

**RAP**

Residency

Assistance

Program

Programa  
de Asistencia  
a Residencias

**de Medicina Familiar**

---

Criterios de excelencia de un programa de residencia

**PROGRAMA DE ASISTENCIA A RESIDENCIAS  
CRITERIOS DE EXCELENCIA  
DE UN PROGRAMA DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

**Aprobado por la Junta Directiva del Proyecto PAR,  
con la representación de**

**Academia Estadounidense de Médicos Familiares  
Fundación de la Academia Estadounidense de Médicos Familiares  
Consejo Estadounidense de Medicina Familiar  
Asociación de Departamentos de Medicina Familiar  
Asociación de Directores de Residencias de Medicina Familiar  
Sociedad de Profesores de Medicina Familiar**

**Tercera edición**

**Versión en español de *Criteria for Excellence in a Family Practice  
Residency Program*, 3rd. ed., 1993. Traducción y revisión:  
Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.**

**Copyright 1979, 1982, 1993  
Programa de Asistencia a Residencias  
8880 Ward Parkway  
Kansas City, MO 64114**

Redactor en jefe

Dr. Norman B. Kahn, Jr.

Redactores asociados

Dr. Russell L. Anderson  
Dr. Donald S. Asp  
Dr. David C. Campbell

Redactora adjunta

Dra. Suzanne K. Browning

Autores que colaboran en la edición de 1993:

Dr. Merrill A. Anderson  
Dr. Russell L. Anderson  
Dr. Donald S. Asp  
Dr. Dewees H. Brown  
Dr. David C. Campbell  
Dr. James E. Crutcher  
Dr. Reynold S. Golden  
Dr. Warren A. Heffron  
Dr. David L. Hoff  
Dr. Norman B. Kahn, Jr.  
Dr. Harry E. Mayhew  
Dr. James J. McCoy

Dr. David J. Mersy  
Dra. Jane L. Murray  
Dr. Charles E. Payton  
Dr. Ronald Schneeweiss  
Dr. Thomas L. Schwenk  
Dr. George E. Shacklett  
Dr. J. Lewis Sigmon, Jr.  
Dr. Leighton B. Smith  
Dr. Jerome G. Streit  
Dr. Michael S. Vernon  
Dr. L. Thomas Wolff  
Dr. Nikitas J. Zervanos

Junta Directiva del Proyecto PAR, 1993:

Dr. Edward T. Bope, presidente (CEMF)	Dr. Christian Ramsey (ADMF)
Dr. Larry R. Anderson (AEMF)	Dr. John W. Saultz (ADRMF)
Dr. Robert C. Davidson (SPMF)	Dr. Joseph Tollison (ADMF)
Dr. Richard L. Holloway (SPMF)	Dr. John M. Tudor (AEMF)
Dr. James G. Jones (F/AEMF)	Dra. Mary Willard (ADRMF)
Dr. Harry L. Metcalf (F/AEMF)	Dr. Paul R. Young (CEMF)

Director del PAR  
Dr. Norman B. Kahn, Jr.

Subdirector del PAR  
Dr. Gerald R. Hejduk

Coordinadora del PAR  
Dra. Patricia A. Goranflo

Directores eméritos del PAR

Dr. Thomas L. Stern  
Dr. Daniel J. Ostergaard  
Dra. Jane L. Murray

El Programa de Asistencia a Residencias agradece las valiosas contribuciones de los consultores que participaron en las ediciones anteriores (1979 y 1982) de los criterios del PAR.

CRITERIOS DE EXCELENCIA  
DE UN PROGRAMA DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

Indice

	<u>Página</u>
PREFACIO . . . . .	vii
I. INTRODUCCION . . . . .	1
A. Duración del adiestramiento . . . . .	1
B. Tamaño del programa . . . . .	1
C. Alcance del adiestramiento . . . . .	2
D. Apoyo administrativo al programa . . . . .	5
II. PLAN DE ESTUDIOS . . . . .	5
A. Introducción . . . . .	5
B. Los principios de la medicina familiar . . . . .	6
1. Continuidad de la atención . . . . .	6
2. Atención integral orientada hacia la familia . . . . .	7
3. El entorno primario para la medicina familiar . . . . .	7
C. Experiencia con especialidades . . . . .	8
1. Comportamiento humano y salud mental . . . . .	8
2. Medicina comunitaria . . . . .	9
a. Medicina ocupacional . . . . .	9
b. Recursos sanitarios de la comunidad . . . . .	9
c. Epidemiología . . . . .	10
d. Higiene escolar . . . . .	10
e. Educación sanitaria de la comunidad . . . . .	10
f. Servicios de salud pública . . . . .	10
g. Salud ambiental . . . . .	10
h. Medicina transcultural . . . . .	11
3. Atención de los ancianos . . . . .	11
4. Prevención de enfermedades y promoción de la salud . . . . .	11
a. Prevención . . . . .	12
b. Nutrición . . . . .	12
c. Ejercicio . . . . .	12
d. Bienestar psicológico . . . . .	12
e. Consumo de tabaco, drogas y alcohol . . . . .	13
f. Enfermedad por el VIH . . . . .	13
g. Recopilación de información y documentación . . . . .	13
h. El ejemplo del médico . . . . .	14
5. Atención de adultos . . . . .	14
6. Atención de niños . . . . .	15
7. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos . . . . .	15

8.	Atención perinatal . . . . .	16
9.	Atención médica de urgencia . . . . .	17
10.	Medicina de los deportes . . . . .	17
11.	Enfermedades de la piel . . . . .	18
12.	Diagnóstico por imágenes . . . . .	18
13.	Aspectos administrativos del ejercicio profesional . . . . .	18
14.	Otros elementos del plan de estudios . . . . .	19
	a. Uso de los medicamentos y sus interacciones . . . . .	19
	b. Laboratorio clínico . . . . .	20
15.	Asignaturas optativas . . . . .	20
16.	Investigación y actividades académicas . . . . .	21
17.	Conferencias . . . . .	21
III.	CUERPO DOCENTE . . . . .	21
	A. Director del programa . . . . .	21
	B. Profesores de medicina familiar . . . . .	22
	C. Profesores consultores . . . . .	23
	D. Profesores de otras especialidades . . . . .	23
	E. Calificaciones de los profesores . . . . .	23
	F. Supervisión . . . . .	24
	G. Personal de apoyo . . . . .	24
IV.	POBLACION DE PACIENTES . . . . .	25
	A. Pacientes hospitalizados . . . . .	25
	B. Pacientes ambulatorios . . . . .	25
V.	INSTALACIONES . . . . .	26
	A. Hospitales primarios y afiliados . . . . .	26
	1. Servicios hospitalarios . . . . .	26
	2. Personal médico . . . . .	26
	3. Uso de varios hospitales . . . . .	27
	B. Centro de medicina familiar . . . . .	27
	1. Situación funcional . . . . .	27
	2. Diseño . . . . .	28
	3. Tamaño . . . . .	28
	4. Laboratorio clínico, formación de imágenes y servicios auxiliares de diagnóstico . . . . .	29
	5. Ubicación . . . . .	30
	6. Equipo . . . . .	30
	7. Sistema de registros . . . . .	30
	8. Programación de las citas médicas . . . . .	31
	9. Horas de funcionamiento . . . . .	31
	10. Procedencia de los ingresos . . . . .	32
	11. Representantes farmacéuticos . . . . .	32
	C. Sitios de las prácticas de asistencia ambulatoria fuera de los centros de medicina familiar . . . . .	32

VI.	EVALUACION . . . . .	32
A.	Evaluación de los residentes . . . . .	32
B.	Evaluación de los profesores . . . . .	33
C.	Evaluación de la atención de pacientes . . . . .	34
D.	Evaluación del programa . . . . .	34
E.	Evaluación de los egresados . . . . .	35

VII. APENDICES

- A. Requisitos Especiales para el Adiestramiento de Residencia en Medicina Familiar
- B. Directrices sobre la residencia emitidas por el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar
- C. Normas éticas para la selección de aspirantes a los programas de residencia en medicina familiar emitidas por la Asociación de Directores de Residencias en Medicina Familiar

## PREFACIO

El adiestramiento de residentes en medicina familiar tiene que reflejar los conceptos y la filosofía de la disciplina. Los médicos de familia expresan esta filosofía al asumir la responsabilidad de la atención integral y permanente de los individuos y las familias, sin perder de vista las dimensiones sociales, psicológicas, biológicas, económicas y culturales de la salud. El principio básico de la filosofía de la medicina familiar es una actitud considerada que facilita la coordinación total de las necesidades de atención sanitaria del paciente y de la familia.

Un programa de residencia excelente es aquel que prepara a los médicos familiares para que, al prestar sus servicios, satisfagan las necesidades de atención primaria de salud de la comunidad, traten a la persona en forma integral en el contexto de la familia y la comunidad, y proporcionen atención continua de la mejor calidad. Es bien sabido que los programas de adiestramiento de residentes pueden variar en su estructura y en la importancia que asignan a aspectos específicos. Este documento no se propone describir una residencia ideal. Antes bien, para alcanzar un nivel de excelencia, cada programa debe esforzarse por cumplir con muchos de los criterios descritos.

La meta del Programa de Asistencia a Residencias (PAR) es ayudar a lograr la excelencia en el adiestramiento de residentes en medicina familiar. El PAR funciona bajo la supervisión de una Junta Directiva del Proyecto, la cual está integrada por representantes de la Academia Estadounidense de Médicos Familiares (AEMF), de la Fundación de la Academia Estadounidense de Médicos Familiares (F/AEMF), del Consejo Estadounidense de Medicina Familiar (CEMF), de la Asociación de Departamentos de Medicina Familiar (ADMF), de la Asociación de Directores de Residencias de Medicina Familiar (ADRMF) y de la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar (SPMF). En sus orígenes y primeras etapas de desarrollo el Proyecto PAR recibió considerable apoyo financiero de la AEMF, de la Fundación Estadounidense de Salud Familiar (FESF, predecesora de la F/AEMF), de la SPMF y de una subvención de la Fundación W. K. Kellogg. El perfeccionamiento posterior del proceso de consulta del Programa en Desarrollo recibió considerable ayuda gracias a una subvención de la empresa Upjohn.

Un panel de consultores en medicina familiar con amplia experiencia en la realización de programas de residencia en esta especialidad pone en práctica el Programa de Asistencia a Residencias. Los consultores son directores de programa, jefes de departamento y otros educadores en medicina familiar que

tienen experiencia específica en educación de posgrado en medicina. Todo programa de residencia en medicina familiar puede solicitar evaluaciones y consultas a los miembros del panel, por conducto del director del programa, el jefe del departamento de medicina familiar, el director general o el director administrativo del hospital. Las solicitudes de consulta deben dirigirse a la oficina del PAR (1-800-274-2237 en los Estados Unidos). Las consultas guardan relación con el conjunto de criterios que figuran en este documento.

Los criterios incluidos en este documento fueron elaborados por el Panel de Consultores, y se fundamentan en su experiencia y acumulación de conocimientos. El PAR ha realizado más de 700 visitas consultivas a residencias en todo Estados Unidos. Este documento es un compendio de los criterios que los consultores del PAR aplican en la actualidad, y como tal representa una revisión completa y minuciosa de los Criterios del PAR, publicados por primera vez en 1979 y enmendados en 1982.

En su acreditación de los programas de residencia de medicina familiar, el Comité de Supervisión de Residencias en Medicina Familiar (CSR-MF), del Consejo de Acreditación de la Educación Médica de Posgrado (CAEMP), emplea las normas incluidas en los "Requisitos especiales para el adiestramiento impartido en las residencias de medicina familiar". Su documento, titulado "Requisitos Especiales", es elaborado por los miembros del CSR-MF y se propone abarcar tanto elementos "centrales" como "requisitos básicos" de todos los programas. Por el contrario, los criterios del PAR se presentan como normas para la excelencia, según se establece en la meta principal. Debe comprenderse que la sola observancia de los Criterios del PAR quizás no asegure la acreditación por el CSR-MF. Por otra parte, el solo cumplimiento de los "Requisitos Especiales" puede permitir lograr la acreditación, pero quizás no asegure la excelencia.

Estos "Criterios de Excelencia" establecidos por el PAR se organizan bajo encabezamientos congruentes con los "Requisitos Especiales" del CSR-MF, para permitir a los directores o consultores identificar aquellos elementos de un programa excelente que superan los requisitos básicos. Sin embargo, los encabezamientos de varias secciones difieren de los que figuran en los "Requisitos Especiales" del CSR-MF, con el fin de comenzar a modificar la idea que se ha tenido hasta ahora de la medicina familiar --es decir, que es una mezcla de porciones de otras especialidades-- y empezar a reflejar el concepto de "especialidad amplia" unificada, que define inconfundiblemente a la medicina familiar. De esta forma, el subtítulo "Medicina interna" se convierte en "Atención de adultos", y así con otros.

Ocasionalmente, en los "Criterios de Excelencia" del PAR figura un encabezamiento o subtítulo adicional que no aparece en los "Requisitos Especiales" del CSR-MF. Un ejemplo es V.B.11, "Representantes farmacéuticos".

Finalmente, en la redacción de estos criterios hemos utilizado la expresión "deber" para reflejar la necesidad de esforzarse por alcanzar la excelencia. La expresión más categórica "tener que" se emplea para reflejar algo que, en opinión de los redactores, pertenece más bien a los "requisitos especiales" del CSR-MF.

Los redactores desean aprovechar esta oportunidad para agradecer a los que han colaborado en este documento, así como a los que participaron en la edición original de 1979 y en la revisión de 1982, a la Junta Directiva del Proyecto PAR, a los funcionarios del PAR y a los directores de programa que nos han puesto a prueba infinidad de veces con sus consultas en relación con la excelencia.

N.B.K.  
R.L.A.  
D.S.A.  
D.C.C.  
S.K.B.  
Enero de 1993

CRITERIOS DE EXCELENCIA  
DE UN PROGRAMA DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

I. INTRODUCCION

A. Duración del adiestramiento

1. En algunos programas se han agregado oportunidades especiales de formación, con lo cual se prolongan por más de tres años; pero, gracias a ello, ciertos residentes se benefician de experiencias a fondo. Tales experiencias deben complementar y no menoscabar el programa básico. Específicamente, el programa debe demostrar que las experiencias educativas agregadas fortalecen la residencia con profesores, investigación o enseñanza adicionales. He aquí algunos ejemplos:
  - a. Experiencias más amplias que preparan a los residentes para actuar con mayor independencia en atención prenatal, en la sala de partos y en el quirófano.
  - b. Programas de becas en áreas aprobadas para obtener certificados de calificación agregada (CCA), títulos de maestría en salud pública (MSP) o títulos afines, o que preparan a los becarios para desempeñar funciones académicas.
2. Los programas experimentales que ofrecen adiestramiento para el primer año de residencia combinado con el cuarto año de la facultad de medicina deben verificar que, antes de ser promovido al segundo año, el residente demuestra el grado de adiestramiento, responsabilidad y competencia exigido a los residentes de posgrado al finalizar su primer año.

B. Tamaño del programa

1. En una era en la cual existe gran demanda de médicos familiares, se insta a los programas a que adiestren a tantos residentes como sus recursos les permitan, sin menoscabo de la experiencia educativa.
2. El tamaño total del programa, incluido el plantel de profesores médicos, debe ser suficiente para permitir la ausencia temporal de un médico

residente por enfermedad o emergencia personal, sin que ello implique inconvenientes para los demás residentes o profesores.

C. Alcance del adiestramiento

1. Se debe demostrar que la educación de los residentes es una prioridad en todos los aspectos de la atención de los pacientes.
2. La experiencia de todos los residentes en el centro de medicina familiar debe incluir el manejo de una variedad completa de problemas, bajo la supervisión de un profesor.
3. El adiestramiento de los residentes fuera del centro de medicina familiar en subespecialidades de la medicina y la cirugía debe asignar importancia a la asistencia ambulatoria. El adiestramiento electivo, que va más allá de los conocimientos requeridos en estas áreas, puede incluir más experiencia en el hospital o en la sala de operaciones, según corresponda.
4. El programa debe evaluar y documentar con claridad los procedimientos y las aptitudes para tratar pacientes que sus residentes deben dominar, y contar con un proceso formal de otorgamiento de credenciales para la promoción de los residentes.
5. El adiestramiento en los procedimientos apropiados para la medicina familiar debe impartirse tanto en el centro de medicina familiar como en las rotaciones por especialidad. Cuando se trata de rotaciones que incluyen a residentes que no se especializan en medicina familiar, a los residentes de medicina familiar se les debe brindar oportunidad suficiente de realizar procedimientos que cumplan con los requisitos para su certificación y con las necesidades particulares de adiestramiento de cada residente.
6. El tiempo que los residentes dediquen a prestar atención médica en horas extras para obtener remuneración adicional debe tener en cuenta los límites en el total de horas libres y de trabajo estipulados por el Comité de Supervisión de Residencias en Medicina Familiar (CSR-MF) y otras entidades de control con jurisdicción sobre el programa.

7. Un programa de excelencia debe esforzarse por crear un ambiente de adiestramiento agradable y armonioso.

a. Espíritu de grupo

- 1) El programa debe impartirse de manera tal que fomente el espíritu de grupo entre el cuerpo de profesores, el personal y los residentes.
- 2) Los profesores, los empleados y los residentes deben aprovechar las oportunidades que se les presentan para analizar y hacer hincapié en la atención singular que presta la medicina familiar y comentar casos de buena atención prestada.

b. Ambiente académico

- 1) El ambiente académico debe caracterizarse por un cuestionamiento sin agresividad, el apoyo genuino y la crítica constructiva, antes que por la demostración de la propia superioridad y otros comportamientos despectivos similares.
- 2) La excelencia y los logros en medicina familiar alcanzados por los profesores, el personal y los residentes deben ser reconocidos.

c. Estrés

- 1) El programa de residencia en medicina familiar debe instar a los residentes a que controlen el estrés y equilibren su vida profesional con sus intereses personales.
- 2) La promoción del bienestar y la prevención del deterioro de la salud de los médicos es parte importante de la educación que se imparte durante la residencia. Un programa de excelencia debe tener un grupo estructurado de apoyo a los residentes que se reúna con regularidad. Además de los grupos de apoyo, el programa debe contar con otros servicios para los residentes como:

residencias a tiempo parcial, guardería infantil, licencia por maternidad, paternidad o adopción, días de "higiene mental", tiempo libre después de las guardias, participación de los residentes en la toma de decisiones relacionadas con el programa, etc.

- 3) Además de la orientación que dan los profesores, el programa debe ofrecer servicios confidenciales de orientación para los residentes.
- 4) Se debe contar con un mecanismo formal de identificación e intervención en caso de que se detecte algún deterioro de la salud entre los residentes o los profesores.

d. Horas de trabajo

- 1) No se deben asignar más de 30 horas consecutivas de trabajo a un residente, quien debe poder descansar un mínimo de 12 horas antes del próximo turno o tarea educativa.
- 2) No se deben asignar a los residentes más de 12 horas consecutivas de servicio de urgencias, a menos que sea posible esperar con fundamento que el residente podrá dormir 8 horas por cada turno de 24 horas.
- 3) Cuando se asigna un residente a un servicio en el cual se prevé mucha actividad con menos de 8 horas de sueño por turno de guardia, se insta al programa a reestructurar las rotaciones para que los residentes puedan cumplir en forma regular con las responsabilidades asistenciales nocturnas del servicio.

e. Camaradería

- 1) Se insta al programa a organizar actividades sociales fuera del trabajo para fomentar la camaradería entre los residentes, los profesores y el personal.

- 2) Es útil confeccionar perfiles e inventarios de tipos de personalidad para fomentar la comprensión de diversos estilos de trabajo y permitir una comunicación más fluida. Se insta a profesores y residentes a participar en un taller de inventarios de personalidad para mejorar la comunicación con los pacientes, los colegas y los supervisores.

#### D. Apoyo administrativo al programa

1. Debe demostrarse que existe apoyo financiero sólido y continuado del programa de residencia.
2. El presupuesto del programa de residencia en medicina familiar debe estar bajo la dirección y control del director del programa o de la persona que él designe.
3. La planificación del presupuesto corriente debe comprometer a la institución de tal forma que todo estudiante matriculado pueda culminar tres años de adiestramiento.
4. Los sueldos de los residentes, profesores y personal deben ser competitivos de acuerdo a los niveles de la comunidad o la región.
5. El programa de residencia debe contar con personal administrativo apropiado para su tamaño, a fin de asegurar que sus operaciones transcurran en forma eficaz y eficiente.
6. Durante todo el programa, los residentes y los profesores tienen que estar protegidos por un seguro de responsabilidad médica cuya cobertura se prolongue varios años después del vencimiento de la póliza.

### II. PLAN DE ESTUDIOS

#### A. Introducción

1. Para lograr un programa de excelencia, los elementos del plan de estudios deben adaptarse para complementar las necesidades de la comunidad y reflejar los modelos regionales de ejercicio de la medicina.

2. Deben identificarse las áreas del plan de estudios en las cuales sobresale el programa. El programa revisará continuamente dicho plan e instituirá mejoras donde sean necesarias.
3. Las metas y los objetivos deben analizarse y revisarse cada dos a tres años o cuando haya un cambio significativo en algún elemento particular del plan de estudios.
4. En la preparación y enseñanza de todas las porciones del plan de estudios deben participar médicos familiares calificados, en la medida en que convenga y según su disponibilidad. Se debe emplear apropiadamente un cuerpo de profesores integrado por médicos familiares con experiencia e intereses específicos, quienes deben servir como ejemplos de conducta.
5. Se debe promover la innovación. En efecto, los programas de excelencia deben ser líderes en este sentido. Las innovaciones tienen que ser aprobadas por el CSR-MF y el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar (CEMF) cuando sea necesario.

B. Los principios de la medicina familiar

1. Continuidad de la atención
  - a. La continuidad de la atención a las familias y los hogares por parte del médico primario debe ser demostrable mediante la revisión del expediente clínico y ser evidente en la mayoría de los encuentros entre el médico y el paciente. El nombre del médico primario debe aparecer en el expediente clínico de cada paciente.
  - b. Se deben establecer equipos u otros grupos funcionales de residentes, profesores y empleados para mejorar la continuidad de la atención y la educación.
  - c. Cuando un servicio de medicina familiar se utiliza para la atención de enfermos internados, el programa de residencia debe tener una política estructurada por la cual el residente primario del paciente pueda

participar en la atención que se le presta. El residente primario debe recibir un resumen de egreso cuando el paciente vuelve a estar bajo su atención.

- d. Se debe demostrar que el programa enseña y vela por la coordinación adecuada de la asistencia al enfermo cuando es necesario efectuar interconsultas o remitir al paciente a otro médico.
- e. Los residentes que estén cumpliendo obligaciones de adiestramiento a tiempo parcial o compartido deben mantener la continuidad de la atención de su grupo de pacientes en el centro de medicina familiar, aun en los meses en que no tengan otras obligaciones.

2. Atención integral orientada hacia la familia

- a. Los expedientes clínicos de los pacientes deben organizarse de tal manera que identifiquen y reflejen los grupos familiares.
- b. Las familias deben conocer los servicios disponibles en el consultorio de medicina familiar y la manera en que pueden utilizarlos. Esta información debe transmitirse verbalmente y por escrito y debe explicar de qué forma los servicios pueden incluir a la familia completa.
- c. Los profesores de medicina familiar deben dar ejemplos claros de cómo prestar atención integral a los pacientes y sus familias.
- d. Los residentes deben ayudar a organizar y presentar conferencias para las familias en una diversidad de entornos y situaciones clínicas. A los residentes se les debe enseñar a reconocer la necesidad de realizar conferencias oportunas, tanto formales como informales, para difundir conocimientos, prestar apoyo y permitir que el paciente y la familia tomen decisiones.

3. El entorno primario para la medicina familiar
  - a. Durante los tres años que dura su capacitación, los residentes deben pasar al menos 25 por ciento de su experiencia educativa, excluyendo las horas de guardia, en el centro de medicina familiar.
  - b. Además de los medios días requeridos, los residentes deben tener acceso a rotaciones en bloque en el centro de medicina familiar.
  - c. Los residentes deben participar en la administración del centro de medicina familiar y de sus programas.

C. Experiencia con especialidades

1. Comportamiento humano y salud mental
  - a. Deben emplearse conferencias sobre casos y presentaciones de pacientes para hacer hincapié en temas conductuales y psiquiátricos aplicables a individuos y a familias.
  - b. Debe impartirse adiestramiento formal en materia de principios de modificación del comportamiento, especialmente los relacionados con el fomento de la salud, como abandono del tabaquismo, control del peso y ejercicio.
  - c. Debe ofrecerse adiestramiento en sexualidad humana, disfuncionalidad sexual y orientación en materia sexual.
  - d. Debe ofrecerse adiestramiento en las aptitudes interpersonales y de orientación que faciliten el trato con el paciente y su familia en situaciones de agonía y muerte. Debe prestarse atención a la forma en que los residentes se enfrentan personalmente con la agonía y la muerte de los pacientes que atienden.
  - e. Se debe enseñar el uso apropiado de instrumentos de selección psicológica (por ejemplo, la escala de depresión de Zung, el examen selectivo de Michigan para la

detección del alcoholismo, el indicador de tipos de Myers-Briggs, etc.) como ayudas para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento en un entorno ambulatorio.

- f. Deben emplearse grabaciones en video y la supervisión de los encuentros entre el médico y el paciente para mejorar las aptitudes de comunicación y la interacción de los residentes con los pacientes.
- g. Psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental, diferentes de los médicos, deben tener cargos docentes en el programa.
- h. Los residentes deben tener una variedad de experiencias de trabajo con las entidades comunitarias de salud mental y servicio social, que incluirán visitas en el terreno y seguimiento de pacientes remitidos a otro médico.

## 2. Medicina comunitaria

Hay que formar a los residentes para desempeñar funciones de liderazgo en el diseño y la ejecución de actividades de salud pública. Los elementos de una orientación comunitaria deben ser evidentes en la función educativa y de servicio del programa, que incluirá la evaluación del estado de salud y las necesidades de la comunidad y las medidas necesarias para resolver los problemas detectados. Médicos de familia y otros educadores con experiencia en los componentes de medicina comunitaria deben tener cargos docentes en el programa.

### a. Medicina ocupacional

- 1) Los residentes deben tener oportunidades para aprender a evaluar y preparar protocolos de higiene y seguridad ocupacional en los centros de trabajo, así como programas de mantenimiento de la salud; también deben saber seleccionar y diseñar planes de seguro contra enfermedades y sistemas de prestación de asistencia sanitaria para trabajadores.

- 2) Los residentes deben tener experiencia en programas sanitarios organizados para el diagnóstico y control de las lesiones y las enfermedades ocupacionales que ocurren entre los empleados de una industria.
- b. Recursos sanitarios de la comunidad
- 1) Los residentes deben trabajar directamente con entidades de recursos sanitarios de la comunidad para satisfacer las necesidades de los pacientes y las familias, tanto internados como ambulatorios.
- c. Epidemiología
- 1) La enseñanza basada en el estudio de casos debe incluir un componente sobre evaluación epidemiológica de los problemas clínicos.
  - 2) A los residentes se les debe enseñar el uso de sistemas de información, incluso los computadorizados, que estudian las tendencias epidemiológicas en la comunidad.
- d. Higiene escolar
- 1) Los residentes deben tener experiencia en el aula como recurso para obtener información acerca de actitudes y comportamientos frente a la salud, y como vehículo para la educación de la comunidad en temas de salud.
  - 2) Debe exponerse a los residentes a la función que recae en los consultorios de salud escolar en el sistema de prestación de asistencia sanitaria.
  - 3) Los residentes deben recibir instrucción para que reconozcan, evalúen, traten y remitan apropiadamente a los niños con problemas de aprendizaje.

- e. Educación sanitaria de la comunidad
    - 1) Los residentes deben participar en actividades de educación sanitaria para grupos de la comunidad.
  - f. Servicios de salud pública
    - 1) El plan de estudios debe incluir oportunidades para que los residentes participen en actividades de las entidades de salud pública a fin de demostrar la contribución de la salud pública a la atención primaria integral.
  - g. Salud ambiental
    - 1) Los problemas de salud ambiental de la comunidad y la región deben formar la base para el programa de estudios de salud ambiental.
  - h. Medicina transcultural
    - 1) A los residentes debe enseñárseles la manera en que las creencias sobre la salud determinan la asistencia al enfermo y la comunicación con el médico.
    - 2) A los residentes debe enseñárseles la manera eficaz de trabajar con intérpretes para comunicarse con pacientes que hablan otro idioma.
3. Atención de los ancianos
- a. Un programa de excelencia debe contar con profesores que posean los conocimientos y las aptitudes apropiados para atender a los ancianos y sus necesidades singulares.
  - b. El cuerpo de profesores debe dar el ejemplo de atención de los ancianos en instituciones de medicina familiar, hogares de ancianos, centros diurnos para la tercera edad, hospitales e instituciones de cuidados prolongados.

- c. Bajo la supervisión adecuada de los profesores, los residentes deben recibir adiestramiento en la atención longitudinal de ancianos en centros de medicina familiar e instituciones de atención prolongada.
  - d. En el programa de estudios deben destacarse los aspectos conductuales y funcionales del envejecimiento.
  - e. Deben emplearse gráficos, formularios y procedimientos diseñados para mejorar el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y la educación en salud de los ancianos.
4. Prevención de enfermedades y promoción de la salud

El conocimiento y las aptitudes necesarios para la educación de los pacientes en la prevención de enfermedades y promoción de la salud deben enseñarse continuamente durante todo el programa de residencia.

a. Prevención

- 1) A los residentes se les deben enseñar los procedimientos recomendados en la actualidad para la prevención de enfermedades, en especial la inmunización.
- 2) A los residentes se les deben enseñar las modalidades aceptadas y recomendadas en la actualidad para la detección de enfermedades en individuos asintomáticos de todas las edades.
- 3) A los residentes se les debe enseñar a identificar los factores de riesgo de enfermedades comúnmente tratadas por un médico familiar.

b. Nutrición

- 1) A los residentes se les deben enseñar los requisitos de energía y nutrición de pacientes ambulatorios y hospitalizados, de sanos y enfermos.

- 2) A los residentes se les debe enseñar a prescribir a sus pacientes una alimentación saludable, tanto en el caso de fomento de la salud como de tratamiento de enfermedades.

c. Ejercicio

- 1) A los residentes se les deben enseñar los beneficios fisiológicos y psicológicos del ejercicio.
- 2) A los residentes se les debe enseñar a prescribir un programa de ejercicios apropiados para sus pacientes.

d. Bienestar psicológico

- 1) Los residentes deben recibir adiestramiento sobre la interacción de los elementos que aumentan el valor que las personas se asignan a sí mismas, incluyendo percepciones internas como la autoestima y las actitudes, y fuerzas externas como las relaciones con terceros y las presiones de los compañeros.
- 2) Los residentes deben conocer diversos métodos apropiados de reducción de estrés entre los pacientes, como orientación, grupos de apoyo, programas personalizados, retroacción biológica (*biofeedback*), técnicas de relajación, etc.
- 3) A los residentes debe enseñárseles a consultar con profesionales de la salud mental y a remitirles pacientes cuando sea necesario.

e. Consumo de tabaco, drogas y alcohol

- 1) El adiestramiento debe incluir educación específica sobre los efectos del consumo de tabaco, drogas y alcohol sobre los diversos aparatos y sistemas del cuerpo.
- 2) A los residentes deben enseñárseles diversos métodos, entre otros el recurso a la farmacoterapia, para tratar el

consumo, el abuso y la adicción al tabaco, las drogas y el alcohol.

f. Enfermedad por el VIH

- 1) El adiestramiento debe incluir métodos para educar a los pacientes en lo referente a la prevención de la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- 2) A los residentes se les debe enseñar cómo aconsejar a los pacientes en lo referente a los análisis para detectar el VIH y cómo comunicar al paciente los resultados del examen.

g. Recopilación de información y documentación

- 1) Los registros del centro de medicina familiar deben reflejar el uso de prácticas preventivas, de mantenimiento de la salud y de educación apropiadas a la edad y al sexo de los pacientes.

h. El ejemplo del médico

- 1) Puesto que el estilo de vida personal del médico sirve de modelo para los pacientes, debe alentarse a los residentes a estructurar sus propias vidas según los principios de promoción de la salud y prevención de enfermedades que enseñan a sus pacientes.

5. Atención de adultos

- a. Es aconsejable que una porción significativa del adiestramiento sobre atención de adultos hospitalizados se realice en un servicio de medicina familiar donde los principales profesores sean médicos de familia.
- b. Bajo supervisión apropiada, que incluya la supervisión por profesores que también son médicos de familia, los residentes deben tratar enfermos en unidades de terapia intensiva, conectados a respiradores artificiales y sujetos a monitorización invasora.

- c. Una porción considerable de la experiencia total en la atención de adultos debe tener lugar en el entorno ambulatorio y reflejar cada vez más responsabilidad y menos supervisión del residente.
- d. A los residentes se les deben enseñar los aspectos singulares de la atención de la salud de la mujer.
  - 1) A los residentes se les deben enseñar los aspectos psicosociales, médicos y preventivos específicos de la atención de la salud de la mujer.
  - 2) Los residentes deben adiestrarse en los procedimientos singulares de la atención de la salud de la mujer, incluidos procedimientos de vanguardia comúnmente empleados para tratar enfermedades ginecológicas.
  - 3) A los residentes se les debe enseñar a tomar decisiones médicas basadas en datos obtenidos en investigaciones que incluyan a mujeres.

#### 6. Atención de niños

- a. Un mínimo de dos meses de la experiencia total en atención infantil debe cumplirse en el entorno ambulatorio. Estos dos meses deben reflejar cada vez más responsabilidad y menos supervisión del residente.
- b. Debe haber una experiencia educativa estructurada para la atención del niño sano, que incluya aspectos de crecimiento y desarrollo, nutrición y seguridad, desde el nacimiento del niño hasta que deja de ser adolescente.
- c. Debe haber experiencias educativas estructuradas en el reconocimiento, la comprensión y el manejo de problemas emocionales, conductuales y de aprendizaje de los niños.
- d. Debe haber una experiencia educativa estructurada centrada en las enfermedades infecciosas que incluya enfermedades de la niñez e inmunizaciones, así como alergias e inmunología.

- e. Bajo supervisión apropiada, los residentes deben tratar los casos de niños remitidos por el centro de medicina familiar o el servicio de hospitalización de medicina familiar a una unidad de terapia intensiva pediátrica.
7. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos
- a. La experiencia en hospitalización por cirugía, debe comprender un mínimo de un mes.
  - b. Bajo supervisión apropiada, los residentes deben encargarse de la atención integral pre y posoperatoria de los pacientes de cirugía.
  - c. Los residentes deben ayudar al cirujano primario en la sala de operaciones, de manera compatible con las necesidades previstas en el futuro ejercicio profesional del residente.
  - d. Los residentes que deseen profundizar sus conocimientos de ciertos procedimientos quirúrgicos deben poder disponer de adiestramiento adicional.
  - e. Se prefiere que la enseñanza de procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico comúnmente realizados por médicos de familia quede a cargo de profesores calificados de medicina familiar.
8. Atención perinatal
- a. La atención prenatal integral de las pacientes, el trabajo de parto y el nacimiento, así como el puerperio, deben formar una parte permanente del ejercicio profesional de cada residente en el centro de medicina familiar.
  - b. El adiestramiento en atención perinatal debe hacer hincapié en la continuidad de la atención y la relación entre la atención perinatal y el ciclo vital de la familia.
  - c. El programa de estudios debe incluir conferencias sobre atención perinatal programadas con regularidad para tratar temas del tratamiento de las pacientes embarazadas vistas por los residentes.

- d. Los residentes deben adiestrarse en el reconocimiento y el tratamiento de la paciente de alto riesgo prenatal. La capacitación debe incluir interconsulta y remisión a otro médico, según convenga.
  - e. A los residentes debe enseñárseles a reconocer y tratar las complicaciones y las urgencias que se se pueden presentar en el embarazo, el trabajo de parto y el parto propiamente dicho.
  - f. Los residentes deben recibir adiestramiento en todos los procedimientos aprobados, de uso común y necesarios en el trabajo de parto y el parto.
  - g. El programa debe contar con médicos de familia que trabajen en obstetricia y participen en la educación, el adiestramiento y la supervisión de los residentes en la atención prenatal, el trabajo de parto, el parto y la atención posparto.
  - h. Debe controlarse constantemente la calidad de la atención de todas las pacientes embarazadas que asisten al centro de medicina familiar.
9. Atención médica de urgencia
- a. A los residentes debe enseñárseles a evaluar y tratar las afecciones médicas y quirúrgicas que se presentan y se tratan en situaciones de urgencia.
  - b. Los residentes deben adiestrarse en la selección e interpretación de las opciones de diagnóstico empleadas en la evaluación y el tratamiento de pacientes en situaciones de urgencia.
  - c. A los residentes deben enseñárseles los procedimientos comúnmente utilizados y necesarios para tratar a los pacientes que se presentan en situaciones de urgencia.
  - d. Los residentes deben adiestrarse en la evaluación y el tratamiento inicial de los pacientes politraumatizados.

- e. Los residentes deben tratar a los pacientes muy graves en el departamento de urgencias bajo la supervisión apropiada.
- f. El programa debe ofrecer adiestramiento en aquellas aptitudes interpersonales y de orientación que faciliten el tratamiento de los pacientes y los miembros de la familia en situaciones de crisis.

10. Medicina de los deportes

- a. Los residentes deben recibir adiestramiento en la evaluación médica de personas que practican deportes, como recreación o en competencias, incluidos los equipos de las escuelas, antes de su participación en competiciones deportivas.
- b. Los residentes deben evaluar, tratar y proporcionar atención continua a los pacientes con lesiones atléticas.
- c. A los residentes deben enseñárseles las diversas modalidades y técnicas de rehabilitación empleadas para tratar las lesiones atléticas.
- d. A los residentes se les debe enseñar fisiología del ejercicio, la nutrición en el deporte y psicología del deporte.
- e. Los residentes deben tener la oportunidad de desempeñarse como médicos de un equipo deportivo bajo la supervisión de un profesor.

11. Enfermedades de la piel

- a. A los residentes deben enseñárseles las causas ambientales y ocupacionales de las enfermedades de la piel.
- b. La experiencia educativa debe proporcionar adiestramiento en procedimientos dermatológicos, entre los cuales se incluye la cirugía menor en el consultorio.
- c. El centro de medicina familiar debe contar con material de aprendizaje apropiado (por ejemplo, libros, atlas, colecciones de diapositivas) para uso de los residentes.

12. Diagnóstico por imágenes

- a. El adiestramiento debe incluir experiencias estructuradas que enseñen cuándo ordenar y cómo interpretar los tipos de diagnóstico por imágenes comúnmente empleados por los médicos de familia.
- b. La interpretación de las imágenes de diagnóstico por parte de los residentes (por ejemplo, radiografías, sonogramas, etc.) debe formar parte de la atención que el residente presta al paciente.
- c. Debe proporcionarse adiestramiento en el uso eficaz en función de los costos de los procedimientos de diagnóstico por imágenes.

13. Aspectos administrativos del ejercicio profesional

- a. A los residentes deben enseñárseles los principios y aspectos prácticos de la viabilidad financiera de la medicina familiar.
- b. Los residentes deben recibir adiestramiento tanto en experiencias didácticas estructuradas como en situaciones reales.
- c. Los elementos concretos del plan de estudios deben ser:
  - 1) Metas profesionales
  - 2) Selección de una comunidad y de un tipo de ejercicio profesional
  - 3) Configuración del ejercicio profesional
  - 4) Instalaciones y medios de apoyo para el ejercicio profesional
  - 5) normas y procedimientos de personal
  - 6) Operaciones en el ejercicio profesional
  - 7) Registros médicos y control de calidad
  - 8) Mercadotecnia
  - 9) Seguros contra riesgos de salud
  - 10) Finanzas y economía del ejercicio profesional, cobranza de los servicios y reembolso a médicos
  - 11) Temas medicolegales
  - 12) Negociación de contratos
  - 13) Gestión de las finanzas personales
- c. Se debe contratar como profesores a médicos de familia con experiencia en los aspectos administrativos en una variedad de entornos.

- d. Los residentes deben adquirir experiencia en el tratamiento de pacientes inscritos en sistemas de atención gestionada. En particular, al residente deben enseñársele los principios del tratamiento eficaz en función de los costos, pero a la vez de calidad, de los pacientes inscritos en sistemas de atención de pago previo.
- e. Los residentes deben participar en los comités de control de calidad y de análisis de utilización de los servicios en centros de medicina familiar y hospitales.

14. Otros elementos del plan de estudios

a. Uso de los medicamentos y sus interacciones

- 1) El programa debe incluir profesores para enseñar a los residentes el uso de los medicamentos y sus interacciones, tanto en pacientes internados como ambulatorios.
- 2) Las auditorías de los expedientes clínicos deben usarse para dar retroalimentación a los residentes sobre sus modalidades de prescripción de medicamentos.

b. Laboratorio clínico

- 1) La formación y adiestramiento en el laboratorio del centro de medicina familiar, que incluya la realización de pruebas de laboratorio en el consultorio, deben preparar a los residentes para el ejercicio profesional en la comunidad.
- 2) Los residentes deben estar preparados para interpretar preparaciones (laminillas) de microscopio como parte de las visitas ordinarias al consultorio.
- 3) Los residentes deben recibir adiestramiento en el uso eficaz en función de los costos de las pruebas de laboratorio.
- 4) Los residentes deben recibir adiestramiento sobre reglamentos federales y de otro tipo (por ejemplo, de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención de la Salud [C.C.A.O.A.S.], Administración de Salud y Seguridad Ocupacional [ASSO], y las Enmiendas de 1988 para el Mejoramiento de

Laboratorios Clínicos [EMLC-88]), que rigen el funcionamiento y la certificación de laboratorios en los consultorios.

- 5) Los residentes deben tener oportunidad de participar en una actividad estructurada de formación en medicina de laboratorio que los capacite para cumplir los requisitos exigidos actualmente para dirigir un laboratorio de un consultorio médico.

#### 15. Asignaturas optativas

- a. Las asignaturas optativas permitirán satisfacer las necesidades de formación de cada residente en particular.
- b. Las actividades optativas deben organizarse teniendo muy en cuenta sus efectos sobre la continuidad de la atención a los pacientes en el centro de medicina familiar.
- c. El programa debe tener un procedimiento establecido para la organización y evaluación de las actividades optativas.
- d. No se destinará más de un mes del lapso optativo para fines de recuperación académica.

#### 16. Investigación y actividades académicas

- a. El programa debe brindar oportunidades y apoyo estructurados (por ejemplo, supervisión por los profesores, apoyo financiero y tiempo) para que los residentes realicen actividades académicas (por ejemplo, investigación original, preparación de informes de casos para publicación, revisiones clínicas).
- b. El tiempo que los residentes dediquen a la investigación no debe reemplazar a las experiencias educativas requeridas.
- c. A los residentes debe enseñárseles a analizar en forma crítica la bibliografía médica.

#### 17. Conferencias

- a. El programa debe establecer un calendario cíclico de conferencias que brinde a cada residente varias oportunidades de participar en conferencias sobre un tema dado durante su residencia.

- b. Cada programa debe establecer y hacer cumplir un nivel apropiado y obligatorio de asistencia a conferencias por parte de los residentes.
- c. El calendario de conferencias debe ser lo suficientemente flexible para que permita atender oportunamente a los pacientes o los aspectos de control de calidad.
- d. Debe celebrarse una conferencia mensual sobre morbilidad y mortalidad (MyM) que abarque a los pacientes del centro de medicina familiar y del servicio de hospitalización.

### III. CUERPO DOCENTE

#### A. Director del programa

- 1. El director debe tener responsabilidad general y autoridad para manejar el programa de residencia.
- 2. El director debe haber recibido la certificación del CEMF.
- 3. El director debe participar en la supervisión directa de los residentes del centro de medicina familiar y del servicio de hospitalización de medicina familiar.
- 4. El director debe participar en actividades de liderazgo a nivel institucional, comunitario, estatal, regional o nacional.

#### B. Profesores de medicina familiar

- 1. El programa debe mantener un equilibrio entre profesores con experiencia y otros que la están adquiriendo.
- 2. Además del director, por cada seis residentes el programa debe contar al menos con el equivalente de un profesor de medicina familiar de tiempo completo. El número debe aumentarse si las demandas del servicio, institucionales o académicas impiden satisfacer las necesidades educativas de los residentes.
- 3. El cuerpo docente debe tener conciencia de las metas del programa y ofrecerles su apoyo.

4. Se debe demostrar que los profesores a tiempo parcial reciben orientación clara sobre sus funciones y responsabilidades y participan en el programa en forma sistemática.
5. Se insta al programa a emplear a profesores calificados de medicina familiar para que enseñen todas las materias del programa de estudios.
6. Los integrantes del profesorado de medicina familiar deben demostrar liderazgo entre el personal médico de la institución u hospital patrocinante.
7. Los miembros del profesorado de medicina familiar deben participar en organizaciones médicas a nivel local, estatal, regional o nacional.
8. Se debe alentar a los profesores a actuar de mentores de los residentes, compartiendo con ellos conocimientos, experiencias e ideas en cuanto a metas profesionales y personales, formación, dificultades y estrategias.
9. Los profesores del programa de residencia son modelos importantes de conducta y en consecuencia deben demostrar equilibrio en sus vidas personales y profesionales.
10. Los profesores deben tomar conciencia de su responsabilidad de aportar nuevos conocimientos a la profesión y deben elaborar programas de investigación y actividades académicas para sí mismos y los residentes.

**C. Profesores consultores**

1. Los profesores consultores deben comprender los conceptos de la medicina familiar y demostrar apoyo al programa de residencia y sus metas.
2. Los profesores consultores deben respetar las necesidades de los residentes de cumplir con su principal responsabilidad hacia sus pacientes del centro de medicina familiar.

**D. Profesores de otras especialidades**

1. El profesorado debe incluir a un especialista en ciencias de la conducta capacitado en orientación, para atender consultas y enseñar a residentes y

docentes del centro de medicina familiar, además de servir como recurso para el programa.

2. El programa debe utilizar, bajo la supervisión de médicos de familia, a auxiliares de medicina o al cuerpo de enfermeras como modelos de la práctica de la atención primaria.
3. El profesorado debe incluir a farmacéuticos, dentistas, podiatras, consejeros religiosos, asistentes sociales, educadores de pacientes, estudiosos de la ética y nutricionistas para enseñar temas apropiados y atender consultas.

#### E. Calificaciones de los profesores

1. Un programa de excelencia debe tener un plan permanente de perfeccionamiento de profesores, de voluntarios y de especialistas, que trabajen a tiempo completo o a tiempo parcial.
2. El perfeccionamiento del profesorado debe incorporar el conocimiento y las aptitudes necesarias para mejorar la enseñanza, la administración, la asistencia al enfermo, la investigación y la evaluación de los residentes y del programa.

#### F. Supervisión

1. Entre los profesores de medicina familiar debe haber al menos un preceptor sin otras responsabilidades por cada cuatro residentes que tratan pacientes en el centro de medicina familiar. Si cada encuentro entre el paciente y el residente se supervisa directamente, se necesitará personal adicional.
2. Los profesores que ejercen la supervisión deben tener conocimientos y aptitudes en toda la gama de servicios que los residentes prestan a los pacientes en el centro de medicina familiar (por ejemplo, los casos de embarazadas deben ser vistos y tratados por residentes bajo la supervisión de profesores capacitados en atención perinatal).
3. Los residentes de los últimos años deben tener la oportunidad de desempeñar funciones de supervisión en los casos en que tengan conocimientos, aptitudes y experiencia adecuados y comprobados.

4. Aun cuando se asigne a residentes de los últimos años alguna función directa de supervisión, debe haber profesores disponibles para supervisar todos los encuentros entre pacientes y residentes.

G. Personal de apoyo

1. Todo el personal de enfermería y apoyo debe haber recibido el adiestramiento apropiado, tener las credenciales y la certificación pertinentes, y recibir educación permanente en el servicio.
2. A fin de lograr un funcionamiento eficaz, el centro de medicina familiar debe contar con suficiente personal administrativo de acuerdo con el número de personas que atiende.
3. En el centro de medicina familiar no debe haber una gran rotación en el personal clave, tanto administrativo como de enfermería.
4. Mientras haya pacientes en la consulta del centro de medicina familiar, debe haber una enfermera titulada. Además, debe haber un mínimo de otros dos asistentes de enfermería o personal médico auxiliar por cada tres médicos que atienden pacientes en el centro. Debe aumentarse el personal en la medida apropiada cuando se quiere que los médicos vean más pacientes o realicen procedimientos que requieren mayor ayuda de enfermería.
5. La presencia de una junta asesora de relaciones con los pacientes del centro de medicina familiar aumenta las probabilidades de alcanzar la excelencia.

IV. POBLACION DE PACIENTES

A. Pacientes hospitalizados

1. Los residentes deben tratar la amplia gama de afecciones que requieren hospitalización de los pacientes del centro de medicina familiar.

B. Pacientes ambulatorios

1. Se debe demostrar que las familias y los pacientes más complejos se asignan a los residentes en forma congruente con su nivel de adiestramiento y experiencia.

2. Debe haber informes estadísticos regulares que registren el número de visitas al consultorio, el número de pacientes, los estudios diagnósticos realizados y demás información pertinente sobre cada residente, para asegurar y documentar una amplia experiencia asistencial.
3. A continuación se dan las cifras de familias u hogares y el total de pacientes asignados por cada residente:

<u>Año residente*</u>	<u>Familias/ hogares</u>	<u>Total de pacientes asignados</u>
APG-I	50	150-200
APG-II	100	300-400
APG-III	150-200	450-600

\*APG = año de posgrado.

4. La cifra sugerida de sesiones de medio día por semana, horas por sesión y visitas anuales al consultorio por residente son:

<u>Año res.</u>	<u>Medios días/sem.</u>	<u>Horas/ sesión</u>	<u>Visitas al cons./año**</u>
APG-I	1-2	3-4	198-528
APG-II	2-3	3-4	528-1188
APG-III	3-5	3-4	1188-2640

\*\* Supone 44 semanas por año de atención de pacientes.

Si las consultas anuales de pacientes por residente no llegan a 600 --promediadas a lo largo del programa--, se corre el riesgo de exposición incompleta de los residentes a los problemas clínicos. Por el contrario, un número promedio de consultas anuales por residente que supere la cifra de 1200 entraña el riesgo de sacrificar la formación de los residentes en favor del servicio.

## V. INSTALACIONES

### A. Hospitales primarios y afiliados

#### 1. Servicios hospitalarios

- a. Todos los hospitales docentes deben ser acreditados por la Comisión Conjunta de

Acreditación de Organizaciones de Atención de la Salud.

- b. Los hospitales participantes, ya sea en forma independiente o como afiliados, deben prestar todos los servicios médicos y quirúrgicos apropiados que se necesiten para el adiestramiento de los residentes en medicina familiar.
- c. Las instalaciones y el equipo deben reflejar la capacidad para aplicar un nivel actualizado de atención médica de alta calidad.
- d. Los servicios médicos y quirúrgicos deben tener tamaño y capacidad suficientes para asegurarle al residente una exposición amplia durante su adiestramiento.
- e. Los hospitales participantes deben tener instalaciones adecuadas para la atención de pacientes ambulatorios, como fisioterapia, terapia ocupacional y cirugía ambulatoria.

2. Personal médico

- a. En todo hospital utilizado por residentes de medicina familiar (excepto los hospitales especializados, por ejemplo, psiquiátrico, de niños), etc. debe haber un departamento de medicina familiar que otorgue privilegios clínicos.
- b. Los profesores y los residentes de medicina familiar deben estar autorizados para admitir pacientes en los diversos servicios de todos los hospitales que usen los residentes.
- c. Los médicos de familia deben mantener la continuidad de asistencia al enfermo cuando se obtiene una interconsulta.
- d. Los egresados que practican en las instituciones donde se formaron deben recibir privilegios en todos y cada uno de los procedimientos para los cuales se adiestraron en forma competente e independiente durante su residencia.

### 3. Uso de varios hospitales

- a. La mayoría de las rotaciones de los residentes debe realizarse en el hospital patrocinante o primario. La asignación a hospitales afiliados no debe impedir la continuidad de la experiencia de atención en el centro de medicina familiar, el servicio de hospitalización de medicina familiar o la institución de atención a largo plazo.
- b. Los convenios con hospitales afiliados deben registrarse por escrito y tratar específicamente el tema de la función del residente en el adiestramiento y esclarecer los requisitos de servicio, supervisión, pagos y responsabilidad médica.

### B. Centro de medicina familiar

#### 1. Situación funcional

- a. El funcionamiento del centro de medicina familiar debe ser controlado por el director del programa o por quien él designe.
- b. Cuando esté previsto que otros profesionales de la salud utilicen el centro de medicina familiar para asistir enfermos, la primera prioridad debe asignarse a los residentes de medicina familiar.
- c. Todas las actividades del centro de medicina familiar deben orientarse hacia el perfeccionamiento del programa de medicina familiar.

#### 2. Diseño

- a. Los carteles que identifiquen el centro de medicina familiar deben ser visibles y claros para todos los pacientes. Si dicho centro se encuentra en un edificio en el que existen otras oficinas, la identificación debe ser similar a la de otros consultorios médicos del edificio.
- b. Para asegurar el trabajo eficiente del personal y facilitar el desplazamiento de los pacientes, en el centro de medicina familiar deben usarse letreros fáciles de comprender

(por ejemplo, laboratorio, sala de tratamiento, rótulos que indiquen las salas de consulta).

- c. Las áreas de tratamiento y de orientación deben ser cómodas y proteger la intimidad del paciente.
- d. Para la orientación individual, familiar y de grupos se debe contar con un ambiente cómodo, íntimo y tranquilo, que por lo general no se emplee para la exploración física de pacientes.
- e. El diseño de los consultorios debe prever la supervisión de las interacciones entre el médico y el paciente por medio de grabaciones sonoras o de video o bien la observación a través de ventanas unidireccionales.

### 3. Tamaño

- a. El centro de medicina familiar debe ser de un tamaño suficiente para la enseñanza, la administración y la asistencia. Un programa de 4-4-4 requiere más de 465 metros cuadrados para asistencia de enfermos si ha de satisfacer los requisitos de supervisión y enseñanza en el centro de medicina familiar. Para llevar a cabo otras funciones educativas y administrativas se necesita espacio adicional. Los programas más extensos requieren proporcionalmente más espacio.
- b. Debe haber una sala de espera de tamaño adecuado para alojar cómodamente a todos los pacientes y familias que esperan para ver a su médico.
- c. Los consultorios deben ser de tamaño adecuado para crear un ambiente didáctico, con la presencia de más de un profesional de la salud, además del paciente y tal vez uno o varios familiares. Es difícil lograr esto en consultorios cuyas dimensiones no llegan a 2,75 x 3 metros.
- d. Si las salas de tratamiento también se emplean como salas de exploración, deben proporcionar la misma comodidad para el

acceso de los pacientes y facilidad de movimiento del equipo de diagnóstico y registro que necesita el médico.

- e. El personal de servicio auxiliar que trabaja en el centro de medicina familiar (por ejemplo, dietista, asistente social) debe contar con espacio adicional para oficinas y consultorios de reconocimiento.
4. Laboratorio clínico, formación de imágenes y servicios auxiliares de diagnóstico
- a. Debe contarse con servicios ordinarios de radiografía y, si fuese el caso, de ultrasonido en el centro de medicina familiar o en las cercanías. Las radiografías deben estar listas rápidamente para que el médico pueda verlas en el momento de la consulta.
  - b. El centro de medicina familiar debe incluir laboratorios apropiados para la práctica de los residentes.
  - c. En el centro de medicina familiar deben aplicarse protocolos de control de calidad congruentes con el nivel de servicio que presta el laboratorio, según lo definan las normas vigentes.
  - d. El programa debe poder ofrecer otros exámenes complementarios en el centro de medicina familiar, apropiados para mejorar la atención de pacientes y la educación de los residentes (por ejemplo, audiometría, pruebas de función pulmonar, pruebas de esfuerzo, etc.)

5. Ubicación

Para ahorrarles tiempo a los residentes y hacer uso eficaz de las oportunidades educativas, el centro de medicina familiar debe estar ubicado cerca del hospital primario. La asistencia a un centro de medicina familiar más distante se justificará si el programa impartido desempeña una función de formación muy especial.

6. Equipo

- a. Debe haber acceso inmediato a los suministros y equipo necesarios para tratar urgencias que

ocurran en el consultorio, incluidos los paros cardiopulmonares.

- b. En el centro de medicina familiar debe haber equipo para adiestrar a los residentes en los diversos aspectos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la medicina familiar.

7. Sistema de registros

- a. Los registros de los pacientes deben mantenerse dentro del centro de medicina familiar.
- b. En los registros automatizados, así como en el expediente clínico del paciente, debe quedar constancia de quién es el médico primario.
- c. Para mantener los registros de pacientes en un formato orientado hacia los problemas, se deben mantener listas de problemas, incluidas hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas pasadas, así como notas de evolución (datos subjetivos, datos objetivos, evaluación y plan).
- d. El expediente de cada paciente debe contener una lista de sus alergias, si las tiene, los medicamentos que esté tomando y el plan de mantenimiento de la salud, todo fácilmente visible en un lugar prominente y constante en cada historia.
- e. Los registros médicos de los miembros de la familia de un paciente deben estar accesibles como referencia cuando este visite el consultorio.
- f. La atención de pacientes fuera de las horas normales de consulta, incluso las consultas telefónicas, deben constar en el expediente clínico.

8. Programación de las citas médicas

- a. Debe haber un programa de adiestramiento para el personal que da los turnos de consulta, que haga hincapié en la importancia de la

continuidad de la atención, la asequibilidad de los médicos y la sensibilidad a las necesidades de los pacientes.

9. Horas de funcionamiento

- a. El centro de medicina familiar debe funcionar durante horas que sean compatibles con las de otros grupos de medicina familiar en la comunidad.
- b. Las horas de funcionamiento deben ser compatibles con las que se requieran para satisfacer las necesidades de los pacientes y el adiestramiento de los residentes, y deben ser compatibles con un estilo de vida sano de los futuros médicos de familia.
- c. El centro de medicina familiar debe estar abierto al menos en dos turnos de 3 ó 4 horas todos los días hábiles.
- d. El acceso de los pacientes a la atención de los médicos residentes debe estar asegurado las 24 horas del día siete días a la semana, con garantía de acceso en todo momento a los registros médicos del paciente.
- e. Debe establecerse y vigilarse el cumplimiento de las normas de personal sobre horas de funcionamiento de consultorios y atención de pacientes, incluida la atención fuera de horas de consulta y las disposiciones en caso de mal tiempo.
- f. El horario de consulta y de atención después de las horas de consulta debe anunciarse a todos los pacientes.

10. Procedencia de los ingresos

- a. El centro de medicina familiar debe demostrar un apoyo financiero sólido.
- b. El presupuesto del centro de medicina familiar debe estar bajo la dirección y control del director del programa o de la persona designada para ello.

## 11. Representantes farmacéuticos

- a. Deben formularse y aplicarse normas escritas que regulen las visitas de representantes farmacéuticos.
- b. Deben formularse y utilizarse pautas escritas que regulen la adquisición y distribución de muestras de productos farmacéuticos.

## C. Sitios de las prácticas de asistencia ambulatoria fuera de los centros de medicina familiar

1. El programa debe recurrir a los sitios que necesite para la práctica ambulatoria fuera de los centros de medicina familiar, con la finalidad de mejorar el adiestramiento de los residentes exponiéndolos a diferentes poblaciones de pacientes, lugares de práctica, combinaciones de problemas y determinado tipo de pacientes o problemas médicos (por ejemplo, dispensarios en barrios urbanos pobres o en zonas rurales, consultorios de medicina deportiva, centros de medicina industrial, etc.).
2. Todos los sitios de práctica ambulatoria adicional deben tener metas y objetivos escritos sobre la experiencia educativa que se proporciona allí, y deben ser evaluados con regularidad.

## VI. EVALUACION

### A. Evaluación de los residentes

1. El sistema de evaluación de los residentes debe reflejar conocimientos médicos, competencia y juicio clínico, capacidad para establecer una relación terapéutica de médico a paciente, aptitudes de comunicación, aptitudes de educación de pacientes y desempeño en los procedimientos.
2. En todas las instituciones de tratamiento, ya sea hospital o centro ambulatorio, debe quedar constancia de la experiencia y la competencia del residente.
3. Debe realizarse una evaluación del residente para cada rotación o componente del programa educativo.
4. La evaluación del residente debe reflejar expectativas apropiadas para el nivel de adiestramiento.

5. Todos los residentes deben participar anualmente en el examen del CEMF que se aplica durante el adiestramiento. Los resultados deben comunicársele al residente e integrarse en el sistema de evaluación y planificación curricular y, si fuera necesario, en las medidas que se tomen para remediar deficiencias.
6. Debe haber criterios escritos para el avance, la promoción y la graduación de los residentes.
7. Todos los residentes y el asesor docente que se le asigne deben reunirse con regularidad para analizar las evaluaciones del residente y preparar un plan educativo individualizado.
8. El sistema de evaluación de residentes debe regirse por los reglamentos.

B. Evaluación de los profesores

1. Todo profesor debe tener acceso a la evaluación escrita periódica que se realiza de su desempeño, y debe poder hablar de ella con el director del programa.
2. Se debe promover la autoevaluación de los profesores como medio de valorar el logro de sus metas y sus contribuciones.
3. El sistema de evaluación de profesores debe incluir evaluación por parte de residentes, pares y supervisores.  
  
Los residentes deben evaluar a los profesores en forma anónima.
4. El sistema de evaluación de profesores debe reflejar sus aptitudes didácticas, así como su capacidad y el ejemplo que representan.
5. Las actividades de educación médica permanente, incluidas la participación y las contribuciones realizadas, deben formar parte de la evaluación de los profesores.
6. Las actividades en la medicina organizada y el liderazgo que manifiesten deben ser parte de la evaluación de los profesores.
7. El sistema de evaluación de profesores debe regirse por los reglamentos.

C. Evaluación de la atención de pacientes

1. Debe haber un plan escrito para evaluar la calidad de la asistencia de enfermos.
2. Los residentes y los profesores deben integrar los comités de control de calidad del programa de residencia y de todas las instituciones clínicas interesadas en la educación de residentes.
3. El programa debe vigilar y analizar los resultados de las actividades de asistencia de enfermos realizadas por los residentes y los profesores.
4. Se debe demostrar que el programa ejecuta mejoras en respuesta a los resultados del programa de control de calidad.

D. Evaluación del programa

1. El programa y su plan de estudios deben estar sujetos a una evaluación interna permanente (por los residentes, los profesores y la institución) y otra externa periódica (mediante revisión y consulta).
2. El desempeño de los residentes en el examen que aplica el CEMF durante el adiestramiento debe emplearse para evaluar y mejorar continuamente el programa.
3. El desempeño de los egresados en el examen de certificación que aplica el CEMF debe emplearse para evaluar y mejorar continuamente el programa.
4. Deben realizarse encuestas regulares de los egresados del programa para evaluar hasta qué punto el programa da resultados satisfactorios en la preparación de médicos para el ejercicio profesional.

E. Evaluación de los egresados

1. El programa de residencia de medicina familiar debe mantener contacto con sus egresados para observar en forma sistemática los aspectos demográficos del ejercicio profesional (por ejemplo, lugar donde ejercen la profesión, privilegios en hospitales, alcance de su práctica, etc.).

2. La información sobre los aspectos demográficos del ejercicio profesional debe emplearse para analizar con qué eficacia el programa satisface las necesidades de la comunidad, el estado y la región en materia de recursos humanos dedicados a la salud.

## APENDICE A

**REQUISITOS ESPECIALES PARA EL ADIESTRAMIENTO DE RESIDENCIA  
EN MEDICINA FAMILIAR**  
(efectivos a partir del 1 de julio de 1989)

*(Esta separata contiene la revisión sobre horas de trabajo de los residentes aprobadas por el CAEMP en junio de 1992, que entró en vigor en julio de 1992.)*

**I. INTRODUCCION**

**A) Duración del adiestramiento**

Las residencias en medicina familiar tienen que durar al menos tres años una vez terminada la carrera de medicina, y deben planificarse para llegar a un programa educativo coherente, integrado y progresivo por el cual al residente se le delegue cada vez más responsabilidad. El adiestramiento tiene que diseñarse específicamente para satisfacer las necesidades educativas de los egresados de la facultad de medicina que piensan ejercer la medicina familiar.

**B) Tamaño del programa**

Para proporcionar una interacción adecuada entre pares, un programa debe tener un mínimo de 12 residentes en diversos niveles de adiestramiento. Los residentes aceptados en el primer año de adiestramiento deben tener su posición asegurada por el total de tres años, a menos que se produzcan situaciones que justifiquen su despido. Salvo los períodos de transición, el programa debe ofrecer el mismo número de posiciones durante cada uno de los tres años.

**C) Alcance del adiestramiento**

Los programas de residencia de medicina familiar tienen que proporcionar experiencia y responsabilidad para los residentes en aquellos campos de la medicina que sean de

---

\* Los aspirantes que ya han recibido adiestramiento de posgrado pueden ser considerados como candidatos a la residencia en medicina familiar. El adiestramiento recibido con anterioridad sólo puede acreditarse en la medida en que sea compatible con los Requisitos Especiales para el Adiestramiento en Medicina Familiar. Los directores deben consultar con el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar en cada caso antes de determinar la equivalencia de tal adiestramiento.

importancia para su ejercicio profesional futuro. Dado que los programas de medicina familiar en parte dependen de otras especialidades para el adiestramiento de los residentes, tienen que obtenerse garantías de la capacidad y la voluntad de la institución para cumplir estos requisitos. Específicamente, la institución patrocinante tiene que garantizar la existencia y la disponibilidad de los recursos educativos y de asistencia al enfermo que se necesitan para proporcionarle al residente de medicina familiar la valiosa oportunidad de participar y asumir responsabilidad en las especialidades clínicas necesarias.

La existencia de otros programas patrocinados por la residencia, por ejemplo medicina geriátrica, no tiene que dar lugar a que se diluya la experiencia disponible a los residentes de medicina familiar.

La instrucción en otras especialidades tiene que quedar a cargo de profesores con experiencia en esos campos. Los programas de estudios y los planes para tales rotaciones o experiencias tienen que ser elaborados por los profesores de medicina familiar de acuerdo con los de otra especialidad apropiada.

7 Tiene que haber acuerdo en lo referente a la necesidad que los residentes tienen de mantener el compromiso de atender a sus pacientes en el Centro de Medicina Familiar durante estas rotaciones. El programa debe ejecutar un plan para asegurar que los residentes conserven su identidad y compromiso con los principios y las actitudes filosóficas de la medicina familiar en todo el programa de adiestramiento, en particular mientras adquieren las aptitudes, técnicas y procedimientos apropiados de otras especialidades.

Los programas de residencia de medicina familiar deben proporcionar oportunidad para que los residentes aprendan, tanto en el hospital como en entornos ambulatorios, los procedimientos que pueden preverse como parte de su ejercicio profesional futuro. Tiene que haber un método de documentar los procedimientos que se realizan y de evaluar la competencia de los residentes. El programa debe mantener tal documentación.

Mientras dura su educación, es responsabilidad del residente prestar asistencia al enfermo sin remuneración adicional basada en la productividad. Esto no impide que obtenga ingresos adicionales asistiendo a enfermos durante sus horas libres, siempre que esta actividad no dificulte su educación y desempeño como residente. Además, tal actividad no debe estar en conflicto con las políticas del programa ni de la institución patrocinante.

La meta del programa de adiestramiento en medicina familiar es producir médicos plenamente competentes capaces de prestar atención de alta calidad a sus pacientes. Para impedir el deterioro y promover el bienestar de los médicos, los residentes deben aprender a equilibrar sus responsabilidades personales y profesionales de modo de poder aplicar lo aprendido en toda su carrera. Un médico extenuado no puede lograr estas metas, por lo cual el programa tiene que contar con un mecanismo para identificar e impedir problemas inminentes. El programa tiene que poder intervenir apropiadamente para proteger al residente extenuado y el bienestar de los pacientes.

Las actividades educativas y asistenciales se realizan mejor cuando los residentes tienen cantidades y niveles apropiados de responsabilidad supervisada y cuando sus obligaciones de trabajo les permiten utilizar plenamente sus experiencias educativas sin estrés, fatiga ni depresión contraproducentes.

Debe haber personal residente en cantidad suficiente para impedir los excesos en materia de carga de pacientes, exámenes de admisión, intensidad de servicio o combinación de casos, longitud y frecuencia excesiva de guardias, todo lo cual contribuye a la fatiga excesiva y la falta de sueño. El programa tiene que:

- 1) Permitir que los residentes tengan, en promedio, al menos un día libre de cada siete;
- 2) Asignar guardias con una frecuencia promedio que no exceda una noche de cada tres;
- 3) Asegurar una reserva adecuada en caso de que surjan necesidades asistenciales súbitas que fatiguen a los residentes hasta el punto de poner en peligro la atención de los pacientes durante las guardias ulteriores.

Deben establecerse políticas escritas formales sobre estos temas, las cuales deben ponerse a disposición del CSR si las solicita.

## II. PLAN DE ESTUDIOS

### A) Introducción

Todo programa de residencia tiene que contar con el plan central de estudios que se establece en este documento. Sin embargo, con la aprobación del Comité de Supervisión de Residencias, los componentes del plan de estudios pueden variar para reflejar los modelos regionales actuales de

ejercicio de la profesión y las necesidades de la asistencia de pacientes, y pueden ser suficientemente flexibles para aprovechar los aspectos sobresalientes del programa.

Todas las dimensiones principales del plan de estudios deben ser experiencias educativas estructuradas para las cuales existen metas y objetivos escritos, una metodología específica para la enseñanza y un método de evaluación.\* Dentro de lo posible, debe recurrirse a los médicos de familia como profesores en situaciones compatibles con su experiencia, adiestramiento y competencia actual.

La organización del plan de estudios debe reflejar la aplicación de principios educativos sólidos, reconociendo que unos elementos del plan se aprenden mejor en una experiencia longitudinal, mientras que otros se aprenden con mayor eficacia en una experiencia intensiva de corta duración.

Si bien el contenido de una rotación es más importante que el tiempo asignado a ella, es necesario establecer normas para la asignación de los segmentos de tiempo, a fin de proporcionar una medida objetiva de la oportunidad que los residentes tendrán para lograr el conocimiento cognoscitivo, las aptitudes psicomotrices, la orientación de actitudes y la experiencia práctica requerida de un médico de familia en cada uno de los elementos del plan de estudios. Para las diversas disciplinas que comprenden el plan de estudios central se indican los posibles intervalos de tiempo.\*\* Esto no impide que se pase tiempo electivo adicional en cualquiera de estas áreas.

#### B) Principios de la medicina familiar

Las siguientes áreas del plan de estudios tienen que formar parte de todos los programas. Además, a los residentes se

---

\*El Comité de Supervisión de Residencias prevé que todos los programas tendrán planes escritos pormenorizados y que éstos estarán a disposición del inspector visitante. No se los debe adjuntar a los formularios.

\*\*En la identificación de los intervalos se reconoce que ciertos programas se desviarán de ellos por razones educativas muy justificadas. Al director del programa le compete documentar y justificar las variaciones de los intervalos aquí mencionados. El tiempo que el residente pase simultáneamente en el Centro de Medicina Familiar no debe estar incluido en el cálculo de duración de las rotaciones de especialidades para las cuales se especifica un número de horas requeridas. El tiempo pasado en el Centro de Medicina Familiar puede estar incluido en las rotaciones requeridas que se especifican en meses.

les tiene que enseñar a demostrar y explicar claramente la filosofía y los conceptos de la medicina familiar a los pacientes.

#### 1) Continuidad de la atención

La continuidad de la atención es un concepto importante en la medicina familiar y se expresa en la función y las interrelaciones que el sistema (por ejemplo, médico individual o grupo), el profesional, el paciente, la familia del paciente, la institución y la comunidad desempeñan en el mantenimiento de la continuidad de la atención.

Los residentes deben crear y mantener una relación continua médico-paciente con un grupo de pacientes durante todo el período de tres años. Esta relación tiene que ser continua durante el segundo y el tercer años del residente, e incluir contacto con los pacientes en el Centro de Medicina Familiar, la institución de hospitalización, el centro de asistencia residencial y el hogar. Los residentes de medicina familiar tienen que poder admitir y atender en el hospital a sus pacientes del Centro de Medicina Familiar con la supervisión de profesores de medicina familiar en la medida apropiada.

La continuidad de la responsabilidad primaria por la asistencia de pacientes tiene que enseñarse de manera longitudinal e incluye lo siguiente:

- a) asistencia ambulatoria
- b) atención de pacientes hospitalizados
- c) asistencia domiciliaria
- d) atención residencial: por ejemplo, asilos o instituciones de atención prolongada
- e) remisión e interconsulta
- f) función integradora del médico familiar
- g) utilización de los recursos de la comunidad.

Los residentes pueden pasar temporadas fuera del Centro de Medicina Familiar, en rotaciones externas diseñadas para satisfacer las necesidades de su adiestramiento. El valor educativo de estas rotaciones tiene que documentarse claramente. En estos sitios se requiere el mismo grado de supervisión constante que en el

---

\*Cuando a los residentes les parezca necesario cambiar de programa, ellos y los directores del programa deben consultar con el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar antes de poner en práctica tal arreglo.

Centro de Medicina Familiar. El uso de sitios o rotaciones a distancia en servicios clínicos no tiene que interrumpir la continuidad de la atención en el Centro de Medicina Familiar durante más de dos meses en el segundo año y dos meses en el tercero.

Los residentes tienen que regresar al Centro de Medicina Familiar y proporcionar continuidad de atención a sus grupos de pacientes durante al menos dos meses antes de iniciar una nueva experiencia a distancia.

## 2) Atención integral orientada hacia la familia

La medicina familiar es una especialidad integral. El médico de familia asume la responsabilidad de la atención de la salud total del individuo y la familia, considerando las dimensiones sociales, fisiológicas, económicas, culturales y biológicas. En consecuencia, los programas también tienen que recalcar la importancia de la atención médica integral de los pacientes y las familias. A los residentes tiene que dárseles la oportunidad de lograr un alto grado de competencia en el mantenimiento de la salud y en el tratamiento de enfermedades y problemas, así como en el desarrollo de conocimientos, aptitudes y actitudes que reflejen la experiencia adquirida en el tratamiento integral de los pacientes. Los residentes también tienen que adiestrarse en la educación del paciente.

La responsabilidad de proporcionar atención de la salud a las familias es un concepto fundamental de la disciplina de la medicina familiar. El programa tiene que proporcionar la oportunidad de que los residentes adquieran conocimientos y experiencia en la prestación de atención sanitaria longitudinal a las familias. Esto debe incluir ayudar a las personas a enfrentar enfermedades graves de otros miembros de la familia. Si bien el tratamiento de la enfermedad es una función básica del médico familiar, otra de sus responsabilidades principales es mantener la salud entre los miembros de la familia.

La atención integral tiene que enseñarse longitudinalmente en entornos didácticos y clínicos durante el período completo de adiestramiento en residencia. Los siguientes elementos tienen que estar incluidos y deben entenderse dentro del concepto de la atención familiar, es decir, la repercusión que la necesidad de atención de un individuo tiene sobre la familia:

### Individuales

- a) evaluación de la salud
- b) mantenimiento de la salud
- c) prevención
- d) enfermedades agudas y crónicas o lesiones
- e) traumatismos
- f) rehabilitación
- g) orientación conductual
- h) educación en salud
- i) sexualidad humana

### Familiares

- a) estructura familiar
- b) dinámica familiar
- c) consejo genético
- d) desarrollo de la familia
- e) planificación de la familia
- f) crianza y educación de los hijos
- g) envejecimiento
- h) la muerte y el proceso de morir,
- i) epidemiología de la enfermedad en las familias
- j) función de la familia en el tratamiento de enfermedades
- k) orientación y educación
- l) nutrición.

### 3) Entorno primario para la medicina familiar

Si bien la adquisición de conocimientos, aptitudes y actitudes de la medicina familiar por parte de los residentes debe ocurrir en todos los elementos del plan de estudios, el entorno primario para este adiestramiento está en el Centro de Medicina Familiar, en el cual los residentes proporcionan atención continua e integral a sus grupos de pacientes.

En el primer año de adiestramiento se necesita un período de orientación en el Centro de Medicina Familiar para introducir el enfoque integral sobre la atención de la salud y ayudar a que el residente desarrolle su identidad como médico de familia. Además, los residentes deben ser asignados al Centro de Medicina Familiar durante al menos medio día por semana durante el primer año de adiestramiento.

Durante el segundo año los residentes deben pasar entre dos y cuatro medios días por semana en el centro. La cantidad de tiempo en el centro debe aumentarse en el tercer año a tres a cinco medios días por semana. Pueden utilizarse asignaciones cortas pero intensivas

al Centro de Medicina Familiar en el segundo y tercer años con fines educativos específicos, siempre que de ese modo no se comprometa el plan general de estudios.

C) **Experiencia con especialidades**

1) **Comportamiento humano y psiquiatría**

La mayoría de los conocimientos y las aptitudes del residente de medicina familiar en esta área deben adquirirse mediante un programa en el cual la psiquiatría y las ciencias de la conducta se integran con la medicina familiar, la medicina interna, la pediatría y otras disciplinas en la totalidad de la experiencia educativa del residente.

El Centro de Medicina Familiar debe servir como el sitio principal para que los residentes logren los objetivos de esta porción del plan de estudios. Los estudios sobre la conducta humana deben incluir la promoción del bienestar y la prevención del deterioro de los médicos.

Tiene que impartirse instrucción en las siguientes áreas del comportamiento humano:

- a) diagnóstico y tratamiento de los componentes psicológicos de la enfermedad
- b) tratamiento de los trastornos psiquiátricos
- c) dinámica familiar
- d) relación médico-paciente
- e) orientación de pacientes
- f) destreza en la realización de entrevistas y otras aptitudes para la comunicación
- g) crecimiento normal y variantes psicosociales
- h) etapas de estrés en el ciclo vital de la familia
- i) abuso de sustancias.

Debe haber un programa didáctico formal que complemente la experiencia clínica sobre el comportamiento humano. La instrucción debe ser proporcionada por profesores que tengan el adiestramiento y la experiencia necesarios para aplicar los principios modernos conductuales y psiquiátricos a la atención de una población indiferenciada.

Tiene que haber un componente de adiestramiento en psiquiatría que abarque el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales y mentales. Tienen que incluir elementos de psicoterapia, psicofarmacología, orientación psiquiátrica y una gran

variedad amplia de trastornos mentales. El alcoholismo y otras formas de abuso de sustancias también tienen que incluirse específicamente en el plan de estudios. Las experiencias breves pero intensivas en los centros dedicados a la atención de pacientes crónicamente enfermos deben ser limitadas.

La enseñanza de este componente del programa debe confiarse a médicos de familia y psiquiatras calificados.

## 2) Medicina comunitaria

Los residentes deben tener experiencias que les ayuden a comprender la función de la empresa privada, las organizaciones de voluntarios y el gobierno en la atención moderna de la salud. Además, a los residentes deben enseñárseles los principios de la aplicación del conocimiento médico moderno a la atención de la población. Tiene que haber instrucción en al menos las siguientes áreas de la medicina comunitaria:

- a) La medicina ocupacional tiene que incluir una evaluación de las enfermedades y las lesiones relacionadas con el trabajo, la identificación y el tratamiento de los riesgos para la salud relacionados con el trabajo y los principios básicos de la evaluación de discapacidades. Dentro de lo posible, se debe promover el contacto directo con programas organizados de higiene industrial.
- b) Los recursos sanitarios de la comunidad tienen que incluir contacto con entidades gubernamentales, voluntarias y privadas cuyos servicios pueden utilizarse en la atención de los pacientes y sus familias.
- c) La epidemiología de las enfermedades tiene que incluir las relaciones causales biológicas y sociales de las enfermedades comunes.
- d) La higiene escolar tiene que incluir el estudio de los problemas de salud relacionados con la escuela, la identificación de problemas de aprendizaje comunes, la adaptación a las discapacidades físicas, la evaluación para los deportes y las actividades recreativas organizadas.

- e) La educación sanitaria de la comunidad tiene que incluir el examen de los métodos disponibles para la transferencia de información a la población, las técnicas de utilización de los medios de comunicación y la función del médico en la educación sanitaria de la comunidad.
- f) Los servicios de salud pública tienen que incluir el estudio de los recursos de salud pública disponibles a los niveles local, estatal, nacional e internacional, y los medios por los cuales los médicos pueden ayudar a sus pacientes mediante la utilización de dichos recursos.
- g) La salud ambiental tiene que incluir problemas comunes como los desechos tóxicos, el abastecimiento de agua pura y la contaminación del aire, así como la función del médico en la comunidad donde existen estas inquietudes.

### 3) Geriatria

Una porción significativa de la práctica de todo médico de familia incluye la atención de los ancianos. A lo largo de todo el programa del residente tiene que haber oportunidades educativas para abordar este elemento del plan de estudios. Un enfoque multidisciplinario estructurado por parte de los profesores es esencial para la enseñanza de este elemento mediante conferencias didácticas y experiencia clínica en los siguientes entornos: el centro de medicina familiar, el hospital, los hogares para convalecientes, los hogares de ancianos, las entidades voluntarias y el hogar del paciente. La educación en la atención del anciano tiene que incluir los aspectos preventivos de la atención de la salud, los cambios fisiológicos y psicológicos de la senectud, los parámetros socioculturales, los aspectos nutricionales y patológicos (agudos y crónicos) del envejecimiento y la utilización adecuada de todos los miembros del equipo de atención de la salud. Los residentes tienen que recibir adiestramiento suficiente para poder proporcionar una evaluación funcional de los pacientes ancianos.

**4) Prevención de enfermedades y promoción de la salud**

La prevención de enfermedades y discapacidades, la promoción de la salud, el mantenimiento de la salud y los exámenes de detección son aspectos importantes de la medicina familiar. La medicina preventiva tiene que incluir adiestramiento en inmunizaciones y en los comportamientos apropiados que protegen al individuo y a las familias de enfermedades o lesiones. Los residentes deben tener oportunidad de adquirir conocimientos específicos, aptitudes y actitudes que proporcionan competencia especial en estas áreas. Los residentes tienen que instruirse en los principios generales de la promoción de la salud y la intervención apropiada basada en las necesidades del paciente y la comunidad. Este contenido debe presentarse tanto en entornos didácticos como clínicos.

**5) Medicina interna**

La experiencia de medicina interna tiene que proporcionar al residente la oportunidad de adquirir el conocimiento y las aptitudes relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no quirúrgicas de los adultos. Esta experiencia debe utilizarse para mejorar la comprensión de la fisiopatología de las técnicas de diagnóstico y terapéuticas no quirúrgicas, así como para hacerse de un método disciplinado y científico para abordar el ejercicio de la medicina.

La organización del plan de estudios de medicina interna dependerá en gran parte de la forma en que se organice la prestación de los servicios asistenciales en el programa de enseñanza. Se tienen que incluir tanto experiencias de hospitalización como de pacientes ambulatorios y progresar de lo general a lo específico en materia de contenido. El cuerpo docente debe incluir médicos de familia, internistas generales y subespecialistas. El adiestramiento en medicina interna debe durar entre 8 y 12 meses e incluir experiencias estructuradas en cardiología y unidades de terapia intensiva, así como educación en endocrinología, enfermedades pulmonares, hematología y oncología, gastroenterología, enfermedades infecciosas, reumatología, nefrología, alergia e inmunología, y neurología. Donde existe, puede utilizarse un servicio de

hospitalización de medicina familiar para cumplir una porción de este requisito.

6) **Pediatría**

El programa tiene que ofrecer una experiencia educativa estructurada en pediatría de cuatro a cinco meses que incluya experiencias ambulatorias y de hospitalización. Esta tiene que incluir la sala de recién nacidos, así como reanimación, estabilización y preparación para el transporte del recién nacido afectado. El residente debe tener la oportunidad de conocer el período prenatal, el nacimiento, el desarrollo desde recién nacido hasta la adolescencia, y los problemas emocionales de los niños y su tratamiento.

Además, al residente debe enseñársele a reconocer y tratar problemas conductuales, médicos y quirúrgicos de los niños y adolescentes en el hogar, como pacientes ambulatorios y en el hospital.

7) **Cirugía**

El programa tiene que proporcionar instrucción en el diagnóstico y tratamiento de urgencias quirúrgicas, así como en su remisión apropiada y oportuna para que se les preste atención especializada. Al residente también debe enseñársele a reconocer las afecciones que preferentemente se tratan con procedimientos electivos.

El residente tiene que aprender a conocer diferentes tratamientos quirúrgicos y los riesgos potenciales asociados con ellos para poder dar el asesoramiento, las explicaciones y el apoyo emocional adecuado a los pacientes y sus familias.

El residente tiene que recibir adiestramiento en atención pre y posoperatoria, principios quirúrgicos básicos, asepsia, manipulación de los tejidos y aptitudes técnicas para asistir al cirujano en la sala de operaciones. El programa debe proporcionar oportunidad a los residentes de adquirir el dominio técnico de los procedimientos quirúrgicos específicos que como médicos de familia se les puede pedir que realicen. Si los residentes planean incluir la cirugía como un

aspecto principal de su práctica profesional, tienen que obtener adiestramiento adicional.

El requisito en cirugía incluye tanto cirugía general como experiencia en una subespecialidad. Los residentes tienen que participar en una experiencia estructurada en cirugía general de dos a tres meses de duración, incluida experiencia en la sala de operaciones. La experiencia con pacientes ambulatorios en cirugía general se recomienda para que el residente adquiera competencia en el diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de problemas comunes de cirugía general ambulatoria.

Las experiencias requeridas en subespecialidades quirúrgicas pueden ser cortas pero intensivas, o bien pueden ser longitudinales. Se exigen entre 140 y 200 horas de ortopedia independientemente del tiempo que se pase en el Centro de Medicina Familiar. Se requieren de 40 a 80 horas en cada una de las siguientes subespecialidades: oftalmología, otorrinolaringología y urología. Se prevé que las experiencias en las subespecialidades quirúrgicas tendrán lugar principalmente con pacientes ambulatorios. Estas experiencias se exigen además de lo se aprenda en la consulta.

#### 8) Ginecología y obstetricia

Al residente tiene que proporcionársele instrucción en la repercusión biológica y psicológica que el embarazo, el parto y la atención del recién nacido tienen sobre la mujer y su familia. Al residente deben enseñársele los aspectos técnicos de la atención prenatal y posparto y del proceso de parto normal, así como de las complicaciones del embarazo y su tratamiento. Al residente deben enseñársele ciertas aptitudes que se aplican en procedimientos obstétricos y ginecológicos. Para adquirir tales aptitudes el residente de medicina familiar tiene que pasar al menos tres meses en una experiencia educativa estructurada, de la cual al menos dos meses tienen que cumplirse en obstetricia y al menos un mes en ginecología. El residente tiene que asumir responsabilidad por la atención continua prenatal, natal y posnatal de varias pacientes con el fin de alcanzar los objetivos requeridos. Siempre que sea posible estas pacientes deben tomarse del grupo de pacientes

asignado a los residentes en el Centro de Medicina Familiar.

El programa tiene que poder ofrecer adiestramiento adicional en ginecología y obstetricia a los que así lo deseen dentro del plan de estudios de 36 meses. Se debe incluir obstetricia de alto riesgo y la oportunidad de que los residentes adquieran el dominio técnico de los procedimientos quirúrgicos que como médicos familiares tal vez se les pida que realicen.

**9) Medicina de urgencias**

El programa tiene que ofrecer una experiencia educativa estructurada de uno a tres meses de duración en medicina de urgencias, con supervisión *in situ* competente y de tiempo completo. El mes inicial debe constar de una rotación en bloques, en vez de tener un formato longitudinal.

Se tiene que contar con instalaciones de tipo y calidad suficientes, equipo, personal de apoyo y una gran variedad de problemas entre los pacientes para proporcionar a los residentes la experiencia adecuada en el tratamiento inicial de urgencias graves.

La porción de medicina de urgencias del plan de estudios debe emplear experiencias tanto didácticas como clínicas. Se tienen que enseñar a todos los residentes técnicas modernas para salvar vidas, por ejemplo, técnicas cardiovasculares avanzadas para el mantenimiento de la vida, intubación de las vías respiratorias, colocación de sondas torácicas y hemostasia.

**10) Medicina del deporte**

La medicina del deporte tiene que incluir evaluación física básica para la participación en actividades deportivas, así como evaluación y tratamiento de lesiones comunes.

**11) Dermatología**

El plan de estudios tiene que incluir una experiencia educativa obligatoria de 60 a 120 horas en dermatología. La mayor parte de esta experiencia debe adquirirse con pacientes ambulatorios y bajo la tutela de un profesor

calificado de dermatología, y debe complementar el aprendizaje que se adquiera en la consulta.

**12) Diagnóstico por imágenes**

El programa tiene que proporcionar a los residentes amplia oportunidad de aprender la aplicación apropiada de las técnicas y consultas especializadas del diagnóstico por imágenes de los distintos aparatos y sistemas corporales. La instrucción debe incluir las limitaciones y riesgos inherentes a estas técnicas. El formato de la instrucción debe adaptarse a los recursos disponibles, pero tiene que incluir la interpretación de las placas radiográficas ordinarias y de los estudios mediante formación de imágenes relacionados con la práctica de la medicina familiar.

**13) Aspectos administrativos del ejercicio profesional**

Tienen que impartirse 60 horas de instrucción sobre los aspectos administrativos del ejercicio profesional, distribuidas entre la teoría y la práctica. Se debe hacer hincapié en que el residente adquiera las herramientas para tener éxito en el ejercicio de su profesión al tiempo que presta atención óptima a los pacientes.

El Centro de Medicina Familiar debe considerarse uno de los sitios primarios para la enseñanza de los aspectos de gestión del ejercicio de la profesión.

**14) Otros elementos del plan de estudios**

Otras áreas del adiestramiento deben incluir:

- a) medicina nuclear
- b) medicina física y rehabilitación
- c) laboratorio clínico
- d) uso de medicamentos y sus interacciones
- e) administración de anestésicos
- f) responsabilidad profesional y manejo de riesgos

**15) Asignaturas optativas**

Las asignaturas optativas bien estructuradas que constituyen experiencias de aprendizaje útiles y eficaces son una parte esencial de un programa de residencia en medicina familiar. Las asignaturas

optativas no deben consumir más de seis meses del programa total de estudios, pero los residentes tienen que disponer de un mínimo de tres meses disponibles para asignaturas optativas. El residente debe elegir las asignaturas optativas con el asesoramiento y el consentimiento del director del programa. La mayoría de las asignaturas optativas se referirá a subespecialidades de las especialidades primarias principales y pueden tomarse en diversas maneras. Sin embargo, los residentes deben tener a su disposición una experiencia estructurada en atención de la salud rural y de los sectores urbanos de escasos recursos, si tal experiencia agrega una dimensión al programa educativo que de otra forma estaría ausente.

Las asignaturas optativas están concebidas principalmente para enriquecer el adiestramiento de los residentes con experiencias aplicables a sus planes o intereses profesionales como médicos de familia. Después de la orientación adecuada por el director del programa o los profesores, los residentes pueden emplear algunas de las asignaturas optativas para subsanar carencias en sus conocimientos o aptitudes. Como máximo puede emplearse la mitad del tiempo electivo total con fines de recuperación.

#### 16) Investigación

Algunos profesores del programa deben participar activamente en la investigación para proporcionar un ambiente académicamente estimulante para los residentes.

La participación de cada residente en un programa de investigación activa debe promoverse como parte esencial de la preparación para toda una vida de autoeducación una vez finalizado el adiestramiento formal. En general, esta actividad debe desarrollarse simultáneamente con otras asignaciones, siempre que las responsabilidades del residente se adapten a fin de permitir un tiempo razonable para la investigación. Esta experiencia debe servir para que los residentes tomen conciencia de los principios básicos del diseño de un estudio, su realización, análisis y redacción del informe, así como de la importancia de la investigación para la asistencia de pacientes.

## 17) Conferencias

El programa debe contar con un calendario general de conferencias que cubra la totalidad de los temas esenciales de la medicina familiar.

Las conferencias, los seminarios o los talleres para los residentes de medicina familiar deben diseñarse de modo de aumentar sus experiencias clínicas y celebrarse al menos dos veces a la semana. Las presentaciones tienen que ser realizadas por personas versadas en los temas bajo discusión. Los residentes también deben tener oportunidad de presentar casos. Deben participar el cuerpo docente, el personal médico y los residentes, pero las conferencias diseñadas exclusivamente para el personal médico son inadecuadas como sustituto de un calendario completo de conferencias para el adiestramiento de graduados.

También debe haber conferencias regulares programadas para profesores y residentes durante las cuales se realicen revisiones críticas de la bibliografía médica.

Tienen que existir requisitos razonables de asistencia y el director del programa debe supervisar la asistencia de profesores y residentes.

## III. PERSONAL DOCENTE

### A) Director del programa

Antes de asumir este puesto un director de programa tiene que acreditar un mínimo de dos años de actividad profesional de tiempo completo en medicina familiar y experiencia didáctica en un programa de residencia de medicina familiar.\* El director tiene que contar con certificación actual del Consejo Estadounidense de Medicina Familiar o tener calificaciones equivalentes apropiadas. El CSR determinará la aceptabilidad de dichas calificaciones equivalentes.

El director del programa de residencia tiene que haber demostrado capacidad como profesor, clínico y administrador.

---

\*Esto no se aplica a los directores de programa que fueron nombrados antes del 1 de julio de 1983.

El director tiene que ser capaz de administrar el programa con eficacia y participar activamente en la atención de los pacientes. Esta persona tiene que dedicar al programa de residencia tiempo suficiente para proporcionar continuidad al liderazgo y cumplir las responsabilidades administrativas y didácticas inherentes al logro de las metas educativas del programa.

La continuidad de la dirección durante varios años es importante para la estabilidad de un programa de residencia. Los cambios frecuentes de dirección o períodos largos de dirección temporal generalmente causan un efecto adverso sobre un programa educativo y serán motivo de grave inquietud. El Comité de Supervisión de Residencias tiene que ser notificado con prontitud de cualquier cambio en la dirección del programa.

**B) Cuerpo docente de medicina familiar**

El cuerpo docente tiene que incluir a profesores con los intereses y la experiencia diversificada necesarios para satisfacer las responsabilidades de adiestramiento del programa. Una medida de la calidad de un cuerpo docente es si hay pruebas de su participación en la investigación y otras actividades académicas. El número de profesores médicos tiene que ser suficiente para garantizar en todo momento un número apropiado que, libre de otras obligaciones, pueda supervisar a los residentes en el Centro de Medicina Familiar cuando los residentes están viendo a los pacientes. Tiene que haber al menos el equivalente de un profesor de medicina familiar de tiempo completo por cada seis residentes en el programa. En los casos en que se empleen profesores a tiempo parcial, tiene que demostrarse continuidad suficiente en la enseñanza y la supervisión.

Los profesores de medicina familiar deben comprometer un tiempo determinado a la asistencia de pacientes que les permita mantener al día sus aptitudes clínicas y dar el ejemplo a los residentes. Los profesores de medicina familiar tienen que gozar de privilegios de admisión y ejercicio de la profesión en el hospital u hospitales a los cuales acuden la mayoría de los pacientes del Centro de Medicina Familiar.

Los médicos de otras especialidades que son parte del profesorado del programa tienen que dedicar el tiempo suficiente a la enseñanza y la supervisión de los residentes de medicina familiar para asegurar que se alcancen las metas del programa en las áreas de su especialidad.

**C) Cuerpo de consultores**

El programa debe utilizar interconsultas con especialistas reconocidos en sus campos. Las interconsultas deben ocurrir en una ubicación que permita que los residentes participen en ellas como una experiencia educativa.

**D) Otros profesores especiales**

Se necesitarán otros profesores que realicen aportes en las áreas de ciencias del comportamiento, servicios sociales, nutrición, estomatología y farmacia. Si no es fácil recurrir a los profesores o personal médico del programa, se pueden utilizar recursos de la comunidad.

**E) Calificaciones de los profesores**

Todos los profesores clave del programa tienen que demostrar las calificaciones apropiadas para sus áreas de especialidad, por ejemplo, certificación del consejo correspondiente o su equivalente para los médicos y las credenciales apropiadas para los docentes no médicos. Tiene que haber un sistema explícito para adquirir y mantener las aptitudes académicas y clínicas entre los profesores y fomentar su desarrollo y perfeccionamiento profesional continuos.

**F) Supervisión**

Al director del programa le cabe la responsabilidad de asegurar que los residentes reciban la supervisión apropiada. Las políticas y procedimientos del programa y de la institución tienen que asegurar que todos los residentes reciben la supervisión adecuada mientras llevan a cabo sus responsabilidades asistenciales. Las normas de supervisión de la residencia deben ser compatibles con las de la institución.

Los calendarios de guardia de los profesores tienen que estructurarse de modo tal que los residentes de guardia encargados de la atención de los pacientes cuenten con supervisión adecuada. Un profesor calificado del programa tiene que estar presente cuando los servicios o los procedimientos necesarios exceden la capacidad del residente de mayor antigüedad o cuando no se dispone de residentes más calificados para supervisar a sus colegas menos avanzados.

**G) Personal de apoyo**

Tiene que haber personal de apoyo en número y variedad suficientes para satisfacer las necesidades asistenciales y educativas de los residentes.

#### **IV. POBLACION DE PACIENTES**

El programa debe asistir a pacientes que proporcionen un amplio espectro de problemas y representen a los dos sexos, así como a diversos niveles de ingreso y edades en el hospital, el Centro de Medicina Familiar, el hogar y las instituciones para la atención o la rehabilitación a largo plazo. Tiene que haber un programa institucional de evaluación de asistencia de pacientes para fomentar la mejora continua de la atención ambulatoria y de hospitalización prestada por la institución y el personal médico.

##### **A) Enfermos hospitalizados**

Tiene que contarse con un número suficiente de enfermos hospitalizados que proporcionen un espectro amplio de problemas en una disciplina dada. El espectro de enfermedades disponibles para la educación de los residentes tiene que ser común a la comunidad en general. El programa tiene que ofrecer una experiencia educativa estructurada que permita a los residentes la oportunidad de adquirir experiencia en la atención inicial de urgencias raras o potencialmente mortales.

##### **B) Pacientes ambulatorios**

Una población estable de pacientes en número y variedad suficiente es necesaria para asegurar la diversidad y continuidad de experiencias de los residentes. La mayor parte de las visitas de los pacientes al Centro de Medicina Familiar debe concentrarse en las unidades familiares de las cuales un residente es responsable. Una población de pacientes que sólo busca atención ante episodios de enfermedad no satisface este requisito.

El Centro de Medicina Familiar tiene que contar con un volumen suficiente de pacientes para proporcionar experiencia adecuada a los residentes en el programa. Si bien no se especifica el número total de pacientes que debe ver cada residente, éste debe ver los siguientes números mínimos de pacientes a medida que progresa en su adiestramiento: 1-2 pacientes por hora para los residentes de primer-año; 2-3 pacientes por hora para los residentes de segundo año; y 3-4 pacientes por hora para los residentes de tercer año.

#### **V. INSTALACIONES**

Un programa tiene que proporcionar las instalaciones requeridas para la educación de los residentes suficientemente cerca del hospital primario para permitir el funcionamiento eficaz de los programas de adiestramiento.

Pueden emplearse instalaciones didácticas múltiples mientras no se comprometa la calidad del programa educativo y no disminuya significativamente la asistencia de los residentes a las sesiones de enseñanza, ni se reduzcan la camaradería y el intercambio de información entre los residentes y los profesores.

**A) Hospital primario y hospital afiliado**

**1) Número de camas:**

Es esencial que los hospitales participantes, primarios y afiliados, sean de tamaño suficiente y posean un número suficiente de camas ocupadas reservadas a la enseñanza, a fin de asegurar un número suficiente de pacientes y variedad de problemas para la educación de los residentes y otros alumnos de los servicios. La experiencia ha demostrado que a menudo las instalaciones que tienen menos de 135 camas ocupadas no pueden proporcionar recursos físicos, humanos y educativos adecuados para el adiestramiento en medicina familiar.\*

**2) Personal médico:**

Se tiene que disponer de personal médico calificado en número suficiente para asegurar la asistencia de pacientes y la interconsulta adecuada en medicina familiar, medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia, patología, psiquiatría, radiología, otorrinolaringología, urología, neurología, cardiología, dermatología, ortopedia, oftalmología, anestesia y medicina de urgencias.

El personal médico debe estar organizado de manera tal que los médicos de familia puedan participar en actividades apropiadas del gobierno del hospital en forma equivalente a la de otras especialidades. En los casos en que un hospital esté dividido en departamentos, debe haber un departamento clínico de medicina familiar.

---

\*Los requisitos en cuanto a número de camas de hospital pueden considerarse más apropiadamente en función de las que están disponibles para uso en el adiestramiento de residentes, ya sea en el hospital primario únicamente o en el primario más los hospitales afiliados combinados. El número de camas tiene que analizarse en el contexto del número total, tipos y ubicaciones, así como del personal médico disponible para la atención y la enseñanza de calidad.

**3) Uso de varios hospitales:**

Pueden emplearse varios hospitales si el nosocomio primario no puede proporcionar todas las experiencias requeridas. Dichos hospitales no deben encontrarse a tal distancia de la sede primaria que exijan tiempo de traslado excesivo ni tampoco deben fragmentar de otro modo la experiencia educativa.

**B) Centro de medicina familiar**

**1) Situación funcional:**

El centro de medicina familiar para el adiestramiento de los residentes en medicina familiar (ya sea en ubicación temporal o permanente) tiene que estar en funcionamiento para la fecha en que empieza el programa. Si se emplean varios centros, los otros deben reunir los mismos criterios que el primario. Las experiencias disponibles en los diversos centros deben ser equivalentes.

**2) Diseño:**

El centro tiene que ser una unidad claramente identificable que incluya una entrada independiente, sala de espera y sistema de programación de citas médicas. El diseño del centro de medicina familiar tiene que asegurar el flujo adecuado de pacientes para proporcionar atención apropiada y facilidad de acceso a los pacientes y oportunidades didácticas a los residentes. El centro debe haber tomado las provisiones necesarias para ayudar a las personas impedidas.

**3) Tamaño:**

El centro debe contar con dos salas de exploración por médico de turno en un momento dado (contando tanto residentes como profesores que atienden pacientes). En los casos en que el centro de medicina familiar se utiliza para adiestrar a otros alumnos, por ejemplo becarios, enfermeras, estudiantes de medicina y asistentes médicos, se tiene que disponer de espacio adicional suficiente para no menoscabar la eficiencia de los residentes.

Otras áreas funcionales imprescindibles: Tiene que haber una oficina administrativa, una oficina de registros, una biblioteca para la oficina, consultorios de atención de pacientes, una sala de conferencias, un laboratorio básico apropiado para el tipo de actividad.

del centro, un área de trabajo para los residente y oficinas de profesores y personal.

El centro de medicina familiar debe proporcionar espacio para que el médico realice sesiones de orientación individual y en grupos pequeños.

**4) Servicios de laboratorio y de diagnóstico por imágenes:**

Tienen que proveerse servicios de laboratorio y de diagnóstico por imágenes para que los pacientes y los residentes tengan acceso rápido y conveniente, por motivos asistenciales y educativos.

**5) Ubicación:**

La ubicación del centro de medicina familiar con relación al hospital u hospitales debe ser tal que permita ahorrar tiempo a los residentes, a fin de que estos puedan aprovechar las oportunidades educativas y proporcionar la atención de pacientes necesaria en ambos sitios.

**6) Equipo:**

El centro de medicina familiar tiene que contener todo el equipo necesario para satisfacer las necesidades básicas de un centro eficaz de medicina familiar y de un programa educativo aceptable para los residentes de medicina familiar.

**7) Sistema de registros:**

El acceso fácil e inmediato a los registros médicos de pacientes ambulatorios tiene que asegurarse en todo momento.

El sistema de registros tiene que permitir la auditoría asistencial y la inspección de los expedientes clínicos, así como documentar en forma rápida todas las facetas de la atención familiar, incluida la asistencia prestada en el centro de medicina familiar, el hospital, el hogar, por teléfono y en otras instituciones.

El sistema de registros médicos tiene que estar diseñado para que se puedan recuperar los datos pertinentes a la asistencia de pacientes y la supervisión de las experiencias de los residentes.

**8) Programación de las citas médicas:**

Tienen que programar las citas médicas empleados regulares del centro de medicina familiar que conozcan la importancia del sistema de programación de citas y el acceso al médico necesario para la atención continuada.

**9) Horas de funcionamiento:**

El centro de medicina familiar tiene que ser un establecimiento exclusivo asequible a los pacientes durante las horas hábiles, igual que el resto de servicios médicos en la comunidad, para proporcionar atención integral continua y un lugar donde los pacientes pueden dirigirse a obtener servicios.

Cuando el centro de medicina familiar está cerrado, tienen que tomarse medidas para que los pacientes tengan acceso a su médico personal o a un médico designado como sustituto.

**10) Procedencia de los ingresos:**

El funcionamiento fiscal del centro de medicina familiar tiene que reflejar un equilibrio entre el servicio y la educación que no perjudique los objetivos educativos. Debe haber un plan para asegurar la estabilidad fiscal a largo plazo del programa.

**C) Unidades ambulatorias distintas de los centros de medicina familiar**

Las unidades ambulatorias distintas de los centros de medicina familiar son aquellos sitios que proporcionan experiencias diferentes a las que ofrece el centro de medicina familiar y que mejoran el programa educativo.

**VI. EVALUACION**

**A) Evaluación de los residentes**

Tiene que realizarse una evaluación adecuada y continua de los conocimientos, la competencia y el desempeño de los residentes. Deben utilizarse evaluaciones de ingreso, exámenes interinos y revaloraciones periódicas, así como otras modalidades de evaluación.

Tiene que hacerse una evaluación escrita periódica del desempeño del residente. Estas evaluaciones tienen que comentarse con los residentes y estar disponibles para su revisión.

Tiene que utilizarse un sistema para documentar las experiencias de los residentes, a fin de vigilar la experiencia educativa y proporcionar documentación para futuros privilegios de hospital.

**B) Evaluación de los profesores**

Todo el personal docente tiene que ser evaluado en forma permanente. La documentación de la evaluación de los profesores debe incluir: capacidad didáctica, conocimientos clínicos, actitudes, contribuciones académicas, aptitudes interpersonales y capacidad de comunicación.

**C) Evaluación de la asistencia de pacientes**

El programa tiene que considerar la asistencia de alta calidad como uno de sus objetivos primarios y evaluar la atención que se proporciona. Tienen que hacerse auditorías contemporáneas y retrospectivas que ofrezcan la retroalimentación necesaria para continuar mejorando la atención ambulatoria y de hospitalización.

**D) Evaluación del programa**

La residencia de medicina familiar tiene que incorporar todos los elementos de los Requisitos Especiales. El programa debe realizar autoevaluaciones en el contexto de las necesidades educativas de los residentes, las responsabilidades docentes de los profesores y la disponibilidad de recursos de atención de la salud de la comunidad. Esta evaluación debe incluir un examen del equilibrio entre la educación, la investigación y el servicio. La educación médica continua debe ocupar un lugar prominente en el programa y debe alentarse a los residentes a adquirir métodos de aprendizaje para continuar su educación.

#### **E) Evaluación de los egresados**

Es responsabilidad de todos los programas mantener contacto con sus egresados a fin de obtener información acerca de la eficacia de su ejercicio profesional, la pertinencia del adiestramiento en relación con las exigencias del ejercicio profesional, la satisfacción personal, las responsabilidades prácticas, las muestras de participación en la educación médica continua y la certificación por parte de consejos médicos.

### **VII. ELEMENTOS DE INFORMACION**

#### **A) Evaluación por el CSR**

El programa será evaluado por el Comité de Supervisión de Residencias a intervalos regulares. Al director del programa le compete presentar la información exacta y completa que le solicite el CSR en los formularios de información del programa o en comunicaciones especiales del Comité. El CSR juzgará el grado de cumplimiento de los Requisitos Especiales y de los Requisitos Generales.

Una medida de la calidad de un programa de residencia es el desempeño de sus egresados en el examen de certificación del Consejo Estadounidense de Medicina Familiar. En su evaluación de los programas de residencia el CSR considerará la información proporcionada por el CEMF en lo referente a la actuación de los residentes en los exámenes de certificación durante varios años.

El número de residentes que van dejando la profesión y la presencia de una masa crítica de residentes son también factores que el Comité de Supervisión de Residencias tendrá en cuenta en la evaluación general del programa.

#### **B) Notificación de cambios**

Todo cambio importante en el programa, incluido el cambio de dirección, tiene que notificarse con prontitud al CSR. Antes de realizar los siguientes cambios se requiere la aprobación del CSR: 1) agregar o suprimir un hospital importante entre los participantes, 2) utilizar un centro de medicina familiar nuevo o uno adicional o alterar un centro existente de cualquier manera que pueda hacerlo menos apropiado y 3) realizar cambios de envergadura en el formato del programa. Al analizar una propuesta de cambio en un programa, el CSR puede determinar que es necesario realizar una visita *in situ* antes de tomar una decisión.

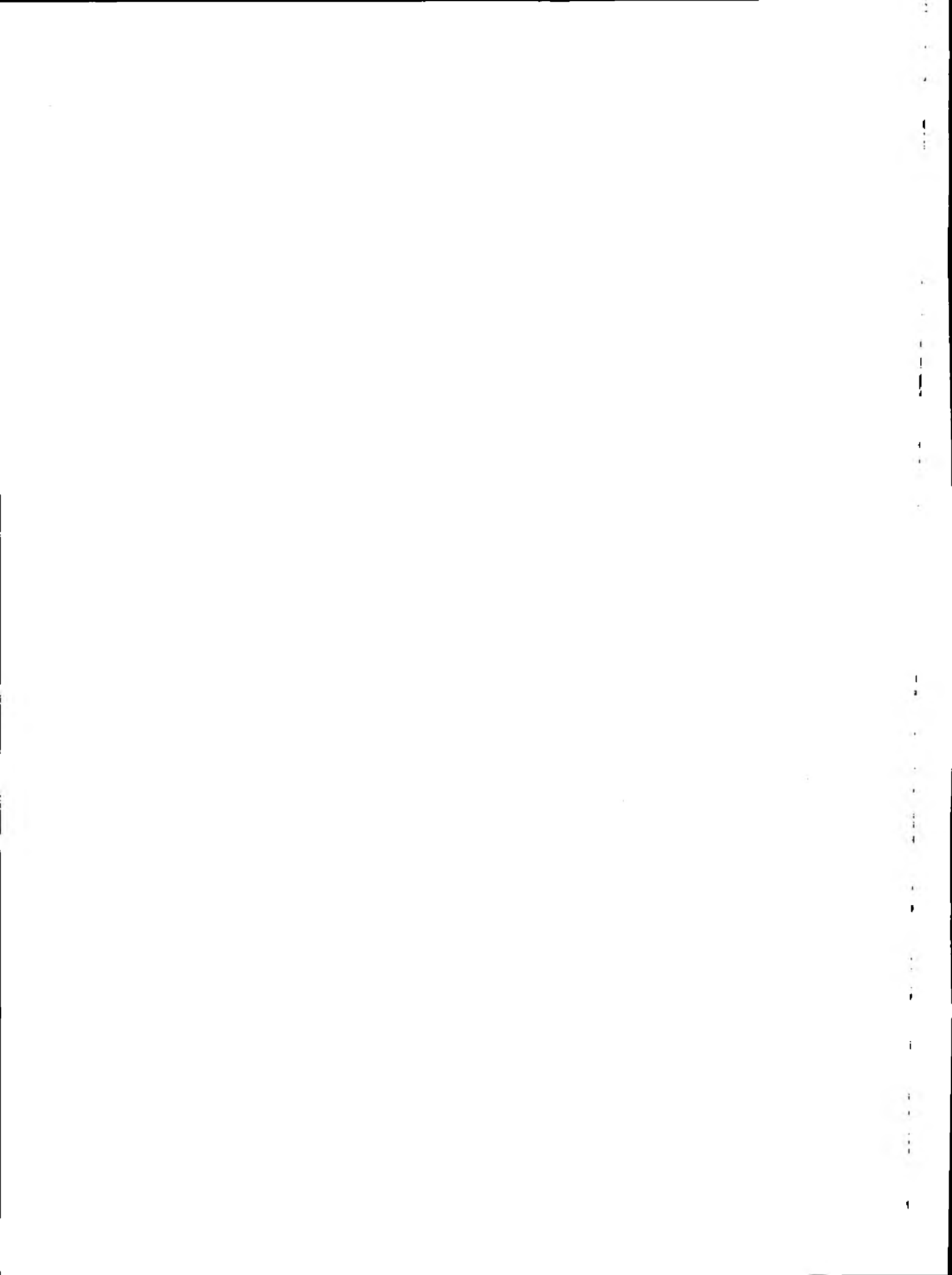
C) **Certificación del Consejo**

Los residentes de medicina familiar que deseen obtener certificación del Consejo Estadounidense de Medicina Familiar deben comunicarse con el Secretario Ejecutivo de este organismo.

CAEMP  
14/02/89  
Revisado  
06/92

*ADVERTENCIA: Se ha obtenido autorización para traducir y reimprimir este documento tanto en ruso como en español. Sin embargo, el CAEMP no ha revisado ni respaldado la traducción de los Requisitos Especiales para el Adiestramiento de Residencia en Medicina Familiar, que adoptó y publicó originalmente en inglés.*

## **APENDICE B**



MANUAL DE INFORMACION GENERAL  
PARA DIRECTORES DE PROGRAMA

EL PROGRAMA DE RESIDENCIA

I. DEFINICION OFICIAL DE MEDICINA FAMILIAR ADOPTADA POR EL CEMF

La medicina familiar es la especialidad médica que se ocupa de la atención integral de la salud del individuo y la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y conductuales. El alcance de la medicina familiar no se ve limitado por la edad, el sexo, el aparato o sistema afectado ni por el tipo de enfermedad.

II. DIRECTRICES PARA LA RESIDENCIA EMITIDAS POR EL CONSEJO ESTADOUNIDENSE DE MEDICINA FAMILIAR

A. GENERALIDADES

Los directores de programa son responsables por dirigir sus programas de adiestramiento de residentes conforme a los "Elementos Esenciales de las Residencias Acreditadas en Educación Médica de Posgrado", tal como se describen en la Guía de Programas de Educación Médica de Posgrado publicada anualmente por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (CAEMP). Los directores deben examinar periódicamente, junto con los profesores, el personal médico y los residentes, los Requisitos Generales así como los Requisitos Especiales para el Adiestramiento de Residencia en Medicina Familiar.

Los directores de programa tienen que proporcionar al Consejo un reconocimiento firmado por cada residente indicando que, antes de entrar al programa, el residente ha leído lo siguiente: 1) los "Elementos Esenciales de las Residencias Acreditadas" (Generalidades) publicados por el CAEMP; 2) los "Requisitos Especiales para el Adiestramiento de Residencia en Medicina Familiar"; 3) los "Requisitos para la Certificación por el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar"; y 4) cualesquiera otros requisitos del programa específico al cual el residente desee entrar.

Debe observarse que cualquier variación de los "Requisitos Especiales para el Adiestramiento de Residencia en Medicina Familiar" o el incumplimiento de los Requisitos del CEMF para la Certificación expone al residente al peligro de no poder satisfacer los requisitos para el examen del Consejo.

Si les queda alguna duda en lo referente al cumplimiento de los "Requisitos Especiales para el Adiestramiento de

Residencia en Medicina Familiar" o los Requisitos del CEMF para la Certificación, los directores de programa deberán consultar con el Consejo y obtener documentación sobre el problema específico para que las decisiones que se tomen sean un hecho establecido.

**B. SELECCION DE LOS RESIDENTES**

Sólo aquellos médicos que poseen las calificaciones establecidas en la sección "Selección y Requisitos que Deben Cumplir los Residentes", de la Guía de Programas de Educación Médica de Posgrado, reúnen los requisitos para ingresar a un programa de adiestramiento de residencia en medicina familiar acreditado por el CAEMP.

**C. REGISTRO DE RESIDENTES**

El CAEMP requiere el registro formal de todos los residentes que participen en programas acreditados de residencia en medicina familiar. Esto incluye a quienes se integran al programa como residentes de primer año así como a los que se transfieren de otros programas o son admitidos a niveles avanzados provenientes de otras disciplinas.

En la actualidad el registro de residentes se realiza mediante colaboración con la Academia Estadounidense de Médicos Familiares haciendo uso de información de la Encuesta Anual sobre Programas de Residencia en Medicina Familiar.

**D. INGRESO A NIVEL AVANZADO Y TRANSFERENCIAS ENTRE PROGRAMAS**

**Estados Unidos y Canadá**

Todo programa acreditado de adiestramiento en medicina familiar que desee admitir a un residente para adiestramiento con crédito para la certificación por otros tipos de adiestramiento acreditado anterior como equivalentes del adiestramiento en medicina familiar, tiene que obtener la aprobación escrita del Consejo antes del ingreso del interesado en el programa de medicina familiar. El Consejo puede otorgar crédito solamente por experiencias equivalentes al adiestramiento en medicina familiar y solamente en la cantidad que sea compatible con los "Requisitos Especiales para el Adiestramiento de Residencia en Medicina Familiar". Se considerará otorgar crédito equivalente hasta por un máximo de 12 meses. Una vez que el residente empiece un programa a un nivel definido con un crédito determinado, no se permitirá agregar ningún crédito adicional para la certificación en virtud del adiestramiento anterior.

Si un programa admite a un residente previendo concederle crédito para ubicación avanzada con miras a la certificación, pero sin haberse comunicado previamente por escrito con el Consejo, el residente deberá completar el total de 36 meses de adiestramiento según las normas del CAEMP antes de solicitar la certificación. Además, si se prevé emplear el adiestramiento anterior para satisfacer los requisitos de la residencia pero sin reducir la duración del programa, también será preciso comunicarse con el Consejo antes de que el residente ingrese.

Una vez que el residente ha comenzado su adiestramiento en un programa de medicina familiar acreditado por el CAEMP, toda transferencia o cambio de programa tiene que contar con la aprobación escrita previa del Consejo. Se desaconsejan enfáticamente las transferencias de un programa acreditado de medicina familiar a otro después de haber comenzado el segundo año (R-2). El Consejo sólo considerará solicitudes de transferencia en casos extremos. Al considerar tales transferencias, al Consejo le preocupan principalmente los requisitos de continuidad de la atención durante el segundo y tercer años del adiestramiento del residente, según se estipula en los "Elementos Esenciales".

Todo cambio que no haya sido aprobado por el Consejo y que discrepe con el requisito de continuidad pondrá en peligro la solicitud del residente para el Examen de Certificación.

El Consejo hará todo lo posible por hacer expedito el trámite administrativo de todas las solicitudes de autorización de ingreso a un nivel avanzado. Los directores de programa pueden ayudar a que el Consejo agilice estos trámites siguiendo el formato recomendado.

1. Toda transferencia entre programas, cambio o ingreso a nivel avanzado tiene que contar con la aprobación escrita previa del Consejo Estadounidense de Medicina Familiar.
2. El adiestramiento en programas aprobados por el CAEMP o por la Asociación Estadounidense de Osteópatas (AEO) puede considerarse para otorgamiento de crédito para transferencia o ingreso como residente avanzado. La experiencia adquirida en programas de adiestramiento que no sean del CAEMP ni de la AEO se considerarán sólo en la medida en que se apliquen los reglamentos mencionados más adelante.
3. El crédito para transferencia no podrá exceder de doce (12) meses.

4. Toda solicitud de reconocimiento de crédito con fines de transferencia o ingreso como residente avanzado tiene que partir del director del programa y referirse a un solo individuo. Se ha preparado un formulario para facilitar el proceso de reconocimiento de crédito para transferencia o inscripción como residente avanzado. Se insta a los directores de programa a emplear este formulario. Puede adjuntarse una hoja separada si algún aspecto de la solicitud requiere explicación o aclaración.

A continuación se enumera el máximo máximo que se otorgará por cada asignatura.

Puede emplearse cualquier combinación, siempre que no exceda un total combinado de doce (12) meses.

ASIGNATURA	TOTAL DE CREDITO
Anestesiología	1 mes
Medicina comunitaria	1 mes
Dermatología	120 horas ++
Diagnóstico por imágenes	1 mes
Medicina de urgencias	3 meses
Medicina familiar	2 meses
Cirugía general	3 meses
Geriatría	1 mes
Medicina interna	12 meses
Neurología	1 mes
Ginecología y obstetricia	3 meses
Obstetricia	2 meses
Ginecología	1 mes
Ginecobstetricia (nivel avanzado)	3 meses *
Oftalmología	80 horas +
Cirugía ortopédica	200 horas **
Otorrinolaringología	80 horas +
Patología	1 mes
Pediatría	5 meses
Medicina física y rehabilitación	1 mes
Aspectos administrativos del ejercicio de la profesión	60 horas +
Medicina preventiva	1 mes
Psiquiatría y comportamiento humano	2 meses
Medicina del deporte	1 mes
Urología	80 horas +
Asignaturas optativas	6 meses

\* Como tiempo electivo

\*\* 1 mes + 2 semanas

++ 3 semanas

5. Cada solicitud se evaluará individualmente. Se enviará la determinación del crédito al director del programa que acepta al residente.
6. El residente que solicite transferencia o colocación avanzada es responsable de hacer que el director del programa anterior proporcione al CAEMP la documentación final del desempeño satisfactorio.

### Adiestramiento médico en el extranjero

Dado que es sumamente difícil evaluar las credenciales de los médicos que han recibido educación de pre y posgrado fuera de los Estados Unidos o Canadá, se ha establecido la siguiente política para los

médicos que prevén inmigrar o ya han inmigrado a los Estados Unidos y deseen recibir crédito de transferencia por su adiestramiento anterior con miras a la certificación.

1. Todas las solicitudes de crédito de transferencia tienen que venir de un programa de medicina familiar acreditado por el CAEMP en nombre del médico que desea dicho crédito.
2. En ninguna circunstancia se concederá crédito de transferencia por más de 12 meses calendario en relación con educación médica de posgrado adquirida en programas no acreditados por el CAEMP y tal crédito, si lo hay, se limitará al primer año de adiestramiento de residencia en medicina familiar.
3. Para que se considere otorgarle algún crédito, el médico que solicita el reconocimiento tiene que haber completado un mínimo de tres años de educación y experiencia médica de posgrado, un año de educación médica de posgrado más allá del grado de médico, más dos años adicionales de educación médica de posgrado o experiencia práctica.
4. La documentación de apoyo para una solicitud de crédito para la transferencia de un programa de residencia tiene que incluir:
  - a. Documentos de licenciatura en el estado, la provincia o el país donde se ejerció la profesión.
  - b. Certificados de haber completado los estudios en una facultad de medicina (aprobada por la Organización Mundial de la Salud), el internado o residencia o su equivalente, o ambos, y la certificación de especialidad o subespecialidad. También se tiene que incluir y verificar debidamente una descripción del calendario de rotación clínica o el número de meses de adiestramiento cumplidos en una especialidad.
  - c. Una declaración escrita de hospitales, médicos y sociedades médicas sobre la experiencia en el ejercicio de la medicina.
  - d. Recibo de un certificado estándar válido emitido por la Comisión Educativa para los Médicos Graduados en el Extranjero.
5. Antes de ingresar al programa de residencia, el médico que solicita el crédito tiene que obtener calificación aprobatoria, determinada por el CAEMP,

en el Examen de Calificación para la Residencia (ECR). El ECR se toma anualmente el primer viernes de noviembre.

Este examen se aplica en Lexington, Kentucky, bajo condiciones apropiadas de supervisión. Se debe abonar por adelantado una cuota no reembolsable de US\$ 25,00.

6. Los médicos que satisfacen todos los requisitos mencionados reúnen los requisitos para que se les reconozca el número de meses (que no excedan los 12) de crédito solicitados por el programa de residencia de medicina familiar que desea pretende aceptar al médico en su programa de adiestramiento.
7. Los médicos que no puedan proporcionar toda la documentación necesaria sobre su adiestramiento anterior, cumplir otros requisitos o aprobar el Examen de Calificación para la Residencia deberán completar los tres años completos de adiestramiento en un programa de residencia en medicina familiar acreditado por el CAEMP, a fin de poder solicitar la certificación.
8. Los médicos tendrán derecho a dos intentos de aprobar el Examen de Calificación para la Residencia.

#### **E. RESIDENCIA A TIEMPO PARCIAL EN MEDICINA FAMILIAR**

"Los Requisitos Generales de los Elementos Esenciales de las Residencias Acreditadas" prevén el adiestramiento de residencia a tiempo parcial. Para que el residente satisfaga los requisitos para el Examen de Certificación del CAEMP, la residencia a tiempo parcial tiene que contar con la aprobación escrita previa del Consejo y reunir las condiciones enumeradas a continuación.

1. El residente debe haber cursado un año de R-1 a tiempo completo en un programa de residencia de medicina familiar acreditado por el CAEMP, un año diversificado de R-1 del CAEMP o un año de internado rotatorio del AEO (osteopatía) que le haya proporcionado una experiencia amplia equivalente al año R-1 de un programa de residencia de medicina familiar.
2. Un plan de estudios detallado que describe la manera en la cual el programa reúne los "Elementos Esenciales" tiene que ser aprobado con antelación por el CAEMP y presentado ante el Consejo. Cualquier

cambio en dicho plan tiene que ser aprobado por el CAEMP.

3. El diseño del plan de estudios para la residencia a tiempo parcial tiene que cumplir las siguientes normas:
  - a. Basarse en un motivo satisfactorio para ser a tiempo parcial.
  - b. Satisfacer las necesidades educativas del residente.
  - c. Ser justo para con los otros residentes en el programa.
  - d. Reunir en su totalidad al menos la suma de las experiencias y responsabilidades clínicas adquiridas por un residente en un programa de tiempo completo normal.
  - e. Incluir documentación sobre la manera en que el residente atenderá pacientes (principio de continuidad) durante los períodos fuera del turno normal y a lo largo de toda la experiencia de adiestramiento.
4. Las siguientes experiencias básicas de adiestramiento tienen que realizarse a tiempo completo.

Experiencias de hospitalización en medicina interna: 2 meses  
Experiencia de hospitalización en cirugía general: 1 mes  
Obstetricia: 1 mes  
Neonatología: 1 mes  
Medicina de urgencias: 1 mes
5. Tiene que definirse una experiencia longitudinal en medicina comunitaria y ciencias de la conducta.
6. La experiencia a tiempo parcial en los años de R-2 y R-3 tiene que proporcionar continuidad al adiestramiento en el mismo programa de medicina familiar.
7. La atención integral continua de los pacientes del centro de medicina familiar tiene que conseguir que el residente se ocupe en la atención de pacientes por un tiempo mínimo equivalente a DOS MEDIOS DIAS CADA SEMANA durante el año R-2 y TRES MEDIOS DIAS CADA SEMANA durante el año R-3.

## F. RESIDENCIA COMPARTIDA

En los casos en que dos residentes elijan compartir la responsabilidad de la atención continua de un mismo grupo de pacientes en el centro de medicina familiar, la tarea puede dividirse para permitir actividades que no figuren en el programa. Tal arreglo, conocido como "residencia compartida", tiene que observar las normas del Consejo en lo referente a las "Residencias a Tiempo Parcial" y contar con la aprobación escrita previa del Consejo. Las solicitudes de autorización tienen que dar una descripción detallada del plan de estudios, la manera en que se garantizará la continuidad de la atención para los pacientes del centro de medicina familiar, y una declaración que defina cómo se cubrirá el tiempo total necesario, tal como se establece en los "Elementos Esenciales".

## G. CERTIFICACION DOBLE

Por lo general, el término "certificación doble" define el proceso de obtener certificaciones de dos consejos de especialidad mientras el residente recibe adiestramiento en uno o en ambos programas de posgrado simultáneamente, con algún intercambio de crédito entre los programas, lo cual reduce el tiempo que tomaría obtener cada certificación por separado.

La política del CAEMP sobre la certificación doble es acorde con la política del Consejo en lo referente a la calificación para la certificación y se consigna a continuación.

1. El candidato tiene que haber cumplido satisfactoriamente 36 meses calendario completos de adiestramiento acreditado por el CAEMP.
2. El año R-1 (12 meses calendario) tiene que ceñirse a los "Requisitos Especiales de Adiestramiento de Residencia en Medicina Familiar" del CAEMP, así como a los criterios del Consejo Estadounidense de Medicina Familiar para la transferencia a un R-2 en medicina familiar acreditado por el CAEMP si el R-1 no se ha cumplido en un programa de medicina familiar acreditado por el CAEMP.
3. Los 24 meses calendario restantes (los años R-2 y R-3) tienen que cumplirse en un mismo programa de residencia de medicina familiar acreditado por el CAEMP, y el residente tiene que ser considerado oficialmente como residente en medicina familiar bajo la supervisión del director del programa correspondiente.

## H. AUSENCIA DEL RESIDENTE

### 1. Continuidad de la atención

Los requisitos para la continuidad de la atención se definen en el siguiente párrafo extraído de los "Requisitos Especiales para el Adiestramiento de Residentes en Medicina Familiar," del 1 de julio de 1989.

"Los residentes deben crear y mantener una relación continua médico-paciente con un grupo de pacientes durante todo el período de tres años. Esta relación tiene que ser continua durante el segundo y el tercer años del residente, e incluir contacto con los pacientes en el Centro de Medicina Familiar, la institución de hospitalización, el centro de asistencia residencial y el hogar".

### 2. Experiencia a distancia

Los "Requisitos Especiales" prevén que los residentes pasen tiempo fuera del centro de medicina familiar, si fuera necesario, para satisfacer las necesidades educativas de su adiestramiento. El uso de sitios o rotaciones a distancia en servicios clínicos (asociados al programa o externos) no debe interrumpir nunca la continuidad de la atención en el centro de medicina familiar durante más de dos meses en el segundo año y un período igual en el tercero. Al regresar al centro de medicina familiar, el residente tiene que proporcionar atención continua a sus pacientes durante un mínimo de dos meses antes de dejar el centro para otra experiencia a distancia.

### 3. Limitaciones en las ausencias

Los residentes de medicina familiar tienen que tener un profundo sentimiento de responsabilidad personal por la atención continua e integral del paciente. No deben permitirse las actividades externas que dificulten el cumplimiento adecuado de esta responsabilidad.

Se prevé que los residentes cumplirán con su responsabilidad como médicos residentes durante un período mínimo de once meses cada año natural. Por lo tanto, la ausencia del programa por vacaciones, enfermedad, asuntos personales, licencia, etc., no podrá exceder un mes (1) por año natural. El tiempo pasado fuera del programa de residencia con fines educativos, como talleres o actividades de educación médica

continua, no se computa como ausencia pero no debe exceder de cinco días anualmente.

El tiempo pasado fuera de la residencia que exceda del mes en un año académico (R-1, R-2 o R-3) tiene que reponerse antes de que el residente pase al próximo nivel de adiestramiento, y sumarse a la fecha prevista de finalización de los 36 meses requeridos de adiestramiento.

En los casos en que un residente deja el programa por cualquier razón y tal ausencia EXCEDE DE 1 mes, el director del programa tiene que informar al Consejo por escrito sobre la partida y el retorno. Las ausencias que EXCEDEN DE 3 meses infringen el requisito de continuidad de la atención; por lo tanto, el director del programa puede utilizar diversos criterios para juzgar el punto a partir del cual el residente puede reingresar en el programa, siempre que:

- a) el residente NO reingrese al programa a un nivel más alto del que había alcanzado en el momento de la partida;
- b) antes del reingreso se obtenga la aprobación del Consejo en forma similar a la de cualquier admisión a un nivel avanzado; y
- c) la solicitud de autorización para la readmisión proporcione una descripción detallada de la evaluación empleada para determinar el nivel al cual el residente será readmitido.

Se recomienda a los directores que no permitan la acumulación de períodos de vacaciones de un año para otro. Las vacaciones anuales tienen que tomarse durante el año de servicio para el cual se las otorga. No podrán tomarse dos períodos de vacaciones en forma consecutiva (por ejemplo, el último mes del año R-2 y el primer mes del R-3 consecutivamente). Un lapso de al menos 3 meses tiene que separar dos períodos de vacaciones de un mes de duración. Un residente no tiene la opción de renunciar a tiempo de vacaciones para reducir el tiempo total requerido para la residencia (36 meses calendario).

El Consejo reconoce que la política de vacaciones y licencias varía según los programas y es prerrogativa del director del programa, siempre que no exceda las restricciones de tiempo fijadas por el Consejo.

## I. EXAMEN DE EVALUACION DURANTE EL ADIESTRAMIENTO

### 1. Información general

El Examen de Evaluación durante el Adiestramiento, aplicado por el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar, es un examen de conocimientos que se toma anualmente el primer viernes de noviembre. Cualquier programa de medicina familiar acreditado por el CAEMP puede participar en el examen y todos los residentes de un programa participante reúnen los requisitos para rendir el examen. Los residentes participantes toman el examen en forma anónima ante el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar. Los exámenes son calificados por el Consejo, pero los resultados se presentan empleando una clave numérica asignada por el director del programa, con lo cual se mantiene el anonimato del residente. Se insta a los directores de programa a emplear la misma clave para cada residente cada año, con el fin de seguir el progreso de un residente en el examen. El Consejo pedirá a los directores de programa que, una vez finalizado el adiestramiento de un residente, den a conocer la clave asignada a este. Sin embargo, esta información, que se pide con fines de investigación, no se recabará hasta después de que los resultados del Examen de Certificación se den a conocer al candidato. Se mantendrá el carácter confidencial de la información sobre los individuos.

Este examen es importante para el proceso de evaluación durante el adiestramiento. El Consejo Estadounidense de Medicina Familiar está firmemente convencido de que los médicos de familia tienen que poseer credenciales de conocimientos impecables, además de aptitudes y atributos no cognoscitivos. Con este fin, el Consejo continúa trabajando diligentemente para refinar el proceso por el cual se miden las aptitudes cognoscitivas.

### 2. Formato y diseño

El examen es similar en énfasis y formato al Examen de Certificación. Se compone de elementos escritos para poner a prueba la base de conocimientos y las aptitudes de tratamiento de pacientes en ocho áreas principales: medicina interna, cirugía, obstetricia, medicina comunitaria, pediatría, psiquiatría y ciencias conductuales, geriatría y ginecología. Entre los médicos que formulan las preguntas del examen, así como entre los miembros del comité especial que las revisan, se cuentan tanto clínicos como profesores de los programas de residencia de medicina familiar.

El examen es singular entre los de su tipo porque a cada residente se le da un opúsculo con las respuestas inmediatamente después del examen. En dicho documento se proporciona una justificación para la respuesta a cada tema del examen, además de referencias apropiadas a la bibliografía médica.

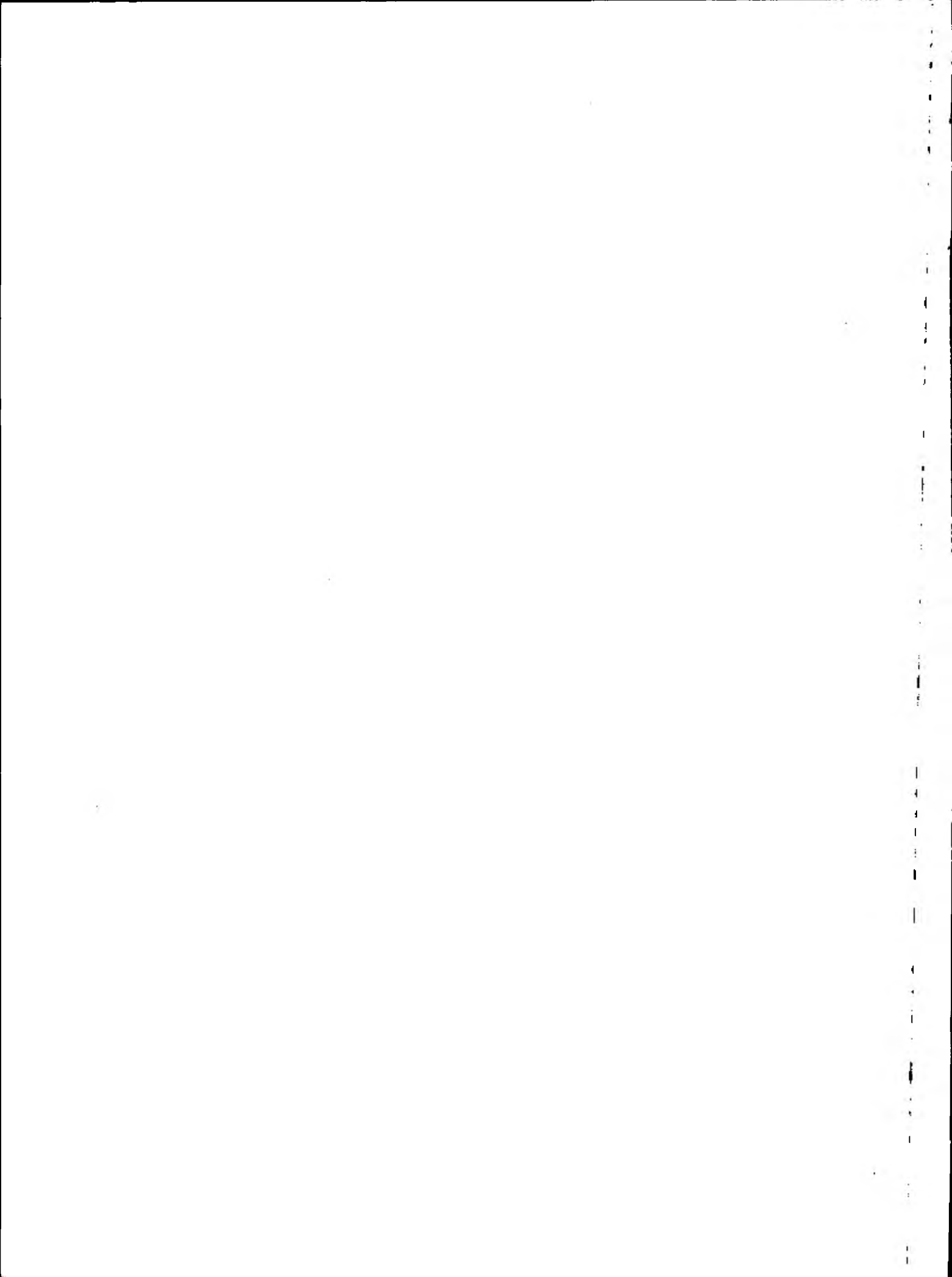
También singular es el análisis estadístico detallado proporcionado directamente a cada programa de residencia. Este análisis contiene datos sobre:

- a) el desempeño de cada residente en el programa con relación a otras residencias en el programa;
- b) el desempeño del residente con relación al desempeño nacional a su nivel, y
- c) el desempeño del programa de residencia con relación a promedios nacionales.

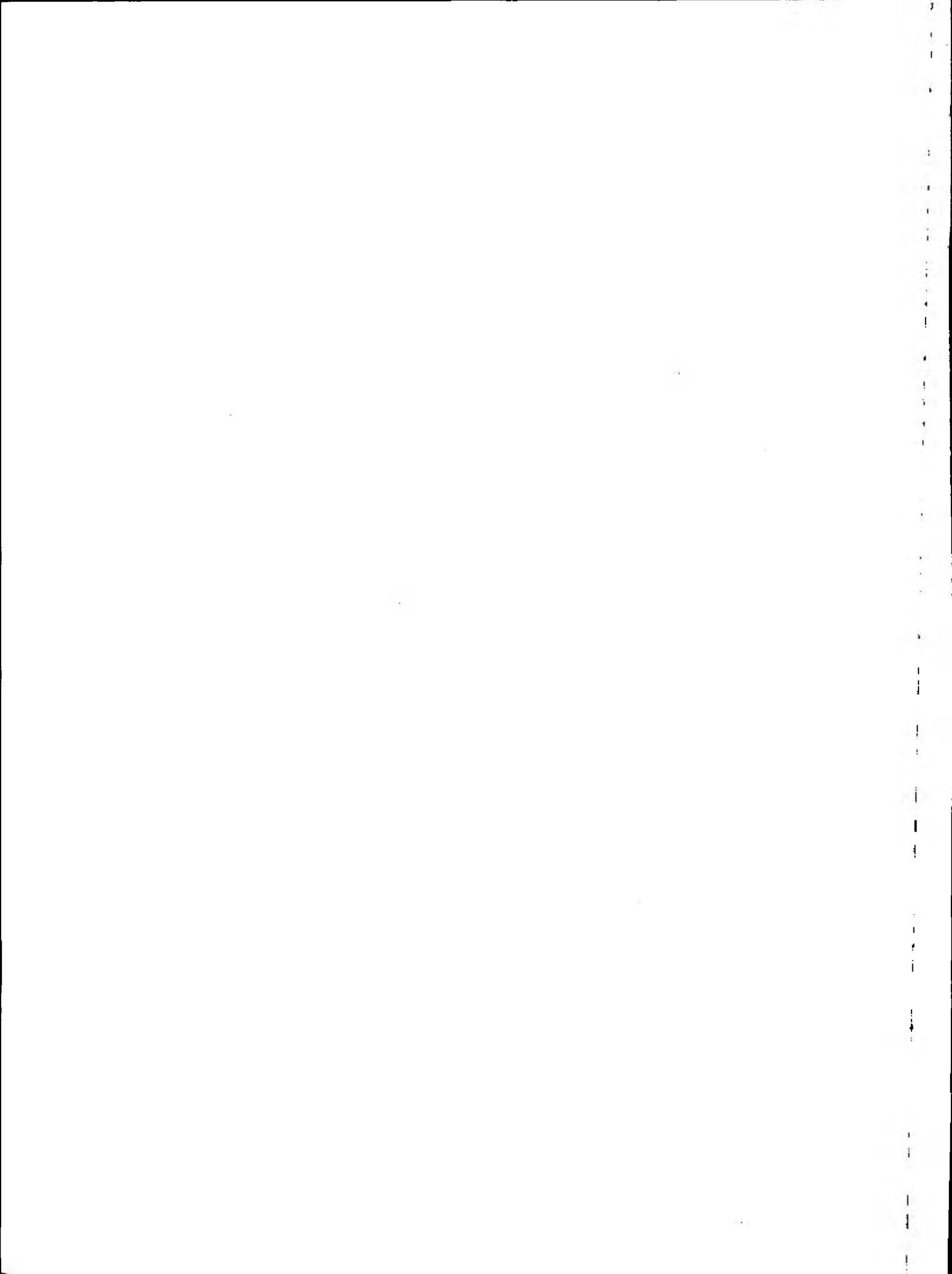
El esfuerzo por refinar y mejorar el proceso de medición del desempeño y el progreso de los residentes es permanente.

**NOTA:** El Examen durante el Adiestramiento ha sido concebido únicamente como evaluación de cada residente y proporciona información útil al director del programa así como al residente. En consecuencia, el examen se limita a residentes legítimos en medicina familiar. Si se permitiera a otras personas rendir el examen, sólo se conseguiría invalidar las normas nacionales con respecto a la interpretación de las calificaciones obtenidas por los residentes. En consecuencia, el Consejo enviará los librillos del Examen de Residencia durante el Adiestramiento con el compromiso de que solamente los residentes rendirán el examen y que éste se aplicará bajo condiciones adecuadamente supervisadas el primer viernes de noviembre de cada año. De esta forma, las normas nacionales serán justas y válidas, y los programas tendrán la seguridad de que todos los resultados han sido determinados en igualdad de condiciones.

**ADVERTENCIA:** *Se ha obtenido autorización para traducir y reimprimir este documento tanto en ruso como en español. Sin embargo, el CAEMP no ha revisado ni respaldado la traducción del Manual General de Información para Directores de Programa, que adoptó y publicó originalmente en inglés.*



**APENDICE C**



## ASOCIACION DE DIRECTORES DE RESIDENCIAS EN MEDICINA FAMILIAR

### NORMAS PARA LA SELECCION DE RESIDENTES EN MEDICINA FAMILIAR

#### INTRODUCCION

Seleccionamos a los estudiantes en el entendimiento de que el adiestramiento ocurre longitudinalmente en tres años. Reconocemos que los aspirantes a la residencia tienen libertad de elección, como por ejemplo transferirse de un programa a otro. Sin embargo, la responsabilidad profesional y la experiencia de continuidad en una población de pacientes mejora con la continuidad en un programa. Reconocemos que todos los programas tienen derecho a presentarse favorablemente y que cada programa tiene características singulares que pueden atraer a determinados candidatos. Reconociendo estos factores, nos esforzamos por atraer a los candidatos más calificados para las residencias de medicina familiar y la disciplina de medicina familiar.

Nuestra asociación se adhiere a los siguientes principios.

1. **HONRADEZ:** Somos responsables de representar con exactitud las características de nuestros programas. Esto incluye pero no se limita al contenido del plan de estudios, las obligaciones de los residentes y los beneficios y objetivos del adiestramiento.
  - A. Daremos informes completos en lo que atañe a la educación y empleo de un candidato, incluidas afiliaciones a hospitales o universidades.
  - B. Toda expresión pública, descripción de servicios, prestaciones y rotaciones, publicidad y actividades promocionales tienen que ser actualizadas y describir el programa con precisión.
2. **NORMAS PROFESIONALES:** Reconocemos que estas normas y comportamientos representan los mejores intereses de la especialidad. Contribuyen a que los estudiantes de medicina confíen en nuestros programas y repercuten en la capacidad de otros programas para atraer y retener a candidatos calificados.
  - A. Por sobre todo, no causaremos perjuicio a otros programas. No haremos referencia negativa a otros programas en forma directa ni por insinuación o alusión. Fijaremos las mismas normas y política para los profesores, los residentes y demás representantes del programa.

- B. No trataremos directamente de atraer a residentes de medicina familiar de otros programas.
- C. Los programas pueden considerar las solicitudes que les presenten los residentes de otros programas de medicina familiar, pero no les ofrecerán contrato sin conocimiento del director del otro programa. Este requisito se le transmitirá al aspirante.
- D. No castigaremos ni hostigaremos a ningún residente interesado en dejar el programa. Afirmamos el derecho a recurrir a todo recurso legal estipulado en el contrato del residente.
- E. Reconocemos que los residentes merecen un nivel de vida razonable. A menudo los estudiantes de medicina llegan a la residencia con deudas financieras considerables. Los sueldos y las prestaciones pueden variar según el costo de vida local.
  - 1. Todos los incentivos y otras prestaciones del empleo tienen que divulgarse abiertamente por escrito y ponerse a disposición de todos los aspirantes. Todo incentivo que se ofrezca antes de la selección constituye una violación de las normas éticas.
  - 2. El reembolso por gastos de mudanza, en caso de ser ofrecido, debe cubrir gastos efectivos efectuados y ofrecerse a todos los aspirantes seleccionados.
  - 3. Es una falta de ética pagarles dinero extra a los residentes por guardias requeridas por la residencia. Asimismo, no se debe permitir que los residentes acepten trabajo extra cuando están de guardia. Los programas pueden informar a los aspirantes acerca de las oportunidades disponibles de trabajar horas extras.
- F. Suministraremos información exacta (dentro de las limitaciones de la Ley Federal de Privacidad) en cuanto al desempeño y la capacidad de un residente a otro Director de Programa que exprese clara intención de emplear tal información para decidir sobre la contratación de dicho residente.

- G. Es nuestro deber inquirir (dentro de las limitaciones de la Ley Federal de Privacidad) acerca del desempeño y la capacidad de un residente que desea transferirse de otro programa.
3. **NORMAS LEGALES:** Realizaremos entrevistas y seleccionaremos cumpliendo con las normas legales y de derechos civiles vigentes, así como las normas del Programa Nacional de Equiparación de Residentes (PNER).
- A. Evitaremos toda acción que infrinja o ponga en riesgo los derechos civiles de un candidato.
4. **RESPONSABILIDAD:** Somos responsables de los métodos empleados en el proceso de captación, y selección, y por garantizar que tal proceso se adhiera a las normas establecidas en este documento.
- A. Somos responsables de los métodos empleados en el proceso de búsqueda de candidatos, entrevista, selección y contratación de residentes.
- B. Somos responsables de los procedimientos empleados en las actividades de búsqueda de candidatos así como del comportamiento de los encargados de dicha actividad.
- C. Somos responsables de garantizar que los únicos candidatos que entren a formar parte del programa serán candidatos calificados. Resistiremos las presiones en sentido contrario.

**ADVERTENCIA:** *Se ha obtenido autorización para traducir y reimprimir este documento tanto en ruso como en español. Sin embargo, la ADRMF no ha revisado ni respaldado la traducción de las Normas para la Selección de Residentes en Medicina Familiar, que adoptó y publicó originalmente en inglés.*

Revisado 09/2/93

