

Cruzando Fronteras en Psiquiatría Forense: Chile 2012

# Diseño y Requerimientos del Programa de Subespecialidad

## El Concepto de ACGME y el Sistema de Competencias Académicas

**Andrés Sciolla, MD**

Departamento de Psiquiatría

Universidad de California, San Diego

# Objetivos de la presentación

- Al final de la presentación usted podrá:
  - ❖ Definir el papel del Consejo de Acreditación de Educación Médica de Postgrado – ACGME
  - ❖ Explicar el sistema de financiamiento del ACGME
  - ❖ Discutir cada una de las competencias fundamentales del ACGME
  - ❖ Contextualizar el ACGME dentro de determinantes socioeconómicos y culturales

# El sistema actual de acreditación

- El ACGME se basa en los principios de confianza pública y en la autorregulación de las profesiones
- El ACGME fue establecido en 1981
- Antecedente: Comité de Enlace de Educación Media de Posgrado, establecido en 1972
- Desafíos de 1981: variabilidad en la calidad de los programas de residencia y la formalización emergente de los programas de subespecialidad (*fellowships*)

# El sistema actual de acreditación

➤ Respuesta a esos desafíos:

- ❖ Aumento en la estructuración de los programas
- ❖ Aumento en la calidad y cantidad de la enseñanza formal (*didactics*)
- ❖ Balancear servicio y educación
- ❖ Evaluación y retroalimentación al residente
- ❖ Requerir apoyo financiero y beneficios para los residentes

# El sistema actual de acreditación

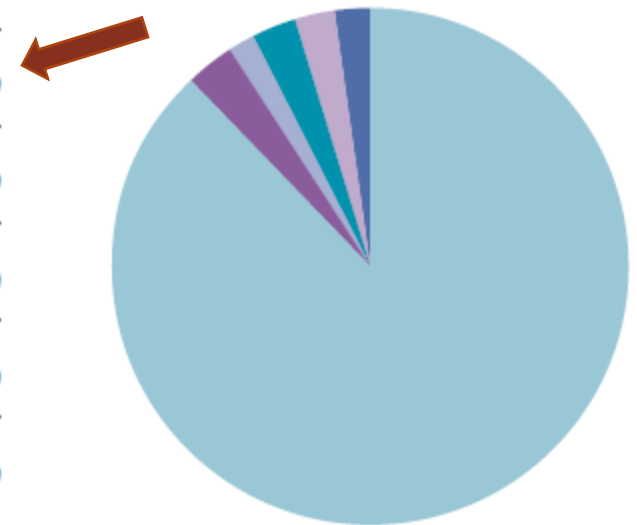
## – Antecedentes generales

- Organización privada sin fines de lucro
- Acredita a 8.887 programas en 133 especialidades y subespecialidades con 113.142 residentes
- ¿Cómo se financia? → El gobierno federal financia hospitales de enseñanza (*teaching hospitals*)
- La “suscripción” anual por programa es U\$3.500 – 4.400, dependiendo si tiene  $\leq 4$  o  $\geq 5$  residentes

# ACGME – Ingresos

Income from International Activities	\$ 992,444	2.84%
Rent Revenue	544,251	1.56%
Application Income	1,038,350	2.98%
Annual Program Accreditation Income	30,624,928	87.77%
Investment Revenue	727,862	2.09%
Workshops and Miscellaneous Income	891,320	2.55%
Tech Support Revenue <i>(not visible in chart)</i>	24,583	0.07%
Publications and Other Income <i>(not visible in chart)</i>	28,930	0.08%
Appeals Income <i>(not visible in chart)</i>	17,851	0.05%
<b>Total</b>	<b>\$34,890,519</b>	<b>100.00%</b>

2009 Revenues

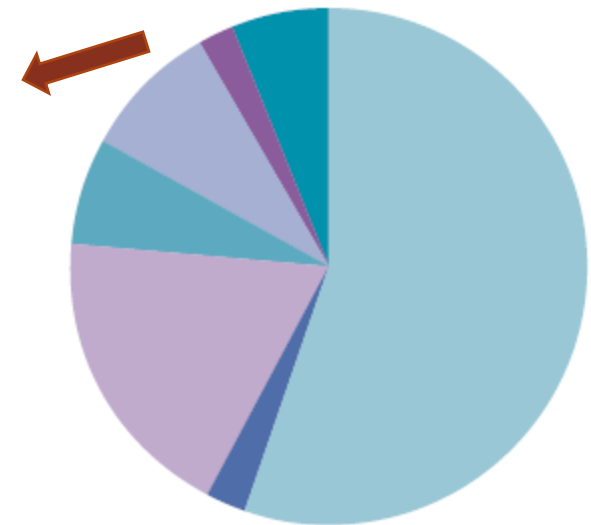


Fuente: ACGME – Informe Anual, 2010. Disponible en: <http://acgme.org/>

# ACGME – Gastos

Salaries and Fringe Benefits	\$ 17,981,774	55.18%
Administrative Expenses	780,270	2.39%
Meeting Expenses	6,107,789	18.74%
IT Expenses	2,125,087	6.52%
Rent and Real Estate Taxes	2,843,510	8.73%
Office Supplies and Expenses	699,529	2.15%
Professional Services	1,947,311	5.98%
Other Expenses <i>(not visible in chart)</i>	102,095	0.31%
<b>Total</b>	<b>\$32,587,365</b>	<b>100.00%</b>

2009 Expenses



Fuente: ACGME – Informe Anual, 2010. Disponible en: <http://acgme.org/>

# El sistema actual de acreditación

## – Antecedentes generales

- El equipo administrativo tiene ~100 miembros
- Misión: mejorar los cuidados de salud mediante la evaluación y el avance en la calidad de la educación de médicos residentes a través de acreditación ejemplar
- Doble papel: acreditador y promotor de cambios

# El sistema actual de acreditación

- Establece estándares educacionales
  - ❖ Ejemplo: horas de trabajo
    - 80 horas/semana
    - 1 día libre cada 7
    - Turnos cada 3 noches o menos
- Evalúa la calidad de los programas
- Promueve la mejoría de los procesos e instrumentos evaluativos
- Promueve el desarrollo de herramientas efectivas para medir las competencias de los residentes

# El sistema actual de acreditación

- Tiene 28 Comités Revisores de Residencia por especialidad (RRC, en inglés), más uno para el Año Transicional
- Cada Comité tiene 6-15 miembros voluntarios
- Designados por el Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Estadounidense y por los llamados “Consejos” (*Boards*) de especialidades
- Tiene un Consejo de Directores (incluye 3 “miembros públicos”) y un Comité Ejecutivo

# El sistema actual de acreditación

- Los miembros del Consejo de Directores son nominados por diversas organizaciones profesionales
- Los residentes tienen dos representantes en el Consejo de Directores
- El gobierno federal está representado por un miembro sin derecho a voto

# El sistema actual de acreditación

➤ Subespecialidades acreditadas por el RRC de psiquiatría:

❖ Psiquiatría forense

❖ Psiquiatría de adicción

❖ Psiquiatría de adolescentes y niños

❖ Psiquiatría geriátrica

❖ Medicina paliativa

❖ Medicina del dolor

❖ Medicina psicosomática (psiquiatría de enlace)

❖ Medicina del sueño

# El sistema actual de acreditación

- Requisitos comunes de los programas – ACGME
- Las competencias son parte de los requisitos comunes
- Requisitos específicos de la especialidad y subespecialidad – RRC

# El sistema actual de acreditación

- La acreditación es un proceso voluntario
- Únicamente los graduados de un programa acreditado por el ACGME pueden ser examinados y certificados por un Consejo de Especialidad
- Hay 24 Consejos de Especialidad (*American Board of Medical Specialties*)
- Los programas necesitan la certificación del ACGME para obtener fondos federales (Medicare)

# El sistema actual de acreditación

➤ Otros cuerpos acreditadores:

❖ Comisión Conjunta (*Joint Commission*) – Acredita a todas las organizaciones de cuidados de salud (hospitales y clínicas)

❖ Comité de Enlace en Educación Médica (LCME) – Acredita a las escuelas de medicina

# El sistema actual – Las competencias nucleares

- Seis dominios de competencias clínicas nucleares (*core*) o esenciales (1999)
- El Proyecto Resultados (*Outcome Project*, 2002) – La acreditación basada en resultados educativos
- Financiado inicialmente por la Fundación Robert Wood Johnson
- La acreditación ya no se otorga a programas por su potencial de educar sino por sus logros

# El sistema actual – Las competencias nucleares

- Educación y evaluación basada en competencia (la integración de conocimientos, actitudes y destrezas en situaciones reales)
- Centrada en el educando, no en el docente
- La relación educando-docente modela la relación paciente-médico
- Se caracteriza en la retroalimentación continua (evaluación formativa) y no los exámenes periódicos (evaluación sumativa)

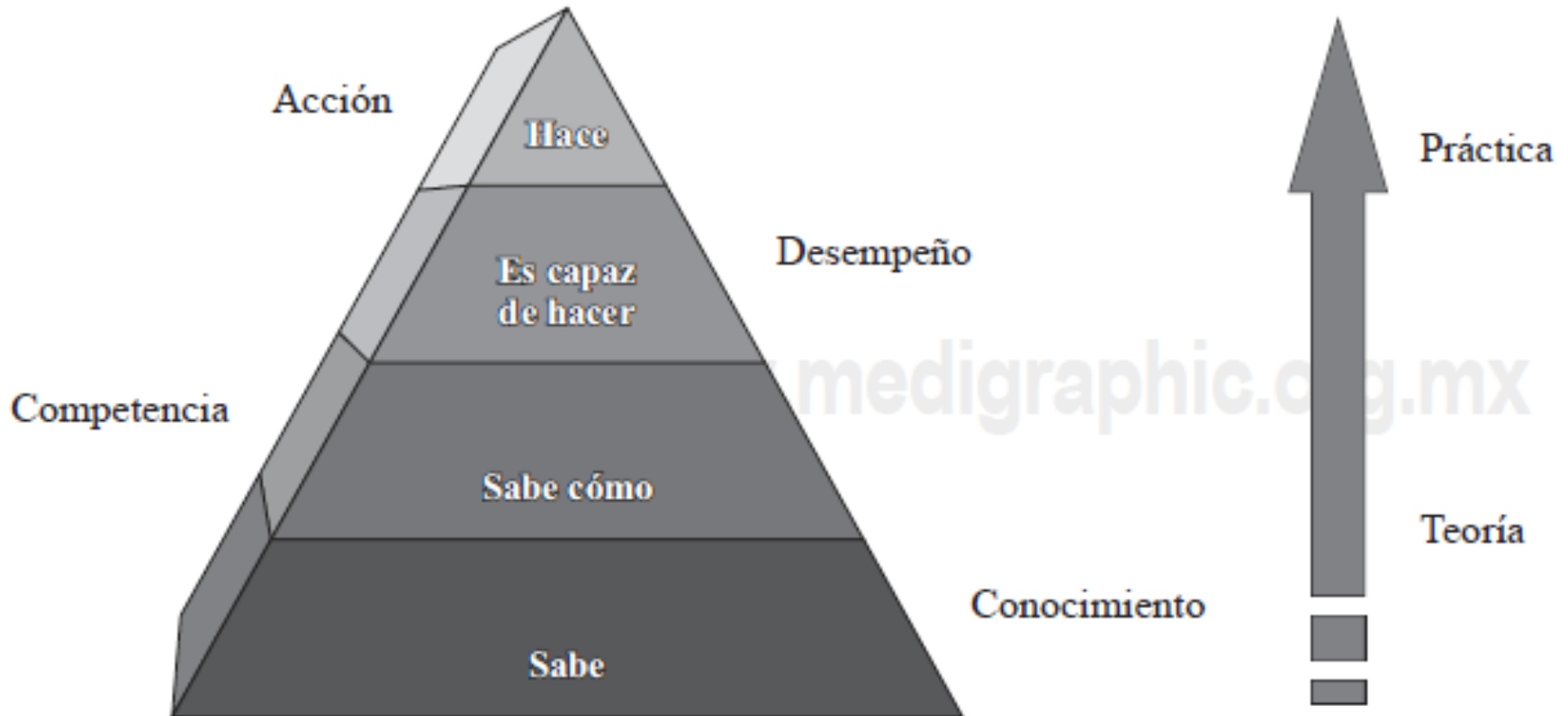
# Las competencias nucleares

1. Manejo clínico de los pacientes (*Patient Care*)
2. Aplicación del conocimiento médico (*Medical Knowledge*)
3. Habilidades interpersonales y de comunicación (*Interpersonal and Communication Skills*)
4. Profesionalismo y ética (*Professionalism*)
5. Capacidad para aprender de la propia práctica y mejorarla (*Practice-Based Learning and Improvement*)
6. Capacidad para manejarse dentro de los sistemas de salud de los pacientes y usar adecuadamente los recursos (*Systems-Based Practice*)

# Las competencias nucleares

- Cada competencia general ofrece un espectro de dominio que va del novato al de maestro
- Los estudiantes de medicina evolucionan de novato a principiante avanzado
- Al final de la residencia, se espera que el médico se convierte en competente
- A lo largo de su vida profesional se caracterizará por ser un profesional capaz
- Algunos se convertirán en expertos
- Algunos se convertirán en maestros de una o más de las competencias ACGME

# Modelo de Miller de competencia y desempeño



# 1. Cuidado del paciente

- Debe proveer atención al paciente en forma compasiva, apropiada y efectiva para el tratamiento de problemas de salud y la promoción de la salud
  - ❖ Obtiene información esencial y certera acerca de sus pacientes
  - ❖ Decide acerca del diagnóstico y tratamiento en base a las preferencias del paciente, evidencia científica actualizada y juicio clínico
  - ❖ Desarrolla y lleva a cabo planes de tratamiento
  - ❖ Aconseja a pacientes y familiares

Fuente: Medicare Payment Advisory Commission,  
[http://www.medpac.gov/chapters/Jun10\\_Ch04.pdf](http://www.medpac.gov/chapters/Jun10_Ch04.pdf)

## 2. Conocimiento médico

- Debe demostrar conocimiento de ciencias biomédicas, clínicas y aliadas (e.g., epidemiología, ciencias de la conducta) establecidas y en desarrollo, y demostrar que aplica este conocimiento en la atención del paciente

# 3. Habilidades interpersonales y de la comunicación

- Debe demostrar habilidades interpersonales y de la comunicación que resultan en intercambio de información efectivo y en colaboración con pacientes, familiares y profesionales de la salud
  - ❖ Se comunica en forma efectiva con pacientes, familiares y el público, según corresponda a través de un amplio rango de condición (*background*) socioeconómica y cultural
  - ❖ Se comunica en forma efectiva con médicos y otros profesionales y agencias relacionadas con la salud

Fuente: Medicare Payment Advisory Commission,  
[http://www.medpac.gov/chapters/Jun10\\_Ch04.pdf](http://www.medpac.gov/chapters/Jun10_Ch04.pdf)

# 3. Habilidades interpersonales y de la comunicación

## ➤ Continuación:

- ❖ De desempeña en forma efectiva como miembro o líder de un equipo de atención de salud u otro grupo profesional
- ❖ Actúa en un papel de consultor para otros médicos o profesionales de la salud
- ❖ Mantiene expedientes médicos exhaustivos, actualizados y legibles

# 4. Profesionalismo

- Debe demostrar compromiso para llevar a cabo sus responsabilidades profesionales y adherencia a principios éticos
  - ❖ Demuestra compasión, integridad (*integrity*) y respeto por los demás
  - ❖ Se muestra receptivo/a a las necesidades del paciente que se superponen a las propias
  - ❖ Respeta la privacidad y autonomía del paciente
  - ❖ Rinde cuenta (*accountability*) a los pacientes, la sociedad y la profesión

# 4. Profesionalismo

## ➤ Continuación:

### ❖ Demuestra sensibilidad y receptividad

(*responsiveness*) a una población diversa de pacientes, incluida pero no limitada a la diversidad en género, edad, cultura, raza, religión, discapacidad y orientación sexual

# 5. Aprendizaje y mejoramiento basados en la práctica

- Debe demostrar habilidad en investigar y evaluar el cuidado de sus pacientes, ponderar y asimilar la evidencia científica, y mejorar la atención a los pacientes en forma continua basándose en la autoevaluación constante y el aprendizaje de por vida (*lifelong learning*)
  - ❖ Identifica fortalezas, deficiencias y limitaciones en el conocimiento y experticia propios
  - ❖ Analiza su práctica en forma sistemática utilizando los métodos de mejoramiento de la calidad

# CICLO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



# 5. Aprendizaje y mejoramiento basados en la práctica

## ➤ Continuación:

- ❖ Incorpora la retroalimentación proveniente de evaluación formativa en su práctica diaria
- ❖ Localiza, pondera y asimila la evidencia de estudios científicos relacionada con los problemas de salud de sus pacientes
- ❖ Utiliza la tecnología de la información para optimizar el aprendizaje
- ❖ Participa en la educación de pacientes, familiares, estudiantes, residentes y profesionales de la salud



## 6. Práctica basada en sistemas

- Demuestra estar consciente y ser receptivo/a al contexto amplio y al sistema de salud, así como también la habilidad de recurrir en forma efectiva a otros recursos en el sistema para proveer una atención de salud óptima
  - ❖ Trabaja en forma efectiva en varios sistemas de servicios y entornos (*settings*) de salud
  - ❖ Coordina la atención del paciente dentro del sistema de salud relevante a su especialidad

# 6. Práctica basada en sistemas

## ➤ Continuación:

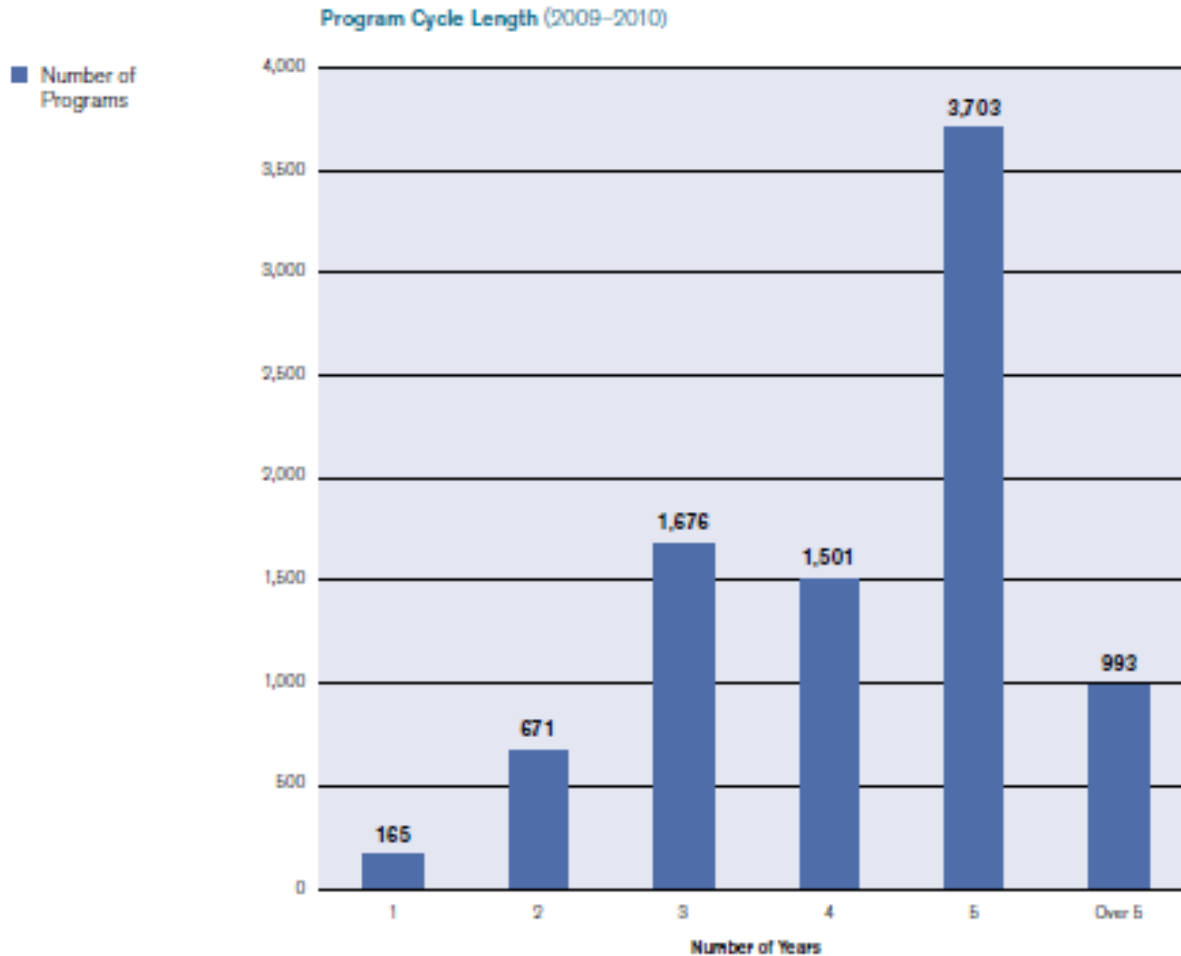
- ❖ Incorpora consideraciones de costo y análisis riesgo-beneficio en la atención del paciente individual o poblaciones, según corresponda
- ❖ Aboga por la atención de calidad al paciente y por sistemas óptimos de atención al paciente
- ❖ Trabaja en equipos interprofesionales para realzar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención al paciente
- ❖ Participa en la identificación de errores del sistema y en la implementación de soluciones

Fuente: Medicare Payment Advisory Commission,  
[http://www.medpac.gov/chapters/Jun10\\_Ch04.pdf](http://www.medpac.gov/chapters/Jun10_Ch04.pdf)

# El sistema actual de acreditación

- No todos los programas de post residencia son acreditados por el ACGME
- El Formulario de Información del Programa (*Program Information Form*, PIF) es un extenso documento que debe ser llenado para la acreditación inicial (provisional) y las subsiguientes
- Los programas de residencia propiamente tal y post residencias o de subespecialidad (*fellowships*) son visitados por lo menos cada 5 años

# El sistema actual de acreditación



Fuente: ACGME – Informe Anual, 2010. Disponible en: <http://acgme.org/>

# El sistema actual – Los primeros pasos

- Un programa nuevo postula enviando el PIF y una cuota única de inscripción de U\$5.000
- Un representante del ACGME realiza una visita al sitio (1.900 al año; 150 por un especialista)
- El RRC revisa el informe del visitador al sitio
- Acreditación inicial al programa
- Las visitas al sitio subsiguientes ocurren cada 1-5 años

# El Sistema actual – La visita al sitio

- El visitador entrevista al director, miembros del cuerpo docente y a un grupo de residentes
- La entrevista con los residentes es confidencial
- El visitador inspecciona una serie de registros y la documentación del programa
- La visita dura un día
- Los residentes responden una encuesta confidencial y anónima en línea en forma anual



# El Sistema actual – La visita al sitio

- Ítems más importantes de los requisitos del programa:
  - ❖ Metas y objetivos educacionales
  - ❖ Currículo obligatorio (actividades didácticas)
  - ❖ Calificaciones y responsabilidades del director y docentes del programa
  - ❖ Instalaciones

# El Sistema actual – La visita al sitio

➤ Ítems más importantes de los requisitos del programa:

- ❖ Horas de trabajo y de turno
- ❖ Experiencias de hospital y ambulatorias
- ❖ Experiencias de investigación
- ❖ Evaluaciones de los residentes
- ❖ Tasas de paso del examen de especialidad



# El sistema actual – El día después

- Al cabo de la visita al sitio los programas reciben acreditación sin ninguna, o con una o más citaciones
- Acreditación a prueba (*probation*)
- Los residentes y los candidatos al programa deben ser informados del estatus de acreditación
- Los programas a prueba o suspendidos están listados en el sitio web del ACGME

# El sistema actual – Instituciones auspiciadoras

- El ACGME realiza visitas periódicas a las instituciones auspiciadoras
- Las instituciones auspiciadoras inspeccionan internamente a sus programas entre las visitas al sitio
- Las instituciones auspiciadoras normalmente tienen un comité de educación de posgrado
- Además de los miembros por derecho propio, los directores de programas, otros miembros de este comité son docentes voluntarios y representantes de los residentes

# El Sistema actual – Instituciones auspiciadoras

- La labor del comité de educación médica de postgrado es aprobar nuevos programas y llevar a cabo inspecciones internas de sus programas
- El inspector interno es ayudado por un residente voluntario y personal administrativo de la oficina de educación medica de postgrado
- El objetivo de la revisión interna es preparatorio para la visita al sitio del ACGME, no punitivo

# Falencias y limitaciones

- Menos de 1% de los programas están a prueba o son suspendidos
- Los requerimientos del programa se han hecho burocráticos y preceptivos
- Las oportunidades para la innovación han desaparecido
- El aumento de la carga administrativa sobre los docentes ha disminuido el tiempo dedicado a la enseñanza y ha aumentado el agotamiento (*burnout*) y la deserción

# Desafíos presentes y futuros

- Los pagos de Medicare se han mantenido en la última década
- Se proyecta un escasez grave de médicos en el futuro cercano
- Algunas instituciones educativas están experimentando con innovaciones financieras para expandir de los cupos de residencia

# Desafíos presentes y futuros

- El “mercado” educacional empujará estas prácticas:
  - ❖ residentes que quieren formarse en especialidades populares
  - ❖ instituciones que quieren lucrar con especialidades procedimentales que generan más ingresos
- Iniciativas a nivel de gobierno estatal (no federal): fondos estatales y privados en Utah, con relación simbiótica estado-hospitales privados

# ¿Quién paga?

- Medicare es el sistema nacional de seguro de salud en EEUU desde 1965 para las personas mayores de 65 años
- Cubre la mitad de los costos de cuidados de salud
- Administrado por el gobierno federal
- Otorga pagos directos a los hospitales educacionales para cubrir el salario y beneficios de residentes y docentes

# ¿Quién paga?

- Los pagos directos fueron U\$ 3.000 millones en 2009
- Los pagos indirectos son un subsidio a la labor educativa de los hospitales educacionales
- Los pagos indirectos fueron U\$ 6.500 millones en 2009
- Total por residente > U\$ 100.000 (\$49 millones)
- Los pagos se congelaron en 1997 cuando el Congreso aprobó el Acta de Presupuesto Equilibrado

Fuente: Medicare Payment Advisory Commission,  
[http://www.medpac.gov/chapters/Jun10\\_Ch04.pdf](http://www.medpac.gov/chapters/Jun10_Ch04.pdf)

# ¿Quién paga?

## Residentes Médicos

1996	98,076
1997	98,143
1998	97,383
1999	97,989
2000	96,806
2001	96,410
2002	98,258
2003	99,964
2004	101,291

- Desde 1997, el número de residentes continúa aumentando porque las instituciones están experimentando con nuevos sistemas de financiamiento que incluyen al sector privado
- Fuentes: Journal of the American Medical Association, September medical education issues, 1997 through 2005

# ¿Seguirá pagando?

- La Comisión Consultora sobre los Pagos de Medicare publicó su informe “Alineando los Incentivos de Medicare” en junio 2010
- La Comisión recomendó supeditar una porción significativa de los pagos de Medicare para la educación de posgrado a que los programas de residencia demuestren que están cumpliendo una serie de objetivos educacionales

# ¿Seguirá pagando?

- El sistema actual de pagos no estimula a los programas a
  - ❖ Enfatizar la atención no hospitalaria
  - ❖ La coordinación de la atención
  - ❖ El enfoque en la calidad
  - ❖ La entrega de atención eficiente

# ¿Seguirá pagando?

- Recomendaciones de la Comisión:
  - ❖ El Congreso debiera autorizar al ministro de salud para que instaure un sistema de financiamiento basado en desempeño
  - ❖ Los pagos indirectos a la educación médica de posgrado de Medicare debieran cesar y financiar el nuevo sistema
  - ❖ El nuevo sistema debiera empezar en tres años (octubre 2013)

# ¿Seguirá pagando?

## ➤ Continuación:

- ❖ El ministro debiera hacer públicos en forma anual los pagos directos e indirectos por hospital, el número de residentes financiados por Medicare y la proporción de los costos de educación cubiertos por Medicare
- ❖ El ministro debiera dar un informe al Congreso acerca del desempeño financiero de las instituciones auspiciadoras y si el apoyo financiero debiera ser mayor a ciertas especialidades

# La próxima etapa del ACGME

- En febrero 2012 el ACGME anunció un nuevo sistema de acreditación con un artículo en el *New England Journal of Medicine*
- El Nuevo Sistema de Acreditación (NAS, *New Accreditation System*) comenzará a implementarse en julio del 2013
- Objetivos del NAS:
  - ❖ Revisión por pares
  - ❖ Acreditación basada en resultados
  - ❖ Reducir costos administrativos del sistema actual

# La próxima etapa del ACGME

## ➤ Características del NAS:

- ❖ Los residentes que se gradúan deben demostrar las seis competencias
- ❖ Las instituciones educativas deben desarrollar y publicar los resultados educacionales que los residentes deben demostrar a medida que progresan en su formación
- ❖ Informe cada 6 meses al ACGME sobre el progreso de cada residente en cuanto a los hitos
- ❖ Acreditación anual basada en las tendencias en parámetros de desempeño claves

# La próxima etapa del ACGME

- Principios y conceptos claves del NAS:
  - ❖ La atención de calidad
  - ❖ La seguridad del paciente
  - ❖ Toma de decisiones conjunta
  - ❖ Coordinación de la atención
  - ❖ Trabajo en equipo (interprofesionalismo)
  - ❖ Medicina basada en evidencia
  - ❖ Acreditación basada en competencias
  - ❖ La definición de hitos educativos para cada competencia

# La Próxima Etapa del ACGME

- Las partes interesadas demandan que los médicos demuestren
  - ❖ Alfabetismo en tecnologías de la información
  - ❖ Conciencia de la relación costo-rendimiento
  - ❖ Capacidad de incluir al paciente en su cuidado
  - ❖ Uso de la tecnología de la información en salud para mejorar el cuidado de individuos y poblaciones
- Del “modelo de la biopsia” (visita al sitio) a un modelo de mejoramiento continuo en cada programa de residencia
- Del castigo a la provisión regular de retroalimentación a los programas

# La próxima etapa del ACGME

- El ACGME monitorizará los resultados del proceso de mejoramiento
- Se estimulará y recompensará la creatividad e innovación de los programas
- Proceso paralelo a la competencia de aprendizaje y mejoramiento basado en la práctica
- Se espera variedad y singularidad en los graduados en torno a las seis competencias fundamentales

# Un desvío al contexto

---

Observaciones personales sobre el anclaje cultural del sistema de acreditación de educación médica de postgrado en EEUU

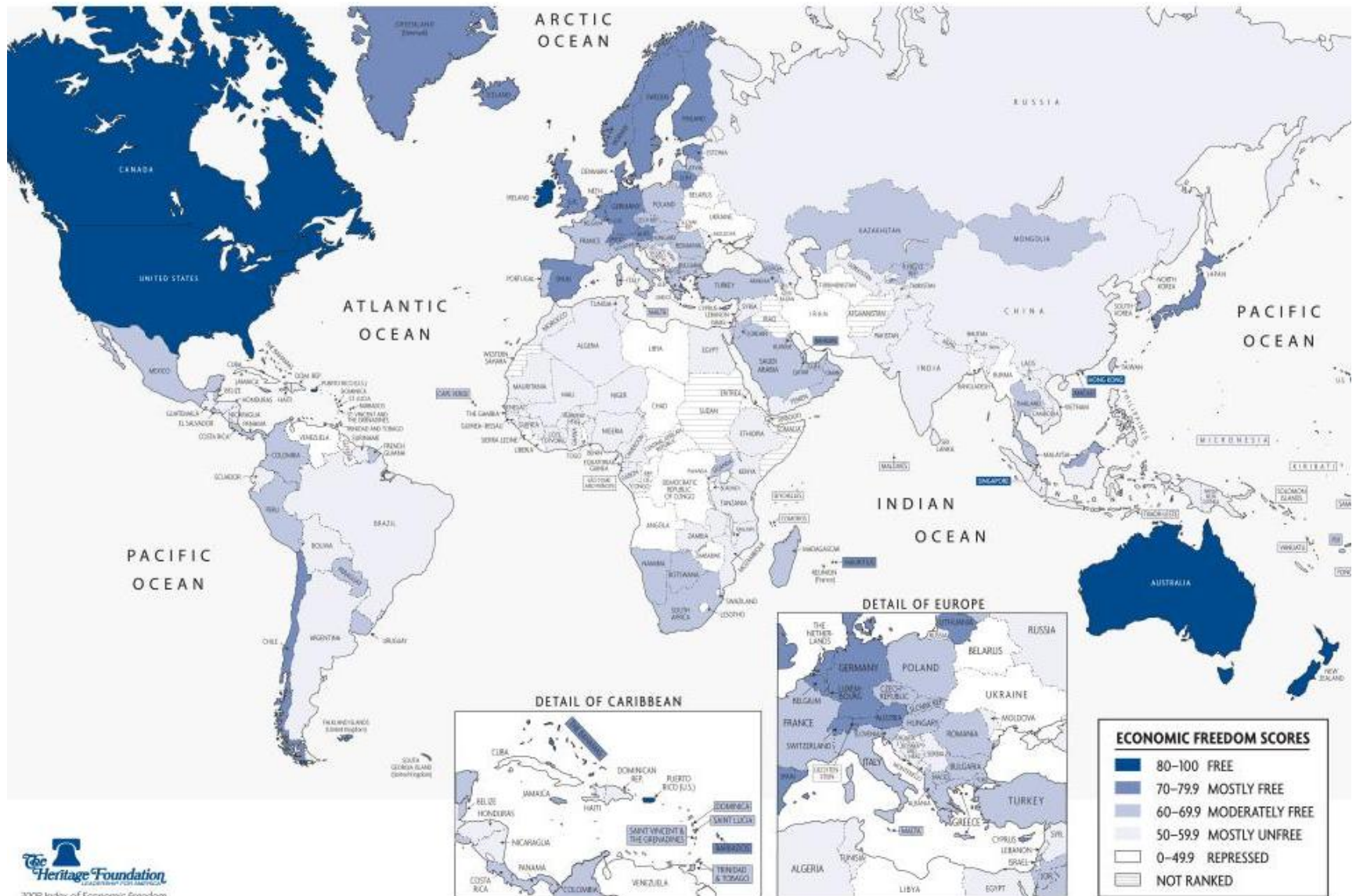


# Las Bases Culturales del Capitalismo

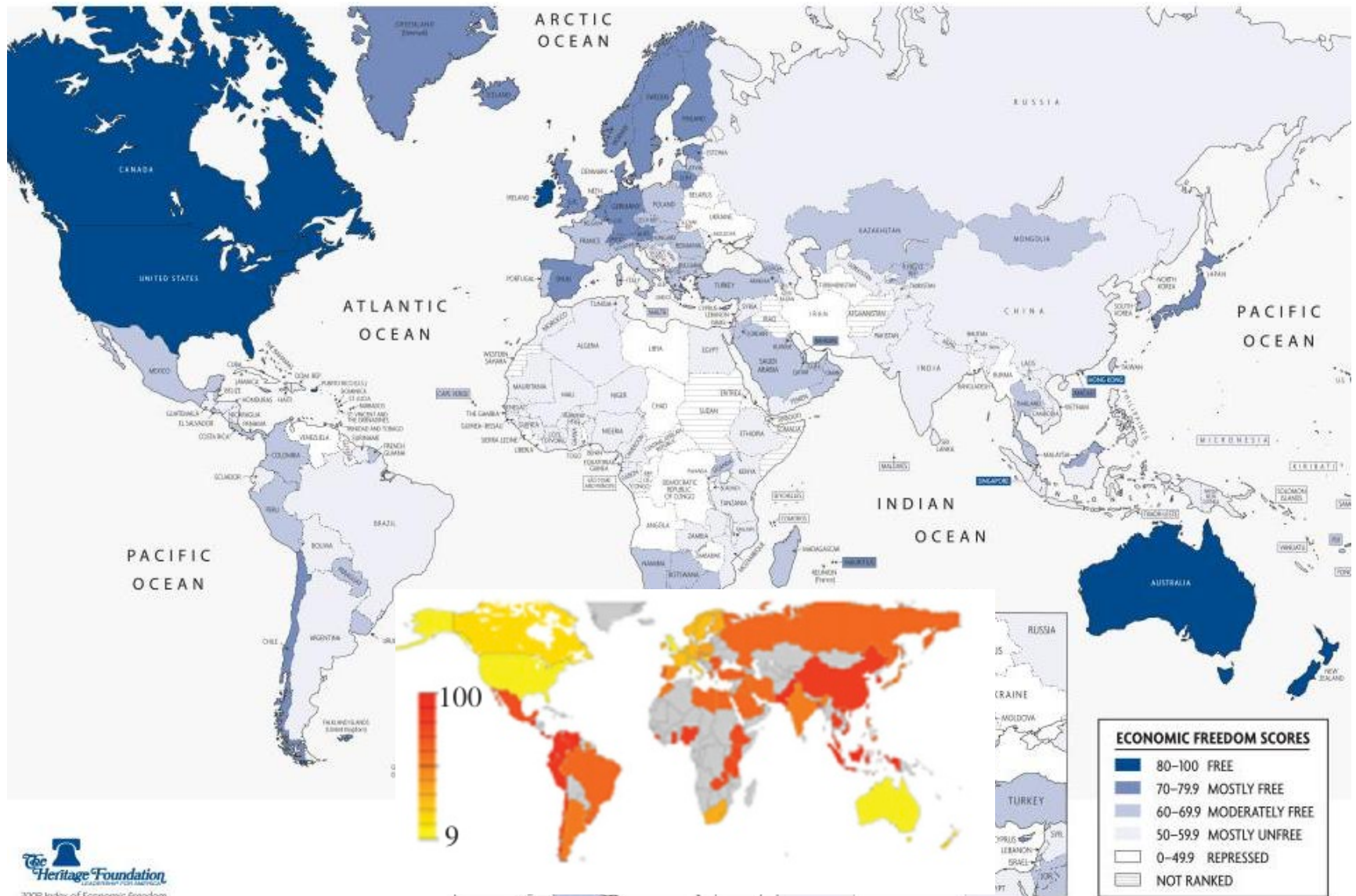
- ¿Dónde surgió el capitalismo por primera vez?
- Los banqueros-mercaderes de Italia
- ¿Qué pasó con el capitalismo italiano de la baja Edad Media?
- ¿Hay culturas que valoren más que otras el ahorro, la frugalidad, el espíritu emprendedor y el ser industrial/a?

Rodney Stark. *The Victory of Reason: How Christianity Led to Freedom, Capitalism, and Western Success*. New York: Random House, 2005.

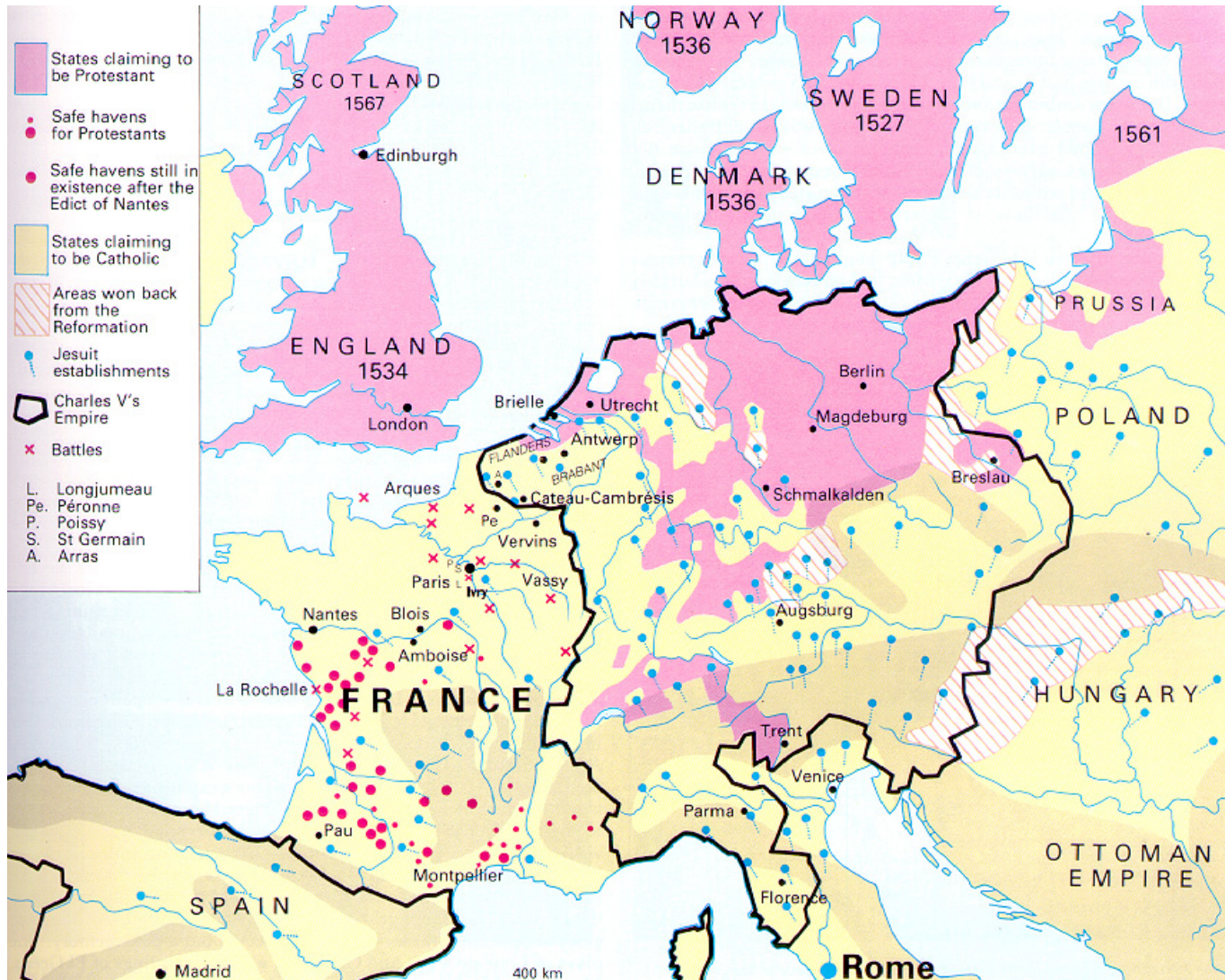
# DISTRIBUTION OF ECONOMIC FREEDOM



# DISTRIBUTION OF ECONOMIC FREEDOM



# Mapa de identificación religiosa católica-protestante en Europa hacia 1600



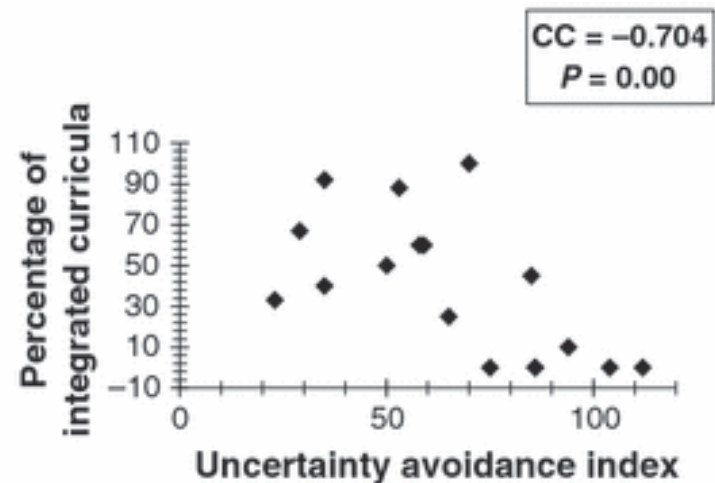
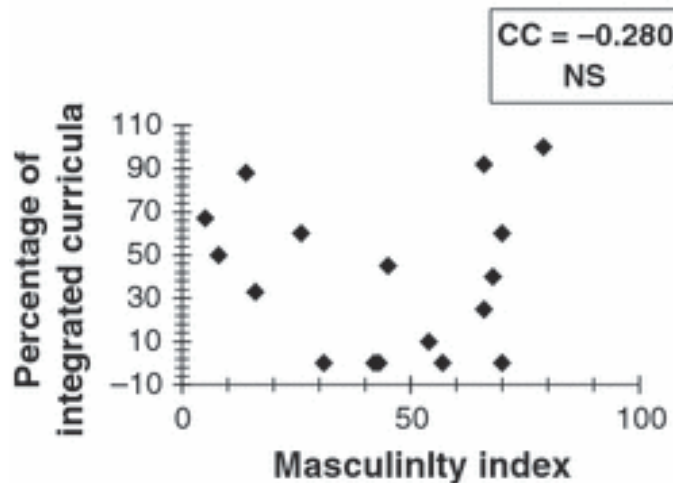
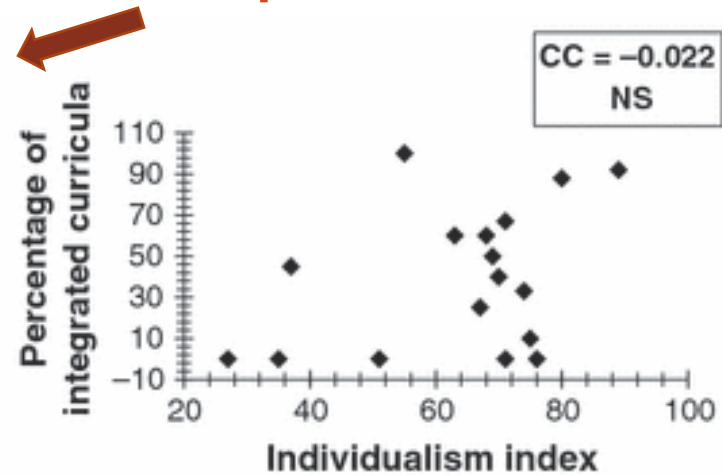
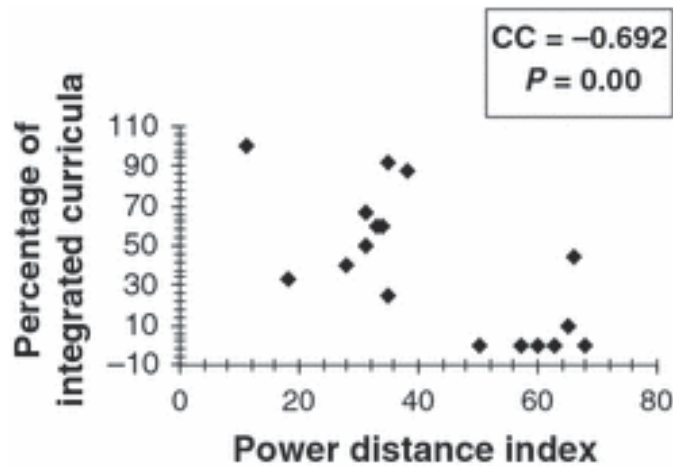
# ¿Hay bases culturales para el ACGME?

- El sistema actual de acreditación de la educación médica de posgrado en EEUU es descentralizado y no directamente controlado por el estado
- El sistema futuro promete fomentar aun más la autonomía local
- ¿Puede funcionar ese sistema funcionar en otros contextos socioculturales?

# Influencia de la cultura nacional en la adopción de aprendizaje basado en problemas (ABP) en escuelas de medicina en Europa

- ¿Dónde surgió el ABP por primera vez?
- La Universidad de McMaster en Canadá, 1968
- En EEUU el currículo de la inmensa mayoría de las escuelas de medicina utilizan el ABP
- ¿Hay culturas que valoren más que otras la flexibilidad y horizontalidad requeridas para implementar el ABP en una escuela de medicina que utiliza un currículo tradicional?

# Influencia de la cultura nacional en la adopción de aprendizaje basado en problemas (ABP) en escuelas de medicina en Europa



# Distancia al poder, aversión a la incertidumbre y adopción de ABP

- Se encontró una relación negativa entre el grado de uso de ABP en el currículo de la escuela de medicina y los índices de distancia al poder y aversión a la incertidumbre
- Los países del sur de Europa, con valores mas altos en esos índices, fueron los países cuyas escuelas de medicina usan menos el ABP
- Para adoptar el ABP hay que primero trabajar en la rigidez organizacional de una escuela de medicina

# Recursos adicionales

➤ Requerimientos de programa del ACGME para la educación de posgrado en psiquiatría forense:

❖ [http://www.acgme.org/acwebsite/downloads/rrc\\_progreq/406pr703\\_u105.pdf](http://www.acgme.org/acwebsite/downloads/rrc_progreq/406pr703_u105.pdf)

# Recursos adicionales

- El 2009 el Consejo del ACGME aprobó un programa piloto para la acreditación de programas en otros países, *ACGME – International*
- Sitio Web: [www.acgme-i.org](http://www.acgme-i.org)
- El proceso internacional contiene tres niveles de acreditación:
  - ❖ Institucional
  - ❖ Fundacional
  - ❖ Especialidad Avanzada

# En resumen

- En el curso de la presentación hemos:
  - ❖ Definido el doble papel del ACGME, acreditador y promotor de cambios, en la educación médica de posgrado en EEUU
  - ❖ Explicado el sistema de financiamiento del ACGME a través del gobierno federal (Medicare)
  - ❖ Discutido las competencias nucleares con un énfasis en aquellas que recibirán mayor atención en el futuro
  - ❖ Puesto la labor del ACGME dentro de un contexto socioeconómico y cultural

# ¡Muchas gracias!

---

asciolla@ucsd.edu