

Guía Educativa del Centro de Salud



La **Iniciativa Educativa para el Centro de Salud (EHCI)** es una alianza entre la Asociación Regional de Atención Primaria en el Noroeste y la Asociación de Salud Comunitaria para los estados de montaña/llanos, que vincula la educación clínica con el cuidado primario en entornos urbanos y rurales.

Para obtener más información sobre la EHCI, visite <https://educationhealthcenter.org>.

El uso de estos materiales está destinado a fines personales y de investigación, y no puede modificarse.

Para obtener permiso con cualquier otro propósito, incluidos fines comerciales, puede comunicarse ehci@nwrpca.org.

Esta publicación cuenta con el respaldo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., como parte de una subvención por un total de \$50,000 con un 35% financiado con fondos no gubernamentales. El contenido pertenece a los autores y no representan necesariamente las opiniones oficiales ni el respaldo de HRSA, HHS

o el gobierno de los EE. UU. Para obtener más información, visite HRSA.gov.

<https://educationhealthcenter.org>



Esta publicación traducida al español cuenta con el respaldo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., como parte de una subvención por un total de \$81,315. Los contenidos pertenecen a los autores y no representan necesariamente las opiniones oficiales ni el respaldo de HRSA, HHS o el gobierno de los EE. UU. Para obtener más información, visite HRSA.gov.

Guía Educativa del Centro de Salud

Equipo de Edición, Diseño y Gestión de Proyectos

Julie Hulstein

*Directora Ejecutiva
Asociación de Salud Comunitaria de los Estados
Montañosos / Llanos
Región VIII (CO, MT, ND, SD, UT, WY)*

Bruce Gray

*CEO: Director Ejecutivo de la Asociación Regional
de Atención Primaria del Noroeste
Región X (AK, ID, OR, WA)*

Kiki Nocella, PhD

*Directora: Práctica de Consultoría de
Atención Médica
Wipfli LLP, CA*

Nathan Thomas

*Especialista en Personal
Asociación Regional de Atención Primaria del
Noroeste
Región X (AK, ID, OR, WA)*

Kelly Rondou

*Director del Programa de Apoyo para la Asociación Regional
de Atención Primaria del Noroeste
Región X (AK, ID, OR, WA)*

Ellen Maurer

Socia de Diseño: Maurer Designs, Wethersfield, CT

Equipo de Redacción y Desarrollo de Contenido

ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES:



Roxanne Fahrenwald, MD
*Vicepresidenta Senior
Integración Clínica y Educativa
River Stone Health, MT*



Robert Schiller, MD
*Vicepresidente Senior de
Asuntos Clínicos y Director
Médico de "The Institute
for Family Health", NY*

FINANCE:



Kiki Nocella, PhD
*Directora
Práctica de Consultoría de Atención
Médica
Wipfli LLP, CA*

DIRECTIVA:



Mike Maples, MD
*Director Ejecutivo
Community Health of
Central Washington, WA*

LEGAL:



Jacqueline C. Leifer, Abogada
*Socia Mayoritaria
Líder Práctica de Derecho de Salud
Feldesman Tucker Leifer Fidell, DC*

Guía Educativa del Centro de Salud

Comité de Prevención

Margaret Flinter, PhD, Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (APRN)
Vicepresidenta Senior y Directora Clínica
Centro Comunitario de Salud
(Community Health Center, Inc., CT)

Lucy Loomis, DM, MSPH (Maestría en Ciencias de Salud Pública)
Directora Medicina de Familia,
Denver Health, CO

Mike Maples, DM
Director Ejecutivo
Community Health of Central Washington, WA

Dan Miller, DM
Jefe de Integración Clínica y Graduado de Educación Médica
Hudson River Health Care, NY

Anita Monoian
Directora Ejecutiva
Yakima Neighborhood Health Services, WA

Faith Polkey, DM, MPH (Maestría en Salud Pública), FAAP
Directora Clínica, Directora Regional de Educación Médica, Profesora Asistente
Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Service, SC

Félix Valbuena, Jr., DM, FAAFP
Director Ejecutivo
Community Health and Social Services Center, MI

Lisa Watts, DO
Profesor Asociado
A.T. Still University School of Osteopathic Medicine en Arizona
Northwest Regional Primary Care Association, Multnomah County Health Center, OR

Donald Weaver, MD
Asesor Senior, Personal Clínico
National Association of Community Health Centers, DC



CONTENIDO

<u>INTRODUCCION</u>	<u>vi</u>
Capítulo 1: <u>VISIÓN Y MISIÓN</u>	<u>2</u>
Capítulo2: <u>DIRECTIVA</u>	<u>18</u>
Capítulo 3: <u>ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES</u>	<u>28</u>
Capítulo 4: <u>FINANZAS</u>	<u>44</u>
Capítulo 5: <u>LEGAL</u>	<u>56</u>
<u>RECURSOS</u>	<u>69</u>

Apéndice A: Instrumento Docente para Cálculo de Costos del Centro de Salud



INTRODUCCION

A medida que nos acercamos a la década de 2020, los centros de salud comunitarios que brindan servicios a migrantes, vivienda pública y para personas sin hogar, denominados Centros Comunitarios de Salud y Beneficiarios del Programa de Centros de Salud, como también los **Programas de Residencia de Atención Primaria** (PCRPs, por sus siglas en inglés), continúan enfrentando desafíos enormes y oportunidades emocionantes.

A menos que se indique lo contrario, el término "CHC" se utiliza para referirse a organizaciones que reciben ayudas económicas bajo el Programa de Centros de Salud según lo autorizado en la Sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública, según enmendada. No se refiere a los parecidos a FQHC (Estilo-Alikes) o clínicas patrocinadas por organizaciones de salud indígenas urbanas o tribales, excepto aquellas que reciben ayudas económicas del Programa de Centros de Salud.

Se espera que los CHC atiendan a más de 29 millones de pacientes en un entorno de atención médica en constante cambio. Y se espera que los PCRP atraigan, capaciten y retengan hasta 50,000 nuevos médicos de cuidado primario.

El movimiento CHC no puede continuar sirviendo de manera efectiva a uno de cada doce estadounidenses sin una fuerza laboral clínica de alta calidad y debidamente capacitada para atender a su población de pacientes al día de hoy y en los años venideros. El problema es principalmente el número total necesario (es decir, estudiantes, residentes y profesionales que ingresan al cuidado primario, capacidad de residencia adecuada para satisfacer la necesidad proyectada del proveedor y una distribución equitativa, geográfica y de otro tipo) de quienes ingresan y brindan cuidado primario. Según la *Association of American Medical Colleges* (Asociación de Colegios Médicos Americanos), (AAMC, por sus siglas en inglés), **los EE. UU. Tendrán un déficit de 12,000 a 50.000 proveedores de cuidado primario para 2030.**¹ Para abordar este déficit, es fundamental que EE. UU. aumente el número de estudiantes de medicina en general, especialmente el número de estudiantes que ingresan a cuidado primario. Con el fin de cubrir el déficit actual y proyectado de proveedores de cuidado primario, se ha recomendado que, además de aumentar el número de estudiantes en general, cada año al menos el 25% de todas las asignaciones de residencia unánime sean en cuidado primario². De lo comparado de 2018, 12.1% de todos los partidos de residencia, menos de la mitad del recomendado 25% eran de cuidado primario, indicando la creciente

1. Association of American Medical Colleges News.(2018). Estudios recientes muestran una creciente escasez de médicos en el cuidado primario y especializado [Press release]. Datos obtenidos de https://news.aamc.org/pressreleases/article/workforce_report_shortage_04112018/
2. American Academy for Family Physicians. (2018). *2018 resultados mixtos de medicina familiar*. Datos obtenidos de <https://www.aafp.org/medical-school-residency/program-directors/nrmp.html>

[INTRODUCCION]

necesidad de mejorar y expandir una actual fuerza laboral de cuidado primario.³

La innovación en el desarrollo de la fuerza laboral clínica desempeñará un papel crucial para que los CHC y PCRPs satisfagan estos desafíos. La colaboración o "vínculos" entre los CHC y los PCRPs ha existido de diversas maneras durante más de 40 años. En 2010, casi el 25% de los PCRPs ofrecían alguna formación en un CHC y más del 30% utilizaba un CHC como su Clínica de Continuidad Primaria (clínicas donde los pacientes reciben atención a lo largo del tiempo en un proceso cooperativo entre el paciente y un equipo de cuidado, dirigido por un médico para brindar atención médica de alta calidad y rentable). (Actualmente hay 57 programas de residencia con más de 700 residentes en 27 estados y el Distrito de Columbia que reciben fondos para la Educación Médica de Graduados del Centro de Enseñanza de la Salud (THCGME) directamente a través de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).)⁴

Antecedentes y Definiciones

La Iniciativa del Centro de Educación y Salud (EHCI) es una alianza entre la Asociación Regional de Cuidado Primario del Noroeste (NWRPCA) y la Asociación de Salud Comunitaria de los Estados de las Montañas / Llanuras (CHAMPS). EHCI originalmente involucró a la Red de Residencia de Medicina Familiar de la Universidad de Washington y el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Washington como socios antes de pasar a un enfoque exclusivo en los CHC en 2012. La misión de EHCI es mejorar la calidad de los adiestramientos en cuidado primario, apoyando la afiliación efectiva entre los CHC y los PCRPs, que en última instancia mejora la calidad del cuidado.

3. Ibid.

4. American Association of Teaching Health Centers. (n.d.). *Programas AATHC: Programas de adiestramiento en salud en los Estados Unidos*. Datos obtenidos de <http://aathc.org/thc-programs/>



Albany Area Primary Health Care (AAPHC)
[Véase perfil en página 6.](#)



Cherokee Health Systems (CHS)
[Véase perfil en página 22.](#)



Centro Comunitario de Salud y Servicios Sociales (CHASS)
[Véase perfil en página 12.](#)

[INTRODUCCION]

Desde el 2005, EHCI comenzó a promover el desarrollo de los Centros Educativos de Salud (EHC) mediante la realización de capacitaciones estatales, regionales y nacionales, proporcionando asistencia técnica directa a los CHC, desarrollando materiales de recurso como esta Guía, y publicando investigaciones y otros medios en su sitio web: <https://educationhealthcenter.org>.

A medida que EHCI comenzó a promover el desarrollo de centros educativos de salud, aumentó el impulso nacional detrás del apoyo de los Centros Docentes de la Salud (TCH, por sus siglas en inglés), culminando con la legislación promulgada a través de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). La ACA fue firmada como ley el 23 de marzo de 2010, creando un proyecto de demostración de cinco años llamado Teaching Health Center GME (THCGME).

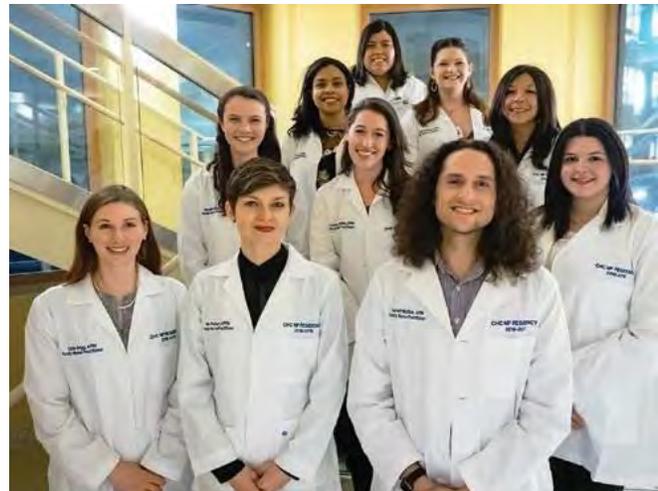
Este programa, administrado por HRSA, apoya programas de residencia médica y dental de cuidado primario en entornos de atención ambulatoria para pacientes en la comunidad. A la fecha, el programa [THCGME](#) ha apoyado como sesenta nuevos programas y sobre 750 residentes de cuidado primario y odontología.

El impacto de capacitar a los residentes en programas patrocinados por CHC y otras clínicas ambulatorias es significativo, ya que se ha demostrado que más del 60% de los residentes permanecen dentro de 100 millas del lugar de residencia, y el 75% de los residentes permanecen dentro del estado donde completó su residencia.⁵

Esta Guía se elaboró originalmente en 2011 con el apoyo financiero de la Fundación Josiah Macy Jr., y ha sido revisada y actualizada con apoyo financiero adicional de HRSA. La Guía está destinada a ayudar a los CHC y PCRP a utilizar tanto la educación médica de posgrado tradicional (GME) como los fondos de ayuda económica más reciente de THCGME. Los vínculos CHC / PCRP van desde limitados (p. Ej., El CHC sirve como un sitio para experiencias electivas) a extenso (p. Ej., El CHC proporciona toda la educación continua sobre cuidado ambulatorio) a comprensivo (p. Ej., el CHC es la institución patrocinadora



Community Health Care Tacoma (CHCT)
[véase perfil página 30.](#)



Centro de Salud Comunitario, Inc. y su Weitzman
Institute (CHC, Inc.)
[véase perfil página 36.](#)

[INTRODUCCION]

que administra todos los aspectos del programa y emplea a los profesores y residentes). Si bien existen muchos tipos de vínculos CHC / PCRCP, esta Guía se enfocará en programas en los que la residencia está patrocinada por el CHC o en los que un programa de cuidado primario utilice el CHC como una Clínica de Continuidad para sus residentes.

5. Fagan,E.B.,Gibbons,C.,Finnegan,S.C.,Petterson,S.,Phillips,Jr, R.L.,Bazemore,A.W.(2015). Las intermediaciones para los graduados de “Family Medicine” a su lugar de adiestramiento: opciones de políticas para mejorar la distribución de acceso a cuidado primario. *Society of Teachers of Family Medicine*, 47 (2), 124-130.
<https://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol47Issue2/Fagan124>



Centro de Salud de Familia
(FHC por siglas en inglés)
[véase perfil página 46.](#)

[INTRODUCCION]

A continuación se presentan breves definiciones de EHC y THC para los fines de esta Guía.

Un EHC es un CHC que sirve como un sitio de capacitación para estudiantes y/o residentes de profesiones de la salud. Las EHC comparten en común un sentido de misión y propósito.

Las EHC integran el compromiso con dos valores fundamentales:

- Brindar un excelente cuidado de la salud y mejorar los resultados de salud en asociación con las comunidades desatendidas; y
- Capacitar a la próxima generación de profesionales de la salud en entornos del mundo real para tener las habilidades interdisciplinarias y culturalmente relevantes necesarias para brindar atención médica a pacientes con altos niveles de complejidad clínica y social.

Además, las EHC generalmente buscan retener residentes de calidad en la comunidad para la práctica, ya sea en su sistema o en una práctica afiliada a un hospital asociado.

Un THC es un tipo de EHC que brinda capacitación en centros de salud y sitios similares con el fin de garantizar una fuerza laboral de cuidado primario para comunidades de bajos ingresos.

Estos pueden incluir:

- Establecer la misión del programa de residencia;
- Tener una misión compartida de servicio y educación;
- Ser la Institución Patrocinadora (SI) acreditada por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (ACGME);
- Obtener y mantener la acreditación del programa de especialidad ACGME;
- Desarrollar un plan de estudios y monitorear la calidad del programa;
- Emplear al Director del Programa de Residencia (RPD), el cuerpo docente principal y/o los residentes; y
- Contratación con el hospital para brindar el programa de residencia;

Para acceder a información más completa sobre el programa THCGME del gobierno federal, visite el sitio web de HRSA: [Teaching Health Center Graduate Medical Education \(THCGME\) Program](#).

Es posible que haya términos en esta guía que sean nuevos para los CHC. Para obtener un glosario completo de términos de GME, visite [ACGME Glossary of Terms](#).

Descripción General de la Guía

Se necesitará liderazgo, colaboración, tiempo y dinero para desarrollar un Centro Educativo de Salud.

Hay cinco áreas claves para abordar:

- 1 **Visión y Misión**
- 2 **Directiva**
- 3 **Administración y Operaciones**
- 4 **Finanzas**
- 5 **Legal**

Cada área tiene su propio Capítulo en la Guía y es una pieza independiente. La Guía está diseñada para ser utilizada por parte o en su totalidad, para satisfacer las necesidades de las partes interesadas. Otros recursos relacionados con la información proporcionada en la Guía se encuentran a través de enlaces en el texto de la Guía.

El cuidado primario médico se define aquí según la Ley de Protección al Paciente y Atención Accesible, como: medicina familiar, medicina interna / pediátrica (med / peds), obstetricia y ginecología general (OB / GYN), psiquiatría, odontología general / pediátrica y geriatría.

Los centros de salud también pueden servir eficazmente como lugares de capacitación para otro tipo de residentes, así como para otros estudiantes de profesiones de la salud, tales como: enfermeras practicantes y asistentes médicos. Para las organizaciones que estén considerando el desarrollo de un programa de residencia para enfermeras practicantes, consulte la sitio web [*Community Health Center, Inc.'s National Nurse Practitioner Residency Program*](#).

Si bien esta Guía puede servir como una referencia útil y un punto de partida, no se puede dejar de enfatizar que no existe un plan único para una EHC exitosa. Este documento proporciona consejos generales sobre los múltiples modelos mediante los cuales los CHC pueden participar en la educación médica de posgrado (GME), cómo los CHC pueden identificar qué modelo funciona mejor para ellos y cómo la información proporcionada aquí se adapta a las necesidades y la visión de la organización. ***Cada residencia es única.*** Cada escenario tendrá su propio conjunto de fortalezas y desafíos. Las organizaciones que decidan que pueden y deben desarrollar una EHC, probablemente necesitarán asistencia técnica y la consulta de una o más personas que puedan tener en cuenta estas diferencias específicas del sitio y hacer recomendaciones personalizadas sobre cómo proceder. EHCI se complace en brindar esta asistencia.

[INTRODUCCION]

Finalmente, si bien se ha hecho todo lo posible para brindar información completa y precisa, cada programa es distinto y, por lo tanto, esta segunda edición de la Guía, sin duda, tendrá lagunas. Esta guía está disponible en línea en <https://educationhealthcenter.org> y se actualizará periódicamente. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, no dude en ponerse en contacto. Sus comentarios son bienvenidos, así que envíe un correo electrónico a ehci@nwrpca.org con sugerencias para mejoras. Gracias por su interés en el desarrollo de residencias de *Education Health Center*.



VISIÓN Y MISIÓN

Muchos de los CHC están interesados en comenzar o expandir su función en la capacitación de la próxima generación de profesionales de la salud para atender a las comunidades más necesitadas, pero no están seguros de cómo comenzar o cómo identificar mejor los obstáculos que deben superar para convertirse en Centros de Educación y Salud completamente desarrollado o establecido. Si bien una gran cantidad de modelos de residencia de CHC han tenido mucho éxito y han generado beneficios significativos tanto para los residentes como para las comunidades a las que se presta servicio, también ha habido fracasos notables. No se puede subestimar lo importante que es capacitar a los residentes en un CHC.

Para ayudar a determinar si seguir o no un modelo de este tipo, vale la pena considerar las siguientes preguntas:

- ¿Existe un historial de las partes trabajando en colaboración en otros proyectos?
- ¿Quiénes son las partes claves interesadas?
- ¿Estas partes claves interesadas incluyen a las personas que pueden tomar y hacer cumplir las decisiones tomadas?
- ¿Existe un historial de liderazgo compartido y resolución de problemas?
- ¿Existe apoyo para esto en los niveles más altos de las partes interesadas?
- ¿Quién está más a favor?
- ¿Quién se opone o es más reacio?
- ¿En qué se parecen y en qué se diferencian las partes?
- ¿Cuáles y de quién son los problemas que el CHC espera que se solucionen con una afiliación de residencia / CHC?
- ¿Qué tipo de centro educativo de salud es el que mejor se adapta a las necesidades y recursos del CHC?
- ¿Cuáles son las alternativas a la afiliación?
- ¿Qué problemas pueden resultar de una afiliación?
- ¿Cuáles considera el CHC como los desafíos más difíciles para iniciar la afiliación?
- ¿Cuáles considera la CHC como los desafíos más difíciles en las primeras fases de la afiliación?
- ¿Cuáles considera el CHC como los desafíos más difíciles que probablemente enfrentará a medida que madura la afiliación?
- ¿Hay algún tema que deba mantenerse confidencial / no compartido en público?

[Capítulo 1: VISIÓN Y MISIÓN]

Nota: Al responder estas preguntas, puede ser útil buscar el consejo de alguien con experiencia en EHC para determinar si las expectativas son realistas. El punto aquí es que los enlaces CHC / PCRP no son una solución para todos los problemas. Es fundamental comenzar con expectativas realistas.

Semejanzas y Diferencias en la Misión entre los Centros Comunitarios de Salud y los Programas de Residencia de Cuidado Primario.

Si bien los CHC y los programas de capacitación en residencia son, en muchos sentidos, aliados naturales, también existen diferencias notables en sus misiones y culturas principales. Para decidir si un vínculo tiene sentido, estas diferencias deben apreciarse. Sin embargo, existen algunas características básicas comunes en ambas organizaciones que pueden ayudar con este desafío.

Los Programas de Residencia de Cuidado Primario: lo que los Centros Comunitarios de Salud Deben Saber.

Los PCRP son responsables de capacitar a los médicos que han completado la escuela de medicina y han elegido especializarse en cuidado primario.

Hay cinco tipos de residencias de cuidado primario:

- 1 Basado en la comunidad – no afiliado;**
- 2 Basado en la comunidad, afiliado a una escuela de medicina;**
- 3 Basado en la comunidad, administrado por un colegio de medicina**
- 4 Basado en un colegio de medicina; y**
- 5 Programas Militares y Veteranos, tales como: los provistos por [Uniformed Services University](#) y [Veterans Health Administration](#).**

Los programas patrocinados por los CHC se consideran comunitarios. Si bien está permitido no tener una afiliación a una escuela de medicina, la gran mayoría de los programas tienen una afiliación académica con una o más escuelas de medicina y se recomienda encarecidamente que cualquier programa nuevo tenga dicha afiliación académica.

Como todos los programas de formación de residencia en los Estados Unidos, los PCRP están acreditados por la ACGME. Dentro del ACGME, cada especialidad está representada por un Comité de Revisión (RC), que establece y actualiza periódicamente los requisitos de capacitación.

Los requisitos de formación para PCRP son amplios. Se puede acceder al conjunto completo de requisitos escritos específicos para la medicina familiar y otros programas de cuidado primario a través del sitio web de [ACGME](#). Además, existen requisitos generales que se aplican a todos los programas de formación de residencia y sus instituciones patrocinadoras. También se puede acceder a estos en el sitio web de ACGME.

Crear un Caso Empresarial: Beneficios de Convertirse o Colaborar con un Educativo de Salud.

Las colaboraciones exitosas entre organizaciones solo funcionan si ambos socios perciben y realmente obtienen más beneficios que costos. Es igualmente importante no subestimar los posibles inconvenientes. En las colaboraciones más exitosas, las partes buscan y logran una relación sinérgica y minimizan los problemas potenciales. El punto de partida es que cada parte identifique los posibles beneficios y desventajas de convertirse en un Centro Educativo de Salud. Los vínculos se mejoran cuando los graduados de la residencia se quedan en la comunidad para practicar, ya sea en el CHC o en una práctica afiliada al hospital asociado.

Antes de explorar la amplia gama de beneficios y costos potenciales, tanto desde la perspectiva de CHC como de la residencia, es importante considerar el tema de las finanzas. Este tema se explora con mayor profundidad en el Capítulo de Finanzas de esta Guía. El punto clave aquí es que, *desde la perspectiva de cualquiera de las organizaciones, si enseñar a los residentes en un CHC genera o cuesta dinero dependerá de una variedad de factores, que incluyen:*

- Qué costos e ingresos se asignarán al programa de enseñanza.
- Cómo se asignarán los costos e ingresos al programa de enseñanza.
- Cómo y si se consideran los llamados costos de oportunidad.
- Cómo y si se consideran los costos y beneficios no monetarios.
- De dónde provendrán los fondos para desarrollar el programa.

La conclusión es que el *análisis financiero es un determinante crítico tanto en la decisión de desarrollar una afiliación docente, como en cómo sus socios ven su éxito a lo largo del tiempo.*

Beneficios Potenciales para los Centros de Salud Comunitarios.

- Mayor contratación de proveedores, ya que los médicos capacitados en CHC tienen el doble de probabilidades de trabajar en áreas desatendidas.⁶
- Mayor satisfacción laboral y más retención de los proveedores en funciones docentes.
- Desarrollo de habilidades adicionales para proveedores preceptores, especialmente para médicos y proveedores de práctica avanzada.
- Acceso a servicios adicionales para pacientes (por ejemplo, clínicas especializadas, equipos de atención hospitalaria de residencia, etc.).
- Mejor reputación como lugar de enseñanza.
- Acuerdos de guardia compartidos con los proveedores de la facultad de residencia que pueden mejorar los esfuerzos de contratación de proveedores y aumentar la cobertura del servicio.

6. Levin, Z., Meyers, P., Peterson, L, Habib, A., and Bazemore, A. Practice intentions of family physicians trained in teaching health centers: the value of community-based training. (2019). *Journal of American Board of Family Medicine*, 32 (2), 134-135. [Tomado de Página: <https://www.jabfm.org/content/32/2/134>]

[Capítulo 1: VISIÓN Y MISIÓN]

- Mayor satisfacción laboral para los miembros del personal que no son proveedores.
- Acceso a recursos de un hospital o escuela de medicina asociada (por ejemplo, tecnología de la información, apoyo investigativo).
- Afiliaciones clínicas fortalecidas con socios de hospitales o escuelas de medicina.
- Servicios mejorados para pacientes del CHC como resultado de satisfacer las necesidades del plan de estudios del programa (por ejemplo, desarrollo de habilidades de salud conductual).
- Experiencia mejorada en el CHC, como el acceso a las más recientes prácticas y modelos de calidad.
- Cambios positivos en la cultura organizacional general debido a un mayor énfasis en el aprendizaje.

“Los jóvenes entran en esto con ganas de cambiar el mundo. Nosotros ponemos a las personas en un entorno enriquecedor, y realmente quieren hacer una diferencia en el mundo”.

—Jim Hotz, MD

Director de Servicios Clínicos, AAPHC, Albany, GA

Beneficios Potenciales para las Instituciones Académicas y los Programas de Residencia de Cuidado Primario

Financiero:

- Los CHC son elegibles para las tarifas de reembolso de FQHC Medicare.
- El seguro por negligencia puede estar disponible para los miembros de la facultad y los residentes empleados por los CHC sin costo a través de la Ley Federal de Reclamos por Agravios en [Federal Tort Claims Act](#).
- Las ayudas económicas para la capacitación en residencia del Título VII a menudo dan prioridad a los programas que sirven a poblaciones de pacientes desatendidas.
- Los socios académicos y hospitalarios pueden beneficiarse potencialmente de los ahorros en costos de desarrollo de instalaciones.
- Apoyo de CHC en la promoción de la financiación de GME. Los CHC tienen una voz fuerte y ya están haciendo gran parte de este trabajo, por lo que es un cambio fácil agregar la promoción de GME a los procesos actuales de CHC.
- Elegibilidad para oportunidades de ayudas económicas adicionales que cubran ambas instalaciones
- Aumenta el referido de pacientes por socios hospitalarios. Muchos pacientes no asignados optan por realizar un seguimiento con el residente del CHC.

Mejor atención al paciente a través del acceso ampliado a servicios y soporte adicionales, que incluyen:

- [Elegibilidad para participar en:340B Drug Pricing Program.](#)
- Trabajadores sociales, administradores de casos, intérpretes, y otros aliados que se encuentran comúnmente en los CHC.
- Mejor reclutamiento y retención de profesores y residentes, específicamente aquellos más interesados en brindar atención a pacientes desatendidos, lo que genera una mayor confianza en los proveedores y resultados de salud positivos.⁷
- Acuerdos de guardia compartidos con proveedores de CHC, lo que aumenta la continuidad de la atención a los pacientes.

Educativo:

- Acceso mejorado a poblaciones de pacientes específicos y problemas clínicos (por ejemplo, pacientes prenatales, pediátricos y de diversos orígenes étnicos, lingüísticos y socioeconómicos).
- Mejor acceso a modelos de atención primaria integrales, holísticos y culturalmente competentes. Tres años de residencia en un entorno de CHC brindan una verdadera experiencia de aprendizaje de servicio de alta calidad, al brindar atención centrada en el paciente a poblaciones multiculturales que a menudo se ven afectadas por los determinantes sociales de la salud, en particular la pobreza. Tales experiencias en un CHC prepararán a la próxima generación de médicos de familia, ya sea que continúen en un CHC o no, para atender mejor a los vulnerables y a los recién asegurados en los EE. UU.

7. Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., and Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8 (6). Tomado: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e021161.info>

PERFIL

Cuido Primario de Salud en el Área de Albany (Albany Area Primary Health Care (AAPHC)).

Albany, GA
www.aaphc.org



La AAPHC sirve al suroeste de Georgia, con oficinas en nueve condados. La AAPHC sigue el liderazgo de la comunidad para determinar los servicios y programas. Proporcionan servicios médicos, dentales y BH primarios y tienen un historial de crecimiento y expansión en el servicio a los desatendidos. Trabajan con un hospital local para proporcionar servicios de salud para mujeres y ofrecer atención en la escuela.

AAPHC jugó un papel central en el desarrollo del programa regional AHEC y en la construcción del FMRP de SW GA, cuya misión es capacitar a médicos de familia para ejercer en las zonas rurales de SW GA. Proporcionan entrenamiento alopático, osteopático, AF y NP. AAPHC capacita a los estudiantes en entornos donde más los necesitan, fomentando un compromiso con los valores de servicio, misión y haciendo una diferencia en el mundo

Programas de capacitación, aprendices y disciplinas de las profesiones de la salud: RMF, Enfermera Obstetra, Osteopatía, Enfermería, Odontología, AM, EP, D. Farm. Técnico de Laboratorio.

Estrategias Educativas:

Selección de estudiantes: los médicos de AAPHC forman parte del comité de admisiones de una escuela de medicina pública, lo que garantiza que los estudiantes seleccionados tengan el compromiso de prestar servicios en las zonas rurales y desatendidas de GA.

Comienzo con la capacitación de residencia: CHC comenzó un sitio de enseñanza principal de RMF y se expandió mediante el desarrollo de un programa de capacitación de PA afiliado

Retos Educativos/Relaciones Académicas Institucionales: Algunas instituciones son respetuosas con los CHC, otras menos. Puede ser fácil trabajar con algunos profesores, pero no con los líderes institucionales. Algunas instituciones apoyan económicamente la formación. Las interacciones negativas con las instituciones incluyen problemas de control o expectativas de servidumbre de CHC. Con el volumen de negocios, en ocasiones no se mantiene la continuidad de los compromisos anteriores.

(Continúa en la página 8)

Beneficios Potenciales para Estudiantes y Residentes

Los residentes que reciben capacitación en CHC tienen la oportunidad de brindar atención en un entorno impulsado por una misión. Muchos residentes desarrollan una profunda afinidad por la misión de su CHC y disfrutan de la experiencia de servir a los desatendidos. Como se describe en un informe de la Red Nacional para el Acceso a la Salud Bucal (*National Network for Oral Health Access* (NNOHA, por sus siglas en inglés), “**las experiencias de aprendizaje de servicios en los CHC benefician a los estudiantes y residentes al brindarles valiosas experiencias clínicas y socio sanitarias. En los CHC los estudiantes están expuestos a personas de poblaciones que son cultural, lingüística y económicamente diversas, incluidas aquellas con necesidades especiales de atención médica y aquellas con problemas médicos complejos. Además de mejorar el conocimiento clínico y la competencia cultural de los estudiantes y residentes, estas experiencias les ayudan a aprender sobre los factores sociales y culturales que afectan la salud de las personas con bajos ingresos o de comunidades desatendidas. La mayor sensibilidad cultural resultante de los estudiantes y residentes probablemente aumentará su apertura y su nivel de comodidad al tratar a una mezcla diversa de personas a lo largo de sus carreras profesionales. Los estudiantes y residentes en CHC también practican en un entorno interdisciplinario integrado. Dado que muchos de los CHC ahora incluyen salud bucal, salud conductual, farmacia, optometría o podología, los estudiantes y residentes pueden observar los aspectos prácticos de la colaboración interprofesional**”⁸.

“Estas experiencias en los CHC brindan a los residentes confianza en su capacidad para brindar atención médica a una amplia variedad de poblaciones de pacientes, y esta confianza se puede trasladar a su futura práctica profesional. Los residentes también aprenden sobre las operaciones diarias de un CHC y mejoran su experiencia de gestión de la práctica, al observar los sistemas y prácticas clínicos, de tecnología de la información de salud y administrativos que se han desarrollado para mantener la función del programa de CHC”.¹⁰

Los estudiantes y residentes también pueden beneficiarse de un mayor acceso a varios programas estatales y federales de reembolso y condonación de préstamos para estudiantes. El Cuerpo del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service Corps*) ofrece beneficios ampliados, tanto para los residentes como para los profesores que trabajan en los CHC, incluido el reconocimiento oficial del tiempo de enseñanza en lugar de los objetivos de visitas de los pacientes y la posible elegibilidad para la condonación de préstamos a residentes mayores y profesores.

8. National Network for Oral Health Access. (2014). *Partnering with academic institutions and residency programs to develop service learning programs: Strategies for health centers*. Tomado de: <http://www.nnoha.org/nnoha-content/uploads/2016/07/Academic-Partnerships-Paper-revised-7.12.16.pdf>
9. Nolon, A.K., Glassberg, H., Silva, M.D., Miller, D. (2017). *Growing our own: Cultivating the next generation of primary care physicians in community health centers*. Peek skill, NY: HRH Care Community Health
10. National Network for Oral Health Access. (2014). *Partnering with academic institutions and residency programs to develop service-learning programs: Strategies for health centers*. Tomado de: <http://www.nnoha.org/nnoha-content/uploads/2016/07/Academic-Partnerships-Paper-revised-7.12.16.pdf>

Crear el Caso Comercial: Los Inconvenientes de Convertirse o Colaborar con un Centro Educativo de Salud.

Posibles inconvenientes de los CHC

- **Costos financieros directos de la clínica, liderazgo administrativo y personal .**
- **Pérdida de ingresos relacionadas a la disminución de productividad.** Los residentes, especialmente al principio de su formación, son lentos e ineficientes comparados a proveedores no residentes. También utilizan más cuartos de examen por paciente atendido. Si bien existen varios enfoques para generar ingresos para apoyar la misión educativa y superar la productividad perdida, la creación y el mantenimiento de modelos financieramente sostenibles no están exentos de desafíos importantes.
- **Posibles interrupciones relacionadas con el cambio de cultura organizacional.** No necesariamente todos los médicos disfrutarán o serán buenos en los roles de enseñanza, ni todo el personal apreciará lo que implica convertirse y seguir siendo un EHC. Un EHC deberá alentar a los médicos a participar en los roles que les brinden la mayor satisfacción profesional.
- **Coordinación Operacional.** La programación de profesores y residentes es significativamente más compleja que programar en su mayoría a médicos de tiempo completo, debido en gran parte a que los primeros están en el entorno ambulatorio a tiempo parcial, en particular para residentes en primer y segundo año. Los problemas de eficiencia operativa y calidad de la atención a menudo surgen cuando el socio académico o los propios residentes descuidan el impacto de las rotaciones de capacitación en el trabajo en equipo y la atención al paciente dentro del CHC.
- **Capacidad.** Si bien un programa de residencia de atención primaria tendrá un impacto positivo en la contratación de proveedores de atención primaria, es posible que el CHC tenga una capacidad disminuida para recibir otros servicios médicos o médicos proveedores de práctica avanzada que a su vez pueden afectar la contratación de estos proveedores.

AAPHC-PERFIL *(Continúa de página 6)*

Apoyo Institucional Académico para CHC y sus Médicos:

- Desarrollo de facultad
- Licencias de “software” de información clínica y/o acceso a la biblioteca en línea para los médicos clínicos de CHC
- Reconocimiento del profesorado voluntario y trato a los médicos de CHC como profesores académicos.
- Proveer para el mantenimiento de la certificación (trabajando también con AHEC).
- Apoyo al desarrollo de infraestructura (programación, transporte, vivienda, etc.)



Impacto (Beneficios para la Comunidad, el Estado y la Nación):

Los programas de AAPHC capacitan a cientos de profesionales de la salud para SW GA y otras comunidades rurales desatendidas. Desarrollaron programas de capacitación relacionados con la salud en un colegio comunitario local. Proporcionan una influencia continua en las instituciones académicas y los procesos de admisión.

Los médicos de AAPHC han formado parte de los comités de admisión y selección de escuelas y programas afiliados. AAPHC también inició una cumbre de la fuerza laboral de atención primaria en todo el estado.



- **Continuidad de cuidado.** Los residentes se gradúan cada tres años y requieren una reasignación frecuente de pacientes. Los residentes tampoco estarán disponibles en la clínica cuando estén haciendo rotaciones en otros lugares, a veces hasta varias semanas a la vez. Los CHC necesitan procesos sólidos para garantizar que las solicitudes urgentes de reabastecimiento de recetas, las visitas y el seguimiento de otros pacientes se aborden durante estas ausencias. Algunas clínicas han informado tasas más altas de no presentación de pacientes en los sitios de residencia que pueden estar vinculados a las rotaciones de los residentes y aumento en el número de referidos de los hospitales.
- **Rotación de enfermeras.** Por lo general, es más desafiante y exigente para una enfermera que trabaja en una residencia frente a un CHC tradicional. Algunos CHC proporcionan estipendios adicionales para estos puestos y aún luchan con la rotación en la residencia. Las enfermeras administran a varios proveedores. Las enfermeras también son más difíciles de contratar dado que se requiere una enfermera de nivel superior para los nuevos proveedores.
- **Percepciones de la comunidad.** Los miembros de la comunidad pueden percibir a los residentes como proveedores inferiores en comparación con los proveedores más experimentados.
- **Mayor complejidad administrativa.** Más allá de la creciente complejidad de un programa nuevo y ampliado personal, puede haber conflictos entre la política actual de CHC y las políticas requeridas por el programa de residencia o las políticas del hospital asociado. Se debe realizar un análisis de las políticas para asegurar que se cumplan los requisitos para todos los socios y organismos de acreditación. Los CHC también necesitarán desarrollar capacidad y experiencia para facturar a otras organizaciones por servicios que no son de CHC (por ejemplo, visitas domiciliarias, visitas a hogares de ancianos y atención especializada para pacientes que no son de CHC).
- **Problemas de espacio.** Existe una mayor demanda de espacio en la clínica al agregar un programa de residencia. Además de los espacios necesarios para los residentes, también se necesita espacio para profesores, preceptores y enfermeras. Encontrar el espacio adecuado en una instalación existente puede presentar algunas limitaciones y problemas.

[Capítulo 1: VISIÓN Y MISIÓN]

- **Encontrar profesores y residentes que trabajen bien con poblaciones específicas de pacientes.** Por ejemplo, puede resultar difícil encontrar preceptores y residentes bilingües para trabajar en un sitio bilingüe. Es posible que la composición del paciente de un programa de residencia deba diferir del CHC en general.
- **Registros médicos electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés).** Decidir qué EHR usar es clave y debe ser acordado entre el CHC y el hospital asociado. El EHR ideal satisfará las necesidades del CHC. Los gastos de EHR también pueden aumentar debido al mayor número de proveedores.
- **Dinámica desafiante de la asociación.** Las instituciones académicas abordan su asociación con los CHC de diversas maneras. No todas las instituciones académicas tratan a sus socios de CHC con respeto y con un espíritu de asociación igualmente valorada en la negociación de acuerdos financieros, decidiendo qué Registro Médico Electrónico usar, aportando a los planes de estudio y la educación de los residentes, apoyo a los profesionales de CHC como maestros valiosos y en la implementación operativa diaria de la programación de estudiantes o aprendices. Según el informe “*Growing Our Own*”¹¹, "los CHC que persiguen un modelo de residencia independiente aún necesitan un socio institucional académico dispuesto para las rotaciones de pacientes hospitalizados, la exposición a laboratorios de simulación y bibliotecas digitales". Además, para los programas donde un hospital u otra entidad es el patrocinador del programa, existe la posibilidad de que el vínculo se disuelva.
- **Comunicación con los residentes.** Comunicación residente. Capacitar a los residentes en las políticas y procedimientos de CHC puede ser difícil debido al tiempo limitado que tienen los residentes y al número de rotaciones externas que realizan. La comunicación en general puede ser un desafío para los residentes.
- **Acreditación y privilegios.** Se necesitará tiempo adicional para los procesos de acreditación y habrá gastos de acreditación adicionales para el mayor número de proveedores asociados con el programa o para los preceptores que están contratados por períodos de tiempo más cortos

Los inconvenientes señalados anteriormente pueden tener impactos más allá de los desafíos resaltados. También puede haber graves consecuencias financieras para el CHC. Corresponde al CHC monitorear de cerca estos gastos y llevarlos a los socios para su revisión y negociación a medida que el programa comience, se desarrolle y continúe. La capacidad de realizar un seguimiento de los costos y verificarlos será fundamental para resolver los problemas de financiamiento.

Posibles Inconvenientes de los Programas de Residencia:

- Mayor complejidad administrativa.
- Potencial de las necesidades clínicas del CHC para eclipsar las necesidades educativas de los residentes.

De manera análoga a la importancia de monitorear las implicaciones de costos de la enseñanza, es importante para la residencia monitorear continuamente la experiencia educativa en el CHC para asegurarse de que el residente no sea solo un proveedor clínico, sino que participe activamente en el plan de estudios de la residencia, con suficiente didáctica y tiempo para reflexión.

11. Nolon ,A.K. Glassberg, H., Silva, M.D., Miller, D. (2017). *Growing our own: Cultivating the next generation of primary care physicians in community health centers*. Peek skill, NY: HRHCare Community Health

Educación Médica de Posgrado Versus Enseñanza del Centro de Salud

Los determinantes clave de cada colaboración incluyen:

Fuentes de Financiamiento

- Financiamiento de Educación Médica de Posgrado Tradicional (GME) a través de pagos adicionales de Medicare y Medicaid a hospitales de enseñanza universitarios.
- Teaching Health Center GME financiamiento a través de HRSA.
- Otros (por ejemplo: ayudas económicas especiales del gobierno federal, programas estatales de Medicaid y fundaciones privadas, uso significativo y otros incentivos para proveedores, etc.).

Nota: Independientemente de la fuente de financiamiento, el CHC y el hospital universitario deben acordar la asignación adecuada de ingresos y gastos.

Liderazgo en Acreditación y Patrocinio

Tradicional: Un hospital (normalmente) u otra entidad (por ejemplo, una escuela de medicina o un Centro de Educación de Salud del Área [AHEC]) administra la residencia. Esta es la institución patrocinadora y tiene la responsabilidad final del programa de capacitación. Los miembros de la facultad y los residentes principales son empleados de esta entidad. En este modelo, los residentes están “posteados en servicio” en un CHC para una parte de su capacitación.

Patrocinado por CHC: En este modelo, el CHC es el administrador principal o patrocinador del programa. Un hospital universitario sirve como socio de apoyo fundamental y necesario. Los miembros principales de la facultad y los residentes son empleados del CHC o de una organización fuente educativa e institución patrocinadora, por lo tanto, hay tres modelos posibles:



El Imperativo de Encontrar Sinergia

Los CHS y PCRP tienen mucho en común. Ambos están enfocados a la atención primaria. El compromiso con las comunidades desatendidas es fundamental para la misión de los CHS y PCRP. Ambas organizaciones se han enfrentado durante mucho tiempo al desafío de contratar y retener empleados claves: proveedores en el caso de los CHC y médicos residentes en el caso de los PCRP. Ambos luchan por atraer suficientes recursos financieros y otros recursos para cumplir con sus misiones.

Los CHC y la PCRP también tienen algunas diferencias significativas. La misión principal de los CHC es atención al paciente, mientras que las de residencias han sido administradas por hospitales y a menudo, una cultura organizacional que favorece la atención especializada.

Los vínculos entre los CHC y los programas de capacitación en residencia ofrecen a ambas entidades beneficios y desafíos potenciales. ***A pesar de los beneficios obvios y tangibles para ambas partes, a menudo están presentes diferencias reales y percibidas en la cultura, misión y visión. Estas deben ser identificadas, reconocidas y tratadas. El no hacerlo destruirá los vínculos más lógicamente percibidos.***

La Misión de los Centros de Salud Comunitarios: Lo que los Programas de Residencia de Cuidado Primario Deben Saber

La misión principal de los CHC es mejorar la salud de sus poblaciones de pacientes y brindar servicios sin tener en cuenta la capacidad de pago. Cuando comenzaron los CHC, a mediados de la década de 1960 y principios de la de 1970, era común que los CHC prohibieran a los estudiantes o aprendices ver pacientes. Esto se debió, en parte, a la experiencia de muchas comunidades desatendidas de que habían sido durante demasiado tiempo “conejiillos de indias” para estudiantes, aprendices e investigadores del hospital universitario o la escuela de medicina. Solo cuando los CHC maduraron y desarrollaron maneras para negociar en un campo de juego más parejo empezaron a darse cuenta

PERFIL



Centro Comunitario de Salud Y Servicios Sociales (CHASS)

Detroit, MI

www.chasscenter.org

CHASS sirve a la comunidad de Detroit, haciendo hincapié en atender a las poblaciones afroamericanas y latinas desatendidas con atención médica asequible, culturalmente relevante y de alta calidad. Ellos capacitan a los FMR del Henry Ford Health System (HFHS). CHASS se estableció en respuesta al cierre de hospitales comunitarios y la huida de profesionales médicos a la periferia. CHASS contrata servicios médicos con HFHS, lo que crea un acceso sin problemas para que los pacientes obtengan referencias de subespecialidades y servicios auxiliares. Los residentes de HFHS FM, a su vez, reciben la mayor parte de su capacitación en obstetricia de los proveedores de CHASS.



Programas de capacitación, aprendices y disciplinas para profesiones de la salud: RFM., Med-Ped, EL, AM, Técnico de Farmacia y MA.

Estrategias Educativas:

Selección de estudiantes: El CHC busca estudiantes y residentes bilingües y biculturales, para reflejar la comunidad. Buscan estudiantes y personal que crecieron y fueron a la escuela en el vecindario

(continúa de página 14).

[Capítulo 1: VISIÓN Y MISIÓN]

de los beneficios de colaborar con programas de formación. Una misión adicional de muchos CHC, a veces declarada explícitamente, es el empoderamiento y el desarrollo de la comunidad a la que se sirve. La importancia de la educación del paciente también está ampliamente aceptada en los CHC.

La Misión de Programas para Residentes de Cuidado Primario – Lo que los Centros de Salud Comunitarios necesitan saber.

La misión principal de los programas de formación de residencias es académica. Existen programas de capacitación a residentes para educar a los médicos y promover el trabajo académico de los profesores a través de la investigación y la publicación. Muchos, quizás la mayoría, también manifiestan un compromiso explícito de servir a sus pacientes y comunidades. Las legislaturas estatales iniciaron una cantidad sustancial de PCRPs para asegurar una fuente continua de médicos de familia para su estado o región. Existe la creencia generalizada de que los residentes deben ser parte de un sistema que brinde una gran atención para aprender a brindar una excelente atención.

Posibles Áreas de Conflicto y Búsqueda de Puntos en Común

“Puede haber un definitivo conflicto en las diferentes misiones de las organizaciones. Identificamos si bien tenemos dos misiones diferentes, era importante crear una visión en el futuro. Combinamos nuestros dos logotipos para un logotipo único que incorpora ambos para este sitio.”

**—Mindy Benedetti
HealthWest, Pocatello, ID**

Los conflictos entre la atención al paciente y la educación de los profesionales de la salud no son exclusivos de los centros educativos de salud. ***Los centros médicos académicos y los hospitales universitarios llevan mucho tiempo luchando por equilibrar las misiones de "servicio" y "educativas". Esto también será un desafío para los Centros Educativos de Salud.*** Si bien no hay duda de que habrá momentos en los que una misión necesariamente tendrá prioridad sobre la otra, enmarcar este desafío como un "acto de equilibrio" lleva a la noción de que es un juego de suma-cero: brindar más educación significa brindar menos servicios y al revés. Algunas fallas de EHC se han producido cuando las dos misiones permanecieron en desacuerdo entre sí.

Para crear un Centro de Salud Educativo exitoso, las misiones de servicio y educación deben ser respetadas.

[Capítulo 1: VISIÓN Y MISIÓN]

En los programas más exitosos, el objetivo es hacer que las misiones no solo sean compatibles, sino sinérgicas.

Para encontrar una sinergia entre las misiones clínicas y educativas, los líderes de todos los niveles deben estar comprometidos con este enfoque. Para lograr esto, todos deben comprender y reconocer, en términos concretos, cómo el programa educativo afecta y mejora la misión clínica y cómo las actividades clínicas afectan y mejoran el proceso educativo. Los educadores de PCRPP deben apoyar plenamente la idea de que brindar una atención excepcional es una condición necesaria para una educación excepcional. De manera similar, los líderes administrativos y clínicos de CHC deben adoptar la idea de que atraer a los mejores residentes y miembros de la facultad requiere un programa educativo sólido, y sin una gran facultad y residentes, los pacientes no recibirán una gran atención. Todos deben reconocer el poder de conectar las misiones educativas y clínicas. Con este compromiso, tanto la educación como la atención al paciente aumentarán en espiral. Ignórelo y ambos pueden caer en espiral.

Muchos vínculos exitosos entre CHC y residencia han revisado sus declaraciones de misión para reflejar las misiones tanto educativas como clínicas. Esto es importante en todo momento, pero dos situaciones específicas son especialmente desafiantes. La primera es una nueva asociación entre un CHC y una residencia y la segunda es una afiliación establecida más antigua cuando nuevos líderes se unen a una organización.

No hay sustituto para las reuniones regulares (idealmente mensuales) entre el personal ejecutivo de la CHC (incluido el Director Médico / CMO), el liderazgo del personal de residencia y la institución académica patrocinadora, anfitriona o asociada. Tales reuniones deben tener agendas definidas, actas y seguimiento de acciones. Las juntas directivas de todas las organizaciones participantes deben ser informadas de estas reuniones.

CHASS PERFIL *(Continúa de página 12)*

Enseñanza clínica: Los médicos de CHASS realizan toda la enseñanza clínica. Los médicos de CHASS tienen acceso a oportunidades de desarrollo docente de HFHS, capacitación en línea de HIPAA y acceso remoto a la biblioteca médica y herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas.

Acuerdos de afiliación: Solo se aceptan estudiantes de programas con un acuerdo institucional con el CHC

MIDocs: En asociación con CHC y HFHS, Wayne State University FMR creó un Programa de residencia en vías urbanas. Los residentes coinciden en la pista, se alojan en CHASS para la clínica de continuidad, en el campus principal del Henry Ford Hospital para las rotaciones de pacientes hospitalizados y en HFH y WSU FM para la didáctica. El objetivo es capacitar a los médicos para que trabajen en los CHC en modelos de atención médica integrales y centrados en el paciente. Los residentes se comprometen a practicar durante al menos dos años en un entorno de MI desatendidos. A cambio, los residentes califican para el reembolso del préstamo. MIDocs presenta planes de estudio mejorados en atención ambulatoria, mejora de la calidad, colaboración interprofesional y atención de los desatendidos.

Desafíos educativos / Relaciones académicas institucionales: Todos los médicos de CHASS son miembros del Grupo Médico de HFHS, que brinda acceso a referencias de subespecialistas y servicios de diagnóstico por imágenes y laboratorio hospitalarios. La relación del sistema hospitalario le da a CHASS acceso a políticas, procedimientos y educación continua para todos los empleados.

Desafíos financieros y estrategias para apoyar y sostener la misión educativa: CHASS tiene una alta mezcla de pacientes sin seguro y los hospitales brindan atención no compensada a los pacientes de CHASS, especialmente en servicios de laboratorio y de imágenes. A cambio, CHASS brinda capacitación y experiencia en OB para el FMR.

Beneficios del CHC: El Director Ejecutivo, Dr. Félix Valbuena, fue estudiante en el CHC antes de convertirse en CMO y luego en CEO. Muchos proveedores de CHASS pasaron por CHC como estudiantes. Son médicos con la perspectiva correcta de la comunidad. Dice el Dr. Valbuena, "... muchos de los estudiantes que vienen son de la comunidad. Tendemos a enfocarnos en eso tanto como podemos... Creo que tener el programa de capacitación nos permitirá a largo plazo brindar una mejor atención a la comunidad".



Desarrollar una Misión y Visión Compartidas

Preguntas para Todos:

- Describir el Centro de Educación y Salud ideal. ¿Cómo se vería y sentiría este programa?
- ¿Cómo avanzará nuestra misión al convertirnos en EHC?
- ¿Cómo cambiará nuestra misión actual de CHC si nos convertimos en un Centro Educativo de Salud (EHC)?

Preguntas a Nivel Individual

- ¿Cómo afectará este proyecto mi trabajo?
- ¿Cuáles son las fortalezas de nuestra organización?
- ¿Qué valor aporta nuestra participación a un socio potencial?
- ¿Qué cambios está dispuesta a realizar nuestra organización para que la colaboración sea exitosa?



Preguntas para el Personal de la Residencia:

- ¿Cuáles son mis (nuestras) ideas preconcebidas sobre los CHC?
- ¿Qué garantías necesitamos de la administración de CHC de que apoyarán la misión educativa?
- ¿Cómo podemos proporcionar a los residentes ejemplos de continuidad de la atención y calidad de la atención a pacientes individuales cuando brindan atención a tiempo parcial? ¿Es suficiente que formen parte del equipo de salud interprofesional para alcanzar ese objetivo?

Preguntas para el personal del Centro de Salud Comunitario:

- ¿Cuáles son mis (nuestras) ideas preconcebidas sobre los residentes y los programas de residencia?
- ¿Qué garantías necesitamos del programa de residencia de que apoyarán la misión clínica?
- Debido a que los residentes pueden no ser tan accesibles como los médicos de la facultad o del personal, ¿cómo aseguramos la continuidad y la calidad de atención al paciente?



Crear un programa de residencia puede tener un impacto increíblemente positivo en un CHC y la comunidad a la que sirve, especialmente en la contratación y retención de proveedores.

Por lo tanto, es de suma importancia tomarse el tiempo para crear claridad organizacional con respecto al efecto de un programa de residencia en la misión del CHC y, si el CHC elige seguir adelante con el desarrollo de una residencia o proporcionar rotación(es) clínicas, *para evaluar y actualizar la misión de la organización de una manera que abarque completamente las necesidades de la organización, los pacientes y los residentes.*

“Conseguimos tantos estudiantes como podamos para entusiasmarlos sobre lo que hacemos, para que trabajen aquí cuando hayan terminado con su formación o trabajen en uno de los 12,000 sitios de prestación de servicios de CHC en todo el país que brindan el mismo tipo de servicios que nosotros”.

**—Félix Valbuena, Hijo, MD,
FAAFP CEO, CHASS, Detroit, MI**



DIRECTIVA

La Directiva y la complejidad administrativa son temas que se citan con frecuencia para los CHC que están considerando convertirse en un Centro de Educación y Salud, y participar en el patrocinio o asociación con un programa de residencia. Hay hechos importantes a considerar en ambos lados del vínculo CHC-residencia. Las recomendaciones para la directiva deben adaptarse a las características específicas del CHC y la residencia.

Muchos CHC que participan en la educación de residentes están capacitando a futuros médicos de familia. Esto es particularmente cierto cuando el CHC es la institución patrocinadora o es la clínica de continuidad del programa. Cuando la participación de CHC se limita a rotaciones clínicas, está representada una variedad más amplia de médicos en formación.

Directiva del Centro de Salud Comunitario: Consideraciones para la Participación de la Residencia:

La participación de un CHC en la educación de médicos residentes (o cualquier programa de personal de salud) solo debe llevarse a cabo con la comprensión y el apoyo completos de su Junta Directiva. Los miembros de la Junta y otros líderes de la CHC a menudo luchan con la transición de ser una “organización de servicio” a una organización que brinda ambos servicios y educación, pero tales determinaciones son una extensión natural de los deberes requeridos de los miembros de la Junta.

- **Evaluación de Necesidades:** Al igual que con todos los esfuerzos que realizan los CHC, la necesidad debe ser un factor determinante. El CHC debe realizar evaluaciones periódicas de las necesidades e involucrar a los miembros de su Junta para interpretar y responder a sus hallazgos. La escasez de proveedores de cuidado primario es un problema nacional persistente, que a menudo es especialmente agudo para las poblaciones marginadas atendidas en los CHC.¹² Sin una fuerza laboral de cuidado primario adecuada, los CHC no pueden alcanzar sus responsabilidades y objetivos principales. Las evaluaciones de necesidades pueden llevar a la Junta a su conclusión para apoyar la participación en la capacitación de la fuerza laboral.
- **Misión y Visión:** La Junta tiene la responsabilidad de establecer las prioridades generales del CHC. Si la necesidad dicta el compromiso sustancial del CHC con la educación, es importante articular un mensaje claro sobre esa dirección mediante la inclusión de los objetivos de la fuerza laboral en su declaración de misión, declaración de visión u otros documentos rectores de la organización.

12. U.S.Department of Health and Human Services. (2016). *National and regional projections of supply and demand for primary care practitioners: 2013–2025*. Tomado del sitio: <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bhw/health-work-force-analysis/research/projections/primary-care-national-projections2013-2025.pdf>

[Capítulo 2: DIRECTIVA]

- **Plan Estratégico:** Se requiere que la Junta “proporcione dirección para la planificación a largo plazo, incluyendo la identificación de... prioridades de CHC”.¹³ El patrocinio o la participación en la educación de residentes debe tener un lugar prominente en la estrategia de un CHC, cuyo liderazgo y Junta hayan determinado que la participación en la educación de los médicos es un medio importante para abordar las necesidades de su comunidad de pacientes.

Ciertamente está dentro de la autoridad de la Junta apoyar y autorizar a la gerencia a participar en una estrategia educativa, pero es importante que el liderazgo demuestre que la estrategia avanza en la misión del CHC y no pone en peligro ni daña al CHC. Esto requiere una toma de decisiones informada por parte de la Junta. Además de promover la educación de la fuerza laboral, la Junta autoriza que los servicios en el centro sean proporcionados por una fuerza laboral que esté, en su totalidad o en parte, compuesta por médicos residentes y profesores que participen en el programa de capacitación de residencia. Para tomar una decisión informada, la gerencia debe proporcionar a la Junta la documentación respaldada de los pros y los contras de la decisión.

La acreditación de residencia no afecta el estado de adjudicatario / similar de la Sección 330 de un CHC, que es una línea de financiamiento fundamental que se relaciona con la función de un CHC como proveedor de servicios de salud de alcance, tipo y calidad específicos para una población que cumple con ciertos criterios federales. El programa THCGME no cambia esto.¹⁴ La capacidad de un CHC para buscar ayudas económicas y fondos federales no se verá afectada por el estado de THCGME. Las residencias no están prohibidas para tales esfuerzos.

Las interacciones con la Junta del CHC ofrecen una oportunidad para que los residentes aprecien el papel único que desempeñan los miembros de la Junta de Pacientes en la directiva de un CHC. ***Los miembros de la Junta pueden formar parte de la facultad e involucrar a los residentes en la misión del centro, y los residentes pueden aprender sobre las operaciones, la directiva y la administración al interactuar con la Junta como parte de su plan de estudios de residencia.***

Además de los aspectos operativos de la prestación de cuidados en el CHC, la Junta debe considerar las características que se introducirán en la organización como parte de la educación de los residentes:

- **Gestión de Riesgos:** A menudo se asume que involucrar a los residentes en la atención al paciente puede ser una fuente de aumento de errores y reclamaciones por lesiones. Esa conclusión no está respaldada por la evidencia. Sin embargo, la gerencia y la Junta deben ser conscientes de que, incluso en el escenario en el que el centro emplea directamente a los residentes, la educación requerida los expondrá a una atención que probablemente no se considerará cubierta por la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA). El seguro integral o el que cubre brechas (“gap” en inglés), es especialmente importante en este escenario. (Consulte el capítulo legal de esta Guía para obtener más detalles sobre FTCA).

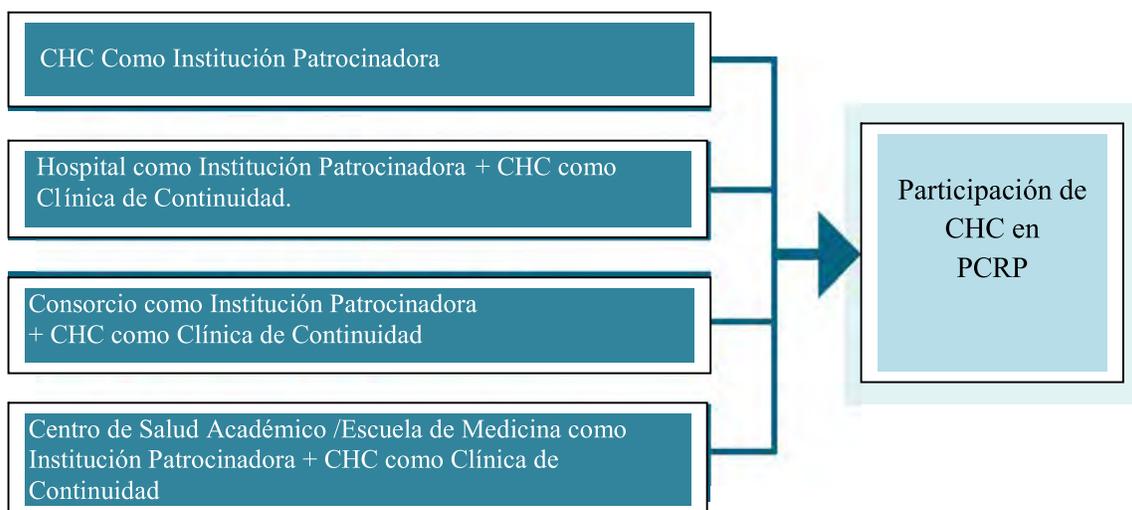
13. Health Resources and Services Administration. (2018). Health Center Program Compliance Manual. Tomado de: <https://bphc.hrsa.gov/programrequirements/compliancemanual/>

14. Health Resources and Services Administration. (2018). Teaching health center graduate medical education (THCGME) program. Tomado de: <https://bhwh.hrsa.gov/grants/medicine/thcgme>

- **Composición de la Junta:** Puede ser tentador incluir representación del programa de residencia en la Junta del CHC. Esto puede ser deseable, pero no existe una exención de las reglas de la HRSA con respecto a la composición de la Junta.¹⁵

Modelos de Participación de Residencias en Centros Comunitarios de Salud.

Hay cuatro caminos comunes para la participación de CHC en PCRP:



El Centro de Salud Comunitario como Institución Patrocinadora del Programa de Residencia de Cuidado Primario

Las reglas de acreditación del Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados se componen de dos conjuntos de requisitos distintos y jerárquicos. Todos los programas deben tener un programa acreditado por ACGME, Institución patrocinadora. **La IP debe cumplir con los Requisitos Institucionales del ACGME Institutional Requirements.**¹⁶ *IP es la organización que asume la responsabilidad financiera y académica final del programa.*

Cuando el CHC es la IP, es típico que el CHC patrocine un solo programa y que el programa sea Medicina Familiar¹⁷. *La estructura de acreditación de dos niveles puede parecer innecesariamente*

15. Health Resources and Services Administration. (2018). Health Center Program Compliance Manual.

Tomado de <https://bphc.hrsa.gov/programrequirements/compliancemanual/>

16. Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2018). ACGME *institutional requirements*. Tomado de: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/InstitutionalRequirements/000InstitutionalRequirements2018.pdf-flyer>

17. Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2018). *ACGME program requirements for graduate medical education in family medicine*. Tomado de: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/120FamilyMedicine2018.pdf?ver=2018-06-15-112624-307>

[Capítulo 2: DIRECTIVA]



compleja, pero es mejor entendida dentro del marco más amplio de GME. La institución que patrocina un solo programa es la excepción. El sistema de acreditación está diseñado para responder a la mayoría de IP. Son centros médicos académicos y hospitales docentes que suelen patrocinar la formación especializada en varias disciplinas.

En el modelo de patrocinador de programa único, puede resultar difícil adaptarse a los requisitos. Las responsabilidades de la institución incluyen:

- Supervisión de la selección de un Director del programa de residencia, profesores, personal y residentes; y garantía de que existen políticas adecuadas para su gestión;
- Establecimiento y mantenimiento de un entorno de aprendizaje y trabajo que cumpla con todos los requisitos;
- Establecimiento de un Comité de Educación Médica para Graduados (GMEC) para supervisar estas responsabilidades; y,
- Nombramiento de un funcionario institucional designado (DIO, por sus siglas en inglés), quien preside el GMEC y tiene la responsabilidad de la acreditación institucional.



Cuando el CHC es la institución patrocinadora, debe constituir el GMEC de acuerdo con los requisitos del ACGME¹⁸. El IP tiene cierta libertad en la designación del DIO. ACGME no tiene preferencia en cuanto a la identificación conjunta del Director del Programa de Residencia con el DIO en el modelo del Patrocinador Único del Programa, siempre que el RPD tenga el tiempo protegido y la capacidad para desempeñar ambos roles. Si los roles de RPD / DIO no están combinados, el RPD debe informar al DIO.

TEl Centro de Salud Comunitario como Socio con Responsabilidad Sustancial de Capacitación y Experiencia en Residencias de Cuidado Primario.

Los CHC pueden tener un papel importante en la educación de los residentes sin convertirse en IP. Cada hospital universitario,

18. Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2018). *ACGME institutional requirements*. Tomado de: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/InstitutionalRequirements/000Insti-tutionalRequirements2018.pdf?ver=2018-02-19-132236-600>

centro médico académico u otra institución que opere o busque operar un PCRCP debe proporcionar un sitio de práctica. Los CHC cumplen fácilmente con los requisitos para ser el lugar de práctica para una residencia acreditada¹⁹. Especialmente cuando la misión del SI es la capacitación de médicos de cuidado primario para atender a pacientes desatendidos, está ubicado cerca de poblaciones desatendidas y comparte esas poblaciones con el CHC, trabajar juntos puede ser la solución natural. **Los CHC también deben ser cautelosos, ya que un factor determinante para que los hospitales y las instituciones académicas se asocien es el reembolso que reciben los CHC y la creencia de que esta será una opción menos costosa que tener el lugar de práctica en una clínica hospitalaria.**

Como sitio de práctica para un programa patrocinado por otra institución, el CHC puede lograr sus objetivos con respecto a la participación en el desarrollo de la fuerza laboral con menos riesgo y responsabilidad.

A su vez, la CHC le cede gran parte del control a su institución asociada. Los entendimientos claros entre los socios son esenciales. En cuanto a la directiva, se aconseja que:

- El CHC esté representado en el GMEC de la institución patrocinadora (o un subcomité apropiado), con el nombramiento de un representante que pueda hablar con autoridad en nombre del CHC;
- El Director del Programa de Residencia juegue un papel integral y colaborativo en el liderazgo de la CHC y la clínica del centro que sirva como sitio de práctica; y
- El Director del Programa sea un miembro ex officio de la Junta de Directores del CHC y le informe periódicamente

19. Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2018). *ACGME program requirements for graduate medical education in family medicine*. Tomado de: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAs-sets/ProgramRequirements/120FamilyMedicine2018.pdf?ver=2018-06-15-112624-307>

PERFIL
(Sistemas de Salud)
**Cherokee
Health
Systems
(CHS)**



Knoxville, TN
www.cherokeehealth.com

“Nos preocupamos por las personas y creemos que el mejor enfoque para el bienestar implica tratar tanto el cuerpo como la mente. Por eso ofrecemos una gama completa de servicios de atención médica. Ya sea que una persona necesite atención médica, dental o de BH, nuestro personal compasivo y dedicado está aquí para ayudarlo. Nos esforzamos por mejorar el bienestar de nuestros clientes, convirtiéndose en sus socios en el cuidado de la salud. Trabajamos juntos... mejorando la vida”.

CHS es una organización integral de servicios de salud que impacta a decenas de miles de vidas cada año en catorce condados de East TN. El alcance de BH se proporciona en numerosos sitios, incluidas clínicas de cuidado primario, escuelas y centros Head Start. La necesidad de una atención de calidad en la región impulsó la expansión del alcance de los servicios y la gama de conocimientos de CHS para incluir programas médicos, dentales y de salud mental. Los miembros del personal, incluidos psicólogos, médicos, dentistas, trabajadores sociales, enfermeras, farmacéuticos y especialistas en salud pública, ofrecen una variedad de servicios integrales de cuidado primario y salud. CHS es conocido por ser uno de los programas líderes a nivel nacional en la integración de PC / BH, y se ha hecho conocido por capacitar a los profesionales de la salud en un modelo de atención integrada, colaborativa y del siglo XXI.

Seleccionar estrategias educativas:

Atención integrada: El CHS es un modelo nacional de “mejores prácticas” de integración de PC / BH en la atención integral en equipo. CHS capacita a los profesionales internamente y ofrece academias de atención integral para médicos de todo el país.

Atención y capacitación en equipo: a los estudiantes se les enseña dentro de una cultura interprofesional basada en equipos mientras aprenden a usar un HCE integrado que se aplica en todo el proceso de atención. Los estudiantes les siguen el paso a profesionales de otras disciplinas y

(Continúa en página 24)

El Centro de Salud Comunitario como Anfitrión de las Rotaciones de Residencia

Para muchos CHC, albergar rotaciones de residencia es el modelo preferido para participar en la educación de residentes, ya que brinda los beneficios de tener un residente en el lugar con menos tiempo y recursos que otros modelos más involucrados. Las alianzas para tales experiencias educativas se pueden lograr, según se acuerde mutuamente, mediante la ejecución de una simple carta de acuerdo del programa (PLA). *La evidencia sugiere que los planes de estudio de capacitación y las rotaciones enfocadas en comunidades rurales o desatendidas, particularmente durante la residencia, tienen una fuerte correlación con la retención en la cuidado primario.*^{20, 21} Sin embargo, estas rotaciones no son tan comunes como desearía el CHC. Los residentes de cuidado primario están principalmente comprometidos con su lugar de práctica para su formación en medicina ambulatoria. Los requisitos de acreditación de PCRP limitan estrictamente la cantidad de tiempo que un residente puede estar ausente de la atención a su panel de pacientes de continuidad en el sitio de práctica. Cumplir con todas las experiencias educativas requeridas del programa acreditado deja poca libertad para que el programa cree una experiencia alternativa de cuidado primario, o para que el residente cree una optativa en el entorno del CHC.

Un CHC que desee comprometerse sustancialmente con la formación de la fuerza laboral a través de la educación de los residentes de cuidado primario no es probable que cumpla sus objetivos con este modelo.

Acuerdo de Colaboración (Program Letter of Agreement)

Los CHC y los programas de residencia que finalmente deciden colaborar deben desarrollar una Carta de Acuerdo del Programa (PLA) escrita.²²

El PLA debe:

- Identificar la facultad que asumirá las responsabilidades educativas y de supervisión de los residentes;
- Especificar las responsabilidades de la facultad para la enseñanza, supervisión y evaluación formal de los residentes.
- Especificar la duración y el contenido de la experiencia educativa; e
- Indicar las políticas y procedimientos que regirán la educación de los residentes durante la asignación.

Cuando el CHC sea el IP, será necesario un acuerdo de afiliación con el hospital universitario.

Aunque cada acuerdo de afiliación será único, la mayoría debe incluir los siguientes elementos:

20. Phillips, R.L., Dodoo, M.S., Petterson, S., Xierali, I., Bazemore, A., Teevan, B...Rudd, J. (2009). *Specialty and geographic distribution of the physician workforce: What influences medical student and resident choices?* Washington,DC:The Robert Graham Center. Tomado de Página web: <https://www.graham-center.org/dam/rgc/documents/publications-reports/monographs-books/Specialty-geography-compressed.pdf>
21. Brooks, R.G., Walsh, M., Mardon, R.E., Lewis, M., Clawson, A. (2002). The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: A review of the literature. *Academic Medicine Journal of the Association of American Medical Colleges*. 77(8)790-798. [Tomado de página web:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12176692>
22. Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2017). *ACGME common program requirements*. [Tomado de página web: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/120FamilyMedicine2018.pdf?ver=2018-06-15-112624-307>

[Capítulo 2: DIRECTIVA]

- Período de tiempo cubierto por el acuerdo;
- Razones, curso de tiempo y proceso para la terminación del acuerdo;
- Orientación sobre la renovación y continuación;
- Responsabilidades de cada parte, incluidas las reuniones periódicas entre el personal ejecutivo de CHC, el liderazgo de residencia y las agencias asociadas cuando sea apropiado;
- Las responsabilidades de cada parte, incluidas las Reuniones entre el personal ejecutivo de CHC, el liderazgo de residencia y las agencias asociadas cuando sea apropiado; y
- Un Acuerdo Financiero que incluya: Conciliación periódica;
 - o Precisión sobre la asignación de costos e ingresos.
 - o Compromiso con la transparencia.
 - o Expectativas de productividad tanto para los profesores como para los residentes; y niveles de apoyo administrativo y clínico que se esperan para los profesores y los residentes.

Es imperativo que ambos socios tengan una comprensión clara de sus roles y responsabilidades. Puede parecer una carga describir los procesos y procedimientos para elementos, tales como: abordar las preocupaciones de los residentes y los profesores, las violaciones de la HIPAA, la prestación de atención inadecuada, etc., incluso antes de que el programa haya comenzado, pero ambos socios se beneficiarán de esta claridad.

Encontrar y Mantener un Terreno Común: Ideas a Considerar

La relación entre el Centro de Salud Comunitario y el Hospital

Ya sea que el CHC sea la institución patrocinadora o colabore con un hospital universitario para participar en la educación de los residentes, es posible que el CHC no esté familiarizado con la necesidad de altos niveles de diálogo y toma de decisiones conjunta. Es importante construir una relación de confianza y comunicación.

CHS PERFIL (Continúa de página 22)

experimentar interacciones asistenciales y colaborativas de momento a momento entre todos los profesionales que atienden a los mismos pacientes.

Aprendizaje a distancia: CHS utiliza el aprendizaje a distancia para las sesiones didácticas de los estudiantes y para la supervisión de los becarios postdoctorales de BH. Esto requirió negociaciones asertivas con la junta estatal de licencias.

Integración de la prestación de atención médica (servicio) y misiones educativas:

Los líderes consideran los programas educativos como parte de su misión esencial. "Queremos brindar a la próxima generación de proveedores una buena experiencia en el servicio a los más necesitados", dijo el CEO Dennis Freeman.

Los Desafíos financieros y estrategias para apoyar y sostener la misión educativa:

- Ninguna de las universidades afiliadas o programas de capacitación paga a CHS para capacitar a sus estudiantes o residentes. CHS paga a una universidad por la oportunidad de capacitar a sus profesionales de la salud.
- CHS recibe fondos del programa regional AHEC para estudiantes de farmacia.
- Debido a que un CHC es tanto como un CMHC con licencia, los CHS a veces puede facturar por los servicios de BH proporcionados por los aprendices que estén debidamente supervisados.
- CHS recibió una beca de HRSA para la formación de psicólogos en la práctica de la atención integrada.
- CHS es el Centro este de TN para el AHEC de Meharry Medical College.
- CHS obtuvo fondos de subvenciones para programas innovadores, incluidos fondos de la Oficina de Salud Materna e Infantil de HRSA, subvenciones de alcance de salud rural y una subvención del programa de acceso comunitario para vincular a los proveedores de atención primaria de la red de seguridad del área a través de un modelo de prestación de servicios integrados.
- CHS • obtuvo fondos de United Way para proporcionar hogares de salud para residentes sin seguro del condado de Knox y fue designado Centro de Excelencia de Servicios para Niños del Este de TN que se encuentran bajo la custodia del estado o en riesgo de estarlo.

[Capítulo 2: DIRECTIVA]



Las reuniones regulares y programadas de los líderes de CHC y hospitales (directores ejecutivos, directores médicos y directores financieros) son fundamentales para la asociación. Ambas partes deben ser miembros del Comité de Educación Médica de Graduados (GMEC) del patrocinador.²³ También puede ser aconsejable la representación conjunta en otros órganos de toma de decisiones, incluidos los respectivos consejos y comités de finanzas. También es necesario tener una discusión y un acuerdo cuidadosos sobre cómo se abordarán y resolverán los conflictos, los cambios en los horarios de los profesores y los residentes.

Programas patrocinados por Centros de Salud Comunitarios.

Cuando el CHC es la institución patrocinadora, es importante proporcionar informes regulares del Director del Programa de Residencia a la junta directiva del CHC. *La interacción planificada entre los miembros de la Junta y los médicos residentes puede ser valiosa tanto para el proveedor como para la Junta Directiva para garantizar un programa de alta calidad.*



Para los CHC existentes que contemplan una nueva residencia o fusionarse con un programa existente, revisar la declaración de misión del CHC para incluir el compromiso con la educación es un ejercicio importante para estimular la discusión y proporcionar puntos de referencia para la evaluación del programa y las relaciones.

También es importante considerar cómo se compensarán a los proveedores de CHC con responsabilidades tanto docentes como clínicas en comparación con el proveedor de CHC cuyo trabajo es el 100% de la atención al paciente. El objetivo es que todos sientan que sus contribuciones son valoradas y compensadas de manera equitativa. Es aconsejable evitar la situación en la que las personas eligen enseñar, o no enseñar principalmente debido al impacto en sus salarios (a los proveedores de preceptores a menudo se les paga más que a los no preceptores). Esto se vuelve aún más importante cuando el CHC es responsable de varios sitios, incluidos los que no albergan ni participan en el programa de residencia. Hay muchos modelos de compensación que los centros de salud han

23.=Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2018).= *ACGME institutional requirements*. Tomado de: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/InstitutionalRequirements/000Insti-tutionalRequirements2018.pdf?ver=2018-02-19-132236-600>

[Capítulo 2: DIRECTIVA]

implementado para compensar a la facultad; la selección de un modelo depende de las características únicas de cada CHC y su programa.

Programas Patrocinados por Hospitales

Una relación alternativa para considerar que permite un contrato entre el CHC y el hospital o la residencia patrocinada por la escuela de medicina, es un acuerdo de compra de servicios mediante el cual el CHC compra los servicios de los residentes y el personal docente/clínico seleccionado de la institución.

En cualquier participación sustancial en la capacitación de residencia, el CHC y su Junta están optando por desplegar residentes y profesores del programa de enseñanza para lograr su objetivo principal: la prestación de cuidado primario segura y eficaz. Los médicos residentes y profesores dedican la mayor parte de su tiempo al aprendizaje, la enseñanza y la administración del programa. En un entorno de servicio comprado, el CHC limita su responsabilidad al contratar solo la parte de práctica clínica de su trabajo. Para limitar aún más el riesgo financiero, el contrato del centro de salud debe considerar los salarios razonables del proveedor y su potencial de productividad. Esto último es particularmente importante cuando se considera el trabajo del nuevo residente en la clínica.

Por ejemplo, un residente de primer año atiende a unos cinco pacientes por clínica en promedio. El costo del centro para mantener y dotar de personal a la clínica puede exceder los ingresos proyectados, y el centro de salud debe negociar en consecuencia.

Es importante que el liderazgo de CHC trabaje en estrecha colaboración con la Junta Directiva para evaluar adecuadamente el impacto de la misión de un programa de residencia, así como las muchas otras consideraciones discutidas a lo largo de esta Guía. Comenzar un nuevo programa de residencia o asociarse en un programa de residencia existente es una empresa seria para un CHC. *Es importante que el liderazgo del CHC trabaje en estrecha colaboración con la Junta Directiva para evaluar adecuadamente el impacto de la misión de un programa de residencia, así como las muchas otras consideraciones discutidas a lo largo de esta.*

La comunicación clara es vital en todos los niveles durante todo el proceso y una vez que se establece el programa.

Por difícil que sea embarcarse en este complejo proceso, es importante tener en cuenta los posibles obstáculos y desafíos, así como los beneficios para los residentes, el CHC y la población a la que se sirve.



ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES

Administración y Operaciones de Residencias

Las residencias y los CHC están unificados y separados por un conjunto de valores y necesidades comunes.²⁴ *El desafío administrativo y operativo clave en un Centro de Educación y Salud (EHC) es permitir que lo mejor de las culturas de residencia y CHC no solo coexista, sino que prospere y se complementen mutuamente.* El CHC debe comprender e incorporar los requisitos de acreditación y capacitación del programa de residencia. De manera similar, el programa de residencia ubicado en el CHC debe incorporar el gobierno del CHC e integrar los servicios clínicos del CHC en su estructura como un programa de capacitación. Solo entonces el Centro de Educación y Salud superará lo que históricamente se ha percibido como impedimentos para la ubicación conjunta de los programas de capacitación para residentes en los CHC.

Un elemento esencial de este éxito es la adopción de una misión compartida de igual compromiso al servicio y educación

El personal administrativo, clínico y académico del CHC, el programa y la Institución Patrocinadora (si es diferente al CHC) deben trabajar juntos para implementar esta visión compartida y evitar diferencias en la prestación de atención y capacitación de alta calidad.

Históricamente, los programas de residencia se han basado en hospitales con la Clínica de Continuidad en un espacio autorizado por el hospital. Como tales, han sido regulados y operados para cumplir con los objetivos estratégicos del hospital. Esto ha cambiado desde la implementación de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997 ([Balance Budget Act of 1997](#)), cuando los hospitales pudieron reclamar por primera vez, y siempre que se cumplieran ciertos requisitos, fondos de Educación Médica Indirecta (IME) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para tiempo de entrenamiento en sitios ambulatorios.²⁵

- Morris, C.G., Johnson B., Kim,S., and Chen, F. (2008). Training family physicians in community health centers: A health workforce solution. *Family Medicine*, 40 (4), 271-276. Tomado de: <https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2008/April/Carl271.pdf>

[Capítulo 3: ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES]

Al igual que otros servicios clínicos que se trasladan a sitios para pacientes ambulatorios, la educación de residencia pasó a una formación más ambulatoria. Incluso con diferentes agencias reguladoras, políticas y métricas de resultados, existe un reconocimiento creciente entre los CHC, hospitales, escuelas de medicina y programas de residencia de que la calidad de la atención y la calidad de la capacitación requieren soluciones similares.

Operaciones

Un CHC tiene muchas opciones sobre cómo participar en la capacitación de residencia. Este capítulo tiene como objetivo abordar las consideraciones operativas que un CHC puede enfrentar dentro de su práctica de continuidad al evaluar si debe participar en la capacitación de residentes.

Los programas de residencia tienen varios puestos según los requisitos comunes y de especialidad del Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados (ACGME).^{26,27}

Los requisitos de especialidad variarán según la especialidad, mientras que los requisitos comunes se aplican a todos los programas acreditados por ACGME. Las posiciones pueden ser de naturaleza diferente a la que puede estar acostumbrado un CHC. Un programa de residencia puede tener algunos de los siguientes puestos requeridos por ACGME:

- Director del Programa de Residencia;
- Director Asociado del Programa de Residencia (director del Programa de Residencia de apoyo, requerido para Medicina Interna, opcional para Medicina Familiar);
- Coordinador del programa de residencia (proporciona apoyo administrativo para el programa de residencia);
- Cuerpo docente básico (la definición de “núcleo” varía según la especialidad, consulte [ACGME](#) para conocer todos los requisitos);
- Residentes; y
- Jefe de Residentes

Las personas mencionadas anteriormente no solo verán a los pacientes en la Clínica de Continuidad, ya que tendrán responsabilidades educativas tales como preceptar en los entornos de pacientes hospitalizados y ambulatorios, asesorar a los residentes, desarrollar el plan de estudios, conferencias y evaluaciones. El CHC puede o no emplear todos, algunos o ninguno de los puestos antes mencionados. Las cosas para considerar con las decisiones de empleo son:

- Claridad y coherencia de la gestión y la visión en caso de que un Director del Programa de Residencia y / o un Coordinador del Programa de Residencia sea empleado por una entidad distinta a la que emplea al Cuerpo Docente Central;
- CentersforMedicareandMedicaidServices.(2014).*Indirectmedicaleducation(IME)*.Tomado de <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/acuteinpatientpps/indirect-medical-education-ime.html>
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2017). *ACGME common program requirements*. Tomado de <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/120FamilyMedicine2018.pdf?ver=2018-06-15-112624-307>
- AccreditationCouncilforGraduateMedicalEducation.(2017).*ACGMEspecialtiesrequiringapreliminary year*.Tomado de <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/PGY1Requirements.pdf?ver=2017-09-08-114529-173>

- Costo y cobertura de beneficios complementarios;
- Impacto de las Directivas Éticas y Religiosas de los Servicios de atención Médica Católicos (ERD) en el acceso a la formación ([Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services](#)).²⁸
- Cobertura de la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA); y
- Acceso al reembolso de préstamos del National Health Service Corps (NHSC) y otros reembolsos de préstamos.

Director del Programa de Residencia

La descripción del puesto del Director del Programa de Residencia (RPD) exige un porcentaje protegido del tiempo administrativo y de enseñanza y, como tal, crea un nuevo rol en la administración de CHC.

Para integrar las misiones docentes y clínicas, el RPD debe ser parte del equipo operativo del programa y tener una voz adecuada en las decisiones del sistema que pueden impactar y mejorar las actividades educativas y clínicas de la EHC. Cuando el CHC no es el SI de la residencia, el RPD puede ser o no un empleado del CHC. Esto requerirá negociaciones con el socio de SI sobre cómo funcionará el RPD con el liderazgo y el personal de CHC, las necesidades de informes, etc. Estas estructuras variarán con cada asociación y deben ser delineadas claramente y acordadas por ambos socios antes de seguir adelante.

Hay algunos requisitos de RPD de ACGME que se aplican al personal que es único y que operará además de los procesos habituales de recursos humanos:

- Aprobación GMEC del RPD
- Aportación y aprobación de RPD en la contratación de médicos de la facultad;
- **United States Conference of Catholic Bishops.(2018). *Ethical and religious directives for Catholic health care services, 6th Ed. Tomado de <http://www.usccb.org/about/doctrine/ethical-and-religious-directives/upload/ethical-religious-directives-catholic-health-ser-vice-sixth-edition-2016-06.pdf>***

PROFILE

(Servicios de Salud Comunitarios)

**Community
Health Care
(CHCT)**

Tacoma, WA



www.commhealth.org

CCHCT comenzó como una organización voluntaria a través de la Sociedad Médica del Condado de Pierce. Después de crecer y asociarse con médicos locales, gobiernos y organizaciones privadas, CHCT se convirtió en una organización sin fines de lucro enfocada en satisfacer las necesidades de los desatendidos, creciendo hasta convertirse en una red de cinco clínicas médicas y cuatro dentales que atienden a más de 45,000 pacientes cada año. CHCT amplió su misión de educación clínica con la apertura del Centro de Salud Regional Hilltop de CHCT, que sirve como base para el programa de residencia.



Existe una necesidad abrumadora de proveedores de atención primaria que estén equipados para atender a una población diversa. CHCT respondió a esta demanda desarrollando uno de los primeros programas de residencia interdisciplinarios con un enfoque en brindar atención médica de calidad accesible para todos. Este es un enfoque único para las residencias de atención primaria con proveedores multidisciplinarios que enseñan, aprenden y trabajan juntos. CHCT es un-THC designado por HRSA. (Continúa pág. 32)

[Capítulo 3: ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES]

- Participación de RPD en evaluaciones de médicos de la facultad;
- Supervisión del RPD sobre la selección de residentes.

En la solicitud de ACGME para Medicina Familiar, la solicitud de especialidad debe indicar si el Director de Práctica de Medicina Familiar depende del Director del Programa de Residencia. Las respuestas negativas requieren una justificación, lo cual es factible cuando el entrenamiento ocurre en los CHC. ***Sin embargo, la presencia de esta pregunta demuestra la expectativa de la implicación de alto nivel del RPD y la importancia de que el RPD tenga el control de todos los aspectos educativos de la Clínica de Continuidad. Deben establecerse mecanismos para cumplir con la intención de esta pregunta y el Director del Programa de Residencia es clave para ese proceso.***

El Director del Programa de Residencia es responsable de implementar y asegurar el cumplimiento de las políticas y procedimientos de quejas y debido proceso, horas de trabajo, selección, evaluación y promoción de los residentes, y acción disciplinaria y supervisión de los residentes.

Las instituciones y/o programas tendrán políticas y procedimientos adicionales. Estas políticas y procedimientos deben entregarse a todos los residentes y profesores en formato impreso y/o estar disponibles en un sitio web del programa de residencia para asegurar que todos estén informados sobre estos importantes temas. Por lo tanto, el Director del Programa de Residencia también debe participar en los procesos generales de reclutamiento, selección y contratación. Además, los Directores del Programa de Residencia deben estar familiarizados y cumplir con las políticas y procedimientos descritos en el Manual de Políticas y Procedimientos de ACGME, ([Manual of Policies and Procedures](#)) disponible en el sitio web de ACGME ([ACGME website](#)).

El Director del Programa de Residencia también debe ser directamente responsable de las evaluaciones de desempeño de los residentes, documentar las experiencias educativas y verificar la finalización de la capacitación y la elegibilidad de los graduados para la Junta. Los RPD son responsables de asegurar la calidad de las experiencias de educación didáctica y clínica y la supervisión de los residentes en todos los sistemas en los que trabajan los residentes. El RPD debe supervisar la promoción de residentes y las acciones disciplinarias que se tomen. El RPD envía informes detallados a los intervalos requeridos al ACGME documentando el desempeño, las experiencias y el progreso de los residentes. ***El RPD también proporciona informes al GMEC de la IP brinda informes de desempeño***, y recibe la aprobación de cualquier cambio importante en el programa. Cualquier área de preocupación o citas de programa planteadas por el ACGME son responsabilidad del RPD de corregir, a menudo en colaboración con otros líderes del sistema.

Los directores del programa de residencia también deben conocer los requisitos de CHC, las necesidades de cumplimiento y los requisitos de informes. Deben asegurarse de que los sistemas educativos no violen las funciones requeridas o interfieran con los requerimientos de colección de datos y métricas.

Facultad Docente y Facultad Docente Básica

La facultad de residencia se define como "El grupo de personas (tanto médicos como no médicos) asignados para enseñar y supervisar a los residentes/becarios". El cuerpo docente básico se define como "Todos los miembros de la facultad de médicos en un programa de especialidad que tienen un papel importante en la educación de residentes/becarios y que tienen calificaciones documentadas para instruir y supervisar. Los miembros del cuerpo docente central dedican al menos 15 horas a la semana a la educación y administración de los residentes".²⁹ El personal docente central puede ser personal existente del CHC que quiera enseñar o pueden ser nuevas personas reclutadas en el CHC. En algunos casos, el cuerpo docente principal puede alquilarse a una institución académica u otra entidad para proporcionar servicios clínicos y de enseñanza.

Es imperativo que el programa cumpla con la definición apropiada de *Core Faculty* y que en todo momento cumpla con el número mínimo de Core Faculty FTE, según lo detallado por la Especialidad. Algunos programas de residencia solo utilizan a *Core Faculty* para enseñar en la Clínica de Continuidad. Otros utilizan una combinación de la cantidad requerida de profesores principales más otros profesores a tiempo parcial y/o voluntarios. Si bien algunos médicos tendrán un rol principalmente clínico, y algunos principalmente enseñarán y supervisarán, todos los proveedores deben entender que parte de su rol en una EHC verdaderamente integrada será trabajar y cuidar a los pacientes junto con los estudiantes residentes y supervisar su atención.

Instalaciones

Algunas especialidades, como Medicina Familiar, tienen requisitos de espacio muy específicos en cuanto a la Continuidad Clínica.

- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2018). *Glossary of terms*. Tomado de https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/ab_ACGME_glossary.pdf

CHCT PERFIL (Continúa de página. 30)

Residencia en Medicina Familiar: El programa FMR de CHCT está afiliado a la Red de Residencia en Medicina Familiar de la UW y a la Universidad Pacific Northwest. El programa acepta seis residentes cada año, 18 residentes para el programa de tres años.

El FMR de CHCT enfatiza la capacitación de médicos de familia en la atención de espectro completo de una población urbana diversa de pacientes, incluidos pacientes ambulatorios, hospitalizados y obstetras.

Residencia de Enfermero Practicante: La residencia de enfermero practicante familiar avanzado (ARNP) de CHCT capacita a dos NP en un programa intensivo de un año. El objetivo del programa es preparar a los NP para una carrera en salud pública al brindarles la oportunidad de desarrollar conocimientos y perfeccionar habilidades en un entorno de CHC.

Residencia Dental: CHCT opera una residencia en odontología en afiliación con el Centro Médico de la Universidad de Nueva York. Este programa de un año capacita a dos residentes brindándoles capacitación extensa en comunidades desatendidas. En el año de formación, estos residentes realizan aproximadamente 1,500 procedimientos de pacientes.

Residencia de Farmacia: Este programa capacita a dos residentes por año y está asociado con la Facultad de farmacia de la UW. El programa se centra en el papel del farmacéutico clínico, que enfatiza la atención en equipo necesaria en un CHC.

Asociaciones escolares: CHCT capacita a estudiantes de las escuelas de medicina de UW, WSU y Pacific Northwest University, y acepta pasantías de varias escuelas de NP en WA y otros lugares. El programa MEDEX PA de UW abrió recientemente una sucursal en Tacoma; CHCT desarrolló una pasantía de continuidad especial de seis meses en medicina comunitaria para capacitar y reclutar a tales AP.

El objetivo de estos programas es doble: Crear proveedores de atención médica de alta calidad que se especialicen en medicina familiar de atención primaria en un entorno de CHC y capacitar a estos proveedores específicamente para CHCT. CHCT ha podido contratar a tres médicos, cuatro NP, un dentista, un farmacéutico (de una sola clase hasta ahora) y un PA (nuevamente, sólo después de la primera clase). CHCT también está desarrollando una "residencia administrativa", que proporcionará capacitación en liderazgo en finanzas, recursos humanos, operaciones y gestión al personal administrativo.



Estos requisitos incluyen el número de salas de examen por residente en la clínica, la presencia de oficinas de profesores, salas de preceptores, espacio de trabajo para residentes, salas de conferencias y más. Se deben consultar los Estándares y la Aplicación de Medicina Familiar de ACGME (*Family Medicine Standards and Application*) para obtener más detalles.

Planificación

Cada mes de julio, la Clínica de Continuidad da la bienvenida a una nueva clase de residentes de primer año que se pueden agregar al horario de la clínica y comenzar a atender pacientes. ***La programación de pacientes y proveedores en la Clínica de Continuidad es diferente para un programa de residencia.*** Los residentes de primer año están en la clínica solo uno o dos medios días a la semana. Los CHC tienen pacientes que necesitan atención continua y los residentes deben tener un panel de pacientes continuos que cumplan con ciertos requisitos demográficos y de condición. La programación para que se satisfagan todas las necesidades es una situación compleja que involucra al personal de programación de la clínica, el Coordinador de Residencia y, si está disponible, el Jefe Residente.



La existencia de equipos de atención también ayuda a los pacientes a aceptar la presencia de los residentes como aprendices, ya que hay un equipo de personas que apoyan al paciente, no solo al residente y los preceptores. Algunos CHC han encontrado que es muy beneficioso involucrar a los pacientes de manera proactiva en el proceso de educar a los residentes, ya ***que el paciente también le enseña al residente sus propios elementos físicos, conductuales y psicosociales.***



Los programas de residencia funcionan con un calendario académico de julio a junio; nuevos residentes comienzan, y los residentes existentes se alejan cada julio, lo que resulta en un nuevo año de horarios para residentes que se está desarrollando. Los horarios de residencia se dividen en doce o trece bloques cada año, con un residente individual no siempre en la Clínica de Continuidad durante ciertos bloques.

[Capítulo 3: ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES]

El programa de residencia proporcionará a los CHC la rotación de bloques del próximo año a más tardar en junio de cada año, pero variará significativamente en cuanto a cuándo pueden proporcionar información sobre qué medios días cada semana un residente estará en la clínica. Esta puede ser un área de dificultad para los CHC y, por lo tanto, es fundamental que se comprendan y se documenten las expectativas en cuanto a la antelación con la que el programa de residencia proporcionará el horario de la clínica. Sin esto, es imposible para el CHC programar citas para los pacientes.

Los residentes están limitados en cuanto a la cantidad de vacaciones que pueden tener y deben usar todas sus vacaciones cada año académico. La mayoría de los programas solo permiten a los residentes tomarse una semana de vacaciones a la vez, pero esto puede variar. Las solicitudes de vacaciones siempre son aprobadas por el Director del Programa de Residencia y el proceso y la cantidad de notificación varían según el programa. Es importante que el CHC conozca las políticas de solicitud de vacaciones del programa de residencia para minimizar el impacto en la clínica y el horario. Del mismo modo, puede haber tensiones entre el CHC y el programa de residencia cuando hay cambios imprevistos en el horario con un aviso mínimo o sin previo aviso. ***Es fundamental que haya una buena comunicación entre el programador de CHC y el Coordinador de Residencia, así como políticas claras para los residentes.*** Algunos CHC han establecido tarifas que el programa de residencia debe pagar al CHC por cualquier cancelación de la clínica con poca antelación que no pueda ser cubierta por otro residente o miembro de la facultad.

Los residentes también están restringidos a horarios de trabajo específicos que limitan las horas de trabajo por día y la duración de los descansos entre las asignaciones de trabajo. Los requerimientos de horas según [ACGME duty-hours requirements](#) abordan tanto el número específico de horas como las modificaciones relacionadas con el bienestar y la fatiga. Los requisitos también definen excepciones para escenarios de atención de pacientes muy específicos donde la obligación de presencia de los residentes supera los límites de horas. El Director del Programa de Residencia es responsable de garantizar el cumplimiento de estos estándares en todo el programa. El centro de salud debe brindar apoyo al residente y sus necesidades de sueño.

Supervisión de Residentes

Existen reglas muy estrictas de Medicare con respecto al pago de la supervisión. Estas reglas de supervisión se encuentran en el sitio web de CMS ([CMS website](#)). Además, cada estado, CMS y HRSA tienen regulaciones relacionadas con la definición de un proveedor permitido. ***Todos los CHC deben cumplir con estas regulaciones y mostrar documentación de que se siguen las pautas.*** Algunos estados también tienen requisitos adicionales que se extienden a los pacientes de Medicaid. El equipo administrativo y fiscal, incluido el Director del Programa de Residencia, debe conocer bien los requisitos de facturación y supervisión para los pacientes de Medicare y Medicaid, y todos los demás planes de seguro médico que cubren los servicios de los pacientes.

Estas reglas especifican la proporción de residentes por profesores supervisores, la supervisión directa/presencial o indirecta de cada visita y la documentación como requisito para el reembolso de esta visita.

El liderazgo del CHC y el programa de residencia deben comprender y monitorear de cerca las reglas de CMS y ACGME que regulan la supervisión de los residentes de los servicios de atención médica brindados por los residentes en el centro. ***El incumplimiento de las regulaciones de CMS podría poner al CHC en riesgo de fraude en la facturación con CMS y afectar su subvención de la Sección 330 con HRSA.*** El ACGME tiene reglas adicionales que determinan la supervisión adecuada de los

[Capítulo 3: ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES]

residentes y el incumplimiento de estas reglas puede poner en peligro la acreditación del programa.

Estas regulaciones no son muy diferentes de las que el CHC debe seguir para su subvención de la Sección 330, que garantiza que los pacientes reciban atención de alta calidad brindada por proveedores competentes y autorizados. Las reglas de supervisión de residentes (llamada precepción en el entorno ambulatorio) variarán según la especialidad y evolucionarán con el tiempo, por lo que el **CHC y la administración del programa de residentes deben estar al día con las reglas de supervisión de residentes de ACGME**. Algunos ejemplos incluyen una proporción establecida del número de supervisores asistentes (preceptores) a residentes, proteger a los preceptores de otras tareas clínicas mientras supervisan, garantizar que el preceptor tenga contacto cara a cara con ciertos pacientes para residentes más jóvenes y documentar la supervisión adecuada en el historial médico. Todos los pagadores, CMS, HRSA y planes de salud están pagando por la atención de nivel de asistencia y los registros deben reflejar esto.

El objetivo general es garantizar que los residentes tengan una supervisión adecuada para todas sus tareas clínicas. Sin embargo, **esa supervisión también está estructurada para permitir el crecimiento personal y profesional, así como para permitir una mayor autonomía según lo permitan las habilidades del residente individual**. Esto es cierto tanto en el hospital como en todos los entornos no hospitalarios. Los requisitos del programa detallan los niveles específicos de supervisión y la participación directa o indirecta del personal docente supervisor o preceptor en detalle para cada nivel de residente.

Relaciones con la Facultad y el Hospital

Identificación de un Socio Hospitalario

Los residentes deben realizar parte de su capacitación clínica en rotaciones hospitalarias, lo que les permite aprender cómo brindar continuidad de atención entre el CHC y el hospital. Los requisitos para la capacitación en el hospital variarán según la especialidad y el año de capacitación, cuyos detalles están disponibles en el sitio web de [ACGME](#).

Cuando el CHC es el IP, el CHC necesita identificar un hospital afiliado que proporcione experiencia de capacitación para pacientes hospitalizados y profesores especializados para el programa de residencia. Es posible que el CHC ya tenga un hospital que brinde servicios de emergencia, especializados y de internación a sus pacientes, y este hospital podría ofrecer capacitación para los residentes. El CHC y el liderazgo de la residencia deberán negociar con el hospital esta capacidad de formación utilizando el volumen de referencias actual como parte de un nuevo modelo de negocio que incluye tanto la formación como los servicios al paciente. **Los hospitales conocen bien los beneficios económicos del apoyo de GME para la formación de residentes. Sin embargo, con el modelo HRSA THCGME, el dinero fluye al CHC, no al hospital**. Brindar capacitación a un costo mínimo o gratuito es el objetivo deseado para el CHC, ya que el hospital se beneficia de los ingresos de las referencias y con la capacidad de carga de trabajo adicional proporcionada por los residentes.

Facultad de Residencia en el Hospital

Todos los miembros de la facultad deben mantener la actividad clínica y los privilegios en los entornos en los que atienden a los pacientes. Algunas especialidades requieren que el profesorado residente supervise a los residentes en el entorno hospitalario. [35]

Estos detalles también están disponibles en el sitio web de [ACGME](#). *El CHC y el liderazgo de la residencia tendrán que abordar el impacto financiero y operativo de que el médico tratante del CHC pase tiempo en el hospital gestionando a los pacientes hospitalizados y supervisando a los residentes.* Los ingresos por la facturación de estos servicios para pacientes hospitalizados suelen ser modestos y no cubren el tiempo que el asistente pasa en el hospital. Para aumentar la eficiencia y ayudar a controlar los costos, se debe considerar si el programa de residencia puede ser capacitado por los personal hospitalario disponible, en la medida en que estén disponibles, o por el cuerpo docente empleado por el CHC.

Los médicos tratantes deberán obtener y mantener los privilegios del hospital. Estos requisitos pueden variar según la especialidad y el hospital. Obtener estos privilegios puede resultar complicado. La capacitación en medicina familiar requiere que el cuerpo docente de médicos de familia tenga privilegios obstétricos, lo que puede ser un desafío. En algunos casos, la supervisión de pacientes hospitalizados puede delegarse a personal hospitalario ya empleados por el hospital local, pero deben ser aceptados como profesores y asegurarse de que aceptarán a los pacientes de CHC y proporcionarán supervisión residente que cumpla con las pautas de supervisión.

Centro de Salud Comunitario y Finanzas del Hospital

Si el CHC es el IP, el hospital no puede subsidiar la residencia del CHC, especialmente si el hospital no recibe GME. Si el CHC es parte de una red de atención primaria, algunos hospitales pueden apoyar estos programas de capacitación, porque son conscientes de que el crecimiento de su red proviene de los graduados de estos programas. Algunos hospitales apoyan a los CHC locales con una variedad de arreglos y por una variedad de razones. Esta es un área que se beneficiará si un CHC ya tiene una buena relación con el hospital que utilizará para la capacitación. Sin embargo, también ha sido un área de gran desafío y malentendido en las residencias tradicionales de cuidado primario patrocinadas por hospitales en el pasado.

PERFIL

Community Health Center, Inc. (CHC, Inc.)

Middletown, CT www.chc1.com



CHC, Inc. brinda cuidado primario en medicina, odontología y BH a pacientes en CT. CHC, Inc. es la sede del Instituto Weitzman, un instituto dedicado a la investigación, innovación y mejor educación y formación. CHC, Inc. desarrolló uno de los primeros programas de residencia de posgrado de enfermeras licenciadas practicantes en el país y apoya a las organizaciones en el desarrollo y mantenimiento de programas de EP en todo el país. CHC, Inc. lideró el desarrollo de una entidad de acreditación para residencias de EP y patrocina residencias de posgrado para NP de salud psiquiátrica / mental, pediátrica y gerontológica de adultos.



CCHC, Inc. opera un programa de residencia en psicología clínica postdoctoral, que capacita a psicólogos en atención primaria integrada. CHC, Inc. co-fundó NIMAA, que educa y capacita a los MA en un modelo de alto rendimiento. Estos programas y las experiencias pre-profesionales que se ofrecen se enfocan en la capacitación para la atención clínica de alto desempeño en poblaciones complejas. *(Continúa página 38)*

[Capítulo 3: ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES]

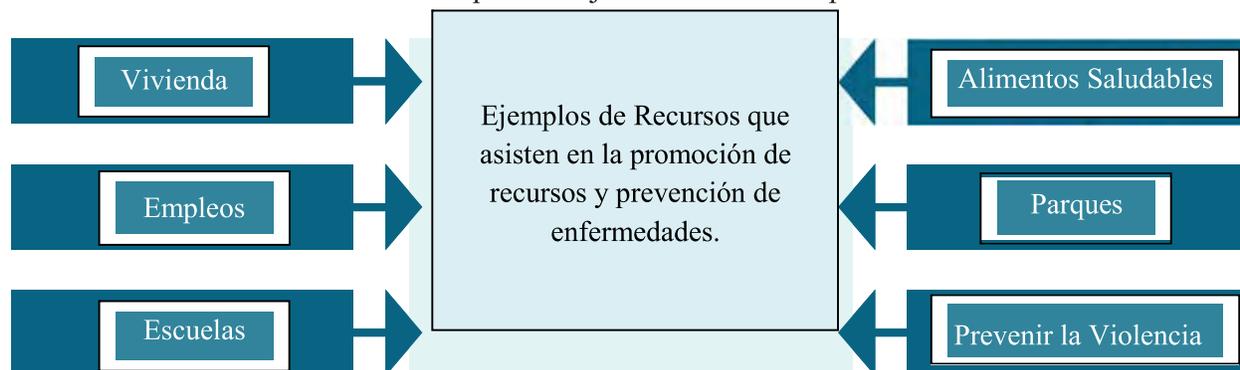
El Director General y Director Médico/CMO del CHC, así como el Director del Programa de Residencia deben tener muy claro la relación comercial y financiera con el hospital y las expectativas de cada socio, *ya que alinear los incentivos financieros de ambas organizaciones es crucial para establecer y mantener una asociación exitosa para la capacitación de residentes y la atención al paciente. A menudo, el hospital no estará al tanto de los servicios proporcionados por un CHC que reducen la atención no compensada de un hospital en las visitas y admisiones evitables al Departamento de Emergencias (ED).* Proporcionar personal docente y residente al hospital para atender a estos pacientes es a menudo un gran beneficio ya que el CHC administra a los pacientes, muchos de ellos con seguro insuficiente o sin seguro, lo que limita los costos financieros del hospital para los pacientes no compensados. En promedio, más del 60% de los residentes graduados practican dentro de las 100 millas de su sitio de capacitación, lo que ofrece un grupo de reclutas potenciales para ese sistema y reduce los gastos de reclutamiento.

Las relaciones entre la CHC y el hospital se determinan de forma única dentro de cada comunidad. *No existe un enfoque único común para desarrollar buenas relaciones hospitalarias.* Si esta es un área de desafío, puede ser de gran ayuda preguntar a programas similares cómo lo abordaron u obtener una consulta sobre el programa. Alinear los incentivos entre el CHC y el hospital es la clave del éxito.

Para información adicional sobre los CHC/Finanzas de hospital, véase el capítulo de Finanzas en esta Guía. ([For additional information on CHC/Hospital financial relationships, please see the Finance Chapter of this Guide.](#))

Relaciones Comunitarias

Las asociaciones comunitarias con el CHC pueden ser tan importantes para el programa de residencia como el hospital. *Un objetivo importante de capacitar a los residentes en CHC es fortalecer la conexión entre el médico y el paciente mediante la utilización de recursos comunitarios para impactar positivamente en los Determinantes Sociales de la Salud (SDOH).* La vivienda, las escuelas, los parques, el empleo, la alimentación saludable y la prevención de la violencia se encuentran entre los muchos recursos que ayudan en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Informar a los residentes de los socios y recursos comunitarios es un paso valioso para educar a los residentes sobre cómo aprovechar los recursos de la comunidad puede mejorar la atención al paciente.



Por una variedad de razones económicas y académicas, los CHC pueden utilizar especialistas comunitarios autorizados (por ejemplo, cardiólogos, especialistas en enfermedades infecciosas, neurólogos, cirujanos ortopédicos, etc.) que prestan servicios a los pacientes del CHC para proveer formación en su especialidad al programa de residencia.

- American Academy of Family Physicians. (2013). *New family physicians tend to settle close to training sites.* Tomado de: <https://www.aafp.org/news/education-professional-development/20131120rgcfmgrads.html>

La especialidad específica y los detalles de la capacitación variarán según los requisitos del plan de estudios de residencia. Los requisitos del plan de estudios para la medicina familiar (FM) incluyen atención al paciente y habilidades de procedimiento, habilidades médicas y de diagnóstico y conocimiento de las ciencias biomédicas, clínicas, epidemiológicas y socio-conductuales en evolución, así como la aplicación de este conocimiento a la atención del paciente. (Para conocer los requisitos del plan de estudios de FM completo y otros requisitos del plan de estudios de especialidad, consulte la sección del plan de estudios de Requisitos del programa ACGME ([ACGME Program Requirements](#)). La compensación a los especialistas por capacitar a los residentes debe negociarse basándose en el modelo comercial de referencias. Algunos especialistas pueden agradecer la oportunidad de capacitar a los residentes y ampliar sus actividades profesionales más allá de la atención al paciente a actividades académicas. La expansión de la red de especialidades del CHC para incluir experiencia académica estabiliza la red de especialidades que a menudo está sujeta a cambios rápidos debido a la participación en el plan de salud o la realineación de la red. A menos que las rotaciones requeridas se puedan proporcionar en la comunidad, se requerirán arreglos para que los residentes abandonen el área de práctica del CHC para obtener la capacitación requerida.

Los líderes comunitarios, incluidos los de la comunidad médica local, pueden convertirse en partidarios influyentes de la residencia. Pueden ser fuentes valiosas de apoyo financiero y político, especialmente cuando se negocia con el hospital, ya que los especialistas brindan la mayor parte de los servicios altamente reembolsados de los que dependen los hospitales. Esto es similar para residencias y CHC. Es ideal que los partidarios de cada partido (servicio de CHC y capacitación de residencia) comprendan la relación que se refuerza mutuamente que brindan dichos programas de servicios y educación. Esto requerirá claridad y educación tanto a nivel interno del personal como de la comunidad.

CHC, INC. PROFILE *(Continúa de página 36)*

El Instituto Weitzman lleva a cabo investigaciones en áreas prioritarias, incluido el manejo del dolor crónico, el abordaje de la epidemia de opioides, la ciencia de la implementación y la atención de poblaciones clave. Las ofertas de Weitzman incluyen eConsults, que asegura el acceso a servicios especializados a través de consultas asincrónicas, y Project ECHO-Weitzman Institute, que brinda capacitación continua en áreas de alta prioridad.



Transformando equipos, formando la próxima generación

Estrategias Educativas:

Atención en Equipo: la atención se proporciona en un modelo de cápsula. La unidad consta de NP, médicos, enfermeras; MA, trabajadores sociales, nutricionistas; farmacéuticos, podólogos, psicólogos y quiroprácticos. Los objetivos de aprendizaje de cada programa son específicos y coherentes con este modelo de atención en equipo.

Desafíos Educativos / Relaciones Académicas

Institucionales: Es un desafío cuando las escuelas envían a los estudiantes para una rotación sin previo aviso, o cuando los estudiantes se comunican con los preceptores directamente. CHC, Inc. mantiene expectativas claras a través de protocolos y estándares que las escuelas deben cumplir.

Desafíos Financieros y Estrategias para Apoyar y Sostener la Misión Educativa:

- La educación por sí sola no cubre los gastos. La organización ve la educación, innovación y la atención en equipo, excelencia en la prestación de atención a los desatendidos y las mejoras de los resultados de salud en diversas comunidades como elementos entrelazados y esenciales para el logro de la misión de CHC.
- Los residentes de NP generan ingresos basados en encuentros, pero con menor productividad que los médicos experimentados. Un psicólogo postdoctoral puede hacer un margen financiero durante su residencia.
- Instituto ayuda a pagar las pruebas y la adopción de innovaciones y diversifica el financiamiento.

(Continúa pág. 40)

Requisitos Académicos

Los requisitos de residencia incluyen tiempo específico dedicado a rotaciones educativas específicas para la adquisición de habilidades de diagnóstico y procedimientos, competencias profesionales, ciertas condiciones de trabajo requeridas y disposiciones contractuales, y supervisión de la limitación de las horas de trabajo. Todo esto debe estar estructurado en la experiencia del residente y debe ser medible para propósitos de informes. Si bien es responsabilidad del Director del Programa de Residencia garantizar que el programa de capacitación cumpla con estas reglas, se requerirá una asistencia sustancial en el apoyo administrativo de esto. *Se requiere apoyo administrativo para la documentación y seguimiento de experiencias educativas y clínicas para la residencia y cada residente individual* y debe informarse electrónicamente en el Sistema de datos de acreditación (ADS). Es fundamental para la implementación exitosa del programa de residencia crear un programa educativo que cumpla con los requisitos de informes del programa y sea capaz de rastrear y documentar con precisión la actividad educativa de los residentes. *Los CHC están muy familiarizados con la necesidad de rastrear y reportar datos en el Sistema Uniforme de Datos HRSA (UDS) y otros informes de cumplimiento. Esta familiaridad puede ser una fortaleza que puede ayudar en el proceso de recopilación de datos de los residentes.*

La acreditación inicial también requiere que el sitio de residencia tenga un volumen de pacientes y una distribución de edad adecuados para la capacitación de los residentes, y que las funciones de apoyo dedicadas y otros elementos requeridos estén en su lugar y adecuadamente planificados y dotados de recursos. Estos requisitos variarán según la especialidad. Los requisitos de medicina familiar incluyen una población de pacientes cuyo volumen y variedad de problemas clínicos y enfermedades es suficiente para permitir que todos los residentes aprendan y demuestren competencia para todos los resultados de atención del paciente requeridos, un número suficiente de pacientes de ambos sexos y una amplia gama de edades desde recién nacido a los ancianos. (Para obtener detalles completos sobre el volumen de pacientes y otros requisitos de recursos para todas las especialidades, consulte los requisitos del programa ACGME ([ACGME Program Requirements](#))).

"Cualquiera que entre puede hablar con un empleado y pregunte [qué prioriza CHC, Inc.], y ese empleado podría hablar con nuestros tres pilares de excelencia clínica, innovación constante y formación de los profesionales sanitarios del futuro... Están completamente entrelazados en nuestra misión y nuestra cultura".

***—Veena Channamsetty and Mary Blankson, CMO and CNO
CHC, Inc., Middletown, CT***

Instalaciones

El centro de capacitación debe poder acomodar a los residentes que ven el número apropiado de visitas de pacientes durante el curso de su capacitación. Este número variará según la especialidad. Cada residencia debe tener un hogar clínico para cada residente.

Idealmente, estarán en la misma instalación para que haya interacción de los residentes con los sistemas de CHC y la tutoría.

Se espera que cada residente tenga un personal espacio de trabajo con almacenamiento seguro para pertenencias personales. Deben tener un número adecuado de salas de examen para ver a los pacientes cuando los residentes estén en la clínica.

Los registros médicos deben estar disponibles para el residente las 24 horas del día, los siete días de la semana. Debe haber una biblioteca en el lugar de la clínica con material de referencia adecuada y actualizada o su equivalente electrónico. Los residentes deben tener acceso a instalaciones de laboratorio limitadas (por ejemplo, un microscopio para ver muestras) para el cuidado del paciente y para el aprendizaje personal. Debe haber apoyo de enfermería y administrativo a un nivel que asegure la administración efectiva del programa según lo especificado adicionalmente por el Comité de Revisión del programa o en los requisitos de especialidad.

Los residentes deben tener sus propios paneles de clientes identificados y con las métricas de la continuidad de cuidado.

Las especialidades de atención primaria requieren un cierto número de visitas por cada residente. Con el fin de promover la continuidad y los principios de salud de la población, a cada residente se le debe asignar un panel de pacientes y ser parte de un equipo de atención que incluya personal de apoyo y enfermería.

CHC, INC. PERFIL *(Continúa de pág.38)*

corrientes. Las organizaciones otorgantes incluyen: HRSA, NIH, AHRQ, and PCORI.

- A los residentes de Enfermería Practicante(NP) se les paga menos que en su primer año de práctica. Tienen licencia y credenciales completas y pueden facturar las visitas. Los preceptores están disponibles en una proporción de dos a uno. Los EP cuentan como proveedores para los pagos de incentivos de MU.

Superando Obstáculos:

- Los NP que se graduaban de programas académicos venían a CHC, Inc., para trabajar e irse rápidamente. No estaban preparados para el ritmo y la complejidad de la atención al paciente en un entorno desatendido.
- El compromiso con una misión de excelencia, innovación y capacitación de la próxima generación requiere la aceptación y el liderazgo de los líderes ejecutivos y clínicos, así como de la junta comunitaria.

Beneficios para el Centro de Salud:

- CHC, Inc. estima que el 50% de los residentes quiere permanecer en la organización después de sus residencias.
- Los médicos capacitados están comprometidos con la misión de servir en atención primaria y salud comunitaria, y desean aprender y practicar en un entorno de alto funcionamiento.
- Preceptar a los estudiantes es un elemento clave de la satisfacción laboral para muchos médicos.
- El personal rodeado de alumnos busca más aprendizaje. Los MA van a la escuela para convertirse en enfermeras, las enfermeras se convierten en NP, los NP obtienen títulos de doctorado en enfermería, los médicos obtienen títulos de Maestría en Salud Pública.

Impacto (Beneficios para la Comunidad, el Estado y la Nación): El programa produce más graduados de EP de los que CHC, Inc. puede contratar. CHC, Inc. diseñó y construyó un programa de capacitación centrado en CHC y capacita a los médicos para que brinden atención médica planificada en equipo y del siglo XXI en un entorno desatendido. Estos programas se replican a través del alojamiento remoto y los CHC adoptan estas innovaciones en sus comunidades.

Los residentes deben tener principalmente su propio panel de pacientes o los pacientes asignados a su equipo como pacientes programados. Presumiblemente, esto se basaría en el modelo actual de dotación de personal de atención al paciente en el CHC. Este modelo le enseñará al residente la importancia del cuidado en equipo y de una relación de continuidad con sus pacientes. Este modelo es la base para resultados de calidad exitosos en la calidad de la salud de la población.

Cronograma de Acreditación

El cronograma para comenzar una residencia en un CHC dependerá de varios factores. Cada programa de residencia opera bajo una Institución Patrocinadora y cada IP puede supervisar múltiples residencias, a menudo en diferentes ubicaciones y operando en diferentes sistemas clínicos. Un CHC puede solicitar convertirse en su propio SI o puede optar por iniciar un programa de residencia bajo un IP existente en su vecindad.

Si el CHC elige asociarse con un IP establecido, la IP tendrá una serie de recursos necesarios para ayudar en el desarrollo y supervisar la implementación y el cumplimiento de la residencia especializada. *La IP tiene un Comité de Educación Médica para Graduados (GMEC) que es responsable de garantizar que se cumplan las decisiones específicas del programa que afectan tanto a los requisitos de residencia como a los requisitos del sistema.* Este comité está formado por un grupo de educadores, administradores, residentes y personal de calidad y seguridad, y debe reunirse al menos una vez al trimestre. *Cada IP tiene un Oficial Institucional Designado (DIO) cuya función es garantizar que la institución y sus sistemas clínicos cumplan con todos los requisitos del organismo patrocinador, las residencias y promuevan un entorno de aprendizaje clínico saludable.* El DIO informa tanto al GMEC como al grupo de Revisión del entorno de aprendizaje clínico (CLER) del ACGME ([ACGME Clinical Learning Environment Review](#)).

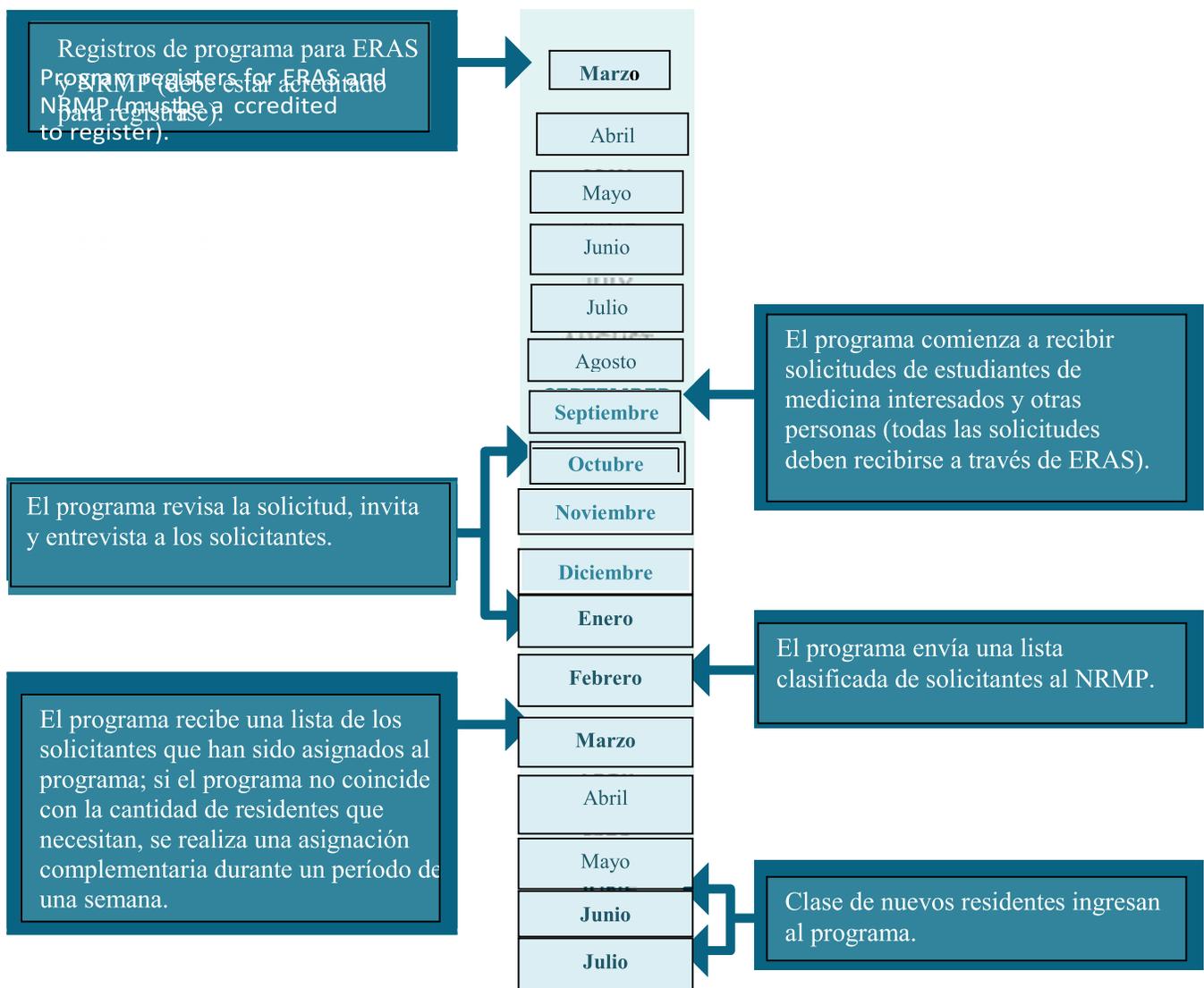
Si el CHC se asocia con una IP existente y el GMEC aprueba el inicio de un nuevo programa de residencia, el CHC puede comenzar el proceso de solicitud de acreditación de su residencia.

Una vez que una IP está en su lugar, se puede realizar la aplicación del programa. El CHC puede trabajar en la solicitud de especialidad mientras espera la acreditación de la IP, pero no puede enviarla hasta que esté acreditado. *La presentación de la solicitud de acreditación de residencia también requiere un Director del Programa de Residencia con las calificaciones requeridas para ser contratado e identificado.* Por lo tanto, mientras la solicitud de la IP está en proceso, puede ser conveniente proceder con la contratación y la incorporación del futuro Director del Programa de Residencia. Este individuo puede entonces ser parte activa del desarrollo de la solicitud de acreditación de residencia, ya que será responsable de implementar las actividades educativas descritas. El CHC también debe identificar a los profesores requeridos para la residencia, ya que deberán estar en su lugar y cumplir con todos los requisitos cuando los primeros residentes ingresen al programa.

El plazo para recibir la acreditación para una residencia a menudo puede demorar hasta un año, ya que los comités de revisión de especialidad se reúnen solo unas pocas veces al año para revisar nuevas solicitudes.

Una vez que la residencia recibe la acreditación, el programa puede registrarse para el emparejamiento de residentes, que también tiene un cronograma específico para el registro, participación, recepción de solicitudes, entrevistas, selección de candidatos, clasificación y emparejamiento con los residentes del próximo año académico. Todos los residentes, con muy pocas y específicas excepciones, deben ser reclutados a través del **Programa Nacional de Emparejamiento de Residencia** ([National Residency Matching Program](#)) (NRMP) en su horario. El partido opera, desde el punto de vista de la residencia, de septiembre a marzo. Las solicitudes de residencia se realizan a través del **Servicio de Solicitud de Residencia Electrónica** [Electronic Residency Application Service \(ERAS\)](#) y, el programa debe estar registrado con ambos para obtener las solicitudes.

Brevemente, esta línea de tiempo es:





FINANZAS

Este capítulo está enfocado en proporcionar un marco de toma de decisiones para desarrollar los supuestos financieros para los CHC que están interesados en desarrollar programas de capacitación en cuidado primario a nivel de posgrado.

Financiamiento para Capacitación de Residencia

Financiamiento para Puesta en Marcha

Los estimados de costos de capital para construir Clínicas de Continuidad y espacios para residentes u otros gastos de capital. En 2018, el Congreso asignó fondos de ayudas económicas para la planificación del programa de residencia rural y algunos estados individuales han desarrollado oportunidades de financiamiento para estudios de viabilidad y planificación. Debido a la falta de finamieto inicial, la mayoría de los CHC financian estos gastos mediante el apoyo de la fundación o fondos operativos.

Financiamiento de Operaciones

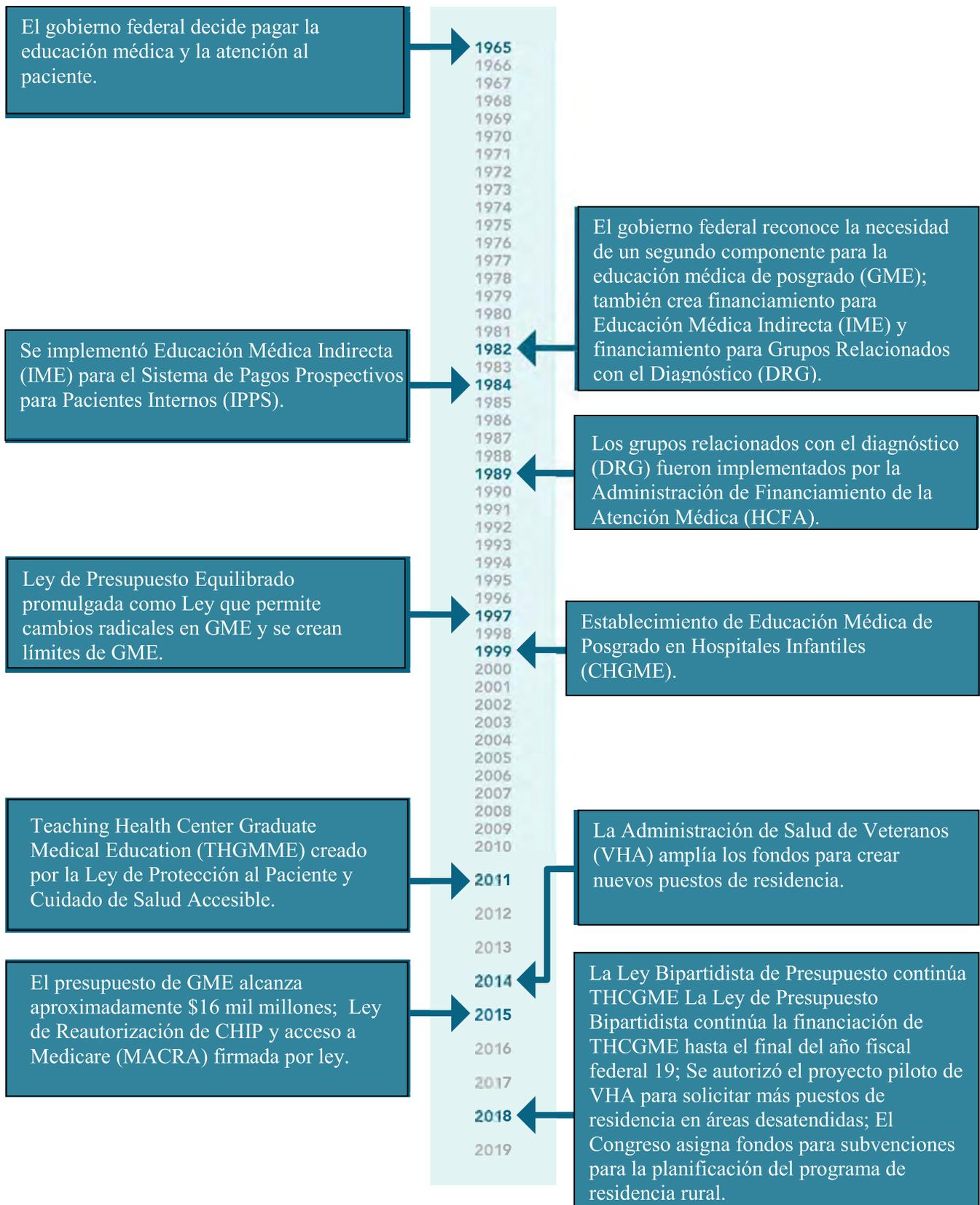
Centros de servicios de Medicare y Medicaid

Históricamente, los fondos para la capacitación en cuidado primario han venido de Medicare a los hospitales en forma de pagos directos e indirectos de educación médica para graduados.

Con la aprobación de Medicare en 1965, el gobierno federal tomó la decisión de pagar la educación médica y la atención al paciente. Se consideró una medida provisional “hasta que la comunidad se comprometa a sufragar esos costos de educación de alguna otra manera; que una parte del costo neto de tales actividades debe ser sufragado en la medida adecuada por el programa de seguro hospitalario”.

[Capítulo 4: FINANZAS]

Hechos Históricos Destacados desde 1965:



[Capítulo 4: FINANZAS]

En 1982, el gobierno federal reconoció la necesidad de un segundo componente para el financiamiento de GME a fin *de compensar los costos adicionales en los que incurren los hospitales debido a la participación de internos y residentes en la atención al paciente. La Educación Médica Indirecta (IME)* se implementó en 1984.

La Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997 (BBA 1997) se convirtió en ley el 5 de agosto de 1997 con el objetivo de equilibrar el presupuesto federal para 2002. La BBA abordó muchos aspectos de la atención médica, y GME experimentó cambios radicales y dramáticos. El objetivo declarado de los cambios de GME era abordar los problemas de la oferta de médicos, la combinación de especialidades y la mala distribución cambiando los incentivos para la capacitación que existían en ese momento. Es esta legislación la que “limitó” a los hospitales a sus niveles de 1996 de Direct GME (DGME) y equivalentes de IME a tiempo completo (FTE).

Para obtener las definiciones completas de CMS de IME y DGME, consulte: Educación médica indirecta y Educación médica de posgrado directa ([Indirect Medical Education and Direct Graduate Medical Education](#)).

Pagos Directos de Educación Médica para Graduados

La financiación de GME por parte de CMS es la suma más sustancial de los pagos de GME. *Se estima que se invirtieron aproximadamente \$ 16 mil millones en GME en 2015, de los cuales Medicare comprendió entre \$ 10,3 y \$ 12,5 mil millones.* Medicare paga una parte de los costos de enseñanza permitidos, lo que significa que no paga el 100% de los costos de enseñanza, sino un porcentaje de los costos permitidos que se vincula con la carga de pacientes de Medicare en un centro hospitalario de agudos determinado. El componente directo de GME fue diseñado para pagar la parte de Medicare de los salarios, beneficios, compensación del médico supervisor, ciertos gastos administrativos y negligencia de los residentes.

El financiamiento de la educación médica indirecta (IME) se creó en 1982 junto con los grupos y fondos relacionados con el diagnóstico (DRG).

(Centro de Salud Familiar)
Family Health Center (FHC)

McLennan County, TX

www.wacofhc.org



Family Health Center

FHC ilustra un camino alternativo para el desarrollo de un CFS. Comenzaron con un programa FMR acreditado para su primera clase a partir de 1970. Solo adquirieron fondos federales como un CHC en 1999.

Programas de Capacitación, Aprendizices y Disciplinas de las Profesiones de la Salud: RMF, NP familiar, PA y farmacia. FHC ofrece un programa de grado asociado en enfermería, un programa de Maestría en Trabajo Social en el lugar y supervisión de BH / consejero.

Estrategias Educativas:

Funciones docentes: FHC proporciona toda la enseñanza para estudiantes y residentes, excepto en el programa de grado asociado en enfermería, que requiere un cuerpo docente del colegio comunitario en el lugar. FHC mantiene vínculos con el colegio comunitario, ya que proporciona más del 80% de la fuerza laboral aliada de salud y enfermería a la comunidad.

Acuerdos de Afiliación: FHC estableció políticas de que ningún estudiante se capacita sin un acuerdo institucional formal entre el CHC y el programa de capacitación académica. La expansión de los programas patrocinados por hospitales y afiliados a universidades, especialmente para enfermeras y enfermeras, a veces ha puesto sobre los estudiantes la carga de encontrar puestos de trabajo.

(Continúa pág. 48)

[Capítulo 4: FINANZAS]

Los DRG cambiaron significativamente la atención médica en los Estados Unidos, ya que las tasas de pago se establecieron para enfermedades específicas en lugar de pagar a todos los hospitales un porcentaje de sus costos. De repente, se incentivó a los hospitales a trasladar la atención al entorno ambulatorio, ya que era menos costoso que el entorno hospitalario. En un momento en que los hospitales estaban estableciendo nuevos sistemas para administrar la atención y los costos dentro de los parámetros de un pago de DRG, se implementó el IME (Gastos Indirectos para Educación Médica); para compensar a los hospitales por la utilización adicional que causa un programa de enseñanza en el entorno hospitalario. Una creencia fuertemente arraigada desarrollada a partir de la justificación inicial de IME; que los fondos del IME son los de los hospitales ya que, incluso con los DRG, hay un exceso de utilización debido a la presencia de residentes. De hecho, se ha descubierto que reducir o eliminar los programas GME tendría un impacto negativo en el resultado final de un hospital, lo que significa que al menos para algunos hospitales, los pagos del IME compensan con creces cualquier posible uso excesivo. Esto se vuelve importante cuando uno comienza las negociaciones con un hospital sobre el nivel de apoyo financiero que se proporcionará al CHC.

El IME se paga como un complemento al pago de DRG de un hospital. En la mayoría de las situaciones, el financiamiento total del IME por residente es sustancialmente mayor que el pago total del DGME por residente. Su cálculo se basa principalmente en la proporción de internos / residentes por cama (IRB). Esta no es una tarifa por el pago del servicio, es un pago basado en el número de pasantes o residentes de todas las especialidades permitidos en la institución en general en comparación con el número total de camas en la institución.

Los hospitales también reciben pagos de capital del IME. Este es un pago menor para los costos de capital del hospital y se basa en la proporción de residentes al promedio del censo diario (RADC).

Es importante conocer todos los tipos de pagos para Educación Médica Graduada (GME de Medicare, ya que a menudo los CHC no conocen los ingresos por residencia que recibe un hospital.

Fórmulas de Ajuste Operativo y de Capital de Medicare (IME)

Ajuste Operativo IME	= $1.35 \times ((1 + IRB)^{0.405} - 1)$	Ajuste de Capital de IME	= $(e^{0.2822 \times RADC} - 1)$
-----------------------------	---	---------------------------------	--

Fuente: Análisis del Servicio de Investigación del Congreso del Título XVIII y regulaciones relevantes. Notas: IRB = relación interna / residente por cama; RADC = relación entre residentes y promedio diario del censo. Los cálculos son diferentes para los hospitales de acceso crítico (CAH) y los hospitales comunitarios únicos.

Límite para la Educación Médica Graduada (GME)

Tanto DGME como IME se pagan hasta los límites de GME de Medicare de un hospital. Cada hospital que ha capacitado a residentes ha activado intencionada o involuntariamente su límite de GME directo, su límite de GME indirecto o ambos. Los límites de GME se crearon a través de la BBA 1997 en respuesta a las predicciones de un excedente de médicos. Se pagará a los hospitales solo por el tiempo comprobado y la capacitación de los residentes y compañeros FTE hasta sus límites de GME, según las fórmulas DGME e IME.

Dos veces desde 1997 ha habido legislación federal que tomó con un porcentaje del límite GME no utilizado de cualquier hospital que no estaba utilizando completamente su límite y reasignó este límite a otros hospitales que necesitaban el recurso adicional. La última vez que esto sucedió, en 2011, el límite se redistribuyó a los hospitales de los trece estados con la proporción más baja de médicos por población.

Teaching Health Center Funding

La ACA creó un proyecto de demostración de cinco años llamado *Teaching Health Center GME (THCGME)*. Este programa, administrado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), respalda programas de residencia médica y dental de cuidados primarios nuevos y ampliados en entornos de atención ambulatoria de pacientes basados en la comunidad. En su apogeo, el programa THCGME tenía sesenta nuevos programas y más de 750 residentes de cuidado primario y odontología. Aunque pequeño, el impacto de hacer que los residentes se capaciten en programas patrocinados por los CHC y otras clínicas ambulatorias es significativo, ya que se ha demostrado que más del 60% de los residentes permanecen dentro de las 100 millas de su lugar de residencia, y más que el 75% de los residentes se quedan dentro del estado donde completaron su residencia.³¹

El pago por residente de HRSA comenzó en \$150,000, sin embargo, se redujo a \$95,000 por residente cuando el financiamiento continuó más allá del período de financiamiento inicial a través de la Ley de Reautorización de CHIP y Acceso a Medicare de 2015 (MACRA). La Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018 (BBA 2018) continuó el financiamiento de THCGME hasta el final del año fiscal federal #19 a un nivel de \$150,000, y también fondos creados para nuevos Centros de Enseñanza de Salud.

- Fagan, E.B., Gibbons, C., Finnegan, S.C., Petterson, S., Phillips, Jr, R.L., Peterson, L.E.... Bazemore, A.W. (2015). Family medicine graduate proximity to their site of training: Policy options for improving the distribution of primary care access. *Society of Teachers of Family Medicine*, 47 (2), 124-130. Tomado de: https://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol47Issue2/Fagan1_24

FHC PERFIL (Continúa de pág. 46)

La Integración de la prestación de atención médica (servicio) y misiones educativas:

La visión de CHC se centra en el acceso, la calidad y los resultados de salud, con la educación como clave para cumplir con esa misión. Dice el Dr. Roland Goertz, exdirector ejecutivo, "... *el matrimonio de un FQHC y los esfuerzos de enseñanza se hacen para estar juntos, debido a las experiencias únicas que puede brindar en ese entorno*".

Las misiones de educación y servicio están entrelazadas. Si bien el programa de residencia es una inversión considerable, vale la pena para lograr el propósito a largo plazo del CHC.

Desafíos financieros y estrategias para apoyar y sostener la misión educativa.

- La residencia recibió apoyo de los hospitales asociados porque proporcionó la mayor parte de la atención de indigentes del condado.
- Los fondos de la subvención de HRSA solo respaldan una parte del presupuesto de FHC (Centro de Salud Familiar). Los problemas incluyeron cómo contar a los residentes en el recuento FTE y cómo hacer que los cubra la FTCA.
- Después de complejas negociaciones, los socios del hospital acordaron pagar su parte del tiempo y los costos de los residentes por la capacitación dentro del hospital. Este pago al CHC cubría los salarios de los residentes.
- Los hospitales nunca han reclamado a FHC como un sitio de capacitación, por lo que las pautas de Medicare IME y DME no se aplican al tiempo de los residentes en las clínicas de FHC. Esto significa que los preceptores obtienen un reembolso basado en el costo de Medicare por los encuentros de cuidado de residentes debidamente supervisados. Los hospitales no reclaman ni pagan a los residentes por este tiempo.
- Los hospitales reconocen el impacto que tiene el CHC en la reducción de las visitas a la sala de emergencias. Ambos hospitales apoyan al CHC y encuentran valor adicional a medida que buscan que el CHC sea parte de sus ACO y redes comunitarias.

(Continúa página 50)

[Capítulo 4: FINANZAS]

Educación Médica de Posgrado en Hospitales de Niños

La Educación Médica de Graduados en Hospitales de Niños (Children’s Hospitals Graduate Medical Education CHGME), se estableció en 1999 debido a la preocupación por una decreciente fuerza laboral de médicos pediátricos cada vez menor y aunque los hospitales de niños recibieron fondos del GME insignificantes debido a los bajos volúmenes de Medicare. Al crear esta fuente de financiamiento, 58 hospitales de niños han tenido éxito en el crecimiento de sus programas de formación de especialidades y subespecialidades pediátricas.

Aunque no es una fuente tradicional de financiamiento para los residentes de los CHC, el CHGME, sí es una fuente potencial de financiamiento que los CHC deben considerar. Los CHC son sitios de continuidad para programas pediátricos, y como tales deben ser conscientes que existe el financiamiento del CHGME. Además, debido en parte a los requisitos de especialidad pediátrica en Medicina Familiar, muchos programas tienen sus rotaciones de pediatría para pacientes hospitalizados y medicina de emergencia pediátrica en hospitales de niños.

Administración de Salud para Veteranos (VHA)

En los últimos años, la Administración de Salud de los Veteranos (VHA) se ha convertido en un financiador más viable para los Centros Educativos de Salud. La VHA está obligada por ley a formar profesionales de la salud y, como tal, es un socio activo de los hospitales docentes y los centros médicos académicos para lograrlo. En 2014, hubo una expansión del financiamiento de VHA para crear 1,500 nuevos puestos de residencia en cuidado primario, salud mental y otras especialidades de necesidad del sistema VHA. En 2018, se autorizó un proyecto piloto solicitando no menos de 100 nuevos puestos de los 1,500 puestos autorizados en 2014 para ser cubiertos en CHC y otras áreas desatendidas. Este proyecto permite que la VHA pague los salarios y beneficios de los residentes independientemente de si un residente entrena en una instalación de la VHA.

Financiamiento Estatal a través de Exenciones 1115 y Enmiendas al Plan Estatal

Muchos estados, reconociendo sus propias necesidades de personal médico y los desafíos de obtener fondos federales de GME, han tomado la iniciativa de incluir fondos de GME en sus exenciones de Medicaid 1115 y / o enmiendas al plan estatal. Hay una variedad de maneras en que los estados han solicitado la utilización de los fondos, incluido el pago de espacios de residencia individuales. Se recomienda a los CHC con relaciones sólidas a nivel estatal que exploren oportunidades de financiamiento a través de la asociación con su oficina estatal de Medicaid.

“Sé que ayudamos a las personas a alcanzar sus metas, ya sea que eso signifique ser el mejor médico de familia o NP o PA o farmacéutico clínico, o quien sea. Y eso significa mucho para mí... pero necesitas ayuda. No puedes hacer esto tú solo”.

**—Roland A. Goertz, MD, MBA
CEO, Heart of TX Community Health Center, McLennan County, TX**

Consideraciones en la Búsqueda de Fuentes de Financiamiento

Cada una de las entidades de financiamiento antes mencionadas tienen diferentes requisitos para recibir fondos. Dado que Medicare es el mecanismo de financiamiento dominante para GME y, dado que muchos programas modelan todos o como parte de los requisitos de elegibilidad de Medicare, esta sección se centrará en la obtención de fondos de Medicare DGME e IME.

El primer paso al considerar el inicio de un nuevo programa es determinar si los socios del hospital son GME-Naïve- “Ingenuo” (no tienen financiamiento previo de GME detectable). Esto significa averiguar si el hospital alguna vez reclamó a algún residente en su informe de costos de Medicare o si algún residente se capacitó en el hospital espacio con licencia. Si los residentes fueron reclamados anteriormente en el informe de costos del hospital, entonces el hospital tiene un tope a menos que el hospital haya activado su informe de costos con los residentes durante los últimos cinco años. Si el hospital tiene un tope, solo hay algunas maneras de aumentar su tope, incluido el inicio de un Programa de Capacitación Rural ([Rural Training Track](#)) (según lo define CMS) o hacer un acuerdo de afiliación anual con un hospital que tenga un tope en exceso.

Otra preocupación es si un residente se ha capacitado alguna vez en el espacio autorizado del hospital. Esto es más difícil de determinar. Sin embargo, CMS ha adoptado la posición de que si un residente ha sido educado en el espacio autorizado del hospital y si el hospital no reclamó los costos y no pagó los costos de la enseñanza, entonces los costos son cero. Con base en la fórmula antes mencionada para la DGME, el pago se calcula sobre el arrendador de costos. Dado que los costos son cero, eso se convierte en el menor de los costos y cualquier cosa se multiplica por cero, lo que resulta en un pago de cero dólares. Cuando esto ocurre, que lamentablemente ocurre con bastante frecuencia, el hospital establece inadvertidamente su cantidad por residente (PRA) en cero. Por lo tanto, es muy importante pensar en dónde están rotando los residentes y si alguna vez los residentes han sido educados en un espacio bajo la licencia del hospital, antes de comenzar esa rotación.

FHC PROFILE (Continúa de pág. 48)

Estrategias para superar obstáculos:

- El FHC ve beneficios en la calidad general de la atención en el CHC y cree que tienen menos reclamos por negligencia.
- La acreditación de la residencia es una carga continua. Los profesores dedican aproximadamente el 15% de su tiempo al papeleo relacionado únicamente con los requisitos de evaluación.
- El CHC debe mantener relaciones positivas con dos sistemas de salud centrados en el hospital que compiten entre sí, lo que crea desafíos y oportunidades a medida que ambos sistemas buscan construir ACO o contratos basados en riesgos.
- El crecimiento de los ingresos de Medicaid ha sido más lento que el crecimiento de los pacientes que pagan por cuenta propia. Debido a que TX tomó varias decisiones de reducción de costos y eligió no aceptar la expansión de Medicaid, FHC ha luchado con el gasto deficitario.



Impacto (Beneficios para la comunidad, el Estado y la Nación):

El CHC y la Junta Coordinadora de Educación Superior de TX siguen de cerca a los graduados del programa. Estiman que el 46% de los graduados se han ido a áreas desatendidas, superando a todos los demás RMF familiares en TX para el que tienen datos.

Lecciones Aprendidas / Consejos para Otros

Centros de Salud: FHC tiene una tasa de incidentes muy baja con los casos de FTCA, que se relacionan directamente con la enseñanza que se lleva a cabo todo el tiempo (“las personas deben mantenerse alerta cuando tienen alumnos cerca”)

[Capítulo 4: FINANZAS]



Es responsabilidad del Director Ejecutivo del hospital asumir el riesgo de la elegibilidad de los fondos de GME.³² Independientemente de lo que el Contratista Administrativo de Medicare (MAC) o CMS le digan al hospital. En última instancia, es responsabilidad del director ejecutivo del hospital determinar con precisión si el hospital es GME-Naïve. Por esta razón, es una buena idea que el hospital o su consultor de informes de costos sean responsables de los cálculos de los informes de costos y no el CHC.

Una herramienta útil para una evaluación inicial de si un hospital asociado es GME-Naïve “Ingenuo” es el Analizador de Educación Médica para Graduados Rurales de HRSA “[HRSA’s Rural Graduate Medical Education Analyzer](#)”. Sin embargo, esta herramienta no debe usarse para la evaluación final de si un hospital califica para los pagos de GME y no reemplaza tener conversaciones con el MAC de la organización y completar un análisis de informe de costos completo con revisión interna.

DGME e IME solo se activan si se inicia un nuevo programa comenzó en un hospital GME-Naïve. El programa “Nuevo” fue definido por CMS en 2009 e incluye un nuevo Director del Programa de Residencia, nuevos profesores y residentes junto con la acreditación de ACGME como un nuevo programa. Este es un listón muy alto en determinadas situaciones y es una definición que otros financiadores han utilizado.

Centro de Salud Docente Financiado para Estudiantes Graduados en Medicina - Hospital Naïve

Se debe tener precaución antes de planificar un programa de residencia financiado por THCGME con rotaciones en un hospital GME-Naïve. HRSA y CMS no permiten que un residente sea financiado por ambas entidades. Y, en virtud de un nuevo programa de residencia con rotaciones en un hospital GME-Naïve, se establecerán el PRA y CAP del hospital.

32. 42 CFR Partes Secciones 413.75 y 413.79

Reglas Básicas y Supuestos para Desarrollar Proformas Financieras

Al comprometerse en el desarrollo de una proforma financiera, un CHC es prudente considerar lo siguiente:

- 1** ¿Qué modelo se busca?

 - a. Nuevo Programa
 - b. Expansión de un programa existente
 - c. CHC como Clínica de Continuidad o Sitio de Rotación.
- 2** ¿Cuál es la fuente de financiación prevista?

 - a. Si es THCGME
EL CHC o Consorcio tiene que ser el Patrocinador
Planee tener asociaciones con hospitales que no son GME- Naïve “Ingenuo”
 - b. Si es CMS
Cualquier entidad puede ser el patrocinador
Planifique tener rotaciones en hospitales que SON GME- Naïve “Ingenuo”
- 3** ¿Qué hospitales albergarán rotaciones ya que cada uno tiene una metodología de reembolso diferente?

 - a. Agudo
 - b. Comunidad única
 - c. Hospital de Acceso Crítico
 - d. Obstetricia
- 4** ¿Cómo desarrollar con precisión un modelo para medir el alcance, si lo hay, de pérdida de reembolso o capacidad?

a. La creencia de que los programas de residencia cuestan dinero a los CHC en ingresos perdidos puede ser un mito dependiendo de una serie de variables, como la tasa de reembolso del CHC.
- 5** Si hay ingresos, debe haber gastos. Esto se destaca porque a veces se olvida incluir los costos de enseñanza asociados con los ingresos clínicos, o viceversa.
- 6** Acuerde por adelantado que todos los socios serán transparentes con la información financiera en la medida permitida por la ley.
- 7** El CHC debe “mantenerse completo”. No debería estar iniciando empresas que se sabe que hacen perder dinero.
- 8** El flujo de fondos entre entidades debe respaldar CMS, HRSA y otros requisitos de informes, así como requisitos legales.
- 9** Todas las entidades deben acordar para tener una conciliación regular de las finanzas, con un plan de cuentas detallado y acordado por adelantado para ser utilizado para la conciliación.

Costos Estimados para Comenzar

Los costos incurridos durante esta fase de desarrollo activo pueden variar ampliamente.

En general, los costos para comenzar están entre \$350,000 y \$ 750,000, sin incluir gastos de capital.

Los costos iniciales de muestra se pueden encontrar en el Apéndice A. Este Apéndice es la herramienta de cálculo de costos HRSA que se desarrolló como parte de la evaluación del programa THCGME. La herramienta de cálculo de costos fue revisada y aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) en 2018. Como no hay un plan de cuentas acordado universalmente, proporciona un plan de cuentas que ha sido aprobado a nivel federal a través de un sólido proceso de investigación.

Gastos de la institución Patrocinadora

Si el CHC patrocina el(los) programa(s) de residencia, tendrá ciertos gastos más allá de los requeridos para un programa de residencia especializado. Esos gastos incluyen, pero no se limitan a:

- DIO;
- Administrador de GME;
- Apoyo Administrativo;
- Conferencias y Viajes;
- Consultoría;
- Legal; y
- Tasas de acreditación;
- Legal; y
- Tasas de Acreditación.

Gastos Operacionales

Los Gastos Operacionales pueden encontrarse en [Appendix A: Teaching Health Center Costing Instrument](#).

(Nota: Este será un enlace. El sitio web está desarrollo). Como se menciona en "Estimaciones de costos iniciales", esta herramienta se desarrolló a partir de un sólido proceso de investigación financiado por HRSA en 2018 para determinar el costo de un centro de salud docente residente.³³

- Regenstein M., Nocella K., Jewers, M.M., Mullan, F. (2016). The cost of residency training in teaching health centers. *New England Journal of Medicine*, 18(7).612-614. Tomado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pub-med/27376580/#fft>





LEGAL

** Tenga en cuenta: Los materiales de este capítulo han sido preparados por abogados de Feldesman Tucker Leifer Fidell LLP. Estos materiales se publican con el entendimiento de que los autores no se dedican a prestar servicios legales ni de otro tipo. Si se requiere asistencia legal u otra asistencia experta, se deben buscar los servicios de un profesional competente con conocimiento específico de las circunstancias dadas.*

Los materiales del capítulo no han sido preparados, revisados o examinados a través de la Oficina del Asesor Jurídico General del HHS, la División de Leyes Generales o el Departamento de Justicia, cada uno de los cuales puede asumir funciones importantes en la certificación o determinación de si una actividad determinada cae o no. dentro del ámbito del empleo, a los efectos de la cobertura de FTCA.

Introducción

Este Capítulo explorará los diversos tipos de arreglos y acuerdos que los CHC y sus socios pueden utilizar para incorporar programas de residencia en las operaciones de CHC. Además, este capítulo analiza cómo dichos arreglos y acuerdos abordan ciertos problemas de cumplimiento específicos de CHC, incluida la autonomía de gobierno, la contratación para el trabajo programático sustantivo y la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA), así como la responsabilidad potencial que puede surgir bajo la Ley Anti- Estatuto de soborno (AKS).

Acuerdos y Arreglos

Los CHC y sus socios disfrutan de una flexibilidad considerable para adaptar su modelo de colaboración a fin de cumplir con sus objetivos particulares de albergar un programa de residencia en los sitios de CHC. Estos arreglos van desde permitir que los residentes simplemente roten en un sitio de CHC, hasta que CHC opere su propio programa de residencia.

Existen otros acuerdos de colaboración, como acuerdos de derivación y arrendamientos de personal que los CHC pueden utilizar para mejorar los servicios que brindan a sus pacientes junto con las iniciativas del programa de residencia.

Los CHC tienen una flexibilidad significativa para celebrar acuerdos y arreglos de colaboración para educar a los residentes dentro del entorno de un CHC.

[Capítulo 5: LEGAL]

Los CHC deben consultar el Manual de Cumplimiento y el FTCA Manual de Política del Centro de Salud HRSA: [Compliance Manual and FTCA Health Center Policy Manual](#) cuando consideran cualquier acuerdo según descrito a continuación.³⁴

Acuerdos para Formación de Residencias

Si un CHC desea participar en la educación y la utilización de los residentes para brindar servicios a sus pacientes, pero no desea ejecutar el programa de residencia directamente, el CHC puede tratar de celebrar un acuerdo de capacitación en residencia con un programa de residencia independiente o un hospital universitario. En tales acuerdos, un CHC normalmente designa uno o más de sus sitios de CHC para que sirvan como un sitio de rotación de residencia. Estos arreglos suelen adoptar una de estas tres formas:

1. Un sitio (s) de CHC existente sirve como una rotación para un programa de residencia.
2. El CHC establece un nuevo sitio (s) de CHC ³⁵ para servir como la Clínica de Continuidad del programa de residencia con una institución de enseñanza asociada.³⁶
3. El CHC asume el control operativo sobre un hospital universitario existente o un sitio(s) de programa de residencia independiente.

Ejemplo: Un hospital universitario opera un centro de cuidado primario para pacientes ambulatorios atendido por residentes y sus preceptores. Como parte del acuerdo de capacitación de residencia, el CHC adquiriría o arrendaría la instalación para pacientes ambulatorios del hospital, asumiría el control operativo de la instalación y solicitaría la aprobación de la HRSA para incluir el sitio dentro del alcance (el sitio, los servicios y los proveedores deben estar dentro del alcance y el sitio también debe cumplir con los criterios para ser agregado al Alcance.) Sin embargo, los elementos educativos del programa de residencia continuarían siendo dirigidos por el hospital docente, mientras que el CHC dirigiría todas las actividades de atención clínica en el sitio. Los pacientes ahora serían pacientes de CHC, al menos para todos los servicios dentro del alcance

Bajo cada uno de los tres arreglos del programa de residencia, los roles y responsabilidades del CHC y su organización asociada son básicamente los mismos (a menos que sean modificados por el acuerdo de las partes). Generalmente, los residentes son empleados del hospital universitario. El hospital de enseñanza o el programa de residencia mantiene el control y la responsabilidad de todas las actividades de enseñanza, incluida la enseñanza en el aula, los programas de orientación, el desarrollo del plan de estudios, la selección y evaluación de residentes y la administración del programa. Por otro lado, el CHC mantiene la responsabilidad y la autoridad sobre todas las actividades relacionadas con los servicios prestados directamente a los pacientes en el (los) sitio (s) de enseñanza del CHC, incluidas todas las actividades operativas (p. Ej., Alcance del proyecto, ubicaciones, horas de servicio, garantía, cumplimiento, facturación y cobros, etc.).

Bajo tales arreglos, los costos educativos corren a cargo del programa de residencia. Específicamente, el programa de residencia es responsable de la facultad (sea o no empleado directamente) y salarios de los, beneficios y seguro de mala praxis, así como cualquier otro costo de GME. Incluso, si una actividad

- U. S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. (2014). *Federal tort claims act health center policy manual*. Tomado de: <https://bphc.hrsa.gov/sites/default/files/bphc/ftca/pdf/ftcah-cpolicymanualpdf.pdf>
- Depending on state law, a health center could establish its new location near or on a hospital system's campus. Such arrangements could facilitate additional collaborative relationships discussed below.
- In some instances, a medical school is also a party to the arrangement.

[Capítulo 5: LEGAL]

docente se realiza en un sitio de CHC, el programa de residencia retiene la responsabilidad de todos los costos relacionados con el tiempo de los profesores y residentes dedicados a las actividades educativas. El CHC es responsable de los costos asociados con las actividades clínicas en sus sitios de capacitación y puede compensar el programa de residencia de conformidad con un contrato de arrendamiento de personal por el tiempo de servicio clínico empleado por el personal docente empleado por el programa, si corresponde. En particular, los programas de residencia pueden acordar realizar pagos adicionales a los CHC para respaldar las pérdidas asociadas con la menor productividad de los residentes y una mayor utilización del personal de apoyo, el espacio, las pruebas de diagnóstico y los suministros relacionados.

Roles y Responsabilidades en los Acuerdos de Capacitación de Residencia

El CHC	El Programa de Residencia
<ul style="list-style-type: none"> ● Actividades relacionadas con el diagnóstico o el tratamiento realizadas por personal clínico de CHC empleado o contratado. ● Generar facturas por los servicios prestados ● Actividades de garantía de calidad relacionadas con la prestación de servicios clínicos de atención primaria ** ● Cumplimiento <p>** En los acuerdos de capacitación de residencia, se debe exigir a los residentes y preceptores de la institución patrocinadora que participen en tales actividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Enseñanza en el aula ● Programas de orientación ● Reuniones de profesores / programas ● Desarrollo curricular ● Evaluación de residentes / programa ● Investigación ● Actividades de publicación ● Reclutamiento y Selección de Residentes ● Administración del programa de enseñanza general ● Facturación a GME

Además de las consideraciones descritas anteriormente, la CHC y la organización asociada también deben considerar las siguientes preguntas claves:

- ¿Cuál es el rol del Director del Programa de Residencia?
- ¿Quién es responsable de la selección y supervisión de los residentes que brindan servicios en el CHC?
- ¿Qué expectativas de productividad debe tener el CHC con respecto a los servicios prestados por los residentes?
- ¿El programa de residencia necesita espacio para realizar actividades educativas en el sitio de CHC? Si es así, ¿el programa de residencia va a arrendar el espacio?
- ¿Cómo asignará el CHC el tiempo de su personal, el espacio de las instalaciones y otros recursos para apoyar los esfuerzos de enseñanza en el CHC?
- ¿Cómo alinearán las partes las políticas y procedimientos clínicos y docentes?
- ¿Qué autoridad tiene el CHC para sacar a los residentes de los sitios de servicio del CHC por causa?

Programas de Residencia CHC

Un CHC puede establecer un nuevo CHC de enseñanza con o sin el apoyo del Programa de Educación Médica para Graduados del Centro de Salud Docente (THCGME).³⁷

En este modelo, los residentes y preceptores suelen ser empleados del CHC (pero pueden ser contratados a través de terceros). Además, el CHC es responsable de todas las actividades de enseñanza, reclutamiento y administración asociadas con el programa de residencia que normalmente habría sido responsabilidad de la organización asociada del CHC, así como también siendo responsable de todas las operaciones del CHC. En este modelo, es importante que los costos se asignen de manera apropiada y que los centros de costos se mantengan de manera distinta para distinguir claramente los costos educativos y clínicos.

Esfuerzos de Colaboración Relacionados

Además de los modelos de programas de residencia descritos anteriormente, los CHC y las organizaciones asociadas pueden desear mejorar los esfuerzos de capacitación y / o el acceso a los servicios disponibles para los pacientes de CHC a través de acuerdos de colaboración relacionados para facilitar el uso de los residentes y la utilización eficiente de los recursos. Dichos arreglos incluyen, pero no se limitan a, arreglos de remisión, arreglos de remisión de ubicación conjunta, arrendamiento de personal y / o servicios y subvenciones de beneficios comunitarios. Estos arreglos adicionales son altamente adaptables a cualquier arreglo más amplio de residencia.

Arreglos para Referidos

En un Acuerdo de Referidos, la CHC y su organización asociada celebran un acuerdo para derivar a ciertos pacientes entre sí. En tal arreglo, las partes pueden acordar que una parte puede derivar pacientes a la otra, o ambas pueden acordar que cada parte puede referir pacientes entre sí, según sea necesario. En un acuerdo de remisión, cada parte sigue siendo financiera, clínica y legalmente responsable de las reclamaciones relacionadas con los servicios que el proveedor proporciona directamente a los pacientes. Las políticas, los procedimientos y los estándares internos de cada proveedor rigen su propia prestación de servicios. Además, cada proveedor factura y cobra el pago de los servicios que proporciona directamente a los pacientes derivados. Cada proveedor debe ofrecer garantías (y documentación) a la otra parte con respecto a las calificaciones profesionales de sus proveedores, la elegibilidad para participar en programas de atención médica federales y estatales y los estándares de atención.

Si bien un arreglo para referidos es en gran parte sencillo, el mismo puede crear algunos problemas logísticos. Por ejemplo, las Partes deben desarrollar políticas y procedimientos para determinar cómo se realizarán y gestionarán las derivaciones, incluida la forma en que se rastrearán a los pacientes a medida que pasan de un proveedor a otro, y establecer cómo los proveedores compartirán registros médicos con fines de tratamientos. Es posible que se requieran términos adicionales si el acuerdo va a estar protegido por un puerto seguro del CHC que está cualificado a nivel federal. Ver 42 C.F.R. §1001.952 (w).³⁸

- HealthResourcesandServicesAdministration.(2018).*Teachinghealthcentergraduatemedicaleducation(THCGME) program*. Tomado de:<https://bhw.hrsa.gov/grants/medicine/thcgme>

[Capítulo 5: LEGAL]

En tales casos según (discutidos en la sección del Estatuto Anti soborno a continuación), el CHC debe asegurarse de que la organización asociada acepte aceptar a todos los pacientes remitidos independientemente de su capacidad de pago (sujeto a una capacidad razonable de limitaciones). Para los servicios "dentro del alcance", el Manual de cumplimiento del programa del centro de salud de HRSA: [HRSA Health Center Program Compliance Manual](#) establece que el CHC debe asegurarse de que las políticas de descuento de la organización asociada sean consistentes con los requisitos de descuento de tarifa variable de HRSA³⁹ o que sean más generosas que las políticas de descuento de CHC.

Los arreglos de remisión entre un CHC y un hospital pueden permitir a las partes implementar un arreglo de coordinación de atención de emergencia. En estos arreglos, las partes pueden acordar que el hospital ofrecerá referir a los pacientes que, a través de la evaluación apropiada de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act "EMTALA), presenten condiciones que no sean de emergencia a una ubicación cercana de CHC.

Arreglos para Referidos en Ubicaciones Compartidas

Los Arreglos de Referidos en Ubicaciones Compartidas son similares a los arreglos de referidos, excepto por un aspecto importante: el proveedor que recibe las derivaciones está ubicado físicamente en las instalaciones de la entidad que realiza las derivaciones (p. Ej., El CHC establece un nuevo sitio de CHC dentro del hospital o un ubica los servicios de radiología en una instalación de CHC). Al igual que con los arreglos de derivación ordinarios, el proveedor que recibe las derivaciones es financiera, clínica y legalmente responsable de los servicios que el proveedor brinda directamente a los pacientes.

Si bien persisten las preocupaciones logísticas y de cumplimiento asociadas con los arreglos ordinarios de remisión, tales arreglos plantean nuevas preguntas. En primer lugar, los proveedores deben asegurarse de que los pacientes puedan distinguir entre los proveedores de CHC y los proveedores de la organización asociada mediante, por ejemplo, señalización adecuada o entradas separadas para el proveedor que comparte el edificio. Dicha separación ayuda a garantizar que ninguno de los proveedores sea responsable de las acciones del otro proveedor y pueda ser necesario para fines de facturación. Un segundo tema para abordar es si el proveedor que comparte el edificio necesitará arrendar espacio o equipo de su entidad asociada y, de ser así, determinar si alguna compensación del valor justo de mercado es apropiada.

Contratación de Personal

En muchas asociaciones de programas de residencia de CHC, una organización asociada alquila personal para abastecer de personal a un sitio de CHC, de acuerdo con una tarifa de valor justo de mercado. Por ejemplo, un CHC puede contratar a un hospital universitario para que proporcione servicios de preceptor para los residentes que rotan a través de un centro de CHC o que lo contratan. En estos acuerdos, CHC es financiera, clínica y legalmente responsable de todos los servicios prestados en su nombre de conformidad con el contrato de arrendamiento. Los pacientes que reciben servicios de personal alquilado de una organización asociada se consideran pacientes de CHC. El CHC es el único responsable de facturar y cobrar a terceros pagadores y pacientes, y retiene todos los ingresos asegurados por los servicios prestados por el personal alquilado.

- NationalArchivesandRecords Administration's Office of the Federal Register.(2019).*Electronic code of federal regulations*. Tomado de <https://www.ecfr.gov/cgi-bin/ECFR?page=browse>

39. Lea 42 C.F.R. § 1001.952(w).

[Capítulo 5: LEGAL]



Las políticas, procedimientos y estándares de CHC rigen la conducta del personal contratado que brinda servicios a los pacientes de CHC. Específicamente, el personal alquilado presta servicios de acuerdo con las políticas, procedimientos, estándares y protocolos de personal y de atención médica aplicables de la CHC, y preparar registros médicos consistentes con las normas de la CHC. Administrativamente, la organización asociada debe proporcionar informes programáticos y financieros según lo requiera el CHC. Por último, el CHC debe asegurarse de que el personal alquilado satisfaga los estándares y las calificaciones del CHC para los proveedores médicos, incluida la licencia, la acreditación y los privilegios, y el contrato de arrendamiento debe requerir que el personal contratado participe y coopere con las actividades de cumplimiento y calidad clínica del CHC.

Bajo estos acuerdos, el CHC conserva una importante responsabilidad de supervisión. Por ejemplo, el CHC puede monitorear, supervisar y evaluar el desempeño y el cumplimiento del personal contratado con las políticas y procedimientos del CHC. Si el CHC encuentra que el personal arrendado no cumple, el acuerdo debe permitir al CHC rescindir el contrato por completo y / o requerir la remoción, suspensión y / o reemplazo del personal contratado.

Ayudas Económicas para Beneficios Comunitarios

Ya sea que los CHC utilicen los sitios actuales o adquieran o arrienden nuevos sitios para albergar programas de residencia, ***rara vez existe la posibilidad de contar con fondos adicionales de la Sección 330 para cubrir los costos de puesta en marcha o costos de atención no compensados asociados con una base de pacientes expandida que generalmente incluye pacientes de bajos ingresos y sin seguro.*** Si el CHC desea agregar uno o más sitios simplemente a través de un cambio en el Alcance, debe asegurar a la HRSA que puede mantener, en el peor de los casos, un presupuesto de equilibrio.⁴⁰ El enfoque más común para garantizar un presupuesto equilibrado que es el premio de una ayuda económica de beneficio comunitario por parte de la organización colabora para cubrir los costos iniciales de la CHC y los costos anticipados no compensados, asociados con la atención a pacientes adicionales de bajos ingresos y sin seguro.

40.HRSA,PolicyInformationNotice2008-01at20(lastrevisedJan.13, 2009);seealsoHRSAHealthCenterProgramComplianceManual, AppendixA(listingPolicyInformationNotice2008-01asanagency guidance that has not been superseded by the Health Center Program ComplianceManual).

Tales arreglos pueden implicar el Estatuto Anti soborno (AKS), particularmente cuando existen otros arreglos (tales como arreglos de remisión) entre el CHC y su socio colaborador. El AKS se analiza a continuación:

Consideraciones de la Sección 330

Mantener el Control sobre las Operaciones del Centro de Salud Comunitario

El acuerdo del programa de residencia debe redactarse para garantizar que el CHC mantenga la responsabilidad y el control de las actividades relacionadas con la prestación de servicios clínicos en sus sitios de CHC, incluidos los sitios de rotación de residencias operados por CHC. ***El CHC debe mantener el control exclusivo sobre el alcance del proyecto y los servicios ofrecidos, la ubicación del sitio y el horario de operaciones.*** Además, los servicios deben proporcionarse en dichos sitios de acuerdo con las políticas y procedimientos de CHC. Tenga en cuenta que esta responsabilidad se extiende a cualquier centro hospitalario para pacientes ambulatorios que se transfiera a la autoridad operativa del CHC.

Contratación de Servicios para Educadores

A pesar del tipo de arreglo, ya sea un programa de residencia de CHC o un acuerdo de capacitación de residencia, los CHC no están obligados a utilizar personal clínico de CHC empleado para servir como preceptores de los residentes. Si un CHC arrienda dicho personal preceptor a otro proveedor, como un hospital universitario, la tarifa pagada no debe exceder el valor justo de mercado de esos servicios. Si un CHC utiliza fondos de la Sección 330 para pagar dichos arrendamientos, el CHC debe asegurarse de que el acuerdo cumpla con los estándares de adquisición establecidos en 45 C.F.R. Parte 75.41 En particular, si los fondos de la Sección 330 se utilizan para pagar parte o la totalidad de las tarifas del contrato, la CHC deberá mantener registros para explicar la razón fundamental del precio pagado por los servicios contratados. Al determinar el valor justo de mercado de los servicios contratados, ⁴² además de considerar el valor de mercado local de servicios comparables, el CHC debe incluir una evaluación de costos objetiva sobre lo que pagaría el CHC a los médicos con experiencia y cualificación comparable empleados o contratados por el CHC. , en lugar de simplemente pagar lo que la otra entidad paga a sus médicos.

Además, dichos arreglos pueden requerir que el CHC solicite y reciba la aprobación de la HRSA antes de finalizar el arreglo.⁴³ Específicamente, si un arreglo para arrendar educadores daría lugar a que el CHC contrate a la "mayoría de sus proveedores de atención médica con una sola entidad", se requiere la aprobación de HRSA.⁴⁴ ***Al determinar si un arrendamiento de educadores daría lugar a que el CHC contratara a la mayoría de sus proveedores, el CHC debería considerar la dotación de personal en todo su proyecto de CHC*** (es decir, en todo el sistema) en lugar de solo aquellos sitios donde los educadores contratados prestarán servicios.

41. Véase 45 C.F.R. §§ 75.326-335.

42. Véase 45 C.F.R. § 75.327(i).

43. Véase HRSA Health Center Program Compliance Manual, at47(last updated August 2018) (Contracts and Subawards). 44. *Id.* a 47,n.4.

Ley Federal de Reclamaciones por Agravio

La Ley de Asistencia de Centros de Salud con Apoyo Federal ([Federally Supported Health Centers Assistance Act \(FSHCAA\)](#))⁴⁵ proporciona cobertura de responsabilidad profesional del programa FTCA a los CHC financiados por la Sección 330. El programa FTCA cubre demandas por negligencia o demandas presentadas contra un CHC considerado que surgen de actividades dentro del Alcance del Proyecto aprobado por HRSA. Bajo la FSHCAA, un CHC financiado por la Sección 330, sus empleados y ciertos contratistas pueden considerarse empleados del Servicio de Salud Pública. Como empleado del Servicio de Salud Pública, el CHC y su personal cubierto son inmunes a demandas por funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas.⁴⁶ Para ser considerado, el CHC debe presentar anualmente una solicitud de consideración a la HRSA que demuestre que el CHC ha cumplido con los requisitos relacionados con la gestión de riesgos, acreditación y privilegios, garantía de calidad y gestión de reclamos publicados cada año en una Carta de asistencia del programa de solicitud de consideración.⁴⁷

A Todos los empleados de CHC y ciertos proveedores contratados individualmente son elegibles para ser considerados empleados. Los proveedores contratados individualmente que reciben el Formulario 1099 están cubiertos si cumplen con los requisitos de elegibilidad de la FTCA y brindan servicios por lo menos 32.5 horas por semana en promedio durante el período del contrato. El requisito de horas no se aplica a los proveedores contratados individualmente que brindan servicios de medicina familiar, medicina interna general, pediatría general u obstetricia / ginecología.⁴⁸ Tenga en cuenta que la cobertura de FTCA no está disponible para entidades similares a centros de salud calificados a nivel federal.

El alcance de la cobertura de FTCA aplicable a los médicos del programa de residencia individual dependerá del tipo de arreglo y de si el médico individual está empleado por o tiene contrato con el CHC.

Residentes

En los acuerdos de formación de residencia, los residentes suelen ser empleados por la organización asociada. Dado que no son empleados ni proveedores contratados individualmente de un CHC considerado, la cobertura de FTCA no se extenderá a los residentes. En tales arreglos, el acuerdo del programa de residencia debe requerir documentación de que la organización asociada brinda protección adecuada por negligencia a los residentes.

En algunos casos, los residentes en los programas de residencia de CHC son empleados de un CHC. Si un residente es empleado por un CHC, la cobertura de FTCA se extenderá a sus actividades si (i) los servicios se brindan dentro del Alcance del Proyecto del CHC; (ii) si los servicios están dentro de la descripción del trabajo, contrato de servicios y / o deberes laborales requeridos por el CHC; y (iii) el paciente atendido por el CHC era un “paciente del centro de salud” (o está aprobado por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos [el “Secretario”])⁴⁹. Es probable que la cobertura de FTCA no se extienda a las rotaciones de residentes fuera de las instalaciones de CHC (por ejemplo, hospitales o clínicas especializadas) que se requieren como parte del programa.

45. Pub. L. No. 102-501, 106 Stat. 3268 (1992) and Pub. L. No. 104-73, 109 Stat. 777 (1995).

46. Véase 42 U.S.C. § 233(a), (g).

47. Véase *id.* §233(g)(D); see also HRSA, Program Assistance Letter No.19-02 at 2 (Apr. 10,2019).

48. HRSA, Federal Tort Claims Act Health Center Policy Manual at 6,21-22(last updated July 21,2014).

49. Véase *id.* at11; see also *id.* at8-9(defining “health center patient”)and9-12(providing examples of covered services to non-health center patients).

Preceptores

Los preceptores pueden ser o no empleados o proveedores contratados individualmente del CHC. Si el preceptor no es un empleado del CHC y no tiene un contrato individual, el preceptor no es elegible para la cobertura de FTCA. Sin embargo, si el preceptor es un empleado o tiene un contrato individual con el CHC (y cumple con los requisitos de elegibilidad de la FTCA, como el compromiso de tiempo semanal de 32.5 horas, sujeto a las excepciones establecidas), la cobertura de FTCA se aplicará a la supervisión del residente por parte del preceptor, siempre que el servicio se haya prestado (i) a un paciente de CHC (o un paciente que no sea de CHC aprobado por el Secretario), (ii) dentro del Alcance del Proyecto de CHC, y (iii) dentro del alcance de empleo del preceptor o contrato con el CHC.⁵⁰ Notablemente, en tales casos, la FTCA solo cubre al residente que realiza servicios bajo la supervisión del preceptor si el residente también es elegible por derecho propio.⁵¹

En algunos arreglos, los preceptores contratados individualmente o contratados por CHC supervisarán a los residentes que prestan servicios a pacientes que no son de CHC en instalaciones que no son de CHC, como un hospital. En general, esta supervisión no estaría protegida por el programa FTCA. Sin embargo, existen excepciones específicas aprobadas por el Secretario para la cobertura de la FTCA cuando se atiende a pacientes que no pertenecen al centro de salud.⁵²

Acreditación y privilegios

Los acuerdos de capacitación de residencia deben abordar la acreditación y privilegio de los residentes y preceptores para (i) requerir que la organización asociada implemente ciertos procedimientos de acreditación y privilegios para cumplir con los estándares de CHC, o (ii) permitir que CHC revise cuidadosamente las acreditaciones y privilegios de la organización asociada procesos para asegurar que abarquen los propios requisitos de acreditación del CHC.⁵³ Alternativamente, el CHC puede acreditar y privilegiar independientemente a cada residente y preceptor antes de permitirles que presten servicios en el CHC.

Cubriendo todas las responsabilidades

Al ingresar a un arreglo de programa de residencia, los centros de salud deben asegurarse de que no haya brechas en la cobertura de responsabilidad.

Los acuerdos de formación de residencia entre una organización asociada y un CHC deben especificar todas las responsabilidades de los seguros de las partes.

50. Véase *id.* at11.

51. HRSA, Federal Tort Claims Act Health Center Policy Manual at11.

52. Véase *id.* at9-11.

53. See HRSA, Health Center Program Compliance Manual at29,n.7(last updated August 2018)(ClinicalStaffing).

[Capítulo 5: LEGAL]



Si la organización asociada emplea tanto a los residentes como a los preceptores contratados, el CHC necesita una garantía contractual adecuada de que la organización asociada mantiene un seguro por negligencia que se extiende a la prestación de servicios de dicho personal en nombre del CHC. Los CHC también pueden considerar la posibilidad de obtener un seguro integral (o “gap”) para cubrir actividades no protegidas por la FTCA. Dicha cobertura protegería al CHC de responsabilidad en casos, por ejemplo, cuando un preceptor empleado por un centro de salud supervisa a los residentes que atienden a pacientes que no pertenecen al centro de salud en una clínica operada y de propiedad del hospital.

Estatuto Anti-Soborno

Al establecer una colaboración en un programa de residencia, es fundamental que el CHC y la organización asociada consideren la posible implicación del Estatuto Anti-soborno (AKS). La AKS tipifica como delito "ofrecer o pagar a sabiendas y deliberadamente cualquier remuneración (incluida cualquier comisión ilícita, soborno o reembolso) directa o indirectamente, de manera abierta o encubierta, en efectivo o en especie" para inducir o recompensar las referencias de pacientes cuya atención será reembolsado en su totalidad o en parte bajo un programa federal de atención médica.⁵⁴

Entendiendo que el lenguaje amplio de la AKS implicaba una actividad comercial legítima, la Oficina del Inspector General (OIG) publicó varias excepciones reglamentarias a la AKS para proteger dicha actividad de la aplicación.⁵⁵ Las excepciones, llamadas "puertos seguros", contienen requisitos específicos. Para que se aplique la excepción, se deben cumplir todos los requisitos de un puerto seguro. Si el puerto seguro no se satisface por completo, la responsabilidad de AKS es posible, pero la ejecución queda a discreción de la OIG.⁵⁵

En octubre de 2007, la OIG emitió una regla final que implementa un puerto seguro legislativo para los CHC financiados con fondos federales para brindar protección en situaciones en las que el CHC recibe una donación financiera o la provisión de servicios gratuitos (o con descuento) para los pacientes del CHC o CHC.⁵⁶

54. 42 U.S.C. § 1320a-7b(b)(2).

55. Véase 42 C.F.R. § 100.952.

56. Véase 42 C.F.R. § 1001.952(w).



Cualquier acuerdo para establecer una colaboración de programa de residencia que incluya el apoyo de ayudas económicas para beneficios comunitarios u otra forma de “remuneración” debe estructurarse de acuerdo con los requisitos del puerto seguro de CHC financiado con fondos federales.

Tal acuerdo probablemente satisfará el puerto seguro de CHC financiado con fondos federales si incluye lo siguiente:

- (i.) El acuerdo se establece por escrito, firmado por ambas partes, y cubre y especifica la cantidad de todos los bienes, artículos, servicios o donaciones (en adelante, la “subvención”) proporcionada por la organización asociada al CHC;
 - a. El monto de la subvención proporcionada por el acuerdo puede calcularse mediante una suma fija, un porcentaje o una metodología fijos que no considere el volumen y el valor del negocio del programa de atención médica federal generado entre las partes;
 - b. Todos los acuerdos separados entre las partes deben incorporarse entre sí por referencia o, si se hace una referencia cruzada, una lista maestra de acuerdos que se mantiene de manera centralizada, se mantiene actualizada, está disponible para su revisión por parte del Secretario a pedido y se mantiene de una manera que preserva el registro histórico de arreglos;
- (ii.) La subvención es de naturaleza médica o clínica o se relaciona directamente con los servicios proporcionados por el CHC como parte de su proyecto de la Sección 330;
- (iii.) La CHC espera razonablemente (y documenta sus expectativas) que el acuerdo contribuirá de manera significativa a la capacidad de la CHC para mantener o aumentar la disponibilidad de los servicios o mejorar su calidad;
- (iv.) Al menos una vez al año, la CHC reevalúa el acuerdo (y documenta la reevaluación) para determinar si el acuerdo aún satisface el tercer requisito;
- (v.) La organización asociada no requiere que el CHC (o sus profesionales de atención médica afiliados) derive a los pacientes a una entidad en particular ni restrinja al CHC de derivar pacientes a un individuo o entidad en particular, ni restringe al CHC (o sus profesionales de la salud afiliados) de derivar pacientes a cualquier individuo o entidad;
- (vi.) La organización asociada que ofrece sus servicios sin cargo o con un cargo reducido al CHC debe proporcionar dichos servicios a todos los pacientes del CHC que califiquen clínicamente para los servicios independientemente de su capacidad de pago;
- (vii.) El acuerdo no debe restringir la capacidad de CHC para celebrar acuerdos similares con otros proveedores;

[Capítulo 5: LEGAL]

(viii.) El CHC debe proporcionar una notificación efectiva a sus pacientes sobre su libertad para elegir cualquier proveedor que desee y, debe revelar la existencia y naturaleza del acuerdo a cualquier paciente que pregunte;

y

(ix.) El CHC puede optar por exigir que la organización asociada cobre a un paciente de CHC referido a la misma tarifa que cobra a otros pacientes en situación similar no referidos por el CHC, o que esa organización asociada cobre a un paciente referido de CHC con una tarifa reducida.

Si un acuerdo entre un CHC y una organización asociada cumple con cada uno de los nueve requisitos enumerados anteriormente, eso satisfará el puerto seguro de CHC financiado con fondos federales, protegiendo a las partes de la responsabilidad de AKS. Si un acuerdo no puede cumplir con este puerto seguro (o cualquier otro puerto seguro, por ejemplo, los servicios personales y los contratos de gestión de puerto seguro), existe el riesgo de responsabilidad de AKS. En este caso, el CHC puede solicitar una opinión consultiva de la OIG, preguntando si perseguiría sanciones monetarias civiles o sanciones para el acuerdo propuesto de conformidad con 42 C.F.R. Parte 1008.

La flexibilidad otorgada a los CHC y sus organizaciones asociadas para implementar programas de capacitación para residentes adaptados a sus necesidades y expectativas puede beneficiar enormemente a las poblaciones y comunidades desatendidas, así como las partes y los médicos en formación.

Si bien surgirán problemas de cumplimiento al estructurar cualquier acuerdo de este tipo, los riesgos asociados con las inquietudes se pueden mitigar con una cuidadosa previsión y supervisión.



RECURSOS

- **Estatutos y Regulaciones**

- o Teaching Health Centers Development Grants – 42 U.S.C. § 2931-1
<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/2931-1>
- o Program of Payments to Teaching Health Centers that Operate Graduate Medical Education Programs—42 U.S.C. § 256h
<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/256h>
- o The Uniform Administrative Requirements, Cost Principles, and Audit Requirements for HHS Awards—45 C.F.R. Part 75
<https://www.law.cornell.edu/cfr/text/45/part-75>
- o Federal Tort Claims Act—42 U.S.C. § 233(g)-(n),(q)
<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/233>
- o Federal Tort Claims Act Coverage of Certain Grantees and Individuals—42 C.F.R. Part 6
<https://www.law.cornell.edu/cfr/text/42/part-6>

- **Recursos de Iniciativa del Centro de Educación y Salud (EHCI por sus siglas en inglés)**

- o Residency Training Partnership Opportunities Between Federally Qualified Health Centers and Residency Programs, May 2011 (Jacqueline C. Leifer, Esq.),
<https://educationhealthcenter.org/s/leiferLegal.ppt>
- o Health Center Affiliations with Residency Programs, Oct. 2008 (Jacqueline C. Leifer, Esq.),
https://educationhealthcenter.org/s/leifer_health-center-affiliations-with-residency-programs.pdf

- **Recursos de Salud y Servicios Administrativos (HRSA por sus siglas en inglés)**

- o Health Center Program Compliance Manual (last updated Aug. 2018)
<https://bphc.hrsa.gov/programrequirements/compliancemanual/index.html>
- o Health Center Program Site Visit Protocol (last updated Aug. 2018)
<https://bphc.hrsa.gov/programrequirements/svprotocol.html>

[RECURSOS]

- o Federal Tort Claims Act: Health Center Policy Manual (last updated July 21, 2014)
<https://bphc.hrsa.gov/sites/default/files/bphc/ftca/pdf/ftcahcpolicymanualpdf.pdf>
- o Teaching Health Center Graduate Medical Education(THCGME) Program
<https://bhw.hrsa.gov/grants/medicine/thcgme>
- o HRSA, PolicyInformationNotice2008-01:Defining Scope of Project and Policy for Requesting Changes (last revised Jan. 13, 2009),
<https://bphc.hrsa.gov/sites/default/files/bphc/programrequirements/pdf/pin2008-01.pdf>
- o **Recursos National Association of Community Health Centers (NACHC)**
- o Educational Health Centers: Teaching and Learning in the Community (Nov. 2015),
https://educationhealthcenter.org/s/NACHC_EducationalHealthCenters_November2015.pdf
- o Memorandum from Feldesman Tucker Leifer Fidell, LLP to NACHC re: FTCA and Health Center ResidencyPrograms(May5,2014),
<http://www.nachc.org/wp-content/uploads/2015/06/FTCA-and-Health-Center-Residency-Programs-FTLF-Memo-May-2014.pdf>
- o CollaborativeArrangements:AGuideforHealthCentersandTheirPartners,atp.46-47(Aug.2011),
For Sale at <http://mylearning.nachc.com/diweb/catalog/item/id/264510>
- o (OnlyavailabletoNACHCmembers) (Solo disponible para miembros del NACHC)
Information Bulletin #12, Human Resources Series: Using Affiliations with Residency TrainingPrograms to Increase Your Health Center's Clinical Capacity (June 2009),
http://iweb.nachc.com/downloads/products/HR_12_09.pdf
- o IssueBrief#26,SystemsDevelopmentSeries:KeyConsiderationsinDevelopingResidencyTraining ProgramCollaborations(Apr.20,2004),
<https://docplayer.net/10253482-Issue-brief-26-systems-development-series-key-considerations-in-developing-residency-training-program-collaborations.html>
- The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) es un buen recurso para una visión general de información de los programas de residencia.
<https://www.acgme.org/>
- **The Commission on Dental Accreditation (CODA)** es otro recurso valioso.
<https://www.ada.org/en/coda>

[Página dejada en blanco intencionalmente]

[Página dejada en blanco intencionalmente]



La Iniciativa Educativa para el Centro de Salud (EHCI) es una Asociación Regional de Atención Primaria en el Noroeste y la Asociación de Salud Comunitaria para los estados de montaña/ llanos, que vincula la educación clínica con la atención primaria en entornos urbanos y rurales.

Para obtener más información sobre la EHCI, visite <https://educationhealthcenter.org>.

El uso de estos materiales está destinado a fines personales y de investigación y no puede modificarse.

Para obtener permiso para usar estos materiales para cualquier otro propósito, incluidos fines comerciales, comuníquese con ehci@nwrpca.org ehci@nwrpca.org.

Esta publicación cuenta con el respaldo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., como parte de una subvención por un total de \$50,000 con un 35% financiado con fuentes no gubernamentales. Los contenidos pertenecen a los autores y no representan necesariamente las opiniones oficiales ni el respaldo de HRSA, HHS o el gobierno de los EE. UU. Para obtener más información, visite HRSA.gov HRSA.gov.



Esta publicación traducida al español cuenta con el respaldo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., como parte de una subvención por un total de \$81,315. Los contenidos pertenecen a los autores y no representan necesariamente las opiniones oficiales ni el respaldo de HRSA, HHS o el gobierno de los EE. UU. Para obtener más información, visite HRSA.gov HRSA.gov.