Condiciones esenciales para la aprobación de internados*

La Dirección de la Facultad de Medicina ha hecho traducir y reproducir las condiciones esenciales para la aprobación de los internados en los Estados Unidos de Norteamérica, por considerar que su conocimiento es útil para los Consejeros Técnicos de la Facultad, ya que servirán de base para las discusiones sobre internados y para establecer las reglas aplicables a los internados de la Facultad cuando sea oportuno.

También se ofrecerán copias a los directores de los hospitales, a los directores y coordinadores de la enseñanza médica de los hospitales, a las bibliotecas de los mismos y a los otros interesados en el estudio de estas normas, como son los propios candidatos a internados.

Es de hacerse notar que, aunque estas normas no se han arreglado y discutido para nuestro país, son aplicables en muchas circunstancias a nuestra organización educativa, aunque no en todos los casos.

PREFACIO

EL INTERNADO, que desde el principio de siglo se ha constituido en una parte integral en la educación de los médicos, ha sido objeto de muchas discusiones, críticas y estudios, particularmente en los últimos años, la mejoría de los empleos clínicos por una parte, y la marcada expansión del internado hacia programas de resistencia por la otra, han alterado la posición de los internos como miembros del personal del hospital.

Cuando el internado vino a ser generalmente reconocido como parte de la educación del médico, hace unos 40 años, se le planeó para propiciar el contacto inicial del graduado con los enfermos y el que el mismo asumiese las responsabilidades para su atención. Actualmente

* Reproducido del J. A. M. A. Oct. 8/1960. Vol. 174. N° 6.

no es ya tal contacto inicial ni es tampoco la parte final de la educación formal de la mayoría de los médicos. Más bien es ahora uno de los grados progresivos conducentes a asumir la responsabilidad en el cuidado de los enfermos. Como tal, continúa siendo una parte esencial en la educación del médico, pero debe ser revisado su plan a fin de atenerse a los propósitos actuales.

En este concepto, es evidente que el internado puede ser conducido solo en aquellos hospitales en los que los beneficios de la educación del interno son considerados de importancia principal, y sean de importancia secundaria beneficios al servicio del hospital.

Un aspecto de la educación de los internos que merece consideración, es la discrepancia creciente entre el número de internados ofrecidos en E. U. A., en los hospitales aprobados para el adiestramiento de internos, y el número de solicitudes para llenarlas. Si bien esta disparidad *per se* no es de gran importancia, su efecto sobre la estabilidad de los programas de internado en todo el país es de consecuencias serias. Es obvio que un buen programa de educación no puede ser mantenido si el número de internos que el hospital es capaz de nombrar, varía desde ninguno en todo el año hasta una renovación completa al siguiente. Mas aun, no es posible que un hospital pueda conducir un plan satisfactorio con menos de lo que requiere su planta normal de internos. Para atraer un personal de internos completo muchos hospitales han empezado a ofrecer excesivos sueldos, bonos u otros premios de naturaleza no educativa. Tales prácticas muy a menudo resultan en un énfasis indebido que se da a los servicios ofrecidos a los internos en el hospital, en tanto que los aspectos educacionales del programa se descuidan.

En 1951 el Consejo de Educación Médica y de Hospitales de E. U. A. nombró un Comité Consejero sobre Internados, para considerar el internado en su aspecto más amplio. Este comité estuvo compuesto de educadores médicos y médicos que representaban a la administración del hospital y las divisiones clínicas principales.

Una de las funciones de este Comité fue revisar los estándares requeridos para hospitales aprobados para el adiestramiento de internos. En 1954, el Comité Especial de Internados fue nombrado para hacer un estudio más sobre los mismos. Este Comité, consistente de Médicos en práctica que ya eran miembros de la Asamblea de Delegados, hicieron un estudio profundo del problema del internado y presentaron recomendaciones respecto a ellos, que fueron adoptadas por la Asam-

blea de Delegados en junio de 1955. Sus recomendaciones están incorporadas en esta revisión.

Lo esencial para que un internado sea aprobado se ofrece como una guía al personal de hospitales que conducen planes de internado y es la base sobre la cual sus posibilidades de adiestramiento pueden ser valuadas. Estos datos esenciales pueden también servir como fuente de información para los estudiantes que planean su internado, su educación, así como para los internos ya en trabajo.

I. INTRODUCCIÓN

El internado es una fase altamente importante en la educación de un médico. Durante este período el joven graduado tiene la oportunidad de poner en práctica los principios de medicina preventiva, diagnóstico, tratamiento y manejo de los enfermos como los aprendió siendo estudiante de medicina. Está capacitado para observar, generalmente por primera vez, a los enfermos, durante las 24 horas, y su internado, si está bien organizado, puede seguir a los enfermos desde su entrada hasta que son dados de alta y puede observarlos después en el departamento de externos. Bajo la supervisión del personal médico se le da responsabilidad progresivamente creciente con el fin de que adquiera confianza en su propio juicio clínico.

Un programa educacional efectivo y bien organizado inevitablemente resulta en la mejoría de la calidad del cuidado de los enfermos en un hospital. De ninguna manera se entra en conflicto con la función primaria del hospital de proveer facilidades adecuadas para el cuidado científico de los enfermos y heridos, por un personal competente médico. Para dar el programa educacional es fundamental que el personal médico conozca su obligación de permitir el aprovechamiento, para fines de enseñanza, de todos los enfermos, ya sea privados o no, a los cuales los internos son asignados. Si este concepto no puede ser aceptado sin reservas, el personal médico del hospital no debe intentar conducir un programa de internado.

En un hospital cuyo personal es responsable de la educación de los internos, los servicios deben ser organizados de tal manera que la enseñanza a la cabecera de los enfermos, las visitas médicas y las conferencias clínicas puedan ser llevadas a cabo efectivamente. En algunos hospitales, especialmente aquellos en los que los enfermos particulares predominan, esto no es practicable para realizar los servicios sobre una

base educacional. El personal de tales hospitales no debe intentar implantar programas de internos. Aún si son capaces de llenar otros requerimientos para la aprobación es poco probable que sean capaces de llevar a cabo un programa con éxito.

El personal médico de los hospitales que conducen educación de internos asume una seria responsabilidad hacia estos internos, hacia toda la profesión médica y hacia las comunidades a las cuales después van a servir estos médicos. Es reconocido que las técnicas y las prácticas adquiridas por el interno en este tiempo de su entrenamiento, así como la ética y los aspectos filosóficos de la práctica de la medicina que él adopta durante este período persistan probablemente a través de su carrera.

Un programa de internados satisfactorio puede ser llevado a cabo solo en los hospitales en que el personal médico y la administración del hospital entienden los principios y están preparados para aceptar toda la responsabilidad para un adiestramiento adecuado.

A través del programa de internados el tiempo y el pensamiento deben ser dedicados a inculcar los conceptos de medicina como arte y como una vocación, el propósito primario de lo cual es el atender al tratamiento de los enfermos como individuos, además del énfasis sobre los estudios científicos y objetivos de la enfermedad. Para alcanzar este fin debe ponerse énfasis sobre la comprensión y evaluación de las relaciones familiares del enfermo, su estado económico y social y su posición en la comunidad. Solamente comprendiendo las interacciones del enfermo con su medio total es que el médico puede alcanzar el completo dominio de su profesión. Aquellos que tienen la responsabilidad de adiestrar a jóvenes médicos deben enseñarles, por precepto y ejemplo, el ser humano, así como los aspectos científicos de la amplia disciplina de la medicina. Todos los hospitales que ofrecen programas de internados deben estar sujetos a los siguientes principios, como guía.

1. Si bien el internado combina dos funciones: un período educacional de adiestramiento de los jóvenes médicos y una posición que provee de cuidados y servicio a los enfermos en los hospitales y asistencia al personal de los hospitales, su función educacional es de primordial y de más destacada importancia y su función como servicios es secundaria e incidental.

2. No debe permitirse que la función de servicio del internado subordine al propósito educacional del interno.

3. La función educacional del internado deberá ser reconocida,

como que posee un carácter por si misma y no debe ser vista como un año adicional de la escuela médica ni como el primer año de adiestramiento para una especialidad.

4. El internado debe ser organizado y administrado de manera que destaque como el principio y el aumento progresivo de la responsabilidad personal para el cuidado de los enfermos, el reconocimiento y el cultivo de los aspectos personales del tratamiento de los enfermos, incluyendo a la familia, los factores sociales, financieros y morales y la inculcación a partir de experiencia personal, de los principios de la ética médica y el código de la conducta profesional.

5. Los hospitales incapaces o, que por cualquier razón, no deseen conducir internados que reúnan los estándares educacionales del Consejo de Educación Médica y de Hospitales, con el espíritu de las declaraciones procedentes, no deben intentar establecerlos ni tales internados serán aprobados. Estos hospitales deben tratar de reunir las necesidades del servicio estableciendo condiciones oficiales dentro de ellos, con provisiones y salarios adecuados.

La aprobación del Internado es concedida por el Consejo de Educación Médica y de Hospitales, por la autoridad delegada por la Asamblea de Delegados de la American Medical Association. El programa para ser aprobado por el Consejo es enteramente voluntario. Se espera que los hospitales que tratan de obtener esa aprobación por el Consejo reúnan y mantengan los estándares presentados en estos principios esenciales. La afiliación de un hospital con una escuela médica no es requerida para la aprobación de un internado. Hay abundantes oportunidades para los hospitales privados que no estén afiliados con escuelas médicas, para desarrollar importantes programas de adiestramiento de internos. El Consejo representativo que visita un hospital con el propósito de vigilar el desarrollo de los programas de internos aprovechará la oportunidad para discutir con el personal administrativo, personal médico y otros, la manera como las deficiencias pueden ser corregidas y el programa educacional mejorado.

II. EL INTERNADO

El internado es esa fase de educación médica y de adiestramiento que ordinariamente sigue inmediatamente, al terminar el cuarto año de educación graduada en el *currículum* médico. Consiste en la prácti-

ca vigilada de la medicina entre los enfermos de un hospital y los del departamento de externos, con una continua instrucción sobre la ciencia y el arte de la medicina por el personal del hospital.

Ahora la mayoría de las autoridades están de acuerdo en que después de la graduación de la escuela médica todo médico debe tener por lo menos dos años de educación graduada y un adiestramiento en el hospital antes de que emprenda la práctica de la medicina. No pocos médicos que intentan hacer práctica general pasan tres o más años en tal trabajo, en tanto que los médicos que desean ser certificados por el American Board, se requiere que tomen de tres a cinco años de trabajo graduado, después de completar los cursos de la escuela de medicina.

La educación postgraduada en los hospitales es ofrecida en dos categorías: internado y residencia. El internado, como se ha descrito arriba, es la fase inicial. Después de terminar un internado un médico puede tomar una residencia que da educación más avanzada en una de las especialidades o en práctica general. Anteriormente, muchos de los internados eran de 18 a 24 meses de duración, y proporcionaban en los últimos 6 a 12 meses de educación y adiestramiento comparable al encontrado ahora en el primer año de residencia.

El "American Board" en las especialidades, sin embargo, da crédito a solo 12 meses de educación de internados y requiere que el resto de la educación de un candidato graduado sea en la forma de una residencia. Aunque algún número de "boards" o comités americanos dan crédito para los segundos 12 meses de un internado de 24 meses, cuando este período se pasa en la especialidad concerniente, la mayoría de los hospitales ahora limitan sus internados a 1 año, y califican el adiestramiento más allá de este punto como adiestramiento de residencia. Otros factores actualmente tienden a limitar los internados a un año y son las regulaciones del sistema selectivo del servicio y de las Fuerzas Armadas que permiten el poder a destacar jóvenes médicos, listos para el servicio, con un año de internado. Aún otro factor es la comprensible resistencia de los graduados jóvenes que han tomado internados más largos para aceptar nombramientos en los que son clasificados como internos cuando sus colegas, que se graduaron al mismo tiempo y empezaron su entrenamiento en la especialidad después de un año de internado, ya son clasificados como residentes. Por estas y otras razones rápidamente se está haciendo costumbre designar el adiestramiento hospitalario que va más allá de los primeros 12 meses de internado como residencia.

Un internado aprobado no puede ser de menos de 12 meses de duración. Los internados más largos hasta 24 meses pueden aun ser proporcionados con ventajas en algunos casos, si bien consideraciones prácticas probablemente hagan deseable designar el segundo año como residencia en una especialidad con práctica general, aunque el entero período de 24 meses puede ser organizado y concebido como un programa integrado educacional. Debe declararse claramente que al reconocerse la tendencia a limitar el internado a 12 meses el Consejo no considera este período suficientemente largo para preparar a los jóvenes médicos para la práctica.

Los médicos que toman su internado de 12 meses deben suplementar esta experiencia educacional por lo menos con un año adicional, pasado en una residencia preparándose para una especialidad o para la práctica general. Los internados aprobados pueden ser rotatorios, mixtos o directos. Es opinión del Consejo que la mejor educación general básica es proporcionada por los internados rotatorios bien organizados y bien conducidos. Un internado rotatorio es el que proporciona práctica supervisada en las cuatro principales divisiones de medicina interna, cirugía, pediatría y obstetricia.

Los internos, ordinariamente, no deben ser asignados a más de una división mayor al mismo tiempo. El entrenamiento en diagnóstico de laboratorio y en la interpretación radiológica debe incluirse. A menudo esto puede ser mejor obtenido por la integración con las actividades de los internos que en otros servicios.

En los internados rotatorios de 12 meses de duración el tiempo concedido a la medicina debe ser igual, o exceder, el tiempo dado a cualquier otro servicio. Las asignaciones deben ser hechas de tal manera que aseguren que cada interno dedique por lo menos tres meses consecutivos, respectivamente, a la medicina interna y a la cirugía. Ninguna asignación debe ser de menos de dos meses de duración. En vista de estas dos restricciones, no puede haber más que tres servicios adicionales, dos de los cuales deben ser obstetricia y pediatría. Si un interno desea experiencia en una especialidad no incluida en su calendario rotatorio puede obtener tal entrenamiento por la asignación adecuada de enfermos externos o como participación en la consulta de sus propios y otros enfermos, conducidas por miembros del departamento en cuestión. Muy frecuentemente una rotación de asignaciones y por tanto un período demasiado corto de servicio son inconsistentes con la conducta de un buen internado rotatorio.

El internado mixto es uno en el que menos de seis meses, ni más de 8 meses del total de tiempo se pasan en uno de los servicios mayores de medicina, cirugía, pediatría, psiquiatría o anatomía patológica. Experiencia adicional puede ser obtenida en uno, dos o más servicios, pero no deben hacerse asignaciones de menos de dos meses de duración. Las asignaciones a campos especiales de menos de dos meses de duración deben ser incorporadas dentro de una asignación completa, de seis a ocho meses, en uno de los servicios antes mencionados. Los servicios que se ofrezcan en el internado mixto pueden ser variados en el caso del individuo interno, siempre que existan programas de residencia por lo menos, y que estos programas ofrezcan seis meses de experiencia. No más de tres asignaciones son hechas en un período de 12 meses y ninguna de menos de los meses de duración. Cada combinación propuesta de servicios debe ser aprobada de antemano.

Un internado directo es aquel que ofrece experiencia en solo un servicio, aunque una o más subespecialidades relacionadas puedan incluirse. Los internados directos son aprobados en medicina interna, cirugía, pediatría obstetricia y ginecología y en patología. Para ofrecer internados directos, satisfactorios, un hospital debe ser aprobado para adiestramiento en residencias de las especialidades comprendidas.

El internado aprobado, ya sea rotatorio, mixto o directo debe proporcionar oportunidad para experiencia en los problemas psiquiátricos. Con el crecimiento constante de las unidades de enfermos psiquiátricos en los hospitales generales puede ser posible para los internos ser asignados a tales unidades durante su internado, permitiéndoles participar directa y activamente en el diagnóstico, estudio y tratamiento de varios tipos de problemas psiquiátricos. En la mayoría de los casos los hospitales no tienen grandes unidades psiquiátricas y en ellas se harán serios esfuerzos para proveer servicios consultivos psiquiátricos que puedan entonces participar activamente con los internos en el estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermos con problemas psiquiátricos en el servicio en el cual el interno está asignado. Este servicio Consultivo educacional no debe ser restringido al diagnóstico y manejo de los enfermos psicóticos: debe incluir aquellas aplicaciones de conocimiento psiquiátrico y de técnica que se relacionan con las enfermedades crónicas y agudas, convalecencia y enfermedades quirúrgicas, reacciones de los parientes, de los enfermos y otros problemas conexos.

El objetivo primario de tal instrucción debe ser la familiarización

con métodos que pueden conducir a mejor comprensión por parte del enfermo del estado emocional de todos sus enfermos.

Los aspectos preventivos de la enfermedad, ya sean de naturaleza orgánica o funcional deben ser destacados continuamente para desarrollar la habilidad del interno en el manejo de los enfermos. Donde haya rehabilitación física y consejo con respecto al futuro para una ocupación adecuada al enfermo, el interno debe participar en estas actividades. Algunos internados están organizados especialmente para preparar al interno en la práctica general. Tal internado no difiere de otros en los principios básicos pero puede diferir con respecto al énfasis y la concesión de tiempo sobre uno o más campos médicos. Este tipo de intermedio frecuentemente es designado para proveer dos años de adiestramiento.

III. SELECCION DE INTERNOS

El desarrollo de un programa satisfactorio requiere, primero que nada, una selección cuidadosa de los solicitantes para ser nombrados internos. La administración del hospital y el personal médico, después de revisión adecuada de las credenciales, debe declarar cuales son las calificaciones médicas de los solicitantes y cuales son seleccionados para las posiciones de internado. Debe haber confianza de que los internos nombrados tengan los altos estándares de integridad, motivación, dedicación, salud y conocimiento médico básico necesario para sacar todas las ventajas de la experiencia educacional ulterior que se le ofrezca. Esto debe incluir asignación de responsabilidad progresiva graduada cuidadosamente para el cuidado del enfermo. Las calificaciones del interno no deben dejar duda respecto a su competencia para aceptar esta asignación, puesto que la obligación primaria hacia el hospital debe ser para el beneficio de los enfermos.

Las características de la personalidad generalmente pueden ser valuadas por medio de entrevistas personales o por cartas de recomendación, o ambas. Para los graduados de escuelas de los Estados Unidos y Canadá la acreditación del programa de educación médica del Consejo Médico y de Hospitales de la American Medical Association y la Asociación de Colegios Médicos da una seguridad razonable respecto a las calificaciones médicas. Tales candidatos, por nombramiento, deben ser graduados de escuelas médicas aprobadas. Un conocimiento mayor puede ser obtenido por medio de comunicación directa con el director de la escuela en cuestión.

Puesto que fuentes similares y calidad de información no son fácilmente obtenibles para los graduados en escuelas extranjeras, se ha establecido el Consejo Educacional para Graduados Médicos Extranjeros para proveer un conocimiento tan comparable como posible de las calificaciones. El Consejo recomienda que los hospitales que consideren el tener graduados de escuelas médicas extranjeras para internados, adquieran una razonable seguridad con respecto a sus calificaciones médicas por medio del programa del Consejo de Educación.

IV. HOSPITALES ELEGIBLES PARA SER APROBADOS

A fin de proveer al interno de una experiencia completa durante el curso de su internado. El requisito primario es un número adecuado de enfermos en cada una de las diversas divisiones clínicas mayores. La experiencia del Consejo indica que un internado rotatorio aceptable puede ser ofrecido solo en hospitales que tienen por lo menos una capacidad de 150 camas, sin incluir las cunas, y mínimo de 5,000 admisiones al año, excluyendo los recién nacidos. Además, tres de las cuatro divisiones clínicas mayores deben estar representadas en tal hospital. En la tendencia moderna, en la práctica, destaca la importancia de la experiencia de un departamento activo de enfermos externos. Los hospitales que no tiene un servicio de externos bien organizado deben proveer este tipo por medio de afiliación. El número de enfermos por los cuales el interno es responsable es de importancia primaria para tener el valor del internado como una experiencia educacional. Si se les pone un número insuficiente de enfermos para los propósitos de enseñanza la experiencia del interno es limitada. Por otra parte, si hay un excesivo número de enfermos a su cuidado esto evita que los estudien bien y que tengan atención adecuada todos los enfermos de que es responsable. En general, un servicio en el que solo un interno es asignado no debe consistir de más de 15 a 25 camas. Para designar el número de enfermos para los cuales el interno es responsable, debe darse consideración a trabajo requerido en departamentos de externos, cuartos de emergencias, laboratorios y asignaciones similares.

Para determinar el número adecuado de posiciones de internos en un hospital privado, no pueden ser considerados como buenos para enseñanza los casos particulares para los que al interno no se le permite más responsabilidad, que hacer una historia y el examen físico. En el caso de que el médico a cargo no pueda facilitar sus enfermos priva-

dos para la enseñanza sobre la misma base que los no privados, no debe esperarse a que el interno asuma responsabilidad por historia o examen físico o por cualquier otro procedimiento de rutina. El número de enfermos por los cuales el interno debe ser responsable puede variar considerablemente, dependiendo del servicio y el tipo de enfermos en él. Así, un interno puede muy bien ser capaz de asumir responsabilidades por más de 25 enfermos crónicos en un servicio médico, y por otra parte puede no ser capaz de dar atención cuidadosa o adecuada a 15 enfermos de tipo agudo y quirúrgico. Es la responsabilidad del jefe de cada servicio, en el cual el enfermo está asignado, evaluar, a frecuentes intervalos, la cantidad de trabajo que se requiere de los internos para asegurar que no estén sobrecargados con responsabilidades de rutina, que son en detrimento de su educación y también que tengan una oportunidad para observar casos de suficiente variedad para asegurar una amplia y comprensiva experiencia. Aplicando una relación de 15 a 25 camas por interno, es evidente que a fin de llevar a cabo una educación conveniente, un hospital de 150 camas requiere un personal de 6 a 10 internos.

Es difícil, sino imposible, conducir un internado satisfactorio con menos de este mínimo, en tanto que un número apreciablemente mayor de internos asignados a un hospital de este tamaño a menudo resulta una carga de trabajo insuficiente para estimular y mantener el interés del interno. Los hospitales que pueden, de otra manera, calificar para la aprobación pero les falta material clínico adecuado de cierto tipo, pueden aumentar la educación estableciendo afiliaciones con otros hospitales capaces de proveer experiencia en estas áreas. Tales hospitales afiliados no necesitan ser por sí mismos aprobados. Su contribución hacia el entrenamiento se toma en consideración en la evaluación del internado, patrocinado por la institución con la que se asocia para ese fin.

Excepto en circunstancias extraordinarias, los períodos de entrenamiento sobre la base de afiliación no deben exceder de tres meses, en un programa de 12 meses o de seis meses en un programa de internado.

Los grandes hospitales afiliados con escuelas médicas, bien pueden rotar sus internos con pequeños hospitales sobre la base de afiliación, a fin de proveer experiencia en la práctica de la medicina en tales hospitales.

Estos programas, relativamente cortos, de afiliación pueden ser utilizados con ventajas para proporcionar adiestramiento en enfermedades

contagiosas, trastornos psiquiátricos u otras áreas especiales. No debe ser confundido con el tipo de entrenamiento en el que dos o más hospitales colaboran para patrocinar un programa conjunto. En tales casos generalmente, conectados con una universidad ligada con los hospitales y otros asociados con ella, los hospitales participantes, son ordinariamente aprobados y contribuyen más o menos igualmente al entrenamiento.

Las ventajas para el interno de este tipo de programa resultan de una experiencia más amplia, con tipos diferentes de enfermedades y diferentes grupos de enfermos y de la asociación de internos con miembros del personal de enseñanza de los varios hospitales que están involucrados. En opinión del Consejo, una fórmula fija para determinar el número de internos para cada hospital no es realista sino es impráctica. Cualquier esquema arbitrario designado para proporcionar internos a los hospitales viola el derecho de cada interno para indicar su propia elección. El Consejo aprobará la cuota de internos, solicitado por un hospital, cuando tal solicitud está basada sobre la capacidad considerada del personal para educar el número de internos solicitados. Los hospitales que conducen, o solicitan internados aprobados o residencias deben ser acreditados por la comisión conjunta de acreditación de hospitales.

V. EL PERSONAL DEL HOSPITAL

El personal médico, tanto de visitantes como internos, debe estar compuesto de médicos que sean graduados de escuelas médicas aceptables por el Consejo. Los médicos nombrados para el personal visitante deben tener calificaciones aprobadas como la educación médica y título. El personal debe estar limitado a médicos cuya integridad moral y profesional está fuera de duda, que sean eficientes en el campo de práctica al que se dedican, que den especial atención al enfermo bajo su cuidado y que tengan deseos de asumir la responsabilidad individual y como grupo para proveer amplia instrucción a los internos y para ayudarlos en su trabajo.

Dependiendo del tamaño del hospital y de su personal, debe haber un instructor a tiempo completo o parcial, o coordinador, con un título adecuado como director de educación interna cuyo deber es organizar, coordinar y supervisar el programa educacional del hospital, en cooperación con y ayudado por el comité de internos y el personal del

hospital. Puesto que la instrucción de los internos, por miembros del personal de médicos visitantes por cortesía es generalmente mínima, debe preocuparse que este grupo sea responsable de la historia clínica, el examen físico y todos los demás procedimientos de rutina conectados con el manejo de sus enfermos privados.

La adherencia a este principio es particularmente importante cuando no se tiene un grupo de internos completo.

VI. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

1. *Deben mantenerse los documentos adecuados.* Los médicos visitantes o los cirujanos son directamente responsables por la exactitud y lo completo de sus historias y registros clínicos respecto de todos sus enfermos bajo su cuidado, incluyendo el récord del trabajo hecho por el interno.

2. *Suscripción de los registros.* Todos los registros deben mostrar la firma y los nombres de las personas que los han escrito, todos o en parte. Las órdenes para tratamiento y para la mayor parte de los estudios diagnósticos y la evolución, deben indicar la identidad de la persona responsable de ellas. El record del interno, del examen físico y los procedimientos de diagnóstico, deben ser comprobados por un médico supervisor competente, con atención a los errores en las observaciones y en hojas suplementarias agregadas se contendrá cualquier dato importante que el interno puede haber omitido. Si la historia hecha por el interno es aceptable, el médico supervisor debe contrafirmarla y así aprobarla. Un resumen, incluyendo el diagnóstico, debe ser escrito por el interno y verificado por el médico visitante, cuando el enfermo es dado de alta del hospital.

3. *Nomenclatura estandar de las enfermedades y operaciones.* Para evitar la ambigüedad y la falta de definición, se recomienda la nomenclatura estandar de las enfermedades y operaciones que deben usarse por el personal médico para registrar el diagnóstico clínico de los enfermos.

4. *El llenado y la marca de índice de los documentos.* Un empleado competente debe estar a cargo del archivo y el índice de los documentos. Todas las historias clínicas deben estar fácilmente a la mano para estudiarse o para referencia. Cuando un enfermo es admitido al hospital, todos los documentos previos, incluyendo los externos y si es posible la historia que haya hecho el médico particular, en su

oficina, deben obtenerse sin pérdida de tiempo. Además del índice habitual de los enfermos por nombre y número debe haber un índice especial para los diagnósticos y las operaciones en los casos quirúrgicos.

5. *Reporte anual.* Las estadísticas concernientes al trabajo profesional del hospital deben ser compiladas por meses y deben estar a la mano para el médico en todo tiempo. Una relación anual debe ser preparada para incluir análisis de estadísticas para todos los departamentos. Para cada departamento clínico deben incluirse por lo menos los datos siguientes, con respecto a los servicios privados y de la sala: a) número de enfermos admitidos o dados de alta; b) número de días de hospital o el término medio, por día; c) muertes y autopsias; d) procedimientos quirúrgicos y el número de casos admitidos o dados de alta. Debe obtenerse una descripción de los diagnósticos.

6. *Auditoría médica.* Una auditoría médica es una revista periódica del record médico de casos seleccionados por un comité competente e imparcial, compuesto por miembros del personal profesional del hospital. Tal revista considera lo adecuado y lo completo del examen diagnóstico, la calidad del juicio usado o el número y naturaleza de las pruebas empleadas y lo correcto del diagnóstico, según se registre en el estudio del enfermo, por lo que acontece después y los hallazgos, lo adecuado del tratamiento y la competencia exhibida. Las auditorías médicas son muy útiles para determinar la calidad de la práctica médica en un hospital y así como para evaluar el potencial de educación de un hospital.

VII. ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. *El anatomopatólogo.* El anatomopatólogo debe tener el grado de médico de una escuela médica aceptable y tener calificaciones aceptables para el Consejo. El anatomopatólogo debe dedicar tiempo suficiente al hospital para asegurar la supervisión adecuada del trabajo hecho en el laboratorio de anatomía patológica, para examinar o supervisar el examen de todos los tejidos extraídos en las operaciones quirúrgicas y para proporcionar informes de los hallazgos macroscópicos y microscópicos, para llevar a cabo o supervisar las autopsias y dar un informe completo de los hallazgos, para ayudar a la enseñanza de los internos, o la supervisión en el trabajo de los mismos en el laboratorio o en los pisos del hospital y estar listo para la consulta con el personal de internos y visitantes, asistir a las reuniones del personal y conducir o participar en conferencias clínico patológicas y departamentales.

El anatomopatólogo debe asistir frecuentemente a los pisos, de manera que pueda participar en la discusión clínica de los enfermos y conferenciar con los internos y el personal de visita, respecto a la selección e interpretación de los procedimientos de laboratorio clínico, así como obtener una oportunidad para descubrir lo inadecuado en el trabajo de laboratorio del hospital.

2. *Personal.* Debe haber en el hospital laboratorios adecuados para patología clínica y de los tejidos. Estos laboratorios deben tener personal equipado para llevar a cabo los procedimientos comunmente usados para el diagnóstico, tratamiento y terapéutica.

3. *Autopsias.* El hospital debe proporcionar facilidades adecuadas para las autopsias. La autopsia ha venido a ser reconocida como un índice del interés eficiente del personal médico. Los exámenes de autopsia bien llevados a cabo y con un estudio de sus hallazgos permite a los médicos mejorar su habilidad clínica. Un hospital que no mantiene una proporción de autopsias por lo menos del 25 por ciento de las defunciones, excluyendo los nacidos muertos y los casos entregados por las autoridades legales, puede no ser aprobado.

4. *Documentación.* El resultado de cada examen llevado a cabo en el laboratorio debe ser registrado en el departamento, en los archivos y en expediente clínico del enfermo. Informes completos sobre especímenes quirúrgicos y todos los protocolos de autopsia deben ser adheridos a las historias clínicas de los enfermos con reportes idénticos retenidos en los archivos del departamento. Deben ser puestos en registro por nombre, número y diagnóstico. El original y todas las copias de tales registros deben ser firmados y legibles. Los cortes microscópicos de especímenes quitados en las operaciones o por autopsia deben ser también archivados en el laboratorio del hospital. La copia de laboratorio de ciertos tipos de rutina de informes deben ser retenidos solo por un tiempo limitado.

VIII. RADIOLOGÍA

1. *El radiólogo debe ser médico graduado* en una escuela médica aceptable y tener calificaciones en radiología satisfactorias para el Consejo. Debe dedicar tiempo suficiente al hospital para supervisar el trabajo técnico del departamento, para realizar o supervisar los exámenes fluoroscópicos, interpretar películas, consultar con el personal de médicos e instruir a los internos. Debe asistir a las reuniones médicas

y a las de su departamento, así como a las conferencias clínicas en las que su participación puede ser de valor para el personal que asiste y para los médicos internos.

2. *Equipo*. El departamento debe estar equipado con aparato seguro y adecuado. Los cuartos para fluoroscopia y para ver radiografías debe ser bastante grande para acomodar internos y médicos durante el examen de los enfermos, con interpretación de las películas.

3. *Documentos*. Una copia de cada informe debe ser conservada en el departamento, además de la copia que está en el archivo del enfermo. Estos informes y sus películas originales deben ser archivados por índice, por nombre, número y diagnóstico. A causa del problema de almacenamiento puede ser necesario limitar el tiempo de conservar las películas originales para un período de 5 a 10 años, excepto las películas que sean útiles para la enseñanza.

IX. BIBLIOTECA MÉDICA

Es esencial que haya una biblioteca médica fácilmente accesible para el personal. Para facilitar su uso la biblioteca debe ser bien supervisada, debe contener una colección útil de libros de texto, monografías y libros de referencia. Además, la biblioteca debe tener para el interno, adiciones actuales de los periódicos médicos representativos, que cubren los campos clínicos mayores. La biblioteca no necesita contener un gran número de libros de texto y periódicos particularmente si son ostensibles por otros recursos. Tales facilidades de fuera, sin embargo, deben ser consideradas suplementarias y no un sustituto para la biblioteca del hospital.

Es responsabilidad del personal asistente guiar a los internos en sus lecturas. Esto puede ser llevado a cabo requiriendo al interno a relatar la opinión actual con respecto a ciertos casos similares a los del servicio y asignándoles tópicos especiales de diarios o revistas seleccionadas por el interno en las conferencias del personal o en las reuniones de lectura de revistas. El éxito de tales actividades dependerá directamente del estímulo e interés del personal médico responsable. Si se espera que el interno lleve a cabo su asignación con éxito, debe tener tiempo adecuado para estudio y preparación. No se logrará nada si se obliga a los internos a que hagan relación de la literatura actual, pero por otra parte el trabajo de rutina del hospital es muy pesado.

X. ORGANIZACIÓN Y CONDUCTA DEL INTERNADO DURANTE EL PROGRAMA DE ENSEÑANZA

1. *El personal y su organización.* La actitud del personal es de importancia primordial para el desarrollo de un buen programa de internado. Sus miembros deben comprender que el internado es una experiencia educacional y deben estar dispuestos a asumir su parte de responsabilidad para la conducción de este programa. Ningún programa que se proyecte en primer lugar para el servicio de médicos del hospital puede esperarse que reúna los requerimientos de un internado aprobable.

Los hospitales que tienen adiestramiento de internos deben ser organizados en departamentos o secciones de medicina, cirugía, pediatría, obstetricia, patología y radiología. Los hospitales a los que falta cualquiera de estos servicios deben obtener la experiencia de estas ramas por afiliación. Grandes hospitales, sin duda, tienen servicios separados en la práctica general de una o más de las diversas especialidades, como anestesiología, enfermedades contagiosas, neurología, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, ortopedia, ginecología, medicina física, psiquiatría y urología. Si bien una organización altamente especializada de esta manera puede ser benéfica desde el punto de vista del cuidado de los enfermos, esa organización puede ser en detrimento del adiestramiento de los internos.

Cualquier esfuerzo para arreglar una rotación, por todos o la mayoría de los servicios antes mencionados, durante 12 meses resultará siempre en una experiencia caleidoscópica que hace decrecer su valor educativo en proporción directa con el aumento del número de servicios que incluye. La planeación de los comités de internado debe estudiar la situación en su hospital para arreglar la rotación de asignaciones poniendo en primer lugar el interés de los enfermos sobre el servicio al hospital.

En un internado rotatorio el programa debe incluir asignaciones o servicios en medicina, cirugía, pediatría y obstetricia, pero el tiempo que se pase en cada servicio no necesita ser fijo para todos los internos. La rotación para otros servicios debe ser arreglada con vistas a los futuros planes del interno, específicamente, y las necesidades del hospital. En este plan, el servicio necesita que algunos de los departamentos más altamente especializados sean provistos, en parte, de internos rotatorios, en parte, internos directos o por residentes. El adiestramiento que se necesita para determinado interno sobre alguna especialidad a la cual no

está asignado, puede ser proporcionado por medio de trabajo con consultantes en otros servicios a veces con la experiencia con los enfermos externos.

Es importante que el internado tenga una oportunidad para observar y participar en el cuidado completo del enfermo. A fin de que esto pueda llevarse al cabo, debe seguir tantos enfermos como sea posible en su curso dentro del hospital, incluyendo la observación de los enfermos externos. La rotación que no provee un mínimo de dos meses de adiestramiento en un servicio dado, deja de alcanzar el objetivo de su educación.

Cada departamento o sección debe tener un director o jefe que sirva por lo menos un año. Debe ser bien calificado para esta posición entrenándose o por experiencia en su campo especial. Debe ser responsable de la conducción del trabajo clínico de su departamento y debe ayudar a formular el plan de adiestramiento de los internos. La muy frecuente rotación de los visitantes a cargo de los servicios debe ser evitada. Las asignaciones deben ser hechas de manera que el interno tenga amplias oportunidades para conocer a los médicos visitantes y encontrarlos frecuentemente, para conducir las clínicas y para el estudio y cuidado de los enfermos de los que es responsable. A fin de asegurar la enseñanza adecuada y las relaciones entre internos y médicos visitantes, debe esperarse que todo interno ayude a un número razonable de los médicos visitantes.

2. *Comité de internos.* Debe haber un comité de personal escogido por el Director de los diversos departamentos o entre los más capacitados, representativos de los departamentos. Este comité deberá asumir la responsabilidad de la organización, supervisión y evaluación del plan de instrucción de los internos.

3. *Director de educación interna.* El nombramiento de un director de educación interna con un carácter de tiempo completo o tiempo parcial, puede ser deseable en muchos hospitales. El director debe ser una persona que haya tenido experiencia y aprendizaje, que lo califiquen para planear y dirigir un buen programa de instrucción con la ayuda y cooperación de otros miembros del comité de internos y el personal médico. Una de las responsabilidades más importantes debe ser observar estrechamente la operación del programa y para ello debe ser autorizado suficientemente para lograr que sus recomendaciones se ejecuten. En cooperación con el director de los varios departamentos y la

administración debe ser responsable para la integración de las diversas especialidades educacionales del hospital.

Las obligaciones de enseñanza de los miembros del personal no pueden ser delegadas al director de la educación interna, aunque es de esperarse que él tome la parte activa en la enseñanza. Su función es organizar y supervisar un programa que aumente la efectividad de la participación individual de los miembros del personal.

4. *Orientación.* Es de recomendarse que haya un período, al principio del internado, que se dedique a orientar al interno a la organización administrativa y profesional del hospital, a las facilidades que existen en los laboratorios y a los servicios auxiliares, como de enfermeras, servicio social, dietética, terapia física, el cuarto de documentación y a la farmacia. Esta orientación debe darse prontamente, en el curso del internado y debe ser seguida por conferencias en las que participe el personal de los diversos servicios.

5. *Facilidades de clases y ayuda a la enseñanza.* La posibilidad de tener cuartos adecuados para conferencias, seminarios y otras facilidades educativas de un programa de enseñanza bien conducido es altamente deseable si es que no esencial. No es satisfactorio llevar a cabo discusiones informales o formales en los corredores del hospital o en otras áreas que no son adecuadas para ello. Deben ser proporcionados elementos auxiliares de la enseñanza, tales como proyectores, negatoscopios, pizarrones y otros equipos. Las películas de enseñanza pueden ser empleadas para presentar ciertos tipos de material que de otra manera no se podrían tener. Debe ser recalcado, sin embargo, que ninguno de estos métodos de instrucción suplanta a las características básicas de un internado satisfactorio, sea la enseñanza a la cabecera del enfermo.

6. *Programa educacional.* a) *Enseñanza a la cabecera del enfermo.* La fase más importante de la instrucción de los internos consiste en organizar regularmente, y a diario, las visitas a las salas, bien conducidas para la enseñanza y llegar hasta la cabecera del enfermo. Esto significa una instrucción sistemática del interno visitante, una amplia discusión de la historia, el examen físico, el clínico y los hallazgos de laboratorio y el diagnóstico y tratamiento de cada enfermo. Los aspectos sociales y psicológicos del caso deben recibir énfasis. Es obligación del médico visitante a cargo directo del enfermo asignado al interno conducir tal enseñanza. No puede ser delegada a otros, aunque debe ser suplementada por la supervisión del trabajo del interno, por el director de la educación interna, por los miembros jóvenes del personal y residentes. Las

to podría estar sujeto a controversia, deben ser cuidadosamente revisados y discutidos.

Estas conferencias pueden ser informales, pero no deben ser muy breves. Deben tenerse después de poco tiempo de la muerte del enfermo para que los hallazgos y la historia sean aun recordados. Pocas fases de un aprendizaje de internos pueden superar a estas conferencias en la oportunidad que ofrecen para imbuir en el interno una actitud de examen crítico de su juicio clínico y de su habilidad.

5. *Comité de correlación histopatológica.* En algunas circunstancias puede ser desable establecer un comité especial que tendrá como función: a) estudiar e informar al personal o al comité ejecutivo del personal el acuerdo y desacuerdo entre el diagnóstico preoperatorio y los reportes que dan los patólogos de los tejidos que se han obtenido en la operación, y b) revisar las historias y materiales que correspondan a todos los tejidos normales que se resequen por medios quirúrgicos.

Así el comité presta una ayuda objetiva al anatomopatólogo al valorar el juicio clínico de los miembros del personal quirúrgico en aquellos casos en los que tal valuación parece estar indicada. Tal comité debe incluir por lo menos 5 miembros de mayor edad, del personal, y específicamente a los jefes de patología quirúrgica, neurocirugía y servicios de ginecología.

6. *Conferencias de lectura de revistas.* Un método efectivo de estimular a los internos a leer la literatura del día es presentado por medio de discusiones informales alrededor de los artículos más importantes de varias revistas: especialmente artículos pertinentes para la experiencia clínica inmediata del interno. Pueden ser conducidas sobre base departamental, rotados al través de departamentos o pueden ser generales. En vista de la demanda del tiempo de los internos y el personal visitante, pueden ser conducidas a la hora del almuerzo si las facilidades lo permiten.

7. *Características especiales en los departamentos principales.* a) *medicina interna.* Este departamento debe proporcionar a cada interno instrucción suficiente y experiencia en medicina general, incluyendo la psicológica, social, y algunos aspectos somáticos de la enfermedad, y en los procedimientos médicos que se necesitan y son empleados comúnmente en la práctica de la medicina interna. Debe tomarse la precaución, en los grandes servicios, de que el cuidado médico no sea tan dividido entre las diversas subespecialidades, de modo que el interno pierda de vista a los enfermos totalmente, o como personas, o que el

tiempo gastado en un servicio no sea tan fragmentado, de modo que el interno reciba solo una orientación superficial en varios campos. En tales servicios también es particularmente condenable que el interno sea relegado a un papel menor en el cuidado de los enfermos, en favor del de residentes o del ayudante en la investigación.

b) *Cirugía general*. El adiestramiento quirúrgico debe planearse para destacar el diagnóstico y los cuidados pre y posoperatorios, y no la habilidad técnica. Debe darse especial atención a los problemas que se encuentren en los cuartos de emergencia y a los procedimientos quirúrgicos menores, como se llevan al cabo en el departamento de externos. En las salas de operaciones el papel del interno debe ser el de un ayudante, más bien que el de un operador. No debe requerirse que pase demasiado tiempo en la sala de operaciones y descuide otras fases de su adiestramiento. La curación de heridas quirúrgicas debe ser vista como una parte importante de su experiencia, dándole una oportunidad especialmente valiosa para observar los efectos inmediatos de los procedimientos quirúrgicos y del tratamiento. Puede obtener instrucción y experiencia en el uso de anestésicos, bajo la supervisión de un anestesiólogo calificado. En los grandes hospitales, donde las especialidades quirúrgicas están organizadas como servicios separados, la asignación del interno debe ser determinada por el comité de internos, y el personal quirúrgico, después de una cuidadosa consideración. Las precauciones anotadas relativas a asignaciones a las subespecialidades médicas son igualmente aplicables a las subespecialidades quirúrgicas.

c) *Obstetricia*. Se espera que el interno ayude en los partos de todas las enfermas que se le encarguen y que cuando menos atienda un mínimo de 10 partos bajo supervisión directa. Una limitada práctica en anestesia obstétrica es deseable. Debe destacarse la enseñanza del interno sobre la manera correcta de atender un parto normal y al reconocimiento de las complicaciones, que requieran una consulta con el experto. Uno de los aspectos más importante de la educación del interno, en obstetricia, es la experiencia que obtiene en el departamento de externas o en enfermas prenatales y sus problemas. Con demasiada frecuencia no se da esta oportunidad al interno, resultando que su concepto del cuidado obstétrico es imperfecto y su conocimiento de los problemas de las enfermas, como las encontrará en su consultorio, es limitado. Si no se lleva a cabo un cuidado pre y posnatal activo, fuera del hospital deben hacerse arreglos para que el interno obtenga este tipo de experiencia por medio de la afiliación.

d) *Pediatría*. El adiestramiento en pediatría, además de dar al interno una cantidad adecuada de instrucción y experiencia, en los aspectos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos, de las enfermedades de la infancia, debe incluir la experiencia en el cuidado del recién nacido y debe hacerlo que se familiarice con los cuadros normales de crecimiento y desarrollo. En vista de la importancia del cuidado del recién nacido en el trabajo del médico práctico general, el obstetra y el pediatra, corresponde a todos los hospitales dar una amplia experiencia en este campo por lo menos a todos los internos que tengan la posibilidad de emprender una práctica general.

El buen cuidado de los niños, incluyendo los procedimientos de inmunización, está adquiriendo mayor importancia en el trabajo del médico práctico y del pediatra. Siempre que sea posible, el hospital debe ofrecer adiestramiento en este campo, por medio de conferencias sobre bienestar de los niños y de los infantes. Los internos directos de pediatría, deben proveer de entrenamiento en cirugía y en medicina pediátrica, incluyendo sus subespecialidades.

e) *Anatomía Patológica*. El interno debe recibir experiencia supervisada al llevar a cabo todos los procedimientos de laboratorio clínico, que ordinariamente son empleados en el estudio inicial del enfermo. Además, por medio de conferencias formales e informales con el patólogo, el interno debe familiarizarse con las posibilidades y las limitaciones de estos procedimientos, que generalmente solo son llevados a cabo en el laboratorio central. Se requiere que se familiarice con los estudios anatomopatológicos de especímenes quirúrgicos y material de autopsia relativos a sus propios enfermos. Excepto en emergencias, ninguna comisión debe permitirse, que interfiera a su asistencia a los exámenes *post-mortem* de los casos que han estado bajo su cuidado. Debe ayudar a la preparación y presentación de las conferencias clínicopatológicas cuando se le encarguen. Los internos asignados al departamento de patología deben ayudar a llevar a cabo las autopsias y al examen de los especímenes quirúrgicos. También debe recibir instrucción sobre interpretación y técnica del laboratorio y los procedimientos de laboratorio.

f) *Psiquiatría*. Si los servicios psiquiátricos de internado no se exigen en el hospital, la educación del interno en este campo debe ser proporcionada por psiquiatras asignados a los servicios clínicos mayores. Estos médicos no solamente deben ayudar a manejar los casos agudos psiquiátricos sino que deben proveer un servicio continuo en relación

a todo tipo de problemas de los enfermos, agregando así una contribución al cuidado total del enfermo. Donde existan clínicas psiquiátricas de externos, el interno también debe tener el beneficio de la experiencia con este tipo de enfermos.

g) *Radiología*. El interno debe familiarizarse con la interpretación de películas de rayos X en todos los enfermos que se le encarguen. Si se le ofrece un entrenamiento radiológico diario de los enfermos de todos los servicios, debe decidirse sobre la base de condiciones locales.

h) *Departamento de consulta externa*. Los cambios en la práctica médica, que resulta de las nuevas drogas y otros avances en el cuidado médico requieren reevaluación de la importancia de la preparación para el servicio de enfermos externos durante el internado. Los hospitales deben dar a todos los internos cuidadosa experiencia supervisada en el cuidado de los enfermos ambulatorios bajo circunstancias comparables a lo que pasa en los consultorios privados. Las asignaciones de enfermos externos deben ser correlacionadas con los servicios correspondientes en el hospital, proporcionando así al interno una oportunidad para ver las enfermedades al principio y alentando así el seguimiento y la observación de los enfermos hospitalizados durante largo tiempo. Una enseñanza bien supervisada en el servicio de enfermos externos debe dar al interno una comprensión de las funciones de las dependencias y de las facilidades de salud que tiene la propia comunidad.

XI. NATURALEZA DE LOS DEBERES DEL INTERNO.

Cada interno que tiene a su cargo el cuidado de enfermos debe obtener y escribir o dictar la historia, hacer todos los registros escritos, con el resultado de examen físico y establecer el diagnóstico de todos los enfermos que se le encomiendan. Debe llevar a cabo un trabajo de laboratorio de tal naturaleza que le de familiaridad y competencia para efectuar aquellos que el médico práctico ordinariamente necesita llevar a cabo él mismo. Además, bajo una supervisión conveniente, puede recibir alguna experiencia en el laboratorio del hospital con más difíciles pruebas. Debe familiarizarse con el uso propio y correcto de tales pruebas y la interpretación de los resultados. No debe ser sobrecargado con excesivo trabajo de rutina de escaso valor educacional, ni debe ser asignado a tareas que no sean de naturaleza profesional. El tratamiento no operatorio y no especializado de cada enfermo bajo su cuidado es su responsabilidad, bajo la guía crítica y supervisión del médico visitante.

Tal supervisión debe ser mayor durante el principio del internado, dándole una responsabilidad creciente, lo que permite al interno que su adiestramiento progrese, cuando sus capacidades sean demostradas.

Debe hacer visitas a las salas con el médico visitante y los residentes a intervalos regulares, preferentemente de día. En tal ocasión debe visitar a los enfermos bajo su cuidado y a otros, discutiendo su evolución. Debe recibir instrucción, información, crítica, consejo, sugerencias y ayuda de sus superiores, que así contribuyen a su educación. Cuando están en los servicios quirúrgicos deben asistir a las operaciones a las cuales se les asigne y debe actuar en calidad de ayudante, según se lo ordenen sus superiores, alcanzando así conocimiento y experiencia respecto a la sala de operaciones, procedimientos y técnica.

El interno debe hacer frecuentes notas de evolución en las hojas especiales, describiendo la evolución clínica del enfermo. Debe registrar todos los tratamientos y procedimientos, diagnósticos especiales o estar seguro de que son hechos y rápidamente registrados. Cuando un enfermo es dado de alta el interno debe escribir una nota de conclusión que resuma la evolución del enfermo en el hospital, describa las condiciones del enfermo cuando sale y diga cual es el diagnóstico final.

Debe asistir a las autopsias y otros enfermos, a seminarios, reuniones de personal, conferencias clínicorradiológicas y patológicas y donde hay discusión de los records de los enfermos que van a darse de alta. En aquellos hospitales con servicio de emergencia y externos deben dársele tareas en las que los principios básicos de sus deberes profesionales son los mismos que en el caso de los enfermos y conferenciar juiciosamente con ellos. Debe consultar con el servicio social respecto al ambiente emocional y social del enfermo y de los recursos de la comunidad tiene para él.

En vista de la importancia de que cada médico aprenda a funcionar como un miembro de un equipo, el interno debe consultar libremente con el personal de enfermeras, dietistas y de terapia física y ocupacional, así como con los trabajadores sociales respecto de los problemas que están dentro de sus respectivos campos de interés. Similarmente, no debe desperdiciar la valiosa ayuda que frecuentemente puede obtener de los consejeros religiosos de los enfermos. Debe reportar todas las enfermedades notificables que se requieren por la ley, ante la autoridad adecuada.

No es raro que al interno se le de la oportunidad de tomar parte en la instrucción de estudiantes de medicina, enfermeras, trabajadoras

sociales y otros que participan con él en la enseñanza y en las actividades del servicio del hospital. Dichas oportunidades deben ser aceptadas por él como que le dan un estímulo para agregar a sus conocimientos y comprensión del asunto, y organizar y aclarar su pensamiento. Tales oportunidades también sirven admirablemente para inducir al interno hacia el papel de maestro, un papel que encierra una capacidad que algún día llegará a tener.

Los deberes de un interno y las responsabilidades no son determinados sobre la base de las 9 a las 5 horas, si bien un internado aceptable da una razonable cantidad de tiempo libre. Este pensamiento debe dominar: el contacto con sus enfermos, debe ser en sentido de todas las horas del día. Así, propiamente está sujeto a ser llamado en todo tiempo, aun cuando esté en horas fuera de trabajo, y deben hacerse arreglos para asegurar que se le encuentre fácilmente. Tal asistencia estrecha o cercana a sus enfermos es un factor importante en la experiencia profesional del interno.

Puesto que el interno es un estudiante de tiempo completo, debe dedicar su tiempo a este programa educacional y no aceptar ninguna posición remunerada fuera. Las excepciones a este principio deben hacerse solamente cuando el personal del hospital y la administración lo aprueben.

XII. MISCELÁNEOS

1. *Reglas para el personal de los internos.* Una serie de reglas que establecen los deberes de los internos y los privilegios debe ser proporcionada por el hospital. En un programa comprensivo y bien organizado pueden ser extendidas en la forma de un manual, que incluyan los procedimientos que se sigan en el piso, órdenes generales y otras para definir las responsabilidades del interno.

2. *Registro de los internos, de sus asignaciones y certificado de servicio.* Es ventajoso, tanto para el hospital como para el interno, que se lleve un registro de sus actividades en cada servicio a que sea asignado. Tal información ayuda al hospital para evaluar su programa de internados y es requerido por algunos comités de los estados, en Estados Unidos. Al terminar el internado debe ser proporcionado un certificado de servicios, atestiguando que ha sido satisfactorio. El hospital está justificado para retirar tal certificado solo si el interno deja de completar su internado, o si su trabajo ha sido tal que indica que no es adecuado para la práctica de la medicina. En ningún caso el hospital debe

retirar arbitrariamente el certificado por razones relativamente menores. En caso de enfermedad, que requiera que el enfermo se retire del entrenamiento del hospital, puede emitir un certificado que incluya el período de adiestramiento que haya completado.

3. *Pagos a los internos.* Tradicionalmente el internado ha sido considerado como una extensión de la educación del médico, durante la cual el da al hospital ciertos servicios a cambio de su experiencia. Los costos de la educación médica que han aumentado y las obligaciones financieras adicionales, las que muchos graduados están soportando, han hecho razonable el pago de una remuneración a los internos, pero puede considerarse como una beca para estudio graduado, lo cual es una práctica aceptada ampliamente. Sin embargo, cuando un hospital paga salarios excesivos, bonos u otras formas de remuneración para atraer a los internos hay razón para dudar de lo adecuado de su programa de educación.

4. *Habitación de los internos.* Se espera que el hospital provea a sus internos de alimento saludable, así como adecuadas habitaciones y facilidades para recreo. El hospital también puede proporcionar comodidades para vivir a los internos casados, preferentemente dentro de una casa adyacente al hospital.

5. *La salud de los internos.* El hospital debe preocuparse de la salud de los internos durante su período de servicio. A cada interno debe hacerse un examen físico completo, incluyendo radiografía de tórax y estudio de laboratorio de rutina, al principio y periódicamente, como pueda indicarse, durante todo su internado. A un miembro del personal debe asignársele la responsabilidad de actuar como médico personal de los internos, con una consulta fácilmente obtenible, dada por otros miembros del personal de visita. El hospital debe estar inclinado a aceptar una razonable parte de la responsabilidad del cuidado continuo de enfermedades a largo término, contraídas por el interno al cumplir con sus obligaciones.

6. *Las relaciones entre interno y residente.* En un hospital que tiene al mismo tiempo internado y residencia debe cuidarse de asegurar que ninguno de los grupos se descuide en el programa de enseñanza. Los deberes y responsabilidades tanto de los internos como de los residentes deben ser claramente definidos para evitar esta posibilidad. Es obvio que al interno no pueda darse el mismo grado de responsabilidad que al residente, sin embargo, el interno no debe ser relegado a la posición de un ayudante de residente, que hace las cosas de rutina, sin nin-

gún valor educacional. Un programa bien integrado de internos y residentes puede hacer resaltar el valor del entrenamiento recibido por cada miembro del personal. Inversamente, un programa en el cual, ya sea el interno o el residente, son los que reciban un entrenamiento más destacado, descuidando uno u otro, resulta en un descenso de la moral y el consecuente descontento. La responsabilidad del jefe de cada servicio debe asegurar que cada miembro del hospital reciba la atención que requiere y se le de una responsabilidad en la medida de su capacidad y en el grado de su entrenamiento.

7. *Convenio entre el hospital y el interno.* Un convenio formal en el cual se definan las obligaciones mutuas debe hacerse entre el hospital y el solicitante, cuando se le nombre. Este convenio debe ser llenado por ambas partes y debe ser terminado solo por mutuo consentimiento. El romper este convenio, ya sea por el hospital o por el interno no es condonado por el Consejo. Siempre que haya una queja de tal quebrantamiento, es atribución del Consejo pedir a cada una de las partes que se sometan a explicación. Tales explicaciones son parte del record del médico y del hospital y deben ser obtenibles cuando las pidan las agencias autorizadas.

XIII. ADMISIÓN DE LA LISTA APROBADA

Solicitud de admisión. Los hospitales que quieren calificar para ser aprobados para el entrenamiento de internos deben solicitar del Consejo de Educación Médica del Hospital de American Medical Association su admisión. Hay formas adecuadas para este propósito, que se dan cuando se solicitan. Deben ser completadas con cuidado por el hospital, llenadas por el administrador o por un miembro del personal que se familiarice con el programa propuesto por el hospital, y se le regresará una copia al Consejo. Al recibir la solicitud se hacen arreglos por un miembro del Consejo para visitar el hospital, para revisar el programa e inspeccionar las facilidades que tenga.

La evaluación del programa de entrenamiento de internos en los hospitales se hará sobre una base individual, con todos los datos pertinentes obtenibles, tomados en consideración y una razonable flexibilidad debe usarse en la aplicación de los requerimientos.

La aprobación de entrenamiento de internos, incluyendo el número y tipo de internados se concede sobre una base anual, por la publicación del nombre del hospital en la lista de programas aprobados, en el

número de hospitales y residencias del Journal of American Medical Association. Esta lista aparece cada otoño. El reconocimiento de un hospital, para entrenamiento de internos, puede ser retirado a cualquier tiempo, si así lo considera el Consejo y el hospital no cumple con uno o más de estos requerimientos aquí descritos.

Si un hospital no mantiene una proporción de 25 por ciento de autopsias sobre las muertes en el hospital, por dos años consecutivos, se le retira la aprobación.

Un hospital que por dos años consecutivos no tiene cuando menos el cuarto de su planilla de internos puede ser no admitido para la educación. Bajo tales circunstancias es improbable que cualquier programa de adiestramiento equilibrado pueda mantenerse. Más aún, aquellos internos que son nombrados deben realizar un trabajo mayor sobre ellos, con un resultado inferior en la educación. Los hospitales cuya aprobación es retirada por estas razones pueden solicitar volver a entrar en la lista de aprobados al presentar la evidencia de que ya podrán hacerlo en mejores condiciones.

APÉNDICE. SUGESTIONES A LOS HOSPITALES QUE NO SON APROBADOS PARA EL INTERNADO.

Los hospitales que no pueden calificar para internados deben dar consideración a otras maneras de proveer adecuado servicio médico. Debe anotarse que menos del 15 por ciento de los hospitales de este país (E. U. A.) son aprobados para la educación de internos, aunque por la inmediata capacidad del médico sobre la base de 24 horas de atención y el mantenimiento de documentos saan clínicamente suficientes. En hospitales que les faltan internos, indudablemente una proporción de ellos da un alto nivel de cuidado a los enfermos.

Se ofrecen las siguientes sugerencias para proveer servicio médico adecuado, sobre la base de 24 horas, al personal de los hospitales que no pueden calificar para internado.

1. Dependiendo del tamaño del hospital uno o más médicos jóvenes que han completado su entrenamiento formal pueden ser empleados para ayudar al personal de visitas en el cuidado de sus enfermos, llevando a cabo ciertas funciones ordinariamente efectuadas por el personal. Deben tener un salario adecuado y habitaciones dentro del hospital o en propiedades del hospital. Estos médicos deben ser empleados bajo términos de acuerdo con las prácticas éticas aceptadas.

2. Si el tamaño del hospital y del personal hace practicable la responsabilidad para trabajo de noche, o 24 horas, puede ser arreglado por medio de rotación de esta asignación entre los miembros más jóvenes del personal visitante.

3. Si el personal más joven está muy limitado en número, sus obligaciones pueden ser rotadas a través de todo el personal.

4. Una calidad de médico visitante joven o visitante con permiso de trabajar en el hospital como cortesía, que está empezando la práctica de la medicina en la comunidad, puede ser empleado en tiempo parcial para emergencias y llevar a cabo los deberes durante la noche.

5. Las enfermeras, los técnicos calificados y otro personal auxiliar pueden ser adiestrados para realizar muchos procedimientos ordinariamente asignados al personal de internos.

Con respecto al mantenimiento de registros satisfactorios los hospitales que no lleven a cabo programas educacionales pueden dar consideración a llevar cierto tipo de expedientes clínicos, que sean más económicos de tiempo y esfuerzos que el tipo requerido para los hospitales que llevan a cabo programas educacionales y aun así, incluir todos los datos esenciales. Un sumario clínico conciso, en una historia breve y reporte del examen físico, probablemente en una lista marcando cada cosa, frecuentemente basta para este propósito, particularmente si se suplementa con copias de records de los que vienen de las oficinas de los médicos. Excepto para las situaciones de emergencia, el hospital puede requerir que cada médico que mande un enfermo proporcione una copia o resumen del examen llevado a cabo en su oficina y que sirva como nota de admisión.