



Hospital Universitari
MútuaTerrassa



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Servicio de Urgencias

Plan de supervisión

PLAN DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Coordinadora: Dra. Mónica Rodríguez Carballeira (Jefa de estudios)

Autores:

Dra. Gemma Figueres Solé (tutora de residentes de la unidad docente)
Gemma Muñoz Gamito (jefa del servicio)

Centro: Hospital Universitario MútuaTerrassa

Fecha de elaboración: Febrero 2010

Fecha de aprobación por el Comité de Docencia: 20/04/2010

Fecha de aprobación por el Comité Ejecutivo Asistencial: 15/10/2014

Número de revisión: 2ª edición. 01/03/2016

Índice

1. Introducción	4
2. Aspectos previos a considerar	4
3. Objetivo general	6
4. Objetivos docentes y niveles de responsabilidad	6
4.1. Residentes de primer año	7
4.2. Residentes de segundo año	8
4.3. Residentes de tercer año	9
4.4. Residentes de cuarto y quinto año	10
5. Supervisión del residente	11
6. Funciones del médico adjunto	11
7. Plan de rotación	12
7.1. Rotación continua en horario laboral	12
7.2. Rotación en forma de guardias	13
7.3. Evaluación	14
8. Leyes, decretos y normativas reguladoras	15

1. Introducción

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, determina de forma taxativa la necesidad de que cada centro elabore un plan de supervisión de responsabilidad progresiva del residente, en el que se recoja de forma explícita la asunción progresiva de responsabilidades. Dicha normativa adjudica a las comisiones de docencia locales la elaboración de este plan de supervisión y por ello se propone el siguiente protocolo de supervisión de los residentes en el Servicio de Urgencias. Su elaboración se basa en el real decreto mencionado, en el plan de calidad del centro y en los protocolos vigentes que intervienen en el funcionamiento de Urgencias, y está a su vez reforzada por el Decreto 165/2015, de 21 de julio, de formación sanitaria especializada en Cataluña.

2. Aspectos previos a considerar

La definición legal de MIR incluye dos aspectos esenciales: la práctica profesional programada y supervisada y la adquisición progresiva de conocimientos y responsabilidad. Sobre la base de la legislación existente, los principios que deben guiar un plan de supervisión del residente son:

- La doble vertiente de su vinculación al hospital: la docente y la laboral
- La dedicación exclusiva de su actividad médica al centro
- El disfrute de los beneficios de la Seguridad Social
- El derecho y la obligación de desarrollar correctamente su plan de formación, ampliando de forma progresiva su nivel de responsabilidad, lo que desarrollará bajo la tutela, orientación y supervisión adecuada según cada situación y momento
- La posibilidad de acudir a actividades didácticas (congresos, cursos, etc.) que puedan contribuir a enriquecer su proceso formativo, siempre con el acuerdo de sus tutores
- El derecho a ser evaluado por la formación recibida de acuerdo con la normativa vigente que establece la Comisión Nacional de cada especialidad y ejecuta el Comité Docente
- La obligación de realizar las labores asistenciales y docentes que le encomienden los responsables de su servicio y el Comité Docente

El médico residente en ningún caso podrá considerarse un estudiante, ya que es médico. Tiene derecho a recibir docencia y supervisión, y el deber de prestar una labor asistencial.

Urgencias Médicas

Las Urgencias Médicas están divididas en tres áreas de asistencia separadas físicamente según el nivel de gravedad asignado por Triage a la entrada del paciente. Estas áreas son:

➤ Área 0

- **Triage.** El box de triaje está situado físicamente dentro del área 0, con entrada directa desde la sala de espera. Es un punto clave dentro del Servicio. Aquí es donde se realiza la primera valoración del paciente y se decide en qué área va a ser visitado, y se le asigna un nivel de gravedad, según el Sistema Andorrano de Triage (MAT), que es un programa informático diseñado para este fin. Asigna una gradación del 1 al 5, siendo el 1 el paciente más grave y 5 el más leve. En nuestro centro, esta valoración la realiza un DUE experto formado específicamente en este campo. El médico del área 0 da soporte en algunos casos.
- **Boxes de asistencia.** En ellos se visita a los pacientes con grado de complejidad 4 o 5, según el MAT. Es un nivel en que hay mucha presión asistencial y donde las visitas deberían ser ágiles y con necesidad de pocas pruebas complementarias.
- **Box de Psiquiatría.** Es el box n.º 4. A diferencia de los otros boxes, dispone de litera con posibilidad de hacer contención y no hay ningún ordenador ni ninguna estructura que el paciente pueda usar para autolesionarse o hacer daños a terceros.
- **Sala de tratamiento (sala 1).** Es una sala con butacas en la que se puede dejar a algún paciente en observación y donde se pueden administrar tratamientos simples (nebulizaciones, analgesia endovenosa...). De forma ideal, el paciente no debería estar en esta sala más de 4 o 5 h. Si necesitase más tiempo de observación, debería trasladarse a otra área para evitar colapsos.

➤ Área 1

En ella se visita a los pacientes con grado de complejidad 3, según el MAT. Se puede hacer cualquier prueba complementaria o procedimiento que se considere indicado. Si el paciente necesita ingreso, no es necesario trasladarlo a ningún área específica. Puede ingresar directamente desde esta área. Dispone de boxes de aislamiento, para los pacientes que lo necesiten.

Hay dos adjuntos por la mañana, dos por la tarde (uno de ellos también realiza actividad asistencial en planta) y uno por la noche (que realiza actividad en planta y que supervisa la actividad del área 0).

➤ Área 2

Tiene dos funciones: visita de los pacientes con grado de complejidad 2, según el MAT, y observación de cualquier paciente que necesite monitorización. Tiene un box específico de visita inmediata (box 23) que idealmente se considera inocupable por si es necesario usarlo urgentemente, y también dispone de un box de aislamiento aéreo con presión negativa.

Hay dos adjuntos por la mañana, uno por la tarde y uno por la noche.

Emergencias

Aquí se visita a los pacientes críticos (grado 1, según el MAT) y códigos. Consta de tres espacios: dos asistenciales y uno de trabajo. Cada espacio asistencial está equipado con una litera especial que permite hacer radiografías sin movilizar al paciente (y de forma que la estructura de la litera no interfiera en el resultado radiológico), un respirador y un monitor. Se dispone de ecógrafo y de carrito de parada con desfibrilador y marcapasos externo en el propio box de emergencias.

El adjunto destinado al área 2 es el que acude a prestar asistencia al box de emergencias, cuando se requiere.

3. Objetivo general

La actividad urgente realizada por los facultativos residentes representa uno de los pilares fundamentales durante la etapa formativa. La práctica asistencial de carácter urgente requiere la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarios para poder realizar diagnósticos rápidos, precisos y seguros, instaurando el tratamiento adecuado en cada situación, y, al mismo tiempo, identificar de manera precoz la patología grave, que requiere una respuesta inmediata.

Durante su formación, los residentes deberán, además, adquirir una serie de conocimientos y habilidades que les permitirán prestar correctamente asistencia a los pacientes, realizar funciones de prevención y promoción de la salud y asegurarse una autoformación continuada.

4. Objetivos docentes y niveles de responsabilidad

La responsabilidad del médico se encuentra directamente vinculada a la toma de decisiones. La actuación de los médicos residentes resulta una práctica tutelada y programada y, por tanto, la asunción de responsabilidad debe ir íntimamente unida a la progresiva adquisición de conocimientos y habilidades, de tal manera que el grado de supervisión puede y debe reducirse conforme avanza el proceso formativo, al adquirir progresivamente un mayor nivel de autonomía y responsabilidad.

Niveles de responsabilidad

Nivel 1 (nivel de mayor responsabilidad)	Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de tutorización directa. El residente las ejecuta y posteriormente informa.
Nivel 2 (nivel de responsabilidad intermedia)	Actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable.
Nivel 3 (nivel de menor responsabilidad)	Actividades realizadas por el facultativo especialista y observadas o asistidas en su ejecución por el residente, que carece de responsabilidad (actúa exclusivamente como observador o asistente).

4.1. Residentes de primer año

Durante el primer año de residencia, el principal objetivo es el de iniciarse en la práctica asistencial de carácter urgente. Especialmente deben adquirirse los conocimientos para poder identificar la patología grave, que requiere una respuesta inmediata.

La adquisición de responsabilidad es progresiva.

El residente debe estar siempre supervisado físicamente y no puede firmar él solo altas, bajas y otros documentos importantes, tal y como establece el Real Decreto 183/2008.

Habilidades	Nivel de responsabilidad
Realizar correctamente la anamnesis	1
Realizar correctamente la exploración física	1
Emitir un juicio clínico de presunción	2
Valorar la necesidad de pruebas complementarias y determinar cuáles	1-2
Solicitar pruebas complementarias	2
Interpretar las pruebas complementarias básicas en el contexto clínico (analítica, ECG, radiografía de tórax y abdomen)	1-2
Interpretar las exploraciones complementarias específicas	2-3
Aplicar correctamente los tratamientos según los protocolos del centro	1-2
Indicar el tratamiento médico en un paciente de baja complejidad	2
Indicar el tratamiento médico en un paciente de complejidad intermedia-alta	2
Elaborar un informe de alta	2
Decidir el destino del paciente	3
Realizar una reanimación cardiopulmonar básica	2-3
Presentarse e informar al paciente y a la familia	1-2
Detectar el nivel de gravedad de un paciente	1-2
Conocer y utilizar los sistemas de monitorización	2-3
Conocer e indicar las técnicas diagnósticas básicas (paracentesis,	1-2

Servicio de Urgencias

Plan de supervisión	Marzo 2016
---------------------	------------

toracocentesis, punción lumbar, gasometría...)	
Realizar las técnicas diagnósticas básicas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, gasometría...)	2-3
Ser capaz de explicar el estado de un paciente en la sesión clínica y priorizar su patología por problemas	1-2

4.2. Residentes de segundo año

El objetivo del segundo año es el de progresar en la práctica asistencial de carácter urgente. El residente debe seguir desarrollando las habilidades y competencias que se han expuesto en el apartado anterior de forma cada vez más autónoma. Puede ayudar en la supervisión de un residente menor en pacientes de baja complejidad.

Habilidades	Nivel de responsabilidad
Realizar correctamente la anamnesis	1
Realizar correctamente la exploración física	1
Emitir un juicio clínico de presunción	1-2
Valorar la necesidad de pruebas complementarias y determinar cuáles	1-2
Solicitar pruebas complementarias	1-2
Interpretar las pruebas complementarias básicas en el contexto clínico (analítica, ECG, radiografía de tórax y abdomen)	1-2
Interpretar las exploraciones complementarias específicas	1-2
Aplicar correctamente los tratamientos según los protocolos del centro	1-2
Indicar el tratamiento médico en un paciente de baja complejidad	1
Indicar el tratamiento médico en un paciente de complejidad intermedia-alta	2
Elaborar un informe de alta	1-2
Decidir el destino del paciente de baja complejidad	1
Decidir el destino del paciente de complejidad intermedia-alta	2-3
Realizar una reanimación cardiopulmonar básica	2-3
Presentarse e informar al paciente y a la familia	1-2
Detectar el nivel de gravedad de un paciente	1-2
Conocer y utilizar los sistemas de monitorización	1-2
Conocer e indicar las técnicas diagnósticas básicas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, gasometría...)	1-2
Realizar las técnicas diagnósticas básicas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, gasometría...)	1-2
Ser capaz de explicar el estado de un paciente en la sesión clínica y priorizar su patología por problemas	1-2
Ser capaz de continuar la práctica clínica en un paciente iniciado	1-2
Identificar posibles códigos (ictus, IAM, etc.)	1-2
Iniciar la asistencia de los códigos	2-3

4.3. Residentes de tercer año

El residente de tercer año puede supervisar la asistencia de los residentes menores, bajo la supervisión del adjunto.

Habilidades	Nivel de responsabilidad
Realizar correctamente la anamnesis	1
Realizar correctamente la exploración física	1
Emitir un juicio clínico de presunción	1
Valorar la necesidad de pruebas complementarias y determinar cuáles	1
Solicitar pruebas complementarias	1
Interpretar las pruebas complementarias básicas en el contexto clínico (analítica, ECG, radiografía de tórax y abdomen)	1
Interpretar las exploraciones complementarias específicas	1-2
Aplicar correctamente los tratamientos según los protocolos del centro	1
Indicar el tratamiento médico en un paciente de baja complejidad	1
Indicar el tratamiento médico en un paciente de complejidad intermedia	1
Indicar el tratamiento médico en un paciente de complejidad alta	2
Elaborar un informe de alta	1-2
Decidir el destino del paciente de baja complejidad	1
Decidir el destino del paciente de complejidad intermedia	1
Decidir el destino del paciente de complejidad alta	2
Realizar una reanimación cardiopulmonar básica	2-3
Presentarse e informar al paciente y a la familia	1-2
Detectar el nivel de gravedad de un paciente	1
Conocer y utilizar los sistemas de monitorización	1-2
Conocer e indicar las técnicas diagnósticas básicas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, gasometría...)	1
Realizar las técnicas diagnósticas básicas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, gasometría...)	1-2
Ser capaz de explicar el estado de un paciente en la sesión clínica y priorizar su patología por problemas	1-2
Realizar interconsultas de pacientes a otras áreas del Servicio de Urgencias	2
Identificar posibles códigos (ictus, IAM, etc.)	1
Iniciar la asistencia de los códigos	2
Identificar pacientes tributarios de priorización de síntomas respecto a tratamientos agresivos	1-2
Tomar decisiones de paliación	3

4.4. Residentes de cuarto y quinto año

Los residentes de último año (cuarto o quinto) supervisarán a los residentes de menor experiencia para la asistencia en niveles de gravedad baja o intermedia de forma prácticamente autónoma, con ayuda del adjunto, siempre que lo requieran (nivel 1-2). Los pacientes de mayor gravedad serán supervisados por el adjunto (nivel 2).

Habilidades	Nivel de responsabilidad
Realizar correctamente la anamnesis	1
Realizar correctamente la exploración física	1
Emitir un juicio clínico de presunción	1
Valorar la necesidad de pruebas complementarias y determinar cuáles	1
Solicitar pruebas complementarias	1
Interpretar las pruebas complementarias básicas en el contexto clínico (analítica, ECG, radiografía de tórax y abdomen)	1
Interpretar las exploraciones complementarias específicas	1
Aplicar correctamente los tratamientos según los protocolos del centro	1
Indicar el tratamiento médico en un paciente de baja complejidad	1
Indicar el tratamiento médico en un paciente de complejidad intermedia	1
Indicar el tratamiento médico en un paciente de complejidad alta	1-2
Elaborar un informe de alta	1
Decidir el destino del paciente de baja complejidad	1
Decidir el destino del paciente de complejidad intermedia	1
Decidir el destino del paciente de complejidad alta (no crítico)	1-2
Decidir el destino del paciente crítico	2-3
Realizar una reanimación cardiopulmonar básica	2-3
Presentarse e informar al paciente y a la familia	1
Detectar el nivel de gravedad de un paciente	1
Conocer y utilizar los sistemas de monitorización	1
Conocer e indicar las técnicas diagnósticas básicas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, gasometría...)	1
Realizar las técnicas diagnósticas básicas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, gasometría...)	1-2
Ser capaz de explicar el estado de un paciente en la sesión clínica y priorizar su patología por problemas	1-2
Realizar interconsultas de pacientes a otras áreas del Servicio de Urgencias	1-2
Identificar posibles códigos (ictus, IAM, etc.)	1
Iniciar la asistencia de los códigos	1-2
Identificar pacientes tributarios de priorización de síntomas respecto a tratamientos agresivos	1-2
Tomar decisiones de paliación o de limitación del esfuerzo terapéutico	3

5. Supervisión del residente

La supervisión del médico residente variará según vaya adquiriendo conocimientos, habilidades y responsabilidad, es decir, variará básicamente en función del año de residencia. Los responsables de esta supervisión serán los adjuntos colaboradores docentes del Servicio de Urgencias.

La supervisión de los residentes de primer año, según la normativa vigente, debe ser siempre de presencia física y hay que visar por escrito cualquier documento relativo a la actividad asistencial que desarrolle el residente (artículo 15 del RD 183/2008). A nuestro entender, en este punto, la normativa prescinde del concepto de responsabilidad progresiva del residente en función de la adquisición de conocimientos y habilidades, que debe otorgarle desde el primer momento un grado de autonomía progresiva para afrontar situaciones asistenciales de complejidad cada vez mayor.

6. Funciones del médico adjunto

El médico adjunto tiene un papel de consultor, formador, docente, asesor, evaluador, regulador de la atención a los enfermos que llegan a Urgencias. Establece la prioridad en los pacientes críticos. Atiende directamente las emergencias. Se encarga de supervisar a los médicos residentes al tiempo que realiza su práctica asistencial, debiendo estar al corriente de las decisiones de importancia que éstos tomen. Intenta solucionar los problemas médicos que se planteen, decide y autoriza el paso a observación de un paciente, decide si el paciente es candidato a ser comentado con el área de críticos o no, decide los ingresos, los traslados a otro hospital y las altas y toma las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico.

Los pacientes deben conocer en todo momento a los facultativos responsables de supervisión. En caso de quejas, éstas podrán ser canalizadas a través del tutor de residentes de Urgencias o directamente a la Comisión de Docencia del centro, al igual que en los demás servicios.

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

7. Plan de rotación

Las rotaciones de los residentes de Cirugía, Traumatología, Oftalmología, Anestesiología y Reanimación, Pediatría, Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia están especificadas en la guía de sus servicios respectivos.

En el presente documento se presenta el plan de rotación por Urgencias Médicas.

La rotación por el Servicio de Urgencias puede ser, según el itinerario formativo de cada especialidad, en forma de rotación continua en horario de mañana (de 8 a 16.45 h, de lunes a viernes), en forma de guardias (de 15 a 8 h los días laborables y de 9 a 9 los festivos) o ambas.

Los objetivos finales del paso por Urgencias son adquirir las competencias, las habilidades y los conocimientos adecuados para el manejo del paciente con descompensación aguda, identificar y priorizar la atención por gravedad y aprender a trabajar en equipo, como un miembro más, y también como coordinador del equipo. Se entiende que estos objetivos deben adquirirse de forma progresiva, de acuerdo con el año de residencia. Por eso, el objetivo intermedio de cada año es diferente, tal y como se ha especificado con más detalle en el punto anterior. Este proceso vendrá guiado por los diferentes colaboradores docentes (adjuntos) del servicio.

Independientemente de la forma de rotación, el residente debe participar activamente en las sesiones formativas y en las diferentes actividades del servicio.

7.1. Rotación continua en horario de mañana

El residente debe participar activamente en las sesiones del servicio, tanto en las sesiones de los pases como en el resto.

Las sesiones del pase de guardia tienen los siguientes objetivos:

- Desarrollar la capacidad de síntesis: el residente debe aprender progresivamente a seleccionar la información clínica más relevante de los pacientes
- Aprender a identificar los problemas agudos del paciente
- Aprender a identificar y transmitir a otro profesional el plan previsto con el paciente
- Aprender a comunicar la gravedad y/o las prioridades terapéuticas a otro profesional

Las sesiones formativas tienen diferentes formatos. Algunas son impartidas por los propios colaboradores docentes del servicio o por ponentes externos al Servicio de Urgencias. Otras son impartidas por los propios residentes, bajo la tutorización directa de un adjunto. Tienen los siguientes objetivos:

- Aprender a desarrollar un tema en diferentes formatos
- Aprender a estructurar una presentación de forma sistemática
- Aprender a transmitir los conceptos clave a diferentes públicos

- Profundizar en un tema relacionado con la atención del paciente agudo
- Aprender a justificar las ponencias y a responder preguntas ante un público
- Desarrollar técnicas de comunicación

Después de la sesión del cambio de turno de las 8 h, el residente iniciará la actividad propiamente asistencial.

Mientras esté en rotación continua, su período de rotación se dividirá de manera que durante una mitad del período pueda desarrollar su actividad asistencial en el nivel 1 y la otra mitad en el nivel 2. En aquellos casos en que la rotación continua sea de un mes o superior, se le dará la opción de rotar en la unidad de hospitalización domiciliaria (como máximo, una semana) (para más información sobre la unidad de hospitalización domiciliaria, véase el documento específico).

El residente visitará pacientes bajo la supervisión directa del adjunto responsable del nivel en que preste asistencia y discutirá los casos con él.

El residente podrá asistir también a las consultas de la unidad de diagnóstico rápido de Urgencias y podrá participar del resto de las actividades que se desarrollen en el servicio.

Es muy conveniente que acompañe también a los diferentes médicos interconsultores del servicio cuando éstos vengan a valorar algún caso, para hacerlo conjuntamente.

El residente podrá hacer todas las técnicas diagnósticas (ECG, paracentesis, toracocentesis, punciones lumbares, etc.) e interpretarlas cuando estén indicadas y bajo la supervisión del adjunto.

7.2. Rotación en forma de guardias

La rotación en forma de guardias empieza a las 15 h los días laborables y a las 9 h los días festivos. Y se extiende hasta las 8 h del día siguiente (las 9 h, si es festivo).

El número de residentes es variable según la guardia, y depende del número de residentes globales y del número de guardias establecido por el itinerario formativo de cada especialidad. Independientemente del número de residentes, habitualmente se intenta que haya, al menos, un residente mayor (R3 o superior), un residente de primer año y un R2 (con algunas excepciones).

El total de guardias de cada residente viene determinado por su itinerario formativo.

Debe intentarse que la distribución de los residentes sea lo más equitativa posible entre niveles y cargas asistenciales a lo largo de la guardia, por lo que la distribución no es estática ni inamovible.

Han de tenerse en cuenta algunos aspectos:

- Se intentará que al menos haya un residente por cada área asistencial (0, 1 y 2).
- El adjunto de referencia será el adjunto (o adjuntos) que haya en el nivel correspondiente. A partir de las 22 h, los adjuntos del área 1 o área 2 pasarán a ser los adjuntos consultores de dicha área.
- Durante los primeros seis meses, el residente de primer año (R1) dará asistencia preferentemente en el área 1 o el área 2. La asistencia en este nivel la dará preferentemente el R2.
- A partir del sexto mes de residencia, el R1 podrá dar asistencia en el área 0 hasta las 22 h. A partir de esa hora se intercambiará con un R2 de otra área. El R2 tendrá como referencia para comentar los pacientes a uno de los dos adjuntos restantes, que tendrán asistencia compartida en otras áreas (1, 2, Emergencias y plantas) o con un residente mayor.
- Los R1 atenderán preferentemente pacientes nuevos.
- A partir del segundo año, los residentes podrán atender pacientes de un turno anterior y consultas de otros servicios (Cirugía, Traumatología, etc.), con supervisión, según el nivel establecido por su año.
- El residente mayor del área 2 deberá estar siempre presente en el cambio de turno con el adjunto responsable del nivel.
- Los días festivos, el residente mayor irá preferentemente al área donde esté el adjunto que tiene actividad compartida con la atención urgente a planta.
- Si la carga asistencial lo permite, se podrá dividir la noche en dos turnos, de forma equitativa. En ese caso, cada turno tendrá un adjunto consultor de referencia. En ningún caso el área de Urgencias se quedará sin ningún médico con presencia física.
- El hecho de empezar a trabajar en un área asistencial no significa que ésta sea el área exclusiva de trabajo. Tanto los residentes como los adjuntos pueden moverse entre áreas según las necesidades.
- Si se detecta un paciente inestable o grave o un código (paciente que requiera intervención inmediata), se avisará rápidamente al adjunto de referencia.
- El residente no puede solicitar una interconsulta a otro servicio (Cirugía, Medicina Intensiva, Traumatología...) o derivar a un paciente a otro centro sin haber comentado el caso previamente con su adjunto de referencia.
- Cada residente tendrá de referencia a un adjunto, independientemente del hecho de que pueda comentar inicialmente el paciente con un residente mayor.
- El adjunto siempre tendrá la última palabra en cuanto a la distribución de los residentes y a las decisiones médicas o de cualquier otro tipo sobre los pacientes.

7.3. Evaluación

La rotación de urgencias se evaluará como cualquier otra rotación, con el documento estándar destinado a ello (evaluación cuantitativa) y también de forma cualitativa en la evaluación final. En el caso de la rotación en forma de guardias, la evaluación cuantitativa se ponderará según la siguiente estimación:

Guardias anuales	Equivalencia
< 15	2 semanas
15-45	1 mes
> 45	2 meses

8. Leyes, decretos y normativas reguladoras

1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE núm. 280, 22-11-2003)
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE núm. 301, 17-12-2003)
3. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (BOE núm. 240, 7-10-2006)
4. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE núm. 71, 23-05-2007)
5. 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 (BOE núm. 45, 21-02-2008)
6. *Guía de formación de especialistas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996
7. Decreto 165/2015, de 21 de julio, de formación sanitaria especializada en Cataluña (DOGC núm. 6919, 23-7-2015)