunto la solicitud de pruebas complementarias y la instauración o modificación de tratamientos.
6. En ninguna circunstancia el médico residente podrá dar el alta a un paciente o decidir un ingreso si no es con la directa supervisión del médico adjunto asignado.
7. Como parte del protocolo de supervisión en el informe del paciente figurará el nombre, apellidos y número de colegiado del médico residente junto al adjunto responsable del citado residente para su posterior seguimiento, evolución y evaluación formativa(Self-Audit, Incidentes Críticos..).

8. Es indispensable y así debe garantizarse, la supervisión de presencia física a los médicos residentes de primer año y aconsejable en el resto de años de residencia. Indispensable al inicio de cada rotación, hasta que el médico residente conozca el funcionamiento del servicio, personal y protocolos de actuación.

Médicos Residentes de Segundo y Tercer Año

1. Los médicos residentes irán asumiendo progresivamente mayores grados de responsabilidad en las diferentes rotaciones por los servicios, siempre al ritmo que el adjunto y el tutor consideren adecuado, hasta llegar a realizar su labor asistencial, sin la presencia física del adjunto, en las últimas semanas de la rotación.
2. 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.

*El protocolo de supervisión general de residentes de medicina familiar y comunitaria, debe ser **conocido** por todos los residentes, tutores principales y colaboradores docentes que participan en la docencia. Entregado en el curso de introducción a la práctica clínica de la MFyC, o como anexo a la Guía de Acogida y de libre acceso desde la página web de la unidad docente por quien quisiera consultarlo, y, asimismo, se pone a **disposición** de los responsables de Formación Sanitaria Especializada del Servicio Canario de la Salud y Comisiones Nacionales de las Especialidades de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria dependientes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.*

En Las Palmas de Gran Canaria, a 31 de julio de 2014

Fdo.: Carlos Jorge Acosta
Gerente de Atención Primaria
Área de Salud de Gran Canaria

Fdo.: José Carlos Salas Hospital
Presidente de la Comisión de Docencia
UDM AFyC Las Palmas Norte y Sur

Documento	Elaborado	Revisado	Aprobado	Fecha
FP-UDM PSG MIR v1	Coordinación UDM	Gerencia AP GC	Comisión Docencia UDM	10-Dic-2009
FP-UDM PSG MIR v2	Coordinación UDM	Gerencia AP GC	Comisión Docencia UDM	07-Feb-2012
FP-UDM PSG MIR v3	Coordinación UDM	Gerencia AP GC	Comisión Docencia UDM	03-Abr-2014