



BASES PARA EL REGISTRO DE SERVICIOS PARA LA FORMACIÓN DE RESIDENTES Y CONCURRENTES EN ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS Y PÚBLICOS HABILITADOS POR EL COLEGIO DE MEDICOS

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Las Residencias y Concurrencias Médicas son un sistema educativo de formación de post-gradó en todas las ramas generales y especiales de la medicina.

Tiene por objeto permitir experiencias de aprendizaje de actos médicos, debidamente programados y de ejecución personal, con adecuada supervisión.

Dichas experiencias serán de progresiva complejidad y responsabilidad dentro de plazos pre-establecidos, con un plan prefijado y con un régimen de actividad de tiempo completo (Residencias), o parcial (concurrencias).

El Residente y el Concurrente participan necesariamente en la asistencia de los pacientes del Servicio. Las diferencias entre el régimen de Residencias y de Concurrencias se establecen en el cuadro del Anexo I.

Este régimen deberá incluir la adquisición de principios éticos fundamentales en lo que se refiere a las relaciones con el paciente y sus familiares y con los profesionales del Arte de Curar.

Este sistema debe posibilitar al médico el desarrollo de capacidad auto-educativa y promover su aptitud para impulsar el desarrollo sanitario de la comunidad donde actúe posteriormente.

El sistema de Residencias y concurrencias brinda implícitamente al Servicio de beneficio de una mejor calidad asistencial, ya que para su correcto funcionamiento se requiere un nivel de excelencia. Además, la presencia permanente del Residente y/o concurrente permite proporcionar a los pacientes cobertura inmediata ante las emergencias por parte de quien está permanentemente al tanto de su evolución. Esto da mayor continuidad y personaliza el manejo del enfermo.

CONTENIDO DEL PROGRAMA

Es condición fundamental para registrar un Servicio que el mismo cuente con un programa analítico en el que conste además, la metodología que se aplicará para su desarrollo. El programa debe definir objetivos generales (fines), y específicos.



Se requerirá un número apropiado de:

∅ -Seminarios, clínicos o quirúrgicos.

∅ -Ateneos bibliográficos.

Ateneos ético-legales

∅ -Reuniones anátomo-clínicas.

∅ -Reuniones de Auditoría Médica de procesos y/o morbi-mortalidad.

Cada programa debe tener distintos niveles de complejidad creciente. El médico deberá cumplir un mínimo de 75% de los objetivos fijados. El cumplimiento del programa será responsabilidad directa del Jefe de la unidad asistencial donde se desarrolle el mismo, y su supervisión y control serán competencia del Comité de Docencia e Investigación donde lo hubiere o, en su defecto, de la Dirección del Establecimiento.

CONDICIONES DE INGRESO A LA ESPECIALIDAD

El ingreso al sistema formativo de Residencias y o Concurrencias básicas se realizará a través del Concurso Unificado Nacional y para el ingreso a las Subespecialidades se hará a través del Concurso Unificado correspondiente dependiente del Colegio de Médicos.

OBLIGACIONES Y DERECHOS DE LOS RESIDENTES Y CONCURRENTES

a) Deberán:

∅ -Someterse a todas las reglamentaciones, disposiciones y normas de desempeño establecidas por el programa, en su Servicio y en la Institución donde se desempeñe.

∅ -Cumplir con el sistema de guardias activas y pasivas establecido. Durante la guardia, la responsabilidad de la decisión última corresponderá al médico de planta designado al efecto.

∅ -Desarrollar con eficiencia, capacidad, diligencia y espíritu de servicio las actividades que se le encomienden, en el lugar y condiciones de tiempo y forma que determinen las disposiciones reglamentarias de cada Servicio.



∅ -Observar las indicaciones emanadas de los profesionales instructores que tengan por objeto el cumplimiento del programa y el desarrollo de la Residencia o Concurrencia.

∅ -Asistir regularmente y con una frecuencia no inferior al 75% a las actividades formativas programadas.

Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destrezas adquiridas.

b) En el caso de cargos rentados, el médico percibirá de la Institución donde cumpla la Residencia una remuneración, la cual deberá ser adecuada a su carga horaria, con beneficios sociales correspondientes. La transitoriedad de la remuneración debe ser una característica del régimen de Residencias, no debiendo existir al finalizar el período establecido de formación, la obligación de mantenimiento definitivo del cargo por parte de la Institución. En caso de los cargos no rentados, el Médico Concurrente deberá tener un día libre semanal, lo cual le permitirá al profesional, lograr un ingreso económico.

-Deberán tener los profesionales en formación seguro de responsabilidad médica y la Institución donde realizan la especialidad, deberá contar con un seguro de accidentes de trabajo para sus formandos.

El Médico Residente gozará de licencia anual ordinaria con goce de haberes de 15 días hábiles y el Médico Concurrente tendrá iguales características su licencia pero sin remuneración.

El Jefe e Instructor de Residentes/Concurrentes será el encargado de confeccionar el cronograma de licencias.

El Médico Residente gozará de las siguientes licencias especiales con goce de haberes, en tanto el Concurrente gozará de las mismas sin percibir remuneración:

- a) Salidas Particulares: 1 día por mes y hasta 6 por año.
- b) Por enfermedad o accidente hasta 30 días continuos o alternos en el año.
- c) Por nacimiento de hijos: 2 días laborales.
- d) Por fallecimiento de cónyuge o pariente consanguíneo de primer grado: 5 días laborales.
- e) Parientes afines de 1er. Grado y consanguíneo y afines de 2do. grado: 1 día laboral.
- f) Fallecimiento de cónyuge con hijo menor de 7 años: 10 días corridos sin perjuicio de la que le corresponda por duelo.
- g) Por matrimonio: 10 días.
- h) Por maternidad será: 45 días corridos en períodos anteriores o posteriores al parto, a opción de la Médica Residente/Concurrente, la que estará eximida de cumplir con tareas asistenciales, docentes y guardias. Sumando a este período, la



Médica Residente/Concurrente podrá completar hasta 90 días corridos cumpliendo con sus tareas asistenciales y docentes, quedando solamente eximida de las guardias.

Los Residentes/Concurrentes podrán acumular hasta 60 días como máximo por ausencia justificada, incluida la licencia ordinaria. Toda acumulación de ausencias, superior a la indicada y hasta 75 días, deberá ser considerada por la Institución, a fin de establecer si el Médico en formación en cuestión podrá o no ser promovido al finalizar el curso.

La ausencia mayor a 75 días, determinará inmediatamente la interrupción de la formación. Si las condiciones del formando y/o su situación en años avanzados lo hacen aconsejable, la Institución formulará la solución que estime conveniente adoptar en cada caso.

∅ -Dispondrá de un plan semanal y anual de actividades programadas.

∅ -Recibirá un entrenamiento en Servicio que le permita adquirir habilidades y destrezas en forma progresiva.

∅ -Comunicará al coordinador docente en reuniones mensuales las dificultades que se opongan al correcto aprendizaje para que sean subsanadas lo más rápidamente posible.

∅ -Tendrá facilitada la asistencia a reuniones científicas, jornadas y congresos, con la aprobación del Jefe del Servicio y la Dirección del establecimiento, según lo permitan las necesidades del Servicio.

La carga horaria de la Residencia será de 2000 hs, con dedicación exclusiva y la misma durará 3 o 4 años según la especialidad. Mientras que la Concurrencia tendrá una carga horaria de 1200 hs, con dedicación semiexclusiva y la misma tendrá una duración de 4 o 5 años según la especialidad.

CONDICIONES DEL SERVICIO Y DEL ESTABLECIMIENTO

Las condiciones del Servicio donde se cumple la Residencia está íntimamente ligadas a las del establecimiento asistencial y su perfil de complejidad. La evaluación, en definitiva, se basa en la calidad y eficiencia de prestación en su conjunto.

Las condiciones y el equipamiento del establecimiento y del Servicio deberán responder a los requerimientos de la Ley Provincial Nº 9847 y su Decreto reglamentario Nº 1453, sus modificaciones y normas complementarias del Ministerio de Salud Provincial.

SERVICIO

El Servicio deberá tener a su cargo o asistir a un número no inferior a 10 internados/día. Deberá atender consultorio externo con una frecuencia no inferior a 3 veces por semana, con rotación por el consultorio de urgencias del establecimiento.



Deberá tener una patología ambulatoria y/o de internación que abarque afecciones de la especialidad y en las que requieran cuidados intensivos.

El Residente o Concurrente deberá tener la oportunidad de asistir tanto a los pacientes que requieran atención regular como los que requieran cuidados intensivos. El número de pacientes internados a su cargo deberá ser, en promedio, no menor a 6 y no superior a 10 por día.

El número de Residentes deberá estar en relación con el número de pacientes asistidos por el Servicio y la cantidad de internaciones y/o prácticas diagnósticas y/o terapéuticas, para evitar dimensiones negativas para la formación de dichos profesionales.

El número de Concurrentes no deberá exceder la relación de 2 por cada Residente.

Tendrá un número de médicos de planta encargados de la formación y supervisión de los Residentes y Concurrentes adecuado a la cantidad de los mismos. Su horario deberá cubrir 8 horas como mínimo para los Residentes y 4 horas como mínimo para los Concurrentes.

El Residente y/o Concurrente no se encuentra habilitado para otorgar el alta médica sin contar con el conocimiento del médico de planta responsable.

El Servicio, dependiendo de la especialidad de que se tratare, será responsable de que el equipamiento para sus prácticas (propio o de la institución), sea adecuado en utilidad, cantidad y disponibilidad, y que se mantenga en condiciones operativas. Dicho equipamiento deberá mantenerse actualizado de acuerdo con los avances técnicos de la especialidad.

En el caso de que por cualquier circunstancia el Servicio decidiera interrumpir el sistema de Residencias/Concurrencias deberá comunicarlo al Colegio y arbitrar los medios para que los Residentes y Concurrentes que hayan iniciado un ciclo puedan completarlo.

ESTABLECIMIENTO

Deberá disponer de:

∅ -Servicios adecuados en las disciplinas básicas que aseguren la eficaz y rápida interconsulta.



- ∅ -Consultorios externos, incluyendo el de urgencia.
- ∅ -Servicios de Laboratorio, Diagnóstico por Imagen y Anatomía Patológica, de preferencia, centrales.
- ∅ -Archivo general de historia clínica única para enfermos internados y ambulatorios. Deberá asegurarse que en el funcionamiento del establecimiento se cumplan los requisitos siguientes:
 - ∅ -Dar asistencia permanente durante las 24 horas teniendo el funcionamiento de los servicios ordinarios durante un mínimo de 8 horas y guardias pasivas durante el resto.
 - ∅ -Prestar particular atención a la confección de historias clínicas, ordenamiento de la documentación de los enfermos y control de los mismos después de su egreso, en cumplimiento de la ley sobre derechos del paciente n°26529 y sus modificaciones.
 - ∅ -Tener un sistema de reuniones periódicas para discutir el diagnóstico y tratamiento de determinados casos.
 - ∅ -Disponer de un servicio de Anatomía Patológica en el establecimiento, o contratado.
 - ∅ -Contar en el establecimiento con un Servicio de Radiodiagnóstico al cual se tenga acceso las 24 horas y la posibilidad de acceso a otras técnicas de diagnóstico por imágenes, fuera del establecimiento.
 - ∅ -Funcionamiento permanente de áreas de cuidados intensivos convenientemente equipadas.
 - ∅ -Contar con Laboratorio de análisis clínicos y posibilidad de determinaciones de urgencia las 24 horas del día.
 - ∅ -Contar con un servicio de Hemoterapia que cumpla con las necesidades del establecimiento y funcione las 24 horas del día.

Los Jefes del Servicio serán los directores del Programa y los responsables directos del cumplimiento de las obligaciones de los Residentes y Concurrentes y que los objetivos del sistema se ejecuten a través de un aprendizaje eficaz. Tienen la responsabilidad de mantener el nivel docente y la motivación adecuada de los médicos de su servicio.



Los médicos de planta son los instructores de los Residentes y Concurrentes. En aquellos establecimientos donde la asistencia de los médicos de planta no se extienda a horarios vespertinos, se preverá el funcionamiento de un sistema capaz de brindar al Residente o Concurrente el apoyo y supervisión desde el punto de vista técnico y/o asistencial cuando las circunstancias lo requieran.

Las situaciones no contempladas en el presente reglamento serán resueltas por la Mesa Directiva del Colegio de Médicos previa consulta a la Comisión de Especialidades.

REQUISITOS A CUMPLIMENTAR POR EL CUERPO DOCENTE ENCARGADO DE LOS SERVICIOS PRIVADOS DE RESIDENCIAS Y CONCURRENCIAS

∅ -Antecedentes docentes de los encargados de la formación del recurso humano del especialista.

∅ -Cursos formativos y de actualización en los últimos cinco años.

∅ -Trabajos presentados y/o publicados en los últimos cinco años.

INGRESO AL SISTEMA

Los cargos serán provistos por concurso abierto. El mismo será convenientemente publicitado en lo posible a través de la prensa oral o escrita y con la suficiente antelación (mínimo un mes).

El concurso deberá incluir antecedentes de títulos y trabajos, entrevista personal y examen oral y/o escrito.

En las instituciones que cuenten con un Comité de Docencia e Investigación, éste será el encargado de evaluar, con los jefes de servicio, los antecedentes personales y el examen.

Finalizado el concurso, las designaciones se efectuarán de acuerdo con las disposiciones vigentes de cada institución, estableciendo el orden de méritos.

En caso de no existir Comité de Docencia e Investigación, la responsabilidad del concurso será de la Dirección Médica y la Jefatura del correspondiente servicio.

EVALUACIÓN

La evaluación del aprovechamiento o grado de rendimiento en el aprendizaje deberá ser continua, a través del contacto diario con el Residente o Concurrente y de informes de los médicos de planta.



Los médicos Residentes y Concurrentes serán evaluados semestralmente, como mínimo, en lo que respecta a actitudes, conocimiento y habilidades técnicas, por los jefes de servicio.

Al finalizar cada año y para ser promovidos deberán aprobar una prueba escrita, a lo que se deberá adjuntar el concepto vertido por los instructores. Las pruebas y las planillas de concepto, debidamente firmadas por los docentes evaluadores y el jefe del servicio, deberán ser elevadas al Tribunal de la Especialidad respectiva, en el Colegio de Médicos. A tales fines se sugiere la guía (anexo 11) usada en la evaluación de Residentes del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Bs.As. En las residencias quirúrgicas deberá constar el tipo y el N° de intervenciones quirúrgicas realizadas por el examinado, y una apreciación de su grado de habilidad técnica.

En caso de evaluación deficiente de conocimientos teóricos se deberá brindar la oportunidad de recuperatorio.

En caso de notorias faltas de aptitudes, se podrá interrumpir el ciclo con el otorgamiento de certificación por el tiempo cumplido.

Si se produjera el retiro voluntario del Residente o Concurrente, también se le otorgará certificación del tiempo cumplido.

Para el cálculo final del tiempo cumplido en las Residencias o Concurrencias, dichos certificados tendrán una vigencia no superior a 2 años.

Será motivo de exclusión de la Residencia o Concurrencia:

- a) Incumplimiento del programa de capacitación.
- b) Razones debidamente fundamentadas de indisciplina.
- c) Otras razones que afecten el prestigio, la seguridad o el normal desenvolvimiento del establecimiento.

CONSIDERACIONES FINALES

Todos los sistemas de formación serán evaluados en forma periódica por la Comisión de Especialidades perteneciente al Colegio de Médicos de la 1° Circunscripción.

Aquellos servicios que a juicio de este Colegio no reúnan el 100% de requisitos



para la formación de Residentes y Concurrentes, se deberá requerir la complementación del programa mediante rotaciones en otros

servicios o instituciones privadas o públicas, también avaladas por este Colegio. Y si así no lo cumpliera, el Colegio de Médicos tendrá la potestad de resolver la caducidad del Centro Formador.

ANEXO I

DIFERENCIAS ENTRE RESIDENCIAS Y CONCURRENCIAS

RESIDENCIA a) ingreso por concurso unificado con o sin entrevista personal

CONCURRENCIA a) ingreso por concurso unificado con o sin entrevista personal

RESIDENCIA b) con remuneración

CONCURRENCIA b) sin remuneración

RESIDENCIA c) actividad exclusiva, horario completo

CONCURRENCIA c) actividad semiexclusiva, horario discontinuo 1 día libre por semana

RESIDENCIA d) guardias obligatorias entre 8 y 10 por mes

CONCURRENCIA d) guardias obligatorias 4 por mes

RESIDENCIA e) duración 3 o 4 años s/especialidad

CONCURRENCIA e) duración 4 o 5 años s/especialidad

RESIDENTE f) carga horaria de 2000 hs anuales

CONCURRENTE f) carga horaria de 1200 hs anuales

ANEXO I (CONTINUACIÓN)

Residentes y concurrentes, responsabilidad civil medica

Como introducción, conviene recordar algunos principios generales referentes a la responsabilidad civil del médico y de los establecimientos médicos.

Para que exista responsabilidad de los médicos por los hechos cometidos en el ejercicio de su profesión deben cumplirse los siguientes requisitos: la falta médica; el perjuicio ocasionado; y la relación de causalidad entre la falta del acto profesional incriminado y los daños y perjuicios acaecidos (C.N.Paz, Sala IV, abril 20-956, L.L. 83-434).

Por otra parte, para que pueda configurarse responsabilidad, es preciso acreditar en forma fehaciente, que en la actuación profesional hubo

negligencia, falta de idoneidad o imprudencia (C.N. Civ. , Sala D, agosto 22-1979, E.D.



, 86-509); el médico asume una obligación de medio ya "que su responsabilidad se limita a atender al paciente con prudencia y vigencia" (Andorno Lui O. -La responsabilidad médica -Revista Zeus N° 2080 -TQ 29-11/82).

Este mismo autor expresa: "Por aplicación de los principios generales que gobiernan la responsabilidad civil será menester que el damnificado acredite la relación de causalidad entre el acto culposo del profesional actuante y la producción del daño" (Andorno, Luis O. Obra citada)

La responsabilidad civil de las clínicas y establecimientos médicos surge del deber de garantía por el actuar de sus dependientes o de quienes realizan la prestación (Confirma, Andorno Luis O. artículo citado). Además, Belluscio agrega como fundamento de la responsabilidad "la mediación de un deber de diligencia o vigilancia que las autoridades de la clínica tendrían que observar sobre la persona que concretara efectivamente los servicios" (C.N.Civil, Sala C, abril 6 -voto del Dr. A.C. Belluscio, L.L.1976, C. pág.63)

El enfermo puede estar ligado al sanatorio contractualmente para que este le suministre atención médica y, además de ella, el alojamiento. En este caso, el ente sanatorial responderá por el incumplimiento del deber de diligencia y prudencias debidas. Dice Bueres: "es lo que la doctrina española denomina -contrato de hospital-. Esta responsabilidad es independiente de la que pueda caber al médico interviniente, aunque éste, lógicamente, no responderá por los perjuicios paramédicos y aún por aquellos perjuicios médicos en la medida que para él sean incontrolables" (Bueres,Alberto Responsabilidad Civil de las Clínicas y Establecimientos Médicos, pág. 254)

Por el contrario, puede suceder que el enfermo contrate, por un lado, el servicio de "hospital" (hotelería, cuidados especiales, medicamentos) y, por otro, el de prestación específicamente médica, es decir entre el enfermo y un médico. Con referencia a esta doble relación contractual, Bueres dice: "si se infringe la obligación asistencial, solo será responsable el facultativo pues el contrato pasado entre el mismo y el paciente es "res Ínter alios acta" respecto del ente asistencial. En cambio, si el daño atañe a aspectos paramédicos, la responsabilidad pesará sobre el sanatorio" Bueres, Alberto J. -obra citada).

Habiendo recordado algunos principio generales relativos a la responsabilidad civil del médico y de las clínicas y establecimientos médicos, con respecto al tema de la actuación de los "Residentes" o "Concurrentes", no hay jurisprudencia.

En la doctrina existe la referencia de Mosset Iturraspe al mencionar la figura del



"ayudante" o médico del equipo o staff del titular o de cabecera. Este autor manifiesta: "No es posible fijar su naturaleza jurídica -la de la ayuda pedida o aceptada-sin conocer las modalidades que ella asume. Una es la situación si el ayudante tiene a su cargo determinadas tareas en el tratamiento o en la operación quirúrgica -cerrar la herida con todo lo que ello significa -y otra, si su intervención se reduce a la de un mero asistente, ejecutor de ordenes del Jefe del equipo. En el primer caso, podrá incurrir en responsabilidad por el mal cumplimiento de los hechos médicos a su cargo; en el segundo, dependerá de si actuó como "nuncio" o mensajero, sin poder de deliberación y decisión, o si lo hizo facultado para juzgar sobre la conveniencia o inconveniencia de los hechos encomendados" (Mosset Iturraspe, Jorge -Responsabilidad civil del Médico pág. 120/121).

Bustamante Alsina, por su parte, expresa "que se encuentran fuera del grupo los médicos asistentes, pues su intervención es diferente a la que corresponde al cirujano jefe y demás integrantes del equipo. En efecto, los asistentes están sujetos al poder de control y de mando del cirujano, de donde revisten la calidad de dependientes (vale decir que no tienen autonomía). Esto no significa que en general, y fuera del marco de la responsabilidad colectiva, el médico asistente no puede ser responsable. Si el asistente actuó correctamente cumpliendo instrucciones equivocadas del médico-deudor o principal carecerá de responsabilidad en razón de la obediencia debida, sin perjuicio de las prerrogativas del subordinado de resistir la orden injusta -derecho de desobediencia(Alterini, A.A; Amelal, O.J. y López Cabana, R. -Curso de Obligaciones). Pero si no cumplió las órdenes será responsable por el hecho propio, sin perjuicio del deber de garantía que por el actuar ajeno pueda pesar sobre el facultativo deudor o principal" (Bustamante Alsina, J. -Responsabilidad Médica. Pluriparticipación por equipo y asistencia múltiple de pacientes. Bueres, A.J. -Responsabilidad civil de los médicos).

A similares conclusiones se llega en el Simposio de Mala Praxis que se realizó el 27 y 28 de octubre de 1979 en la ciudad de Bs. As., organizado por el CONFEMECO Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas-cuando se trata el tema de practica natos y concurrentes a los hospitales para obtener una especialidad.

En el tema de Residencias y Concurrencias se aplican los principios generales acerca de la responsabilidad de las clínicas y establecimientos médicos.

ANEXO II

EVALUACIÓN DE RESIDENTES.Fecha:.....

Servicio:.....

APELLIDO Y NOMBRES:.....



1) INFORMACIÓN

A-Mala

B-Regular

C-Buena

D-Muy Buena

2) CRITERIO CLÍNICO

A-Dificultad para elaborar planteos diagnósticos pero buena disponibilidad para aceptar asesoramiento.

B-Elabora planteos diagnósticos imprecisos, la realización de consulta es poco provechosa y poco criterio para pedir ayuda.

C-Buena elaboración de planteos diagnósticos, requiriendo excesivos exámenes complementarios e interconsultas.

D-Buena elaboración de planteos diagnósticos con correcta utilización de exámenes complementarios y de interconsultas.

E-Buena elaboración de planteos diagnósticos, realizando pocas consultas mostrándose excesivamente seguro.

3) TRABAJO DE EQUIPO

A-No participa o perturba.

B-Participa pasivamente.

C-Participa activamente.

D-Participa y motiva.

4) ACTIVIDADES DOCENTES (contestar A-B o C y D-E o F)

A-No concurre

B-Concurre siempre

C-Concurre a veces

D-No participa



E-Participa siempre

F-Participa a veces

5) HISTORIA CLÍNICA

A-Realiza una historia clínica que refleja la evolución del paciente, pero desordenada en su elaboración.

B-Realiza una historia clínica poco clara, desordenada, sin capacidad de síntesis, sus actualizaciones no permiten extraer datos concluyentes sobre la evolución del paciente.

C-Realiza una historia clínica clara concreta, ordenada y objetiva, y que refleja correctamente la evolución del paciente y demuestra capacidad de síntesis.

D-Realiza una historia clínica con buen registro de datos pero sus actuaciones no permiten sacar datos concluyentes sobre el estado del paciente.

E-Realiza una historia clínica clara, concreta, ordenada y objetiva que refleja correctamente la evolución del paciente sin capacidad de síntesis.

F-Realizar una historia clínica con los requisitos de la ley 26529.

6) RELACION MEDICO-PACIENTE

A-Es cordial e inspira confianza a los pacientes, utiliza un lenguaje comprensible, se interesa poco por los aspectos no médicos de la familia.

B-Manifiesta interés por la enfermedad, es correcto pero jerarquiza poco la información a sus pacientes y a la familia y la repercusión emocional de la misma.

C-Relación distante, rutinaria, poca dedicación para aportar información a los pacientes.

D-Manifiesta interés humano, es cordial e inspira confianza, utiliza términos adecuados en la comunicación con el paciente, conoce la situación de la familia en todos sus aspectos y es capaz de tenerlo en consideración en la atención y tratamiento del paciente.

7) DESEMPEÑO EN EL TRABAJO DE GUARDIA

A-Tiene medidos conocimientos, es criterioso y consulta adecuadamente.

B-Poco conocimiento de la patología de urgencia, poco criterioso, desordenado,



desorganizado e inseguro.

C-Tiene buenos conocimientos, es criterioso, seguro, organizado y consulta adecuadamente.

D-Conoce la patología de urgencia, es algo desorganizado, con poco criterio, por lo que es inseguro y consulta en exceso.

E-Es criterioso, informado, pero consulta poco por excesiva seguridad.

8) ACTITUD HACIA EL APRENDIZAJE

A-Actitud negativa frente al aprendizaje. Subestima lo que se le enseña.

B-Motivado, inquieto, utiliza adecuadamente todos los medios a su alcance para aprender.

C-Recibe lo que se le brinda, lo aprovecha adecuadamente, demuestra interés por buscar nuevos conocimientos siempre que no se le exija esfuerzo personal.

D-Actitud pasiva, poco motivado, no demuestra buen aprovechamiento de lo que se le brinda.

9) COMPROMISO CON EL PACIENTE

A-Tiene un gran compromiso con todos los pacientes, motivado por un interés real sin involucrarse excesivamente.

B-Muestra compromiso variable de acuerdo a los distintos pacientes, en el que influye más los intereses personales y menos el interés por los mismos.

C-Muestra gran interés con el paciente pero involucrándose excesivamente en la relación con el mismo.

D-No se compromete con el paciente.

E-Delega la responsabilidad del paciente en el grupo asistencial sin asumir plenamente

el compromiso.

10) CAPACIDAD PARA EFECTUAR PROCEDIMIENTOS



- A-Muy buena
- B-Buena
- C-Regular
- D-Mala

11) EXAMEN SEMIOLÓGICO

- A-Muy bueno
- B-Bueno
- C-Regular
- D-Malo

12) ASISTENCIA

- A-Muy buena
- B-Buena
- C-Regular
- D-Mala

13) EVALUACIÓN DE ACTITUDES EN PRACTICAS DIAGNOSTICAS Y/O

TERAPÉUTICAS Y EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

1-Capacidad de razonamiento en el planteo del estudio o intervención. Manejo de la indicación.

2-Capacidad para tomar decisiones y para resolver dificultades inherentes al procedimiento o intervención.

3-Utilización de la técnica.

4-Habilidad o destreza.

Para residentes de 3º año la pregunta N° 5 (no se evalúa) se reemplaza por lo siguiente:

13) CAPACIDAD DE COORDINACIÓN DEL GRUPO

- A-No coordina
- B-Coordina pasivamente
- C-Coordina activamente
- D-Líder del grupo



TOTAL

.....
.....

EVALUACIÓN DEL RESIDENTE O CONCURRENTE

Ø CONTINUA (durante todo el ciclo)

Ø PARCIAL (al finalizar cada unidad temática o período)

Ø FINAL (al finalizar el ciclo anual)