



SERIE

# La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No. 3

## La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la orientación hacia la APS



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la*  
**Organización Mundial de la Salud**

SERIE

La Renovación de la Atención  
Primaria de Salud en las  
Américas

No. 3

La Acreditación de Programas de Formación  
en Medicina y la orientación hacia la APS



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

Área de Sistemas de Salud basados en la  
Atención Primaria de Salud (HSS)

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente  
Organización Panamericana de la Salud

“La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la Orientación hacia la APS”  
Washington, D.C.: OPS, © 2010  
Serie No 3 La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

ISBN: 978-92-75-33107-1

I. Título

1. ACREDITACION – normas
2. EDUCACIÓN MEDICA – Legislación y jurisprudencia
3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
4. EDUCACIÓN DE POSTGRADO EN MEDICINA
5. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
6. ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS
7. AMÉRICA LATINA

NLM W 20

Washington D.C., Mayo, 2010

*Esta publicación fue realizada por los Dres. Rosa María Borrell y Charles Godue de OPS/OMS y por la consultora de OPS para los temas de Acreditación Lic. Adriana Caillón. Tomando en consideración los aportes de la reunión celebrada en Lima, Perú en Julio del 2009 realizada especialmente para la discusión de este tema. Se agradecen los primeros aportes realizados por el Ing. Ricardo Gutierrez.*

© Organización Panamericana de la Salud 2010

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden exclusivamente los autores.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
LA APS RENOVADA Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN COMO PUNTO DE PARTIDA	9
LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN: UNA BÚSQUEDA CONSTANTE	13
La noción de calidad y los antecedentes fundamentales de su búsqueda en la formación médica	13
La necesidad de procesos de evaluación y acreditación	15
¿Porqué buscar mecanismos que garanticen la calidad de la formación?	19
ORIENTACIONES INTERNACIONALES DE ACREDITACIÓN DE CARRERAS DE MEDICINA	22
Los estándares y recomendaciones de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME)	22
La acreditación en Estados Unidos y Canadá	24
El Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias para el Mercosur (ARCU-SUR). La Red de Agencias Nacionales de Acreditación (RANA)	27
Los criterios y los acuerdos de la Red Iberoamericana de Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES)	31
LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA	36
Propósitos de la convocatoria OPS: la encuesta y la Reunión de Lima	36
Síntesis de las presentaciones de los países	40
Reflexiones del encuentro	51
LOS TEMAS EN DISCUSIÓN	58
La viabilidad de las políticas de evaluación y acreditación	58
La relación de las políticas de acreditación con las políticas de Recursos Humanos en Salud	59
La orientación sobre APS y los indicadores de medición de la calidad	60
Las orientaciones y condiciones de los sistemas y servicios de salud para la enseñanza de la APS	61
La relación entre los ministerios de salud y educación, las agencias y las instituciones formadoras	62
Resultados de la acreditación	63
RECOMENDACIONES PARA LA DEFINICIÓN DE UN PLAN DE TRABAJO: EL ENFOQUE DE LA APS EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN	64
LINEAMIENTOS DE TRABAJO	66
ANEXO 1- Links de asociaciones que intervienen en el tema.	67
ANEXO 2- Lista de los participantes de la Reunión de Lima.	68
ANEXO 3- Encuesta enviada a las agencias.	69
ANEXO 4- Tabla de las competencias de los equipos de salud.	71



# 1. INTRODUCCIÓN

El propósito de esta publicación es contribuir al conocimiento sobre las acciones que en materia de evaluación y acreditación de los programas de formación de médicos se están desarrollando en la Región de las Américas como mecanismos de regulación y mejora de la calidad de los mismos.

Constituye un interés particular para la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) a discusión y consideración de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la formación y en la acreditación como prescriptora de modelos de calidad de atención. En este libro, correspondiente a la Serie de la Atención Primaria de la Salud en las Américas se dedica especial atención a la inclusión del enfoque de Atención Primaria de la Salud renovada (APS) en los procesos de evaluación de la calidad y la acreditación de los programas de formación de médicos, su valoración en la comunidad académica, en los grupos de pares encargados de la acreditación y en el trabajo conjunto entre las universidades y los ministerios de salud y educación.

Los programas y políticas de acreditación de la calidad de la formación, como acciones sistemáticas y reguladas por leyes y normativas en los países de América Latina surgen hace más de una década y responden a la necesidad de evaluar y mejorar la calidad de la educación superior, proteger a los estudiantes, proveer confianza a la sociedad y superar los desequilibrios en cuanto a la calidad de la enseñanza superior transfronteriza.

Este surgimiento ha contado con orientaciones de políticas por parte de organismos internacionales como la UNESCO<sup>1</sup> que hace más de una década señaló que:

*“la calidad de la enseñanza superior es un concepto pluridimensional que debería comprender todas sus funciones y actividades: enseñanza y programas académicos, investigación y becas, personal, estudiantes, edificios, instalaciones, equipamiento y servicios a la comunidad y al mundo universitario. Una autoevaluación interna y un examen externo realizados con transparencia por expertos independientes, en lo posible especializados en lo internacional, son esenciales para la mejora de la calidad. Deberían crearse instancias nacionales independientes, y definirse normas comparativas de calidad, reconocidas en el plano internacional. Con miras a tener en cuenta la diversidad y evitar la uniformidad, debería prestarse la atención debida a las particularidades de los contextos institucional, nacional y regional. Los protagonistas deben ser parte integrante del proceso de evaluación institucional”.*

1 UNESCO. Conferencia mundial sobre la Educación Superior: La Educación Superior en el siglo XXI: Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: visión y acción. 9 de octubre de 1998.



Este mismo organismo ha reiterado en diversos documentos que “la calidad de la educación superior de un país, así como su evaluación y supervisión, son esenciales para su bienestar social y económico y constituyen además un factor determinante de la apreciación del sistema de enseñanza superior a nivel internacional. Se ha vuelto necesario establecer sistemas de garantía de calidad, no sólo para supervisar a la calidad de la enseñanza superior impartida dentro del país, sino además para que se imparta educación superior a nivel internacional”<sup>2</sup>.

En el año 2009<sup>3</sup>, la UNESCO ha convocado nuevamente a una segunda Conferencia Mundial sobre la Educación Superior en la que se plantea que:

*“la educación superior como bien público es una responsabilidad de todos, en particular de los gobiernos y por tanto deben asumir el liderazgo social en materia de creación de conocimientos de alcance mundial para abordar temas mundiales como la seguridad alimentaria, el cambio climático, la gestión de agua, el diálogo intercultural, las energías renovables y la salud pública”.*

También en el campo de la salud, el tema de la calidad de la formación ha sido un tema de gran preocupación, especialmente por el nivel de responsabilidad social de los futuros profesionales frente a la salud de la población. La formación de los médicos ha sido objeto de documentos de posición a lo largo de varias décadas, con orientaciones conceptuales sobre el médico que debería formarse y de numerosos debates internacionales y continentales con claras posiciones respecto de las responsabilidades que escuelas y facultades de medicina deben asumir como proveedores de educación médica.

Así, la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2006, ha reforzado a través de la resolución WHA 59.23, las recomendaciones establecidas anteriormente (Res. 48.8; 48th WHA, 1995) solicitando a los Estados Miembros promover la educación de los profesionales de la salud en instituciones acreditadas con el propósito de incrementar la capacidad y calidad de los profesionales de la salud.

Por otra parte, la situación de salud y enfermedad de grandes poblaciones y las inequidades en materia de acceso a los sistemas y servicios de salud de la Región de las Américas, ha llevado a la OPS a plantear la renovación de la Atención Primaria de la Salud<sup>4</sup>, estableciendo para los próximos años un compromiso conjunto con los países para dar respuesta a las necesidades de salud de la población desde los principios de universalidad, accesibilidad, inclusión y equidad.

2 UNESCO. Directrices en materia de calidad de la educación superior a través de las fronteras. París. 2006.

3 UNESCO. Conferencia Mundial sobre Educación Superior- 2009. La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo. París, 5-8 de julio de 2009.

4 OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C. 2007.

Con este marco de orientación política, desde la adopción de los *Desafíos de Toronto*<sup>5</sup> y la celebración del Día Mundial de la Salud en el año 2006 dedicado a los Recursos Humanos en Salud, la OPS/OMS ha venido trabajando en su posición respecto del médico que se debería formar en la Región<sup>6</sup> y ha encarado acciones para profundizar los temas de la calidad de la atención y la calidad de los programas de formación de médicos a través de la implementación de procesos de evaluación y acreditación.

Las Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015<sup>7</sup> aprobadas por la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana y la 59ª sesión del Comité Regional constituyen una respuesta a la disposición de los Estados Miembros para actuar y avanzar conjuntamente en respuesta a los desafíos trascendentales que afrontan los que a diario trabajan para mejorar la calidad de vida de otros.

Las metas fueron construidas a partir de los cinco retos o desafíos fundamentales, identificados durante la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Toronto en octubre de 2005, los cuales se convirtieron en la plataforma común del Llamado a la Acción para una década de Recursos Humanos de la Salud.

El desafío #5 busca **“crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población”**. Para el logro de este desafío se trazaron dos metas importantes que están íntimamente relacionadas:

*El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.*

*El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.”*

La operacionalización de estas metas induce el trabajo de la cooperación técnica para:

- debatir sobre el papel de las políticas públicas en salud y educación, su incidencia en el desarrollo de los recursos humanos en salud y en los perfiles de formación;

5 Llamado a la acción de Toronto, *Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas*, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y *Long Term Care*. Toronto, Canadá, octubre de 2005.

6 Borrell R, Godue C, Garcia M. La formación de medicina orientada hacia la Atención primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS/OMS. Washington D.C. 2008.

7 OPS/OMS. Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 en: 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana; 59.a sesión del Comité Regional. (CSP27/10). Washington, DC. 2007.



- identificar y comparar los propósitos y objetivos de las estrategias de evaluación y acreditación de los programas educativos de los médicos;
- analizar los mecanismos técnicos y metodológicos construidos para el desarrollo de las diferentes propuestas de evaluación y acreditación, y
- compartir y analizar los resultados obtenidos con estos procesos y los desafíos pendientes.

De manera particular en esta publicación se desarrollan con mayor énfasis los siguientes temas:

- la calidad de la formación, el perfil de graduado con orientación en la APS y las particularidades que conlleva avanzar de este enfoque;
- las experiencias sobre los mecanismos de evaluación y acreditación, la construcción de estándares y criterios para mejorar la calidad de la formación universitaria y la adopción de orientaciones que fortalezcan y mejoren las estrategias de atención a la salud, en particular la de Atención Primaria de la Salud, y
- los temas no resueltos en los procesos de acreditación que requieren de esfuerzos novedosos para garantizar la responsabilidad social de los distintos actores que intervienen en la construcción de los perfiles educacionales y los programas académicos.



## 2. LA APS RENOVADA Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN COMO PUNTO DE PARTIDA

La APS tiene más de 30 años de existencia desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata<sup>8</sup>. Con motivo de su 25º aniversario y a solicitud de los Países Miembros, la OPS decidió examinar los valores y principios que inspiraron esta declaración, así como las experiencias desarrolladas por los países, a fin de formular sus futuras orientaciones estratégicas y programáticas en este tema.

Las diversas reuniones y consultas a los países dan como fruto el documento de posición de la OPS sobre la Renovación de la atención primaria de salud en las Américas<sup>9</sup>. La idea de este documento es servir de referencia a los países que pretenden fortalecer sus sistemas y servicios de salud, acercando la atención de la salud a las personas que viven en áreas urbanas y rurales y considerando los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque de APS renovada.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>10</sup> sobre Atención Primaria de Salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, plantea que “las autoridades sanitarias de muchos países son conscientes de que el avance hacia la obtención de mejores resultados sanitarios (incluidos, entre otros, los Objetivos de Desarrollo del Milenio -OMS-) es demasiado lento y desigual. Saben que el funcionamiento de los sistemas defrauda las expectativas y que falta preparación para responder a las dificultades y demandas. No pasan inadvertidas las posibilidades que encierra la atención primaria de salud para introducir un sentido más claro de dirección y unidad en sistemas sanitarios fragmentados y segmentados y para proporcionar el marco de referencia que ayude a integrar la salud en todo tipo de políticas”.

Dos informes publicados en 2008 han venido a refrendar esta idea. El informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud<sup>11</sup> daba fe de una creciente desigualdad en los resultados sanitarios entre los países y dentro de ellos, y emplazaba a los gobiernos a hacer de la equidad un objetivo explícito de las políticas gubernamentales en todos los sectores. En su análisis de las causas sociales, económicas y políticas que subyacen a los problemas de salud y de los métodos *a priori* más indicados para aportar soluciones, la Comisión ofrece poderosos argumentos para prestar un renovado interés a la atención primaria de salud y aboga por ello.

---

8 OMS. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Gineva: WHO, 1978.

9 Op.Cit.: OPS/OMS. 2007.

10 OMS. CONSEJO EJECUTIVO EB124/8. 124ª reunión 4 de diciembre de 2008. P. 2.

11 OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra; 2008.



El *Informe sobre la salud en el mundo 2008*<sup>12</sup>, cuyo título es *Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca*, afirma que, con independencia del nivel de ingresos del país en cuestión, los principios de la atención primaria de salud encierran un potencial inigualado para deparar mejores resultados sanitarios, lograr mayores niveles de equidad sanitaria y responder a las exigencias de la sociedad. En el informe se delimitan los principales ámbitos en los que conviene introducir cambios políticos para lograr que los sistemas sanitarios estén basados en los valores y principios de la atención primaria de salud.

El informe es categórico cuando afirma que los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos, existiendo tres tendencias particularmente preocupantes:

- los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada;
- los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios, y
- los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o *laissez-faire*, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

El mismo informe señala que “la atención primaria requiere equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sea sinónimo de atención prestada por personal no profesional con escasos conocimientos técnicos a los pobres de zonas rurales que no pueden permitirse nada mejor”<sup>13</sup>.

Este mismo documento señala que para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían la APS harán falta políticas ambiciosas en materia de recursos humanos. El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos y a su formación en los valores, principios y elementos señalados en el Documento de Posición de la OPS y también a la regulación de su formación a partir de mecanismos como los de la evaluación y acreditación.

Además de la OMS y la OPS, iniciativas mundiales en pro de la salud, donantes e instancias de la sociedad civil comparten la misma insatisfacción. De ahí que, entre las partes interesadas de todo el mundo existe la convicción de que los sistemas sanitarios deben funcionar más eficazmente, y basarse para ello en los valores de la atención primaria de salud.

Así, la red internacional *Towards Unity for Health*<sup>14</sup> “hace un llamado a todas las instituciones de salud, para que avancen en el alcance de una mayor responsabilidad social en la formación de los futuros profesionales, así como en sus programas de investigación y servicio; para que sean orientados hacia las necesidades locales de las diferentes comunidades, integrando y enfatizando los principios de la APS en los currículos, y asegurándose de que sus estudiantes tengan adecuado entrenamiento en escenarios de APS”.

12 OMS. *The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever*. Geneva, 2008.

13 IDEM. P. XVIII.

14 The Network Towards Unity for Health. *Declaración por la Atención Primaria*. Bogotá. Octubre 2008.



Interesa señalar algunos valores, principios y componentes de la APS renovada que se vinculan directamente con la formación de médicos, los cuales se presentan en la imagen que aparece a continuación, la cual fue explicada con mayor detalle en el libro de posición citado. Todos ellos sirven de orientación para la redefinición del perfil de médico que se debe formar para acompañar el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, indicando al mismo tiempo, las nuevas competencias que esta formación debe garantizar.

**Gráfico de Atención Primaria**



Sobre la base de las definiciones esbozadas en el documento de posición, se han realizado dos publicaciones de esta misma serie que rescatan cada uno de los aspectos. La primera<sup>15</sup> se refiere a la composición de los equipos de salud y las competencias que se requieren desarrollar en función de los valores, principios y elementos de la APS y la segunda, sobre la formación de médico con esta orientación de APS<sup>16</sup>.

En la segunda publicación, se define el perfil del médico para la APS considerado como:

***“un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psico-social ambientalista, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje transversal de su formación”***

También se avanzó en la identificación de las siguientes competencias básicas que el egresado de medicina debe ser capaz de demostrar con este enfoque:

- adecuar su práctica profesional a la definición del sistema de salud de su país y de acuerdo al contexto donde trabaja para prevenir y resolver problemas de salud;
- establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los ciudadanos/comunidad, equipos/comunidades y otros sectores, respetando la diversidad cultural;
- comprender el ciclo vital;
- trabajar en equipo y desarrollar liderazgo con el resto del equipo de salud y la comunidad;
- manejar las incertidumbres y los cambios, y
- generar su propia capacidad de autoaprendizaje.

En el documento de Nebot y Rosales citado, se identifican competencias específicas para todo el equipo de salud en APS, incluido el médico, tomándose en consideración los principios, valores y elementos que constituyen la APS. (Ver anexo Matriz de competencias para los equipos de APS).

15 Nebot C, Rosales C. Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas #1. OPS/OMS.

16 Borrell R, Godue C, Garcia M. La formación de medicina orientada hacia la Atención primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas #2. OPS/OMS. Washington D.C. 2008.

## 3. LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN: UNA BÚSQUEDA CONSTANTE

### 3.1. La noción de calidad y los antecedentes fundamentales de su búsqueda en la formación médica

Como cualquier concepto científico, el término de “calidad” y las diferentes definiciones que sobre él se han formulado, están conectadas con marcos conceptuales o epistemológicos, que condicionan el significado que diferentes sujetos otorgan a un mismo término. La calidad no constituye un tema nuevo ni de consenso unánime en el campo de la formación de los profesionales.

Sin embargo, existen ya algunos estudios<sup>17</sup> que intentan hacer agrupaciones en bloque sobre las distintas definiciones de calidad. La calidad de la educación depende de una serie de factores. Los aspectos de mayor coincidencia en la mayoría de las propuestas de búsqueda de calidad, como influyentes en la calidad educativa, son el profesorado, los alumnos, el currículo, la organización y gestión del centro educativo, el proceso de enseñanza-aprendizaje, y los recursos.

Además de los múltiples estudios existentes sobre el tema de calidad, los ministros de educación, convocados por la UNESCO<sup>18</sup> en 2003 señalaron que “la calidad se ha convertido en un concepto dinámico que debe adaptarse constantemente a un mundo cuyas sociedades están atravesando una profunda transformación social y económica... Las antiguas nociones de calidad ya no son suficientes...A pesar de los diferentes contextos, hay muchos elementos comunes en la búsqueda de una educación de calidad que dote a todas las personas, mujeres y hombres, de capacidad de ser miembros de plena participación en sus comunidades y también ciudadanos del mundo”.

Por otra parte, la Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES)<sup>19</sup> define la calidad como el “grado en el que un conjunto de rasgos diferenciadores inherentes a la educación superior cumplen con una necesidad o expectativa establecida”.

La RIACES sostiene además que “no hay un acuerdo universal sobre lo que es calidad, pero cada vez se mide más con dos aspectos: (a) formación de las personas que terminan el programa, y (b) capacidad de la institución para producir cambios que mejoren esa formación —y la planificación de ese cambio— así como la operacionalización de estrategias para el cambio institucional”.

17 Cano García, Elena. Evaluación de la calidad educativa. Madrid. Editorial La Muralla, S.A., 1998. Colección Aula Abierta. Pág. 63-64.

18 UNESCO, Final Report, Meeting of Higher Education Partners. ED-2004/WS19, UNESCO, Paris, Francia. Paris, 23-25 de junio de 2003.

19 <http://www.riaces.net/glosarioc.html>.



Asimismo, consideran que la educación no es meramente adquisición de conocimientos, sino también de herramientas, educación multicultural, uso de tecnologías, pensamiento crítico y capacidad de aprender (después de haber obtenido el título) temas nuevos. Los objetivos que se miden en las personas que terminan la carrera no son solamente su formación en las materias centrales, sino su conocimiento en materias periféricas, su motivación para investigar e innovar, y los objetivos de servicio a la comunidad. Resulta además importante para la Red, medir la capacidad de participación de la población (familias, estudiantes y personal) en el proceso de acreditación y evaluar hasta qué punto la institución y el programa de estudios responde a los problemas reales de la sociedad y a las iniciativas de la población.

Las discusiones sobre el tema de calidad y el trabajo de evaluación de los programas de medicina en América Latina se han centrado históricamente en propuestas y acciones de transformación curricular que señalaron la importancia e indicaron la necesidad de la actualización de los contenidos y la incorporación de los nuevos conocimientos, la integración entre ciclos clínicos y básicos, la inclusión del estudio de las ciencias sociales y los determinantes sociales y económicos en los currículos, la incorporación de la medicina preventiva y comunitaria, el conocimiento de las formas de control del ejercicio profesional y el compromiso de la universidad con la salud de la población.

**De alguna manera, la calidad ha estado asociada a propósitos que incorporan una determinada visión acerca de lo que hay que alcanzar con la formación de un profesional de la medicina.**

Existen valiosos antecedentes de evaluación de la formación o de análisis curricular de las carreras o escuelas de medicina y de posicionamientos relativos al perfil de médicos que se deberían formar, que representan hitos históricos en la educación médica, tales como:

- el Informe Flexner<sup>20</sup>, exponente de un paradigma cientificista, citado como antecedente relevante por el peso prescriptivo que ha tenido en la definición de las propuestas curriculares,
- el modelo de enseñanza integrado desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad Western Reserve y el de la Universidad de Stanford<sup>21</sup>, con repercusiones subsecuentes en América Latina,
- la primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina (UDUAL, México, 1957)<sup>22</sup>, en la cual se declaró como objetivo de la educación médica proporcionar al estudiante conocimientos científicos y humanísticos necesarios para una comprensión integral del hombre en sus relaciones humanas y con el medio ambiente, y
- el estudio del médico y sociólogo Juan César García elaborado desde el paradigma crítico en los años sesenta<sup>23</sup> y que fundamenta la inclusión de las ciencias sociales en los currículos.

20 Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada. A report of the Carnegie Foundations on the Advancement of Teaching. Boston: The Merrymount Press;1910.

21 Dingle JH, Bidder TG, Badger GF, Bond DD, Ham TH, Hoerr NL, Patterson JW. An approach to evaluation of medical education at Western Reserve University. *Educ Med y Salud* 1958;33(2):113- 117.

22 Unión de Universidades de América Latina (UDUAL). Declaración de México sobre educación médica en América Latina. Conclusiones de la primera conferencia de facultades latinoamericanas de Medicina. México; 1957.

23 García, J. C. La educación médica en América Latina. Washington: OPS/OMS. P. Científica N.255. 1972.

- los “principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS<sup>24</sup> y donde se abogaba por colocar al alumno en mayor contacto con la realidad y estimularlo a participar en el análisis y solución de los problemas y la idea del aprendizaje integrado;
- los aportes de la medicina social en los programas de enseñanza de la medicina y las experiencias novedosas de algunas universidades en el continente;
- el Informe FEPAFEM- OPS-OMS<sup>25,26</sup> sobre 230 carreras de medicina de América Latina presentado en la Conferencia de Edimburgo y las recomendaciones emanadas de la misma, especialmente aquellas relativas a la responsabilidad social o *accountability*;
- los avances en el mundo de los nuevos programas de formación enfocados en el aprendizaje basado en problemas (*problem solving*), y el apoyo de la Asociación Médica Americana<sup>27</sup> a este enfoque en el documento *Médicos para el siglo XXI*;
- la recomendación de la Asamblea General de la OMS de 1995<sup>28</sup> en la que se aboga por esfuerzos conjuntos entre autoridades de salud y escuelas de medicina para aplicar nuevas formas de prácticas profesionales y condiciones de trabajo que permitan a los profesionales identificar las necesidades de salud, las respuestas a dichas necesidades a fin de aumentar la calidad, relevancia, eficiencia y equidad de la atención de salud, y
- los estándares globales y los requisitos mínimos globales publicados por la Federación Mundial para la Educación Médica<sup>29</sup> que buscan crear mecanismos para la mejora de la calidad de la educación médica a lo largo del *continuum* de la educación médica.

### 3.2. La necesidad de procesos de evaluación y acreditación

Los procesos ocurridos en el mundo en las últimas dos décadas, relacionados con la globalización de la economía, el intercambio comercial entre países, los cambios demográficos, ambientales y climáticos, el desarrollo tecnológico, entre otros, han producido cambios en las condiciones de salud de las personas, que han requerido reformulaciones en los sistemas y servicios de atención de la salud y en la formación de los profesionales de la salud.

---

24 OPS/OMS. Informe primera reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe. *Educ Med Salud* 1976; 10, (2): 109-139. P.115-131.

25 World Federation for Medical Education. The Edimburg Declaration. *Lancet*; 1988: 8608 (464).

26 OPS/OMS FEPAFEM. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Edimburgo-Escocia; 1993.

27 Association of American Medical Colleges. Physicians for the twenty- first century. *Journal of Medical Education* 1984; 59, (11). Part 2.

28 WHO. Resolution WHO 48.8, 1995. Reorienting medical education and medical practice for health for all. The forty-eight World Health Assembly. Gineva. 1995.

29 Educación Médica. Revista internacional de la Fundación Mundial de Educación Médica. World Federation of Medical Education. Vol. 7 (2). 2004.



También en el campo de la educación universitaria se han propiciado políticas y programas organizados alrededor del tema de la CALIDAD de la formación y su ACREDITACIÓN, considerándose hoy en día una necesidad indiscutible. Algunas de las preocupaciones básicas sobre las cuales se sustentan estas propuestas son las siguientes:

### **LOS PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS POBLACIONES**

El perfil de mortalidad en la Región de las Américas se ha modificado notablemente durante las últimas décadas. En casi todos los países, las enfermedades transmisibles han dejado de ser las principales causas de enfermedad y muerte y dicho lugar lo ocupan ahora los padecimientos de tipo crónico degenerativo —las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes— así como las causas externas tales como las lesiones debidas al tráfico y los homicidios. Entre los factores que han contribuido a la modificación del perfil se encuentran el envejecimiento de la población, el control y la reducción de diversas enfermedades transmisibles, y el surgimiento de otras como el VIH/SIDA. Sin embargo, existen diferencias importantes en la mortalidad dentro y entre los países y las subregiones de las Américas<sup>30</sup>.

La salud de las personas no es un fenómeno aislado y los mayores determinantes de la salud son de carácter social, especialmente la pobreza, la inequidad, la desnutrición y el desempleo, pero también las condiciones de género, etnia y raza. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>31</sup> representan precisamente compromisos para reducir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la inequidad de género. De todos estos determinantes, la pobreza constituye el determinante social más importante, entendido para América Latina a través del ingreso insuficiente para satisfacer las necesidades esenciales.

Mientras el estado de salud “promedio” en América Latina y el Caribe es relativamente bueno, existen importantes disparidades en indicadores como la mortalidad en niños menores de 5 años, la mortalidad infantil, la proporción de partos atendidos por personal calificado o la mortalidad materna. Estas y otras inequidades, como las tasas diferenciales de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, acceso a los servicios de salud, afectan desproporcionadamente a las mujeres, a los grupos étnicos y raciales<sup>32</sup>.

Este resumido perfil epidemiológico de las poblaciones requiere nuevas y mayores estrategias de prevención y organización de la atención y por tanto, estrategias novedosas de formación de los equipos de salud, en particular la formación de los médicos.

### **LOS MODELOS DE ATENCIÓN**

La magnitud de los procesos de salud-enfermedad y las transformaciones de los perfiles epidemiológicos y ambientales, han inducido cambios en la organización de los sistemas y servicios de atención de la salud en sus esquemas de rectoría, financiación y adecuación de las funciones esenciales de la salud pública.

30 OPS/OMS. Salud en las Américas. Washington DC. 2007.

31 UN. Investing in development. A practical plan to achieve the Millennium Development Goals. United Nations Development Programme. First published by Earthscan in the UK and USA. 2005.

32 IDEM. 2007. P.31.



La falta de acceso los servicios de salud, así como la ausencia de esquemas de protección social son factores claves para explicar las inequidades en los países de América Latina y el Caribe. En este contexto, es claro que los esfuerzos de la sociedad en su conjunto deben concentrarse en incrementar el acceso a los sistemas de salud para los grupos actualmente excluidos, a través de la expansión progresiva de la cobertura de servicios de salud y la eliminación de barreras de acceso a dichos servicios tales como las económicas, étnicas, culturales, de género y las asociadas a la situación laboral.

Los documentos de posición tanto de la OPS como de OMS respecto de la renovación de la Atención Primaria de la Salud sirven de referencia a todos los países del continente y del mundo para fortalecer sus sistemas de atención de salud, acercando la atención de la salud a las personas que viven en áreas urbanas y rurales. Su consideración para encausar los programas de formación y evaluación de la calidad de los mismos son de vital importancia hoy día.

### **EL MERCADO DE TRABAJO Y EMPLEO**

Las reformas estructurales de estas décadas han producido profundas transformaciones en el mercado de trabajo y en las formas de contratación, generando flexibilización laboral, multiempleo y pluriempleo.

La oferta de médicos<sup>33</sup> en las zonas urbanas es ocho a diez veces más alta que en las zonas rurales. En América del Norte, el número de enfermeras supera el de médicos por tres a uno, pero en muchos países de América Latina y el Caribe se invierte esta relación. En los 15 países donde la razón de densidad de los recursos humanos para la salud es inferior a 25/10.000, se necesitarían aproximadamente otros 128.000 médicos y enfermeras para incrementar dicha razón al nivel aconsejable de 25. Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria deberán constituir en los próximos años el 40% de la fuerza laboral médica total para poder enfrentar la situación de salud de las poblaciones más necesitadas.

Tal como plantea el Informe Mundial de la Salud del 2006<sup>34</sup>, “en el mundo entero, las zonas urbanas prósperas atraen a los trabajadores sanitarios, lo que hace que las zonas urbanas de tugurios y las zonas rurales aisladas queden relativamente sub-atendidas”.

Por esta razón, el *Llamado a la Acción de Toronto* estableció como segunda meta:

***“ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones”.***

33 OPS/OMS. Op. Cit. 2007. P. 5.

34 OMS. Op. Cit. 2006. P. 60.



### MIGRACIÓN DE MÉDICOS ENTRE LOS PAÍSES

Más de 72% de los países de las Américas han sufrido una pérdida neta de personal sanitario a causa de la emigración. Las migraciones se dan tanto dentro de los países, de las zonas rurales a las urbanas, como dentro de las regiones de los países más pobres hacia los más ricos y también a nivel intercontinental. Este fenómeno se debe fundamentalmente al deseo de las personas de lograr una mejor vida y unos medios de subsistencia menos precarios y al descontento con las condiciones de trabajo y de vida, tales como la falta de perspectiva de ascenso, la sobrecarga de trabajo, el deterioro del sistema de salud y los elevados niveles de violencia.

La fuerza laboral sanitaria está estrechamente vinculada a los mercados de trabajo mundiales. Los déficits registrados en los países más ricos envían señales de mercado a los países más pobres, y éstos responden inevitablemente con un aumento de los flujos de trabajadores de la salud. Con el aumento en la competencia por los escasos recursos humanos, la migración internacional del personal sanitario seguramente se intensificará en los próximos años, lo cual llevará a una mayor desestabilización de la fuerza laboral en los países menos desarrollados.

En los últimos años, la preocupación por los efectos negativos del desplazamiento de profesionales calificados ha colocado el tema de la migración en el centro de las agendas políticas, desarrollándose una serie de reuniones y conferencias<sup>35,36,37</sup> específicas para llegar a acuerdos importantes entre los países. Esta preocupación también fue objeto de atención del Llamado de Acción de Toronto que traza como uno de los cinco desafíos “promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación”. Este desafío tiene metas específicas aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana para el período 2007-2015.

### EXPANSIÓN DE LA MATRÍCULA Y DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

En las últimas dos décadas, en América Latina, se evidencia un aumento de la matrícula universitaria en general, cambios en las políticas de acceso a la universidad y la creación de un gran número de instituciones con carrera de medicina.

El incremento de la matrícula en medicina en la mayoría de los países de la Región y de las instituciones educativas podría estar inspirado por razones vocacionales; por el prestigio social de la profesión; por razones vinculadas al desempleo o por el imaginario de la medicina como profesión liberal para la futura inserción al mundo del trabajo.

Como consecuencia del aumento de la demanda, han surgido nuevas instituciones de formación de médicos en casi todos los países del continente y se han puesto en marcha opciones de formación muy variadas, diferenciadas tanto por las instituciones donde se insertan como por las actividades exigidas para la graduación, los docentes que las constituyen y los perfiles educativos que proponen y logran.

35 VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de la Salud abordó el tema de la migración de los trabajadores de la salud en la reunión. Colonia del Sacramento (Uruguay). Octubre de 2006.

36 RESSCAD. XXII Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y la República Dominicana. Ciudad de Guatemala. Septiembre de 2006.

37 REMSA. Reunión de Ministros de Salud de la Región Andina. Acuerdo con la formulación de un plan de acción a 10 años. La Paz; 2007.

Este aumento de programas de formación es justamente uno de los motivos de mayor preocupación tanto para los organismos de rectoría de la educación de los países como para la comunidad internacional con responsabilidad en los temas de calidad de la formación profesional y los servicios a la población.

### **REGIONALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS**

De la misma manera que se observan los desplazamientos de gran número de profesionales de sus países de origen para ejercer como médicos en otros países, también existen evidencias sobre el desplazamiento de estudiantes para continuar sus estudios de especialidad en otros lugares y para la búsqueda de reconocimiento de la titulación a través de mecanismos de reválida u homologación en otro país.

La oferta de formación transnacional o internacional se está constituyendo en una fuerte alternativa para estudiantes de medicina que no tienen acceso en sus propios países, lo que está además demandando acciones y mecanismos de reconocimiento y certificación a través de las dobles titulaciones o reconocimiento a través de convenios entre los países.

La noción de créditos no es uniforme entre las instituciones educativas y está poco desarrollada como medida común entre los países de la Región, que tradicionalmente y aún actualmente, han recurrido a los mecanismos de reválida u homologación de los títulos. Los sistemas de acreditación de la calidad nacional y regional parecen ser una vía para extender el reconocimiento a través de la confianza mutua entre agencias y estados, a través de criterios armonizados, o a través de convenios bilaterales o multilaterales de reconocimiento de los títulos emitidos por carreras acreditadas, entre otros.

Ante una realidad tan heterogénea, el panorama se ha tornado muy complejo. No quedan dudas de la necesidad de evaluar qué se hace y cómo se hace en la formación de profesionales médicos para dar información y garantías de esa formación a las personas, las organizaciones, a las propias instituciones formadoras y las instituciones de rectoría de la salud y educación.

Las necesidades de cambios y toma de decisión en todos y cada uno de estos aspectos, vinculados al propósito de lograr la calidad de la formación para la calidad de la atención de la salud, requieren la reformulación, revisión, consideración, análisis contextual y sistemático del perfil de egreso del médico y de los aspectos a considerar en la búsqueda de una adecuada formación, lo que hoy se llama estándares, criterios o indicadores de calidad, como cierta forma de evidencia.

### **3.3. ¿Porqué buscar mecanismos que garanticen la calidad de la formación?**

No se puede hablar de calidad sin hacer referencia a la evaluación educativa, fundamentalmente por la utilización que se hace de la misma —cualquiera que fuere su orientación científico-metodológica— como estrategia básica de diagnóstico.

De la misma manera que la calidad presenta enfoques diferenciados, en la evaluación educativa se pone de manifiesto lo que se cree más relevante de la educación, lo que se espera de ella y los mecanismos que se consideran más importantes para mejorar el sistema educativo.



Hoy en día calidad y evaluación están asociados al cumplimiento de determinados estándares y muy relacionados con un concepto de mejora y con términos de excelencia y perfección. Cada vez más se avanza en el criterio de que si un programa o institución no es evaluado y acreditado, su calidad se pone en duda.

La evaluación no debe ser considerada únicamente como medida de control, sino que debe propiciar el desarrollo de potencialidades; cambios de valores y actitudes; participación de todos los actores en la mejora de los procesos educativos; requiere cooperación y colaboración y fundamentalmente la definición de procesos y estrategias de implementación de las mejoras.

La evolución de los procesos de redefinición de la formación de los médicos, de la mejoría de su calidad, así como el surgimiento de nuevos problemas concernientes a estos temas, han permitido avanzar en el mundo en procesos novedosos como la acreditación de los programas de formación y la certificación y recertificación de especialistas.

Interesa señalar en este punto que, aunque las políticas y procesos de acreditación corresponden a decisiones estatales o de la profesión, o combinadas, y son características de las políticas educativas de las últimas décadas, la evaluación como preocupación, como revisión de lo instituido o legalizado, se evidencia desde décadas anteriores como mecanismo de fortalecimiento y desarrollo de la formación. Para fines de esta publicación se retoman de RIACES los siguientes conceptos de evaluación y acreditación:

**“EVALUACIÓN.** *Proceso para determinar el valor de algo y emitir un juicio o diagnóstico, analizando sus componentes, funciones, procesos, resultados para posibles cambios de mejora”.*

**“ACREDITACIÓN** (*quality assurance y validation*). *Proceso para reconocer o certificar la calidad de una institución o de un programa educativo que se basa en una evaluación previa de los mismos*<sup>38</sup>

La legislación de los países aboga en diferentes formas por la acreditación de la calidad de carreras que puedan comprometer el interés público, la salud entre otros bienes, en tanto se considera al Estado como responsable de cautelar estos bienes.

La legislación se traduce en disposiciones que obligan a acreditar la carrera en su fase inicial, a acreditarla periódicamente, a autorizar a la institución a dictar el programa, a evaluar la institución como tal y hacer los cambios sugeridos, a obligar a sus graduados a rendir exámenes finales o de título, y en muchos casos a certificar sus competencias periódicamente a través de otros mecanismos.

En general, las agencias de acreditación que se han creado en América Latina y actúan en el ámbito panamericano han adoptado las recomendaciones y estándares la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) que definió en la Declaración de Granada en el 2001, el perfil y los criterios a considerar como adecuados para la evaluación y acreditación de programas de formación en medicina.

38 Glosario de la Red Iberoamericana de Acreditación de la Calidad de la Educación Superior, disponible en [www.riaces.net](http://www.riaces.net).

También han adoptado para el trabajo común las definiciones contenidas en el Glosario de la Red Iberoamericana de Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES), que responden a criterios variados en cuanto a qué se entiende por salud, por educación en medicina, por responsabilidad social de los médicos y las instituciones formadoras, adoptando como supuestos básicos diferentes acepciones de calidad.

Las competencias de un médico general, formado con un enfoque sólido sobre la atención primaria de salud precisa de consideraciones puntuales tanto en la orientación general y los contenidos específicos, como en aspectos de la organización curricular para el establecimiento de los contactos con los servicios de salud desde los primeros años de la carrera y particularmente con los servicios de carácter ambulatorio tanto a nivel urbano como a nivel rural.

## 4. ORIENTACIONES INTERNACIONALES DE ACREDITACIÓN DE CARRERAS DE MEDICINA

### 4.1. Los estándares y recomendaciones de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME)

La Federación Mundial de Educación Médica (WFME) propuso los Estándares Internacionales en Educación Médica<sup>39</sup>, con el objeto de orientar y mejorar la educación médica. A través de estos estándares la Federación ha estado invitando a los educadores médicos e instituciones de todo el mundo, organizaciones y autoridades comprometidos con la educación médica básica, a discutir y comentar sobre el conjunto de normas propuestas y el resultado de implementar dichas normas como herramientas en contribución a las escuelas médicas.

El documento define un conjunto de normas internacionales en la educación médica básica (de grado), estructuradas de acuerdo a nueve áreas con un total de 38 criterios. Las normas están especificadas para cada criterio, usando dos niveles: el primer conjunto define las líneas básicas o requerimientos mínimos o esenciales a las escuelas médicas y el segundo conjunto se ocupa de la dimensión de calidad de desarrollo de las escuelas de medicina y de sus programas educativos.

El uso de dicha categorización de normas significa que las escuelas de medicina en distintas etapas de desarrollo y de distintas tradiciones educativas, culturales y socioeconómicas, pueden utilizarlas a un nivel apropiado para ellas. Las normas no deberían conducir a la uniformidad pero sí contribuir al cambio.

Las normas de la WFME, también recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Médica Mundial, tienen tres intenciones principales:

- estimular a las escuelas de medicina a formular sus propios planes para cambiar y para el mejoramiento de acuerdo con las recomendaciones internacionales;
- establecer un sistema nacional y/o internacional de asesoramiento y acreditación de las escuelas de medicina para asegurar un mínimo de calidad en los programas de las escuelas de medicina, y
- salvaguardar la práctica en medicina y su creciente internacionalización, a través de normas internacionales de educación médica bien definidas.

39 World Federation of Medical Education. Basic Medical Education. WFME global standards for quality improvement. Denmark 2003.

El documento plantea como directrices que:

- *la calidad de los programas de las escuelas de medicina deberá enfatizar el mejoramiento y proveer dirección para llevar adelante los contenidos centrales del currículum médico que consisten en la teoría y práctica fundamental de la medicina, específicamente biomedicina básica, ciencias del comportamiento y sociales, habilidades clínicas generales, habilidades de decisión clínica, habilidades de comunicación y ética médica, y*
- *ubicar la educación médica sobre la base de normas internacionales compartidas facilitará profundamente el intercambio de estudiantes de medicina y la aceptación de médicos en otros países.*

En el año 2004, la WHO y la WFME<sup>40</sup> crearon un grupo de trabajo para la elaboración de los lineamientos para la acreditación de la educación médica de grado, los cuales fueron publicados en el 2005<sup>41</sup>. Los fundamentos principales de ambos organismos acerca de los lineamientos para la acreditación de la educación médica son:

- el uso de estándares específicos;
- el empeño por crear transparencia de los sistemas de acreditación, y
- el compromiso de los socios relevantes en dichos procesos.

Los lineamientos también incluyen recomendaciones concernientes al sistema de acreditación tales como:

- requerimientos fundamentales;
- marco legal;
- estructura organizacional;
- estándares o criterios que serán utilizados, y
- necesidad de anuncio público sobre las decisiones y beneficios de la acreditación.

Los elementos principales considerados para llevar adelante el proceso de acreditación incluyen:

- la auto-evaluación de las escuelas de medicina;
- una evaluación externa basada en el reporte de la auto-evaluación y con visita a la escuela;
- reporte final del grupo evaluador externo conteniendo recomendaciones relacionadas con la decisión sobre la acreditación, y
- decisión sobre la acreditación.

Un reporte final de evaluación sería elaborado por el grupo revisor externo, tomando en consideración el análisis y las recomendaciones de la institución educativa, formuladas en el reporte preliminar.

---

40 WFME. Promotion of accreditation of basic medical education. A programme within the Framework of the WHO/WFME Strategic Partnership to Improve Medical Education. University of Copenhagen. November 2005.

41 WHO/WFME. Guidelines for accreditation of basic medical education. Geveva/Copenhagen. 2005.



La conducción de un proceso de acreditación de acuerdo a los lineamientos de la WHO/WFME podría conducir con el tiempo a un reconocimiento internacional de la institución y de sus programas educativos. En el futuro, se pretende que la información de los resultados de los procesos de acreditación esté incluida en una base de datos de profesiones de la salud.

El documento sobre lineamientos de acreditación citado también pone en claro que el desarrollo de estos procesos de acreditación dependerá en gran parte de los recursos financieros de las instituciones involucradas.

## 4.2. La acreditación en Estados Unidos y Canadá

El proceso de evaluación de carreras de grado tanto en Canadá como en EEUU es llevado a cabo por agencias específicas de las disciplinas. El *Liaison Committee on Medical Education* (LCME) es la autoridad reconocida en los EEUU y el *Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools* (CACMS) en Canadá para acreditar los programas que otorgan el título de médico. De esta manera, las propias asociaciones médicas de ambos países son las que realizan la evaluación desde una asociación que reúne representantes de los colegios profesionales y las facultades de medicina de los dos países, con presidencia rotativa.

La acreditación realizada por el Comité de Enlace sobre Educación Médica (LCME) es necesaria para que las escuelas reciban fondos federales para la educación médica y participen de programas de préstamos federales. La mayoría de las juntas estatales de licenciatura requieren que las escuelas de medicina de EEUU estén acreditadas por la LCME, como condición para obtener la licencia de sus graduados.

Hoy día, la acreditación en EEUU es un proceso al cual las instituciones acceden a través de una evaluación extensiva de pares de acuerdo con la aceptación de los estándares de calidad educativa que se encuentran contenidos en el documento *Functions and structure of a Medical School*<sup>42</sup>.

Los estándares que deben satisfacer las carreras para ser acreditadas están agrupados en las siguientes dimensiones:

- objetivos;
- gobierno;
- administración: general, ubicación geográfica de los programas;
- programa educacional: duración, diseño y control, contenidos, evaluación de los logros estudiantiles, seguimiento académico;
- estudiantes: admisión, becas y ayudas financieras, bienestar estudiantil, servicios estudiantiles de salud, y
- recursos para el programa educacional: finanzas, instalaciones, cuerpo académico, biblioteca, instalaciones para la enseñanza clínica.

42 Liaison Committee on Medical Education. Rules of procedure. July 2009.

Los estándares se presentan organizados en tres grupos: los *debe* –88 estándares–, diferenciándolos de los *debería* –82 estándares– y los *puede* –10 estándares–. Esta clasificación actúa como una ponderación al señalar el peso diferente que los componentes de cada estándar deben merecer.

Los estándares son revisados cada cuatro años a través de consultas a estudiantes, profesores, autoridades de salud, administradores de hospitales y autoridades universitarias.

Para facilitar el trabajo de los comités se ha creado una versión narrativa para algunos estándares seleccionados, indicando:

- las fuentes a las que se puede recurrir para formular los juicios evaluativos;
- la situación de la carrera con relación a la evaluación y acreditación institucional que corresponde a otras agencias y al Departamento Nacional de Educación;
- qué se entiende por coherencia y coordinación del curriculum;
- cómo evaluar el seguimiento real del desarrollo del plan de estudios, y
- qué elementos considerar en la formación pedagógica de los profesores.

El término de la acreditación plena es de ocho años. Un año antes del vencimiento de la acreditación se requiere a la carrera una actualización de la base de datos y una autoevaluación que organice la visita del comité de pares. Durante el término de la acreditación la Comisión evaluadora puede requerir informes de avance o realizar cortas visitas sobre temas específicos.

La *acreditación provisoria* corresponde a las carreras que habiendo o no obtenido en alguna oportunidad la acreditación plena no cumplen satisfactoriamente con las condiciones previstas por los estándares pero pueden superar estas dificultades parciales en un tiempo que la Comisión considera adecuado para no suspender la acreditación del programa. La acreditación provisional corresponde a las carreras que no han concluido su ciclo de dictado y deben presentar informes y base de datos anualmente.

Existe una cuarta situación de renuncia a la acreditación inmediata o a término, situación que debe ser comunicada por el programa a los estudiantes que participan de él y a los candidatos. La Comisión de Acreditación comunica esta situación también al Departamento de Educación para que determine, junto con los responsables del programa, cómo serán resguardados los derechos de los alumnos.

La publicación de los informes de acreditación que resultan de los plenarios de la Comisión queda a criterio de las carreras evaluadas. Sólo aparece en la página Web de la Comisión la situación de la carrera y las fechas de las próximas visitas.

La Comisión de Acreditación CACMS-LCME ha diseñado los siguientes instrumentos para que las instituciones formalicen sus presentaciones:

- la organización de la información en las bases de datos;
- la autoevaluación que debe presentar la carrera;
- la autoevaluación que deben presentar los estudiantes; son cuatro autoevaluaciones; una de los estudiantes de cada año;

- una guía para los pares denominada *cómo redactar un informe de evaluación*, que tiene dos modalidades: una para el informe derivado de un proceso de acreditación plena y otra para los informes de visita parciales;
- una publicación que incluye los estándares en su versión completa y en su versión narrativa, y
- un *borrador* de ponderación de los estándares.

Aunque los informes de acreditación no se hacen públicos en su texto completo, los datos de las bases que entregan las universidades a las agencias acreditadoras son sistematizados y actualizados periódicamente.

La Asociación de Facultades de Medicina de Canadá tiene una oficina de investigación e información que sistematiza la información relacionada con la investigación médica, datos de alumnos y residentes, profesores y candidatos, desde 1986.

La Asociación de Médicos de Canadá y Estados Unidos publica en su periódico mensual trabajos personales de sus miembros con análisis de los procesos de educación médica y de evaluación.

El Colegio de Médicos de Canadá ha organizado una base de datos denominada CAPER con los datos de las carreras de posgrado. La misma se actualiza a través de encuestas anuales a los programas y tiene un acceso restringido porque se vende a investigadores y asociaciones con interés en la medicina.

Como resultado del uso de esta base se han publicado diversos estudios, uno de los cuales establece un *ranking* a las carreras de medicina según criterios propios desagregados en variables que reciben una ponderación numérica. Esta publicación es de gran circulación y se complementa con la información disponible de la publicación institucional de cada universidad.

La Comisión de Acreditación CACMS-LCME ha acreditado 131 programas en EEUU y 17 –todos los que se dictan– en Canadá<sup>43</sup>.

Un dato a considerar en Canadá es la articulación entre las escuelas de medicina, el sistema nacional de salud y las comisiones evaluadoras, cuya actuación no es obligatoria, aunque la necesidad e importancia de la evaluación es unánimemente reconocida y las tres instancias trabajan no sólo en la definición de los perfiles que resultarán del cumplimiento de los estándares para los programas de grado y de cada especialidad, sino también en la asignación de recursos y la regulación del sistema para la distribución geográfica de los profesionales formados. Las comisiones de acreditación explican esta articulación consensuada por el carácter público de las instituciones involucradas y la responsabilidad de los gobiernos provinciales en la formación de profesionales y la salud pública.

Con esta triple articulación, sumada a los exámenes centralizados y únicos que los alumnos deben rendir antes de ingresar al grado y a las residencias, en Canadá existen, al menos, tres modelos de diseños curriculares o propuestas de formación orientados en:

- enfoques de Medicina basada en la evidencia y la investigación como estructurantes del plan –Universidad de Calgary–;

43 <http://www.lcme.org/pubs.htm> ; <http://www.carms.ca/fre/index.shtml>.

- práctica y la investigación clínica- ateneos y casos clínicos -Universidad Mc Gill;
- aprendizaje basado en problemas, especialmente en las facultades de la zona francesa Universidad Mc Master, Sherbrooke y Laval;

Las otras carreras combinan con mayor o menor coherencia algunas de estas orientaciones y proponen organización de contenidos por sistemas o líneas más tradicionales de ciclos y disciplinas.

### 4.3. El Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias para el Mercosur (ARCU-SUR). La Red de Agencias Nacionales de Acreditación (RANA)

El Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias para el Mercosur, (ARCU-SUR) es un sistema creado para la acreditación de carreras universitarias en los países participantes del Mercado Común del Sur (MERCOSUR): Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay como miembros plenos y Chile y Bolivia como miembros asociados. Recientemente se han incorporado al sistema Venezuela y Colombia.

Este sistema tiene como marco normativo e institucional el Tratado de Asunción (1994) que crea el Mercosur, establece el Mercosur Educativo como una de sus instancias y la Reunión de Ministros de Educación de los países participantes como máximas autoridades.

Este sistema incorpora y continua la experiencia del Mecanismo Experimental de Acreditación regional de carreras universitarias (MEXA), que se aplicó en un número limitado de 5 carreras de agronomía, ingeniería y medicina por país y que concluyó en el año 2004 con 62 carreras acreditadas regionalmente: 19 de agronomía, 29 de ingeniería y 14 de medicina.

Las bases orientadoras para la constitución del Sistema ARCU-SUR fueron definidas en el *“Memorándun de entendimiento para la creación e implementación de un sistema de acreditación de carreras universitarias, para el reconocimiento de las respectivas titulaciones, en el Mercosur y Estados Asociados”*<sup>44</sup>, aprobado en la XXXIII Reunión de ministros de educación de 2007, en Montevideo, Uruguay. Este Memorándum, suscrito entre los Ministros de Educación, asumió posteriormente el carácter de *Acuerdo* entre los países a través de una Decisión del Grupo Mercado Común. La Decisión N° 17/08 suscrita en San Miguel de Tucumán, Argentina, el 30 de junio de 2008, aprueba el texto que fija las bases definitivas del Sistema ARCU-SUR, cuyos puntos centrales son:

- la adhesión al Sistema es de carácter voluntario y podrán solicitarla las instituciones oficialmente reconocidas y habilitadas para otorgar los respectivos títulos, de acuerdo a la normativa legal de cada país y que tengan egresados;
- el Sistema dará garantía pública en la región, del nivel académico y científico de los cursos, por lo cual los criterios y perfiles se definirán de manera tanto o más exigentes que los que se aplican en los países;



- el perfil del egresado y los criterios regionales de calidad serán elaborados por Comisiones Consultivas por titulación. Estas son propuestas y coordinadas en su funcionamiento por la RANA, y designadas por la Comisión Regional coordinadora de la Educación Superior, que es también la instancia que aprueba sus documentos;
- el proceso de acreditación comprende una autoevaluación por parte de la carrera, una evaluación externa por comités de pares y una resolución de acreditación, de responsabilidad de la Agencia Nacional de Acreditación, y
- la acreditación tendrá vigencia por un plazo de seis años y será reconocida por los Estados Miembros del MERCOSUR y los Asociados, que adhieran al Acuerdo.

Para el desarrollo de las tareas de acreditación, en cada país se ha comprometido a las agencias de evaluación y acreditación oficialmente reconocidas por la legislación de los países participantes, que han configurado la Red de Agencias Nacionales (RANA). Los procedimientos del ARCU-SUR se acuerdan en reuniones trimestrales, que tienen también la función de informar y monitorear las acciones de responsabilidad conjunta. La coordinación de las actividades es ejercida por la Agencia del país sede de la Secretaría *pro-témpore* del MERCOSUR Educativo, que rota semestralmente entre los países miembros.

Este sistema se organiza por convocatorias periódicas a diversas titulaciones simultáneamente en todos los países que adhieren al mismo: la convocatoria a la acreditación de carreras de medicina se abrirá en marzo de 2010 y alcanzará a 80 carreras de la Región aproximadamente.

Simultáneamente a estos procesos de acreditación regional, reconocidos por las agencias y los ministerios respectivos, se está avanzando en los acuerdos para el reconocimiento recíproco de los títulos de los egresados de las carreras acreditadas para el ejercicio profesional en los otros países.

Estos acuerdos de reconocimiento recíproco se sostienen en la *razonable equivalencia* de la formación impartida por cada una de las carreras acreditadas, dado que todas ellas cumplen con el *perfil de egresado y los criterios de calidad* elaborados por comisiones consultivas de expertos de los países firmantes que conforman los documentos de dimensiones, componentes, criterios e indicadores para cada titulación<sup>45</sup>.

Se transcribe a continuación el perfil de egreso y competencias que se ha acordado y parte del listado de contenidos exigidos, vinculados a la orientación hacia la APS.

### **PERFIL Y COMPETENCIAS DEL EGRESADO**

El perfil del egresado debe guardar concordancia con las definiciones institucionales y es de dominio público. A través de la definición del Perfil del Egresado se identifican los conocimientos, capacidades, habilidades, actitudes y competencias prioritarias de la formación de la carrera. Dicho perfil se expresa en los procesos enseñanza-aprendizaje y en los objetivos que ha definido cada carrera.

45 Los Documentos de Dimensiones, Componentes, Criterios e Indicadores pueden consultarse en [www.sicmercosur.mec.gov.br](http://www.sicmercosur.mec.gov.br) o en las páginas web de cada una de las Agencias.

- el propósito u objetivo de la Carrera de Medicina será lograr un profesional médico general que tenga incorporados en su quehacer los principios de la ética, visión humanística, sentido de responsabilidad y compromiso social, que esté preparado para detectar y responder a las necesidades de la sociedad y que tenga actitudes, conocimientos, y habilidades para el desarrollo de las siguientes competencias: Contribuir a la conservación de la vida y del medio ambiente en el ámbito de la salud promoviendo estilos de vida saludables;
- asumir una conducta ética frente al paciente, el equipo de salud y la comunidad, respetando la dignidad y privacidad de las personas;
- reconocer y respetar la diversidad de costumbres, etnias, creencias e ideas de las personas;
- respetar las normas legales que regulan la práctica profesional;
- actuar en la protección y promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y rehabilitación de las personas;
- diagnosticar y tratar correctamente las enfermedades del ser humano en todas las fases de su desarrollo, teniendo en cuenta criterios de prevalencia y potencial mórbido;
- reconocer, derivar y/o referir adecuada y oportunamente pacientes portadores de problemas, que están fuera del alcance de su competencia;
- valorar el uso de la anamnesis y el examen físico y psíquico como elementos fundamentales de la práctica médica;
- realizar procedimientos clínicos y quirúrgicos indispensables en la atención inicial de las urgencias y emergencias;
- resolver problemas en diferentes niveles de atención de salud, con énfasis en la estrategia de atención primaria;
- considerar las relaciones de costo-beneficio y riesgo-beneficio en las decisiones de todos los procedimientos médicos;
- abordar los múltiples aspectos de la relación médico-paciente, desarrollando la capacidad, sensibilidad y pertinencia en la relación con el paciente, sus familiares y el equipo de salud;
- desarrollar habilidades de comunicación oral, escrita y verbal con el paciente, su familia, el equipo de salud y el entorno, en la(s) lengua(s) que corresponda en el ámbito de su práctica;
- constituir y trabajar en equipos de salud multiprofesionales e intersectoriales reconociendo las competencias y compartiendo las responsabilidades con los demás integrantes;
- interpretar, intervenir y contribuir, en el marco de su competencia, para mejorar la realidad social;
- desarrollar actividades educativas en el área de la salud;
- aplicar los principios básicos de administración y gestión de programas de salud;
- autoformarse y autoevaluarse durante toda su vida profesional;

- emplear el razonamiento crítico en la interpretación de la información, en la identificación del origen y resolución de los problemas de la práctica médica;
- utilizar metodología científica en la práctica profesional;
- abordar críticamente la dinámica del mercado de trabajo, las políticas y la legislación vigente en materia de salud;
- uso de al menos dos idiomas (uno de ellos el inglés científico-técnico) en el nivel de comprensión del idioma escrito;
- uso de las computadoras y de los recursos afines de la informática;
- estar dispuesto para participar en la producción de conocimientos en el ámbito de su práctica, y
- evaluar y conocer la realidad sanitaria de su medio y adecuar sus acciones a la misma gestionando con el paciente las soluciones a los problemas planteados.

### CONTENIDOS CURRICULARES

Los contenidos curriculares contemplarán los aspectos éticos, científicos, técnicos y psicosociales indispensables para la práctica profesional.

En la selección de los contenidos, se tendrá en cuenta también el enfoque epidemiológico en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de las personas y la rehabilitación de los enfermos. Debe considerarse un adecuado equilibrio entre los aspectos individuales y colectivos y entre los curativos y preventivos.

Los contenidos curriculares, que se presentan a continuación deberían estar integrados en forma vertical y horizontal:

- bases moleculares y celulares de los procesos normales y patológicos, la estructura y función de los tejidos, órganos, sistemas y aparatos;
- procesos morfo-funcionales propios de los seres humanos –gestación, crecimiento, desarrollo, envejecimiento y muerte–;
- determinantes biológicos, ambientales, socio-culturales, psicológicos, éticos y legales, a nivel individual y colectivo del proceso salud-enfermedad;
- el proceso de salud enfermedad en la población en sus aspectos determinantes, en su ocurrencia y las acciones de intervención;
- propedéutica médica, historia clínica integral: anamnesis, examen físico, conocimiento fisiopatológico de signos y síntomas;
- clínica: elaboración diagnóstica, diagnóstico diferencial, propuesta y conducta terapéutica, pronóstico y evolución de las enfermedades en todas las etapas del ciclo biológico, considerando criterios de prevalencia y potencial mórbido;
- urgencias y emergencias;
- diagnóstico temprano, recuperación y rehabilitación;
- promoción de la salud y de estilos de vida saludables, y
- aspectos médico-legales relacionados con la práctica profesional.

Los diferentes países que participan del MERCOSUR educativo<sup>46</sup> han combinado sus procesos nacionales de acreditación de diferentes maneras para evitar reiteración y superposición de acciones que podrían tender a burocratizar los procesos y disminuir su impacto en la calidad. Algunos han ideado y aplicado mecanismos de homologación de los procesos o resultados y otros han conformado comités de pares que realizaron un doble trabajo aplicando las normas nacionales y regionales en dictámenes diferentes o integrados.

#### 4.4. Los criterios y los acuerdos de la Red Iberoamericana de Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES)

RIACES, como red iberoamericana para la acreditación de la calidad de la educación superior, está conformada por los organismos subregionales de evaluación de la calidad de cada país reconocidos en los respectivos gobiernos, las oficinas gubernamentales relativas a la acreditación y los organismos internacionales que se dedican a la educación superior y actúan en la región iberoamericana. Está organizada con una presidencia rotativa y un secretariado que administra la oficina técnica.

La internacionalización de la educación superior en los espacios regionales así como la transnacionalización de la oferta universitaria y la necesidad de dar cuenta de la garantía pública de la calidad, ha llevado a RIACES a la organización de una experiencia de acreditación regional de carreras de grado universitarias que, a la vez que aprovecha lo realizado por el MEXA-ARCU-SUR, agrega particularidades que avanza en la combinación acreditación nacional/acreditación regional sin duplicar procesos y permite a las instituciones obtener, renovar o mejorar su condición de acreditadas.

Se respeta y aprovechan las acciones de autoevaluación realizadas y se hace participar de los juicios de evaluación externa o visita de Comités de Pares, a los expertos de toda la Región.

Con el fin de definir los criterios de acreditación de las titulaciones de agronomía, medicina e ingeniería para la Región Iberoamericana, se realizaron en 2006 y 2007 talleres denominados de *Armonización de criterios*, en Quito y Buenos Aires respectivamente. Esa denominación respondió a la idea de considerar no sólo los criterios definidos por el MERCOSUR sino los definidos por cada país integrante de la Red para sus procesos nacionales.

Como resultado de estos talleres, donde se expusieron los criterios y procedimientos de las agencias nacionales participantes para la evaluación y acreditación de carreras de grado en sus respectivos países, así como la experiencia MEXA, se acordaron los perfiles de egreso y criterios regionales para la acreditación de carreras de estas titulaciones, denominados en adelante *Documentos de Criterios Armonizados* y se acordó la realización de una experiencia de acreditación regional en base a los siguientes acuerdos<sup>47</sup>:

46 IES: Institución de Educación Superior; ANA: Agencia Nacional de Acreditación.

47 RIACES. Programa CNA-RIACES para la Acreditación Internacional (Regional) de Programas de Pregrado. Bogotá, noviembre del 2008.



- las carreras de grado de medicina deberán formalizar su decisión de participar en la experiencia, presentar un **Informe de Autoevaluación** considerando el cumplimiento de los criterios armonizados RIACES cuyo formato, como el de la guía de pares, se basa en los documentos nacionales de los países participantes;
- los comités para la evaluación externa quedarán compuestos por expertos de las titulaciones medicina y agronomía que hayan participado en los talleres de armonización regional RIACES;
- participan de esta primera experiencia regional carreras de las titulaciones de medicina y agronomía, una de cada titulación por país miembro de RIACES, que lo solicite voluntariamente a través de la agencia nacional. Las agencias recibirán el informe de autoevaluación de parte de las carreras participantes y lo enviarán a los integrantes de los comités de pares;
- las guías que utilizan los pares, se elaboraron sobre la base de los documentos nacionales de los países participantes y del MERCOSUR desde la coordinación técnica de la experiencia. Estas guías son de uso obligatorio para los comités ya que organizan la emisión de juicios profundos y homogéneos sobre el cumplimiento de criterios y facilitan de ese modo la equivalencia de los dictámenes. Se envían a las agencias participantes para que éstas las pongan a disposición de los pares una vez constituidos los comités;
- el formato del informe solicitado a los pares y el del dictamen de acreditación debe ser consensuado entre las agencias participantes a fin de homogeneizar el alcance de la acreditación y la información al público, y
- cuando los pares hayan realizado la visita y tengan listos sus informes de evaluación en el formato de la guía, lo enviarán a la agencia correspondiente que lo remitirá al comité directivo de RIACES. Este habrá organizado la actuación de un grupo compuesto por tres directivos o técnicos de RIACES o agencias nacionales, nominados por la comisión directiva para realizar un control interno o consistencia de procedimientos sobre los aspectos técnicos evaluativos aplicados en cada evaluación, con el propósito de asesorar a las agencias nacionales en nombre de la Red.

### EL PERFIL FUNDAMENTAL DEL MÉDICO DEFINIDO POR RIACES

El perfil del médico definido por RIACES incluye las siguientes orientaciones para que los egresados tengan capacidad como:

- generalista, con sólidos fundamentos científico-técnicos, y con formación ética y humanista;
- con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje de la formación médica;
- con capacidad de reconocer las diferencias entre situaciones médicas que puedan asumir; aquellas que deban derivar y las que obligatoriamente deban resolver y con énfasis en la solución de urgencias no derivable;
- con conocimiento amplio y de aplicación en las diferentes realidades epidemiológicas y culturales en las que ejerza su servicio;



- con formación en la atención integral del paciente, la familia y la comunidad, en los ámbitos de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; con un enfoque bio-psico-social-ambientalista;
- con capacidad de reconocer y respetar la dignidad y privacidad de las personas y la diversidad de costumbres, etnias, ideas y saberes sobre el proceso salud-enfermedad;
- con capacidad para identificar e intervenir sobre los diferentes factores que integran la problemática del fenómeno salud-enfermedad (biológicos, psicológicos, sociales y económicos);
- con capacidad de considerar las relaciones de riesgo-beneficio y costo-beneficio en las decisiones respecto a todos los procedimientos médicos a prescribirse, tanto de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; basándose en evidencias científicas comprobables;
- con actitudes de comunicación para el paciente, la familia y la comunidad. Ser capaz de establecer comunicación verbal, no verbal y escrita con los pacientes, familiares, comunidad y el equipo de salud; y ser capaz de desarrollar actividades educativas;
- con habilidades técnico científicas comprobables;
- formado en pensamiento crítico, con capacidad de ejecutar o participar en proyectos de investigación, y de continuar y actualizar permanentemente su formación a través de postgrados o formación continua;
- con capacidad para aplicar conocimientos básicos de administración y gestión en servicios y programas de salud;
- con conocimientos y aptitudes para contribuir a la conservación de la vida y el medio ambiente en el ámbito de la salud y promover estilos de vida saludable, individuales y colectivos;
- ser capaz de trabajar en equipos de salud, multidisciplinarios y multiprofesionales;
- con criterios para abordar críticamente la dinámica del mercado de trabajo, y para aplicar las políticas, y la legislación vigente en materia de salud, tanto en materia de salud pública como del ejercicio profesional, y
- con actitudes que procuren su propia salud física y mental.

### **ESTRUCTURA BÁSICA DE LOS CURRÍCULOS**

De la misma manera como se identifica el perfil del médico deseado, RIACES señala las características generales que deberán contemplar los currículos:

- basados en la búsqueda de la armonía entre la ciencia, la técnica, los valores éticos y humanísticos y el arte clínico;
- con énfasis en prevención y promoción de la salud;
- proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en el alumno, en el aprendizaje pertinente y relevante, y con inclusión de actividades tendentes a la generación de conocimientos y tecnologías;



- con participación activa del estudiante en su propia formación, análisis de casos y en proyectos de investigación definidos a partir de la realidad epidemiológica de la localidad, la región o el país;
- con escenarios de formación práctica tanto hospitalarios como en centros de atención primaria de salud y comunidades, debidamente evaluados y valorados, y
- con integración vertical y transversal de los contenidos vinculados estrictamente al perfil de egreso declarado.

### CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

- contenidos verticales: formación básica, conocimientos pre-clínicos; conocimientos clínicos;
- internado o práctica final obligatoria. El internado debe centrarse, fundamentalmente, en las cuatro áreas principales: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría incluyendo, en cada una de ellas, medicina ambulatoria y urgencias, y un ciclo de actividades comunitarias, de APS, o de salud familiar, y
- contenidos transversales (ejes integradores) aseguran instancias específicas o espacios, los cuales tienen como objetivo la integración de asignaturas que dan sentido a la formación. Como mínimo deberían considerarse los siguientes contenidos:
  - formación ética y humanística (desarrollo humano);
  - Formación de pensamiento crítico y de investigación;
  - estrategias de Atención Primaria de Salud;
  - epidemiología;
  - salud pública (familiar, comunitaria y colectiva).
  - comunicación;
  - inglés técnico y de tecnologías de información y comunicación en los diferentes procesos académicos.
  - aspectos legales de la práctica médica, y
  - aspectos ligados al reconocimiento y respeto a la diversidad de costumbres, etnias, ideas y saberes sobre el proceso salud-enfermedad.

Se acuerda como duración mínima de la carrera un total de 5.500 “horas reloj” presenciales, distribuidas en seis años; incluyendo las horas de teoría, práctica, internado o práctica final obligatoria, pero excluyendo las horas destinadas a exámenes o pruebas.

### INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y LOGÍSTICA

Los diferentes procesos académicos deben disponer de centros académicos y de práctica en cantidad y calidad suficientes (hospitales, escuelas y servicios ambulatorios de atención primaria y secundaria); los cuales deben tener normas y ser periódicamente evaluados.

Los centros de práctica para los estudiantes deben poseer algún tipo de certificación oficial para la docencia.

### RESULTADOS DEL PROCESO DE FORMACIÓN E IMPACTO DE LA CARRERA

RIACES ha señalado los resultados siguientes que espera obtener con las evaluaciones de impacto de los procesos formativos:

- existencia de mecanismos de monitoreo de los procesos académicos: tasas de retención, de aprobación, de titulación, tiempo de egreso;
- capacidad de absorción de los graduados por parte del sistema de salud, público y privado, e incorporación de los mismos a actividades académicas y de la comunidad científica;
- influencia de los graduados en la generación de mejoras en el sistema de salud.
- los programas de investigación y de extensión guardan relación con la problemática del entorno, y
- los resultados de esta evaluación de impacto son considerados para la revisión curricular.

Dado que RIACES es una red de agencias y no una agencia evaluadora internacional la acreditación como decisión administrativa corresponde a la agencia del país, siendo de cumplimiento acordado la aplicación de los criterios armonizados y la presencia de pares de otros países en los comités de evaluación.

Como consecuencia de estas experiencias, resultó acreditada una carrera de medicina en Perú, otra en Colombia y una más en Ecuador con la participación de comités compuestos por representantes de ocho países. Más allá de lo aparentemente reducido del número de carreras acreditadas, se destaca que a través de esta actividad de RIACES se ha iniciado e impulsado la acreditación de carreras de grado en países con actividades incipientes en estas etapas o no iniciadas como Ecuador y Perú que toman ahora los instrumentos y procedimientos acordados regionalmente como normas nacionales.

También se destaca que los países participantes son los tres de América del Sur que no están orgánicamente incluidos en el Sistema ARCU-SUR pero que han avanzado con esta experiencia en la adopción de mecanismos, procedimientos y documentos comunes o complementarios de manera de ampliar el impacto de las acciones de acreditación y de reconocimiento recíproco en la región del Sur.

## 5. LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

### 5.1. Propósitos de la convocatoria OPS: la encuesta y la Reunión de Lima

Como se ha señalado en la primera parte de este libro, las orientaciones y mandatos emanados de los cuerpos directivos de la OPS y la OMS inducen al Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud a trabajar mecanismos de cooperación técnica para fortalecer los procesos de acreditación de los programas de formación de médicos de América Latina y el Caribe.

Como acción inicial se convocó a los países con experiencias en procesos de evaluación y acreditación a responder una encuesta, que permitiera conocer el avance y las dificultades de dichos procesos y analizar su incidencia en la calidad de los programas de formación de médicos en la Región.

Con la sistematización de los resultados de la encuesta, se organizó una reunión con las agencias de acreditación de mayor experiencia de América Latina. Esta reunión fue realizada en Lima, Perú en julio de 2009 y se presenta a continuación un resumen de los principales datos obtenidos a través de la encuesta. Se incluyen como anexos la encuesta, y el listado de los participantes de la reunión.

La encuesta había sido enviada con anticipación a las agencias nacionales de acreditación y a la *Secretaría pro tempore* del MERCOSUR Educativo —con sede en Paraguay en ese momento— a fin de recolectar información básica y actualizada sobre los procesos de acreditación de carreras de medicina, tanto regionales como nacionales, así como las definiciones del perfil y los estándares de acreditación acordados para las evaluaciones y acreditaciones.

Al sistematizar la información provista por las encuestas se obtuvieron los siguientes resultados expresados de manera resumida:

**Tipo de instituciones:** todas las agencias, comisiones u organismos encargados de la acreditación reconocen alguna vinculación con el Estado: cuando se trata de organismos nacionales o estatales han sido creados por leyes nacionales, cuando son instituciones de gestión privada deben ser autorizados por instancias gubernamentales para llevar adelante los procesos. Estas últimas cuentan con algún tipo de control por parte del estado.

**Obligatoriedad:** la acreditación es obligatoria para las carreras de medicina en cinco de los países participantes de la reunión y se identifica una tendencia a extender la obligatoriedad de la acreditación en las carreras de salud en todos los países. A continuación se muestra la situación actual:

**Agencias acreditadoras por país y la obligatoriedad de la acreditación**

Agencia	País	Obligatoriedad
CONEAU	Argentina	SI
DEGES/SGTES/MS	Brasil	NO
CNA	Chile	SI
CNA	Colombia*	NO
CCA	Costa Rica	NO
CONAEM	México	NO
CONEAU	Perú	SI
ANEAES	Paraguay	SI

Fuente: Encuesta OPS y presentación de los países al mes de julio de 2009.  
\*Obligatoria para el registro, voluntaria para el reconocimiento de alta calidad.

**Año de inicio de las actividades:** como se observa en el cuadro que aparece debajo, la creación de estos organismos es reciente en la mayoría de los casos. El desarrollo efectivo de los procesos de acreditación de carreras de medicina, dado que las agencias desempeñan también otras funciones o han tomado un tiempo para conformarse y establecer sus procedimientos, es más reciente aún y aparece indicado en la columna “año inicio”.

En el cuadro se presenta además, el resumen con el año de creación de la agencia, el número de carreras de medicina que se dictan, el número de las que se han acreditado, el año de inicio de la acreditación en el país y la duración o vigencia de la acreditación.

**Situación de acreditación de las carreras de medicina por país en la Región**

Agencia	País	Creación	Se dictan	Acreditadas	Año inicio	Duración / vigencia
CONEAU	Argentina	1996	36	36	2000	3 a 6 años
DEGES/SGTES/MS	Brasil		176	57*		3 años
CNA	Chile	1995	14	14	2000	2 a 7 años
CNA	Colombia	1992/95	58	19	1998	4 a 10
CCA	Costa Rica	2003	8	3	2008	
CONAEM	México	1991	80	57	1994	5 años
CONEAU	Perú	1999	29	26	2001	5 años
ANEAES	Paraguay	2003	10	1	2004	5 años

Fuente: Encuesta OPS y presentación de los países al mes de julio de 2009.  
\* En proceso de trámite de reconocimiento del MEC.



### PROPÓSITOS DE LA ACREDITACIÓN

Entre los propósitos de las acciones de evaluación y acreditación, tanto de las agencias como de los programas y carreras, se señalaron los siguientes:

- dar fe pública de la calidad de los programas;
- certificar y asegurar la calidad de la formación;
- elevar la calidad de los programas, y
- legitimar los procesos de acreditación.

### METODOLOGÍA

Se observa la similitud de los procedimientos que han definido las agencias y comisiones de acreditación para los procesos en los diferentes países:

- autoevaluación,
- visitas externas de comités de pares,
- planes de mejora.

### DEFINICIÓN DE LAS NORMAS

Las normas para la acreditación, también denominadas alternativamente estándares o criterios para la acreditación, son definidas por:

- asociaciones de decanos o de facultades y escuelas de medicina;
- comisiones consultivas o de asesores de las agencias;
- guías de buenas prácticas como la desarrollada por la red mundial de agencias denominada *Internacional Network Quality Assurance in Higher Education (INQAAHE)*, y
- Según los resultados de la encuesta, no está suficientemente desarrollada todavía la relación de trabajo de las agencias con los ministerios de salud, para definir aspectos puntuales como la definición del perfil del médico que necesitan los países para encarar las necesidades de salud en las acciones sanitarias de los países.

### APLICACIÓN DE LAS NORMAS

Las agencias o comisiones ministeriales encargadas de la legislación para llevar adelante los procesos de acreditación y aplicar la normativa pueden ser:

- Una sola agencia gubernamental que define procedimientos e instrumentos para cada disciplina —Argentina, Paraguay, Brasil, Chile—, hasta la ley del 2007.
- Agencias por cada rama o disciplina autorizadas por los procedimientos que define cada país —México, Chile—.

### **BENEFICIOS DE LA ACREDITACIÓN**

Los beneficios de la acreditación para la formación de los médicos que se señalaron fueron los siguientes:

- reconocimiento público de la calidad;
- extensión a otros programas institucionales;
- utilización de los servicios de salud para fines educativos, sólo en el caso de que los programas estuviesen acreditados;
- algunos ministerios de educación como los de Argentina y Chile, subsidian los planes que presentan las carreras para lograr la mejora;
- becas gubernamentales;
- prioridad para las políticas públicas, y
- asignación de puntaje adicional a los egresados.

### **FINANCIAMIENTO**

En la mayor parte de los países, la acreditación se realiza con fondos gubernamentales y en algunos casos está a cargo de las instituciones universitarias.

### **AVANCES Y DIFICULTADES DE LA ACREDITACIÓN**

La información volcada en las encuestas y sintetizada aquí revela un notable avance en las acciones de acreditación en los países encuestados, dado el corto plazo transcurrido desde el inicio y el trabajo que demanda la instalación y el reconocimiento de su necesidad y legitimidad.

Este reconocimiento no impide señalar que se han detectado también algunas dificultades tales como:

- procedimientos demasiado minuciosos;
- muchas variables e indicadores para considerar;
- base de datos insuficientes o no disponibles;
- falta de programas de fomento;
- demoras, y
- altos costos.

### **DESAFÍOS A ENFRENTAR**

El análisis de las dificultades y los avances permite señalar algunos desafíos para la continuidad y profundización de las acciones. Ellos son:

- mejorar la efectividad y eficiencia del sistema;
- relacionar la acreditación o reválida de los títulos para el ejercicio profesional en otro país;



- evaluar el impacto de la acreditación;
- realizar encuentros regionales, internacionales e interinstitucionales que permita comparar las experiencias;
- sistematizar la información disponible y compartir la que se convenga;
- validar nuevos estándares para la acreditación, y
- disminuir el protagonismo de los hospitales como únicos centros docentes de práctica.

## 5.2. Síntesis de las presentaciones de los países

Los representantes de los países y agencias convocados, presentaron sus experiencias nacionales e hicieron consideraciones y reflexiones adicionales a lo expresado en la encuesta. Se sintetizan a continuación las exposiciones por país:

### ARGENTINA: Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU)

La CONEAU fue creada por la Ley de Educación Superior N° 24521 en el año 1995. Es un organismo gubernamental que tiene a su cargo la evaluación de instituciones universitarias y la acreditación obligatoria de carreras de posgrado y de algunas carreras de grado declaradas por el Ministerio de Educación como de riesgo público.

El título de médico fue el primero en ser incluido dentro de los correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, es decir, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes. En estos casos, se requiere que se respeten, además de la carga horaria mínima definida por el Ministerio de Educación, los siguientes requisitos:

- los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades y
- las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria.

La acreditación prevista en la Ley tiene una vigencia de seis años con la posibilidad de acreditación por tres años, cuando en la evaluación se observan déficits en el cumplimiento de los estándares a juicio de los pares o de la Comisión.

El perfil aprobado es el de un médico generalista. La Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA) ha formulado y revisado los criterios para la acreditación donde se establecen las competencias profesionales del médico organizadas en cuatro dimensiones: práctica clínica, pensamiento científico e investigación, profesionalismo, salud poblacional y sistemas sanitarios.

El proceso para la acreditación requiere de una primera instancia de autoevaluación. Durante esta instancia se recolecta y construye la información que respalda los juicios o reflexiones a los que arriban los actores involucrados.

Una segunda etapa de evaluación externa, realizada por pares, analiza el encuadre de la carrera en el marco de los criterios de calidad, a partir de la información aportada por la escuela o facultad y de las conclusiones a las que llegan luego de la visita a la carrera.

Las variables que se toman en cuenta están vinculadas con los siguientes aspectos: contexto institucional, plan de estudios y formación, cuerpo académico, alumnos y graduados, infraestructura y equipamiento.

El proceso de autoevaluación está a cargo, también en los aspectos de financiamiento, de las instituciones universitarias ya que se considera una acción relacionada con la mejora permanente. El proceso de evaluación externa de la carrera (acreditación) es solventado por el estado nacional, a través del presupuesto que le asigna anualmente a la CONEAU. Se pueden consultar los Estándares Medicina y otros documentos del proceso en la página web de la CONEAU<sup>48</sup>.

Durante la primera convocatoria a la acreditación de carreras de medicina (2000) se acreditaron 25 carreras de grado, 2 de ellas por el plazo de seis años. Además, desde el año 2000 a la fecha, se han acreditado 7 proyectos de carreras de medicina de los cuales, 6 se encuentran actualmente en funcionamiento y uno de ellos comenzará a dictarse próximamente. Hay 32 carreras de medicina acreditadas, ofrecidas por 30 instituciones universitarias.

El proceso de acreditación se relaciona con el reconocimiento oficial del título que habilita a los egresados de las carreras acreditadas para el ejercicio profesional en todo el territorio nacional. Además, el Ministerio de Educación ha apoyado mediante el otorgamiento de fondos la concreción de los planes de mejoramiento de las carreras declaradas de interés público.

## **BRASIL: Ministerio de Educación - MEC**

La evaluación para el reconocimiento de un programa de formación de médicos es realizada por un organismo gubernamental del Ministerio de Educación (MEC). Para su funcionamiento, este reconocimiento es obligatorio para las Instituciones de Educación Superior —IES— pertenecientes al Sistema Federal de Educación Superior.

El Sistema Nacional de la Educación (SINAES) tiene por finalidad la mejoría de la calidad de la educación superior, la orientación para la expansión de su oferta o aumento permanente de su eficacia institucional y efectividad académica y social y especialmente la promoción de un mayor compromiso y responsabilidad social de las instituciones de educación superior, por medio de la valorización de su misión pública, la promoción de los valores democráticos, el respeto a la diferencia y la diversidad, la afirmación de la autonomía y la identidad institucional.

48 <http://www.coneau.gov.ar/>.



Como propósito específico tiene la responsabilidad de avalar las instituciones, los cursos y el desempeño de los estudiantes, para lo cual ha definido una serie de instrumentos para la autoevaluación, evaluación externa, rendimiento de los estudiantes, el examen nacional (ENADE) y las evaluaciones de cursos de pregrado.

A través de éstas, se evalúan todos los aspectos relacionados con los procesos educativos, la investigación, extensión, responsabilidad social, el rendimiento de los estudiantes, la administración de la institución, la facultad y las instalaciones.

La evaluación se realiza cuando una institución solicita al Ministerio de Educación (MEC) la apertura de un curso. La realizan dos evaluadores identificados en la base de datos nacional, quienes siguen los parámetros de un documento que guía las visitas y los instrumentos para la evaluación *in situ*.

Existe una orientación gubernamental en las directrices de los planes nacionales para los cursos en medicina, impuesta por MEC en 2001 que describe en grandes rasgos el tipo de médicos que se debe formar:

*“formación general, humanista, crítica y reflexiva para lograr un profesional entrenado basado en principios éticos, en el proceso salud-enfermedad en sus distintos niveles de atención, con acciones de promoción y recuperación y mantenimiento de la salud y la prevención, con sentido de responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía, integral como promotor de salud de los seres humanos”.*

Brasil tiene 176 escuelas de medicina, y de ese total, 57 están tramitando el reconocimiento del MEC.

Los resultados de las evaluaciones han posibilitado conocer la calidad de los cursos e instituciones del país. Las informaciones obtenidas por el SINAES son utilizadas por las IES para la mejora institucional y la efectividad académica y social; por los organismos gubernamentales para orientar las políticas públicas y por los estudiantes y el público en general para orientar sus decisiones.

Además, la formación del médico debe contemplar el sistema de salud vigente en el país, la atención integral de la salud en un sistema regionalizado y jerarquizado, de referencia y contra-referencia y de trabajo en equipo.

Por otra parte, el Sistema Único de Salud (SUS) cuenta con el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en salud (PRÓ-SAÚDE), que busca incentivar las transformaciones de los procesos de formación, generación de conocimientos y prestación de servicios a la población y el abordaje integral de los procesos de salud y educación.

Para dichos fines, el SUS plantea algunas directrices curriculares como:

- las prioridades expresadas en el perfil epidemiológico y demográfico de las regiones del país;
- la implementación de políticas de capacitación de docentes orientada por el SUS;
- la formación de gestores capaces de romper con los actuales paradigmas de gestión, y
- la garantía de recursos necesarios para el desarrollo de la enseñanza, la investigación y la extensión.

## **CENTROAMÉRICA: Consejo Centroamericano de Acreditación de la Educación Superior, (CCA). País sede: Costa Rica**

El Consejo Centroamericano de la Educación Superior (CCA) creado en el 2003, es un organismo de segundo nivel —acreditador de agencias de acreditación— multinacional y multisectorial conformado por representantes nacionales de siete países desde Belice hasta Panamá, y por cinco sectores: académico estatal, académico privado, gubernamental, profesional y estudiantil.

El CCA es un organismo regional, sin fines de lucro; es la instancia encargada de conceder la acreditación y el reconocimiento regional a los organismos de acreditación que operen en cada país o en la Región<sup>49</sup>. Con el reconocimiento de su calidad éstas logran legitimidad en los procesos que llevan a cabo.

El modelo que rige el funcionamiento del CCA integra la lógica de tres procesos: el control de la calidad, la garantía de la calidad y la promoción de la calidad, equilibrando aspectos de orden interno (lo que se declara) y de orden externo (lo que se hace). Lo anterior se traduce en el cumplimiento de una serie de pautas obligatorias (35 de 61) y un mínimo de pautas complementarias (11), contenidas en el Manual de Acreditación.

Este modelo está sustentado en la guía de buenas prácticas de la Red de Agencias *International Network Quality Assurance in Higher Education* (INQAAHE) y los estándares de calidad del organismo de segundo nivel de México, el COPAES.

La metodología para la acreditación de la agencia acreditadora de cada país a se compone de tres fases:

- autoevaluación, por parte un equipo interno del propio organismo;
- evaluación externa para realizar un análisis e interpretación del informe de autoevaluación y el plan de mejora presentado, realizada por un equipo de evaluadores externos del CCA, conformado por expertos internacionales y un evaluador nacional del país sede de la agencia y,
- el informe del relator. Cada una se acompaña de guías técnicas e instrumentos. Estas mismas fases se utilizan en la evaluación de las carreras.

Los evaluadores internacionales son fundamentalmente miembros de las agencias de acreditación de la Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior, RIACES.

La primera acreditación oficial de agencia fue en el mes de agosto de 2008 en la que fue autorizado y reconocido el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (SINAES) de Costa Rica.

Para la acreditación de carrera, su universidad debe presentar a la agencia correspondiente de su país su informe de autoevaluación y plan de mejora, en cuya elaboración participan todos los sectores de la unidad académica. Estos documentos son analizados por la agencia, junto con el informe de los evaluadores externos. El Consejo del CCA, conformado por 12 miembros, 7 representantes por país y 5 representantes por sector, emite la Resolución de Acreditación posterior luego de un riguroso análisis de la documentación solicitada.

49 Leda Badilla Chavarría. Acreditación escuelas de medicina de la región centroamericana. Consejo centroamericano de Acreditación (CCA). Julio 2009.



No existe para Centroamérica una agencia de acreditación específica en medicina. En Centroamérica, solo Costa Rica tiene carreras acreditadas en medicina por medio del SINAES. Honduras ha evaluado carreras con fines de mejoramiento, por medio del SICEVAES.

En Costa Rica existen ocho escuelas de medicina, de las cuales tres están re-acreditadas. También hay una carrera de medicina acreditada por un período de dos años, sujeto al cumplimiento del plan de mejora. Estas han tenido el reconocimiento de la carrera profesional, mediante asignación de puntaje adicional cuando se compite por un puesto. Además, actualmente se sensibiliza sobre la importancia de otorgar prioridad a los estudiantes provenientes de carreras acreditadas para ocupar los campos clínicos en los hospitales.

No existen recomendaciones gubernamentales o del Colegio de Médicos para orientar el perfil, ni para involucrarse en los procesos de acreditación de grado, solamente en la certificación y recertificación profesional de especialistas.

La acreditación con el CCA es financiada por cada agencia de acreditación que se somete al proceso y la otra parte la cubre el CCA con los aportes de los sectores signatarios de su Convenio Constitutivo. En cuanto a las carreras de medicina, la acreditación la financia cada universidad.

A partir de la acreditación se ha dado un impacto en el mejoramiento de la formación académica de los médicos, debido al compromiso que adquieren las escuelas de medicina con los planes de mejoramiento, se han flexibilizado los modelos de evaluación, sin desmejorar la rigurosidad y se ha comenzado a conformar una cultura evaluativa, por lo que la resistencia a someterse a estos procesos disminuye.

Cierto nivel de resistencia o rechazo a la acreditación, ha sido la mayor dificultad encontrada, sumada al hecho de que los procesos de acreditación, tanto para las agencias, como para las carreras son costosos, en términos financieros y de tiempo.

Es necesaria una intensa difusión sobre la importancia de los procesos de aseguramiento y mejoramiento de la calidad, para que estos sean más participativos. En cuanto a las carreras de Medicina, los retos consisten en disminuir el protagonismo de los hospitales como únicos centros docentes de práctica, y que los estudiantes pueden practicar en otros espacios igualmente importantes, tales como centros de atención básica y general; el limitado cupo clínico en los hospitales y la necesidad de armonizar los procesos de selección a las carreras de medicina de grado y postgrado en las universidades públicas y privadas.

### **CHILE: Consejo Nacional de Acreditación (CNA)**

Desde el año 1999 se ha realizado la acreditación voluntaria de carreras de distintas profesiones bajo las normas establecidas por el Ministerio de Educación y la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado (CNAP) que fue reemplazada por el Consejo Nacional de Acreditación (CNA).

De las 27 carreras de medicina que se dictan en Chile según el estado de su acreditación se mencionan:

- diez carreras con acreditación vigente, cuatro por 2 años, una por 3 años, dos por 4 años, y una en cada una de las siguientes condiciones: 5, 6 y 7 años, y
- diecisiete carreras en proceso de re-acreditación.

Chile tiene un sistema de acreditación de carreras de grado que es obligatorio por ley para medicina y educación; pero voluntario para el resto. Se fundamenta en la evaluación de las condiciones y requerimientos del proceso de formación, en términos de cumplimientos de estándares.

El proceso de acreditación es realizado actualmente por un organismo gubernamental (CNA), pero la ley prevé la existencia y autorización de agencias acreditadoras especializadas en cada disciplina o profesión. Todavía no hay ninguna autorizada para evaluar carreras de grado de medicina.

Los comités de pares se integran con dos pares nacionales y un par de otro país con alto reconocimiento en la profesión y acordado entre las agencias nacionales respectivas.

La Ley N°20.129 establece la obligatoriedad de la acreditación de las carreras de medicina a partir del primer año de su funcionamiento.

Chile ha definido lineamientos de competencias sobre el perfil de médico deseado, resaltándose los siguientes:

- capacidad diagnóstica y terapéutica en los problemas de salud de mayor prevalencia en el país;
- competencia en el manejo de los protocolos y guías clínicas incluidos en el sistema de garantías explícitas en salud;
- manejo de los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de mayor relevancia para el cumplimiento de la política nacional de salud;
- conocimiento de los principios y valores que sustentan la política nacional de salud, tales como la estrategia de atención primaria de salud; el modelo de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitario; los roles del Ministerio de Salud, la Autoridad Sanitaria Regional y de los prestadores de servicios de salud; así como también los marcos legales que regulan la política nacional de salud;
- conocimiento de la administración básica de establecimientos de salud y de gestión clínica en un contexto de red asistencial, y el rol que le compete al médico cirujano;
- conocimiento de los aspectos relacionados con el desarrollo de los sistemas de calidad en salud, tales como los deberes y derechos de los usuarios, estándares de acreditación, sistemas de información y registros médicos; y,
- conocimiento en gestión participativa intersectorial en salud y de trabajo con la comunidad.

Este nuevo perfil busca adecuarse al nuevo modelo de atención, cuyas estrategias principales son el fortalecimiento de la atención primaria de salud; la transformación hospitalaria con énfasis en atención ambulatoria, la incorporación de la atención progresiva en los servicios clínicos y el uso de protocolos de atención y guías clínicas, y la rearticulación de la red asistencial.

Además de la obligatoriedad de la acreditación de las carreras, Chile ha logrado incorporar recientemente a la Ley de la Acreditación los programas de especialización en medicina.



## COLOMBIA: Consejo Nacional de Acreditación (CNA)

El CNA es un organismo de carácter gubernamental, conformado por siete académicos designados por el Consejo Nacional de Educación Superior y creado por la Ley N° 30 de Educación Superior de 1992 para orientar, coordinar y supervisar el Sistema Nacional de Acreditación, creado en la misma Ley.

Es un organismo autónomo en la toma de decisiones, que representa a la comunidad académica y científica del país y se encarga de promover y ejecutar la política de acreditación adoptada por el Consejo Nacional de Educación (CONACES) que comenzó sus actividades en julio de 1995 y forma parte del Sistema de Aseguramiento de la Calidad.

Este Sistema está integrado por el

- CONACES, encargado de la evaluación de las condiciones mínimas de calidad, de carácter obligatorio que conducen al Registro Calificado para el funcionamiento y creación de programas e instituciones, y
- CNA, que evalúa las características de alta calidad como eje de la acreditación voluntaria de programas e instituciones.

Adicionalmente existen en el Sistema de Aseguramiento otras instancias que sirven de apoyo a los procesos fundamentales, tales como el Observatorio del Mercado Laboral (OML), el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), los Exámenes de Calidad de la Educación Superior (ECAES) y las acciones y estrategias de Fomento de la Educación Superior.

Para su funcionamiento reciben financiación exclusivamente pública, a través del Ministerio de Educación Nacional.

La solicitud de registro calificado es obligatoria. Existen registrados en el Sistema 58 programas de medicina, de los cuales 19 cuentan con acreditación voluntaria de alta calidad, 7 con acreditación y 12 con re-acreditación.

La acreditación que instrumenta el CNA se define en la capacidad de las instituciones académicas de autorregularse, de participar activamente en su proceso de mejoramiento, para garantizar la prestación de un servicio de alta calidad. Es una estrategia legítima para el aseguramiento de la calidad que conlleva la rendición de cuentas.

Su propósito es *garantizar a la sociedad que las Instituciones de Educación Superior, que hacen parte del sistema universitario, cumplen con los más altos requisitos de calidad y realizan sus propósitos y objetivos*. Tiene como objetivos:

- ser un mecanismo para que las instituciones rindan cuentas ante la sociedad y el Estado sobre el servicio educativo que prestan;
- ser un instrumento mediante el cual el Estado da fe pública y fomenta la calidad de instituciones y programas;
- brindar información confiable a los usuarios de la educación superior;
- propiciar el mejoramiento de la calidad de la educación superior;

- propiciar la idoneidad y la solidez de las instituciones que prestan el servicio, y
- ser un incentivo para la comunidad académica al reconocer sus realizaciones.

El reconocimiento público que se otorga a un programa o institución acreditada representa un estímulo que conlleva una serie de ventajas. Se han establecido políticas especiales de estímulo a la acreditación: se otorga la Orden a la Educación Superior y a la Fe Pública Luis López de Mesa y la que es una distinción del gobierno nacional para cada programa acreditado, la Orden a la Educación Superior y a la Fe Pública Francisco José de Caldas, que enaltece la calidad de las instituciones de educación superior acreditadas. Otros incentivos que se han previsto, son la facilidad de extender la oferta académica de los programas acreditados o la fácil creación de programas en las instituciones acreditadas, entre otros.

La solicitud de Acreditación es voluntaria y su vigencia es temporal (Ley 30 de 1992, Artículo 53). Requiere una comprobación periódica ante pares académicos, nombrados por el Consejo Nacional de Acreditación (CNA), de la capacidad de autorregulación y de la calidad académica de la institución y de sus programas para continuar gozando de la acreditación.

La vigencia de la acreditación puede variar entre períodos de 4, 6, 8 y 10 años para la acreditación y renovación de acreditación de programas de pregrado; para la acreditación y renovación de acreditación institucional, se asigna por períodos de 4, 7 y 10 años.

En el país se han desarrollado trabajos colaborativos con la comunidad académica del área de salud, para la definición de estándares mínimos de calidad en la formación del área.

De igual manera se ha realizado un trabajo colaborativo con la Asociación de Facultades de Medicina –ASCOFAME—, en la construcción del documento “*Indicadores específicos para los procesos de Autoevaluación con fines de Acreditación de los Programas de Medicina*”, el cual pretende reflexionar acerca de las especificidades que han de tenerse en cuenta en la evaluación con fines de acreditación de los programas de formación.

La vigencia de la acreditación puede variar entre períodos de 4, 6, 8 y 10 años para la acreditación y renovación de acreditación de programas de pregrado; para la acreditación y renovación de acreditación institucional, se asigna por períodos de 4, 7 y 10 años.

En el país se han desarrollado trabajos colaborativos con la comunidad académica del área de salud, para la definición de estándares mínimos de calidad en la formación del área.

De igual manera se ha realizado un trabajo colaborativo con la Asociación de Facultades de Medicina –ASCOFAME, en la construcción del documento “*Indicadores Específicos para los Procesos de Autoevaluación con fines de Acreditación de los Programas de Medicina*”, el cual pretende reflexionar acerca de las especificidades que han de tenerse en cuenta en la evaluación con fines de acreditación de los programas de formación.



## MÉXICO: Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES)

La Evaluación y la Acreditación de programas de educación superior en México se institucionalizó con el Programa para la Modernización Educativa 1989-1994, cuyos fundamentos se conciben en términos de calidad, eficiencia, cobertura e innovación. En este programa se incorporó, como una acción fundamental, la de impulsar la mejora de la calidad de la educación superior a través de procesos de evaluación interna y externa de las instituciones.

Para avanzar en el logro de este objetivo, la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior (CONPES) creó en 1989 la Comisión Nacional de Evaluación de la Educación Superior (CONAEVA), la cual ha fomentado desde entonces la autoevaluación de las instituciones que forman parte del subsistema público universitario.

En 1991, la CONPES creó los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES) que iniciaron su labor de evaluación diagnóstica en el área de la Salud en 1993.

La acreditación de carreras de formación de médicos como tal fue iniciada por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) en 1991.

En octubre de 2000 se creó el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES), como una instancia validada por la Secretaría de Educación Pública para conferir reconocimiento oficial a los organismos acreditadores por rama o disciplina que llevan adelante la acreditación de las carreras de su especialidad. El Consejo para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) es quien actúa en el caso de medicina.

Se describen a continuación los organismos y sus funciones en el proceso de acreditación:

- la escuela o facultad organiza la información recogida en su proceso de autoevaluación y solicita al COMAEM la evaluación con fines de acreditación;
- el COMAEM nombra a un equipo de pares verificadores, quienes analizan la información provista por la institución y realiza una visita a la escuela donde verifica los procesos de enseñanza aprendizaje, entrevista a profesores y alumnos y visitan los escenarios de aprendizaje clínico;
- la escuela o facultad facilita a los visitantes el desarrollo de la visita;
- el COMAEM —su equipo verificador— elabora un reporte de la visita en el cual hace constar sus observaciones y recomendaciones, así mismo califica el cumplimiento de los estándares. Después de ponderar la información, llega a un consenso, emite un dictamen, el cual puede ser de *Acreditado* por cinco años o *No Acreditado*. Se envía a la escuela o facultad;
- la escuela o facultad recibe el *dictamen* y en caso de ser acreditado su programa, prepara un *plan de acción* para dar respuesta a las observaciones y recomendaciones. En caso de no ser acreditado el programa, la escuela o facultad puede inconformarse con el dictamen y solicitar una revisión, enviando mayor información de acuerdo a lo solicitado inicialmente, y
- el COMAEM registra y requiere a la escuela información periódica sobre el avance de su plan de acción; de no ser satisfactoria, puede ordenar una nueva visita exploratoria. Tiene además la opción de retirar la acreditación otorgada.

El Consejo publica en su página Web<sup>50</sup> los resultados de la acreditación de los programas sometidos a su evaluación. Así mismo, comunica a la AMFEM y a COPAES el estado de la acreditación de programas a través del mismo medio virtual. En forma semestral publica un anexo periodístico sobre el estado de la acreditación.

Con estos procedimientos se han acreditado de manera voluntaria 54 programas, cuya acreditación está vigente; 3 de nueva creación, 4 en tratamiento, 13 no lograron la acreditación, 5 tienen la acreditación vencida y otros 5 no se han presentado.

### **PARAGUAY: Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior ANEAES**

La Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior fue creada por la Ley N° 2072/03, sancionada por el Congreso de la Nación Paraguaya, en febrero del año 2003. Depende del Ministerio de Educación y Cultura, pero goza de autonomía técnica y académica para el cumplimiento de sus funciones.

En 2009 se ha puesto en marcha el Sistema Nacional de Acreditación obligatorio. Para las carreras con menos de 5 años de egresados se realiza una evaluación diagnóstica. Los procesos se realizan cada 5 años.

Paraguay tiene 10 instituciones que ofrecen la carrera de medicina, algunas de reciente creación. Solo una carrera, perteneciente a la Universidad Nacional de Asunción, está acreditada en el “*mecanismo experimental*” de acreditación regional de carreras para el MERCOSUR.

Como objetivos de la acreditación se han definido *mejorar la calidad y dar Fe Pública sobre la calidad de la carrera*.

Como mecanismos para la acreditación se han dispuesto los siguientes pasos:

- proceso de autoevaluación: debe ser utilizado por la carrera en acreditación para presentar sus evaluaciones respecto al cumplimiento de las metas y objetivos de la misma, clarificando las peculiaridades de su proyecto académico;
- sobre la base de las conclusiones de la autoevaluación, la carrera debe plasmar sus compromisos en un plan de mejora;
- el plan de mejora, debe especificar, asimismo, las actividades, los plazos, los responsables de llevar a cabo las mejoras y las medidas de verificación de cumplimiento de las tareas encaradas, los recursos necesarios y las fuentes de los mismos;
- visita de los pares y elaboración de un informe, y
- el Consejo Directivo de la ANEAES analizará el informe del Comité de Pares evaluadores y el informe de autoevaluación y en base a dicho análisis redactará la síntesis evaluativa. Asimismo, indicará recomendaciones y emitirá dictamen.

Los criterios e indicadores utilizados para la acreditación son el fruto de un trabajo consensuado entre expertos representantes de instituciones de educación superior, tomando en consideración los requerimientos del MERCOSUR. Han sido definidos por profesores universitarios expertos en docencia.

El financiamiento de las acciones está a cargo de la agencia y las instituciones que se someten al proceso.

### **PERÚ: Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Educación Superior Universitaria (CONEAU)**

Los procesos de evaluación de carreras de medicina comenzaron en el año 1999 con la Ley N° 27154, que creó la Comisión para la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), cuya primera acreditación data del año 2001. Bajo esta ley, se han evaluado 28 carreras, se han acreditado 26 de las 29 que funcionan oficialmente y 1 está en vías de regularización.

En el año 2006 se crea la CONEAU que es un órgano gubernamental creado por Ley N° 28740 como parte del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Educación (SINEACE). Los objetivos y propósitos de la evaluación y acreditación son la mejora de la calidad y el reconocimiento formal de la calidad demostrada, otorgada por el Estado.

Para la asignación de fondos para investigación, innovación, becas a alumnos y de perfeccionamiento docentes la ley priorizaba a las carreras acreditadas. Además disponía el respaldo del Estado ante instituciones internacionales donantes y la preferencia en los procesos públicos de contratación de servicios de su competencia convocados por las entidades públicas.

Las variables definidas por la CAFME, como institución que agrupa a facultades de medicina, antes de la conformación del SINEACE, eran:

- organización académica;
- currículo;
- procedimientos de admisión de nuevos estudiantes;
- plan docente;
- prevención de riesgos de salud asociados a las prácticas de los estudiantes;
- competencias adquiridas;
- metodología evaluación y seguimiento aprendizaje;
- organización administrativa;
- servicios académicos complementarios, y
- infraestructura física y equipamiento.

La metodología para la acreditación define una autoevaluación seguida de la evaluación externa por pares y la acreditación.

De esta manera todas las facultades o escuelas de medicina implementaron procesos de autoevaluación y de mejora de calidad y se ha institucionalizado la acreditación a través de la validación de estándares que se aplicaron y lograron el reconocimiento del proceso a nivel universitario favoreciendo la creación del SINEACE-CONEAU. Hasta 2006, el proceso estaba a cargo de equipos de evaluadores especialmente designados; con CONEAU-SINEACE se tienen que autorizar entidades evaluadoras con fines de acreditación, públicas o privadas.

En general, los criterios y estándares recogen muchos de los criterios conocidos en otras experiencias internacionales.

Las fuentes de financiamiento de estos procesos son varias: el tesoro público, ingresos propios, legados y donaciones, cooperación técnica y financiera nacional e internacional.

Actualmente se están elaborando nuevas normas y estándares de acreditación dentro del SINEACE, especialmente los relacionados con competencias profesionales, con el objetivo de relanzar el proceso de acreditación, interrumpido con la desactivación de CAFME. También se tiene como reto enfrentar la baja disponibilidad de evaluadores y la falta de recursos económicos.

### 5.3. Reflexiones del encuentro

La agenda prevista incluía la discusión en grupos alrededor de preguntas que permitieran profundizar algunos aspectos conceptuales y metodológicos sobre los procesos de evaluación y acreditación.

El debate en los grupos estuvo organizado en función del resumen de las encuestas, las presentaciones de los participantes, y de manera más sistemática a partir de una serie de consignas de trabajo para fines de esta publicación.

El relato de las discusiones y conclusiones de cada uno de los talleres se presenta organizado alrededor de las preguntas definidas previamente:

#### ¿PARA QUÉ Y PARA QUIÉN LA ACREDITACIÓN?

En relación a esta pregunta, el debate grupal reafirma que *el para qué y el para quién* de los procesos de acreditación de los programas de formación en medicina deben estar asociado al concepto de la **salud como derecho** y la educación asociada a la idea de calidad en la medida que responda a las necesidades sociales: mejorar la calidad de la formación es un medio para asegurar la calidad de la atención en la salud. En particular, **la APS como estrategia de atención, debe constituir un eje transversal en la formación médica y esta incorporación debe ser evaluada en los procesos de acreditación.**

Se acuerda que los objetivos principales de la acreditación son:

- certificar la calidad académica de una institución de educación superior o de una de sus carreras de grado o curso de postgrado basada en un juicio sobre la consistencia entre los objetivos, los recursos y la gestión de una unidad académica y el cumplimiento de los estándares previamente definidos como criterios de calidad para la formación en una profesión;



- contribuir a la mejora de los procesos de aprendizaje y enseñanza, la gestión, las investigaciones, el desarrollo curricular, de modo que se logre impacto en las políticas de salud y la calidad de la atención, y
- promover la excelencia de las instituciones de Educación Superior.

Se señala además la necesidad de enfatizar otros objetivos a la acreditación que permitan:

- garantizar a la sociedad un servicio educativo de calidad;
- promover en las instituciones la verificación del cumplimiento de su misión, sus propósitos y objetivos;
- fomentar la cultura de la evaluación;
- facilitar la movilidad, la cooperación y el intercambio entre instituciones educativas de la Región, y
- proporcionar información confiable a los usuarios del servicio educativo universitario.

Los destinatarios naturales de las acciones y de la información derivada de los procesos de acreditación son:

- los Ministerios de Educación y Salud que contarán con esa información para orientar y definir sus políticas de educación y salud;
- la sociedad que se beneficia con profesionales formados en instituciones que se han autoevaluado y acreditado y como consecuencia, han definido estrategias para la mejora de su calidad a partir de estos procesos;
- las comunidades académicas que formulan juicios sobre el currículum, su implementación, la formación de los docentes, los servicios donde éstos se forman, y
- los alumnos que pueden confiar en la calidad de una carrera al registrarse.

### **LA VIABILIDAD DE LAS POLÍTICAS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE AVANCE?**

Los sistemas educativos y las instituciones formadoras en los diferentes países han iniciado y avanzado en procesos voluntarios de evaluación para la mejora aún cuando no se hubiese dispuesto la obligatoriedad de la acreditación.

Los ministerios de salud y las asociaciones profesionales habían desarrollado anteriormente experiencias y acciones de evaluación y acreditación vinculadas a las residencias médicas y al otorgamiento de las becas para la formación de especialistas. También las instituciones universitarias y las asociaciones de decanos de escuelas o facultades iniciaron la progresiva creación o el impulso de organismos que se encargarían de los procesos de acreditación, tanto desde las academias o colegios médicos como desde las organizaciones propias de la profesión y especialidad.

Los procesos de acreditación en la legislación específica de cada país conllevan la posibilidad de regular la creación de nuevas carreras y aún el cierre de aquellas que no cumplieran con los criterios de calidad. En este sentido, la acreditación y la búsqueda de calidad a través de este tipo de mecanismo pueden ser, y en alguna medida han sido, resistidas, al menos inicialmente.

El proceso supone un esfuerzo y un interés de la institución y la tendencia es a definir la obligatoriedad de la acreditación en las carreras de salud. La aceptación sobre esta necesidad y la legitimidad de la acreditación es una construcción constante. Los países describen acciones relacionadas o derivadas de la evaluación y la acreditación que contribuyen al avance de estos procesos:

- el Ministerio de Salud de Brasil ha incrementado los incentivos a los servicios de salud. También ha aumentado las exigencias a los programas de formación para que los alumnos participen en planes y programas de promoción de la salud y ha resuelto que no se abrirían nuevos programas si los servicios de salud no son suficientes para un mayor número de alumnos;
- el Ministerio de Educación de Argentina ha creado un programa de financiamiento de proyectos y programas relacionados con los planes de mejora presentados por las carreras para su acreditación.
- el Sistema ARCU-SUR avanza en el reconocimiento recíproco de los títulos de los egresados de un país en los otros países de la región cuando la carrera está acreditada;
- la Ley que crea la CONEAU en Perú y el sistema de evaluación vinculan y exigen la acreditación de las carreras y la certificación de los egresados, exigiéndose la articulación entre los procesos, y
- la línea de trabajo del plan andino de RRHH se ha centrado en el estudio de las migraciones y la definición de parámetros homologables en términos de la acreditación de los programas educativos de los países y la consolidación de un organismo de certificación regional.

### **LOS PROPÓSITOS Y OBJETIVOS DE LA ACREDITACIÓN A LA LUZ DE LOS ESTÁNDARES ASUMIDOS Y DE LAS ORIENTACIONES SOBRE APS. ¿ES POSIBLE AVANZAR SOBRE ESTE ENFOQUE?**

Además de los estándares asumidos por las agencias, en la reunión se analizó la necesidad de considerar otras especificidades relacionadas con el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud, que aparecen indicadas en el documento de posición de la OPS sobre APS como en el documento sobre las competencias derivadas de los valores, principios y elementos que componen la APS. Ellos se refieren a:

- prioridades de atención, patologías prevalentes, conocimientos epidemiológicos científicos;
- acceso y cobertura universal;
- primer contacto;
- atención integral e integrada;
- énfasis en la promoción y prevención;
- atención apropiada;
- orientación familiar y comunitaria y programas de salud de familias;
- manejo integral de lo no biológico;



- mecanismos activos de participación y relaciones interpersonales y de comunicación;
- marcos legales e institucionales de cada país;
- organización y estructura de los sistemas de salud;
- políticas y los programas de salud;
- acciones intersectoriales, y
- trabajo en equipo.

Para avanzar en la calidad y adecuación de los servicios de salud para la formación de los médicos con una orientación en APS es imprescindible que:

- los servicios de salud cuenten con acreditación para la docencia;
- existan convenios para garantizar las prácticas;
- estén organizados de acuerdo a los lineamientos básicos de la APS renovada y para recibir alumnos y cumplir con los requisitos para que los mismos tengan buena formación;
- estén habilitados por los ministerios para prestar servicios médicos, y
- cada centro tiene que asegurar la supervisión de los alumnos que recibe y es facultad de las carreras e instituciones definir el número de alumnos que puede aceptar cada servicio.

También es necesario analizar la responsabilidad de la autoridad sanitaria en cuanto a las políticas de salud, la cobertura universal, la política de recursos humanos frente a la falta de médicos para la APS.

Los recursos didácticos de simulación, especialmente en los temas de procedimientos que tienen problemas éticos, deben estar asegurados, lo mismo que la actividad de observación, garantizada por una adecuada relación docente alumno, señalada con un número y la posibilidad segura en determinadas actividades, de contacto con el paciente.

En cuanto a las formas de evaluación, lo esencial a evaluar son las habilidades y destrezas, las competencias, el núcleo curricular y la investigación.

Los ministerios de salud y educación y los asesores que intervienen y legislan sobre cuáles serán los criterios de calidad pueden tener diferentes concepciones acerca de la calidad deseada. El desarrollo de las comunidades disciplinares y científicas a los que pertenecen los expertos y las necesidades de salud de los países y poblaciones no son idénticas como no lo es el predominio de una u otra concepción sobre la APS.

Los países y sus legislaciones han previsto la revisión periódica de los estándares, criterios e indicadores, de manera que se actualicen las exigencias y definiciones de calidad según las discusiones nuevas y vigentes en educación médica y particularmente en salud. En la medida que se acuerden visiones o estándares comunes para avanzar en la estrategia de APS se podrán incorporar estos requerimientos a las discusiones sobre los nuevos criterios.



## **AVANCES, DIFICULTADES Y RETOS EN LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN.**

### **Los procedimientos**

Los procedimientos para la acreditación incluyen en todos los países una primera instancia de autoevaluación conducida por las autoridades de la carrera o facultad, realizada con la participación de las comunidades académicas y guiada por las agencias a través de instrumentos específicos. Incluyen también alguna forma más o menos estructurada y exigente de recolección de información sobre la institución universitaria y la carrera en particular.

Tanto las guías como las bases de datos se organizan alrededor de la información necesaria para los juicios de calidad que deben emitir los pares evaluadores y las mismas agencias.

Los procedimientos se completan con la actuación de un comité de pares que realizan una visita a la carrera, organizada según una agenda que elaboran los pares o expertos o el personal de las agencias y cuya duración y actividades varía por comité y por país, concluyéndose con un *informe* con recomendaciones a las agencias.

La decisión final de acreditación o no acreditación recae en las agencias, de manera de hacer consistentes las visiones de los expertos sobre las diferentes carreras y evitar presiones sobre los pares.

Diversas e intensas acciones de colaboración se realizan y se han realizado entre agencias y a través de las redes internacionales, como la presencia de observadores en los procesos de otros países, pasantías de técnicos, informes de consultoría, asesoramientos, cursos de formación, entre otras.

Compartir la información de los países con experiencias a otros países que estén iniciando estos procesos es una buena forma de ayudarlos. También es necesario continuar con esfuerzos de encuentros y de trabajos inter-agenciales acordados entre los países para fortalecer la definición de procedimientos, herramientas, metodologías así como la publicación constante de experiencias de buenas prácticas.

En la reunión también se evidenció la necesidad de dedicar mayor esfuerzo a la consolidación y publicación de la información disponible por cada uno de los países.

### **Los criterios o estándares de calidad**

Los documentos que sintetizan los criterios de calidad para cada país y regiones son similares. Están organizados por dimensiones que abarcan el análisis de todos los componentes tanto institucionales como curriculares de una carrera. Todos incluyen como definición general del perfil de egreso deseado, la definición de un médico generalista o con formación general. Incluyen también, con diferente grado y nivel de exigencia consideraciones sobre la formación para la APS, la atención primaria o el primer nivel de atención.

El reto para avanzar en los aspectos de APS es considerar los elementos sustanciales que definen la APS en sus aspectos conceptuales, las competencias que deben desarrollar los alumnos en el marco de los servicios de salud y las relaciones de práctica y de trabajo que se deben discutir con las autoridades de salud en el contexto de las políticas de salud y de la organización del sistema de salud de cada país.



## Los pares o expertos

Las formas en que los países integran los comités de evaluadores, tomando en consideración tanto la experiencia profesional y en evaluación de los mismos, son diversas. En algunos casos el comité se compone de tres personas con diferentes perfiles —investigadores, salud pública, expertos en gestión, con experiencia en educación médica, profesionales, académicos— y este mismo grupo de tres personas visita la institución. En otros, el comité de visita está integrado por un número mayor de miembros —hasta 7— en México. En países como Argentina y Canadá, el comité está integrado por hasta 14 personas pero, si bien todas conocen los antecedentes y características de la institución, no todos participan de la visita.

En algunos países como Chile, se incorpora un profesional de otro país, considerado *par evaluador*, como forma de agregar una mirada internacional que contribuya con la neutralidad de la evaluación y equilibre los intereses y miradas nacionales.

La pertenencia de los pares a comunidades de las ciencias básicas, sus calificaciones y trayectorias como investigadores, sus actividades o formación en el campo de la clínica y de la especialidad, su formación en pedagogía médica, definen diferentes perfiles. También difieren en cuanto a la experiencia como evaluadores o su desempeño académico en instituciones pequeñas o grandes, tradicionales o nuevas, públicas o privadas.

También es evidente la diversidad en la valoración y conocimiento de la estrategia de APS y de cuáles serían los criterios para incorporar, garantizar o impulsar esta estrategia desde la formación de los futuros médicos.

Se destaca entonces como necesario:

- Establecer mecanismos de capacitación de pares en la estrategia de APS y sus componentes y la revisión de la composición de los comités para alcanzar un adecuado equilibrio en el acompañamiento a los procesos de la evaluación y la acreditación de la formación para la APS.
- La evaluación y capacitación de docentes académicos y de los servicios en el enfoque de la APS renovada.

## Alcance de los resultados de los procesos de acreditación

Los participantes manifiestan que no bastan los procesos de acreditación de las carreras de medicina para asegurar la salud de la población y la atención integral como políticas. Hace falta completar con otras políticas y acciones relacionadas con la formación de recursos humanos, las certificaciones, la acreditación de servicios hospitalarios, los exámenes, las investigaciones, las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud y la consolidación de las redes asistenciales.

Se destaca la importancia de la articulación con los sistemas de salud, pero se reconocen las dificultades de la medición del impacto en este ámbito. El impacto se hace más notorio en el sistema de gestión de las facultades que en el desarrollo de la docencia o en la relación alumno o el docente. En la evaluación de los cambios faltan documentos para

sustentar opiniones, por lo que se estima necesario el registro, análisis y seguimiento de los cambios.

El uso de los resultados de las acciones de acreditación es también objeto de debate. Se mencionan, entre otros, su uso para:

- el ingreso a las residencias;
- definir las becas;
- integrar el servicio social;
- asegurar o proveer fondos gubernamentales, y
- informar sobre el prestigio institucional.

El grupo estuvo de acuerdo sobre la *divulgación de los resultados* y la información obtenida en los procesos de acreditación y la necesidad de trabajar en esta línea. Las recomendaciones de mejora no son muy conocidas por el público en general y por las mismas instituciones, lo que amerita generar procesos internos de debate que comprometan a todos los actores involucrados. También se evidencia la escasa información en esos informes sobre lo que se realiza o no se realiza en relación con la APS.

## 6. LOS TEMAS EN DISCUSIÓN

Algunos temas que no fueron contemplados en el diseño de las encuestas ni discutidos en profundidad durante el taller, merecen ser planteados en esta publicación para fines de consideración de los procesos de evaluación y acreditación, particularmente para que sirvan de orientación a los países que están iniciando dichos procesos.

### 6.1. La viabilidad de las políticas de evaluación y acreditación

Tal como fue expresado en la última Conferencia Mundial sobre Educación Superior<sup>51</sup>, la educación superior no sólo debe proporcionar competencias sólidas para el mundo de hoy y de mañana, sino contribuir además a la formación de ciudadanos dotados de principios éticos, comprometidos con la construcción de la paz, la defensa de los derechos humanos y los valores de la democracia. Con este amplio marco de responsabilidad, la garantía de la calidad es una función esencial en la enseñanza superior contemporánea y es una tarea que exige tanto la implantación de sistemas para garantizar la calidad como de pautas de evaluación, así como el fomento de una cultura de la calidad en los establecimientos.

El mismo documento plantea también que la mundialización ha puesto de relieve la necesidad de establecer sistemas nacionales de acreditación de estudios y de garantía de calidad y de promover redes entre ellos, ya que la prestación transfronteriza de enseñanza superior puede representar una importante contribución a la educación superior siempre y cuando ofrezca una enseñanza de calidad, promueva los valores académicos, mantenga su pertinencia y observe los principios básicos del diálogo y la cooperación, el reconocimiento mutuo, el respeto de los derechos humanos, la diversidad y la soberanía nacional.

La legitimación de los procesos de acreditación se sostiene fuertemente en este argumento y como tendencia general demuestra que estos procesos continuarán aumentando su alcance en otros países y regiones, especialmente en carreras de riesgo como son las de la salud y particularmente la medicina.

Importa alertar a los países sobre algunos aspectos a tomar en cuenta al iniciar sus procesos de evaluación y acreditación:

- la oposición que podría generar las políticas de acreditación en personas o instituciones que ven afectados sus intereses deben contemplarse en relación al riesgo de lograr simulaciones en la evaluación de la calidad o controversias difíciles de solucionar y que afectan los objetivos buscados por estos procesos;
- la diversidad de los actores e intereses involucrados hace conveniente señalar la importancia de la gradualidad de las acciones para la realización de las evaluaciones y certificaciones, acordando los propósitos y objetivos, los cronogramas, y acciones, de manera tal que se eviten superponer instancias y permitan un uso más racional de los recursos;

51 UNESCO. Op. Cit. 2009.

- la necesidad de revisar lo actuado periódica y críticamente de manera de evitar la burocratización de los procedimientos, que podría acarrear la pérdida de sentido en cuanto a la mejora de las carreras, y
- la conveniencia de articular los procesos de acreditación con otras acciones de evaluación de la calidad como las evaluaciones institucionales o de la universidad en su conjunto, la acreditación de otras carreras de ciencias de la salud cuyos egresados integran los equipos de salud, la certificación de los graduados y los exámenes nacionales de ingreso y egreso<sup>52</sup> así como la adopción de modalidades de acreditación más definidas por los resultados de la formación y no sólo por los procesos.

## 6.2. La relación de las políticas de acreditación con las políticas de Recursos Humanos en Salud

Es necesario contar con políticas globales de recursos humanos que amparen y protejan las políticas particulares de la evaluación y la acreditación de los programas de formación de médicos y otros profesionales.

Es imprescindible que cada país pueda contar con un mapa general sobre la distribución de médicos en cada territorio nacional, su relación por habitante y por número de enfermeras y otros profesionales de la salud. Dicho mapa tendría que disponer también la información sobre el número de graduados por escuela y las ofertas laborales que disponen los sistemas de salud en su conjunto y los servicios que funcionan como entidades receptoras de alumnos en todos los niveles.

---

52 Estas acciones de evaluación de resultados de los aprendizajes de los alumnos son relativamente recientes y muy variadas. Sólo se menciona el nombre, el país donde se aplican y algunas líneas que los describen.

ENADE- BRASIL: continuando con el examen aplicado en Brasil desde el año 90 conocido como PROVAO y destinado a evaluar los aprendizajes de los alumnos como un insumo para medir la calidad de las instituciones universitarias, el ENADE se aplica hoy en todo el país cada tres años a todos los estudiantes de un grupo de disciplinas, tanto nuevos ingresantes como egresados recientes.

El examen consiste en una prueba conformada por una parte de evaluación de conocimientos generales pero vinculados a la profesión; un listado de ejercicio de selección múltiple, varios ítems de respuestas abiertas sobre casos y una encuesta de evaluación de los programas cursados. Se aplica tanto a los ingresantes como a los egresados s fin de medir los resultados de las actividades de enseñanza y los aprendizajes.

ACCEDE, Argentina: es una prueba estandarizada diseñada por expertos académicos de la profesión médica seleccionados para esta tarea, que en colaboración con las universidades diseñan problemas asociados a las competencias y conocimientos requeridos por los estándares de calidad para la acreditación. La prueba consta de 6 casos que evalúan las competencias clínicas, profesionales y de investigación en su etapa de formación. Está dirigido a detectar dificultades en el desarrollo curricular para estimular la mejora de las carreras.

Chile: Especial importancia se dio en la presentación al examen de egreso diseñado y aplicado por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) que se fue modificando en los últimos años en la extensión de su obligatoriedad, su legitimidad y la consideración desde otras instancias. Este examen y el puntaje obtenido por los alumnos es un dato que el país incorporará en el futuro a los indicadores de cumplimiento de los estándares e indicadores para la acreditación.

También se han adoptado exámenes nacionales en Colombia, Ecuador y Perú.



La planificación de los recursos humanos debe formar parte de los planes conjuntos entre los ministerios de salud y educación y las instituciones académicas. El enorme déficit de los recursos humanos para prestar los servicios de salud relacionados con el logro de las Metas del Milenio ya son conocidas en todo el mundo, por lo cual los llamados internacionales citados inicialmente, claman por una expansión acelerada de la fuerza de trabajo en salud. Esta planificación requiere tres elementos indispensables de acuerdo al informe sobre la Salud en el Mundo del 2006: liderazgo político, financiación suficiente y un plan global.

La metas de recursos humanos para el período 2007-2015, aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2007, refuerza la estrategia del *Observatorio de Recursos Humanos en Salud*, lanzada hace una década, cuyo propósito fundamental está íntimamente ligado a la planificación, a la toma de decisiones sobre la educación y el trabajo en salud sobre bases de evidencias construidas entre el conjunto de instituciones que componen el desarrollo de los recursos humanos en salud de cada país y la definición de políticas en materia de recursos humanos.

La planificación de los recursos humanos en salud permitiría la toma de decisiones sobre problemas que hoy día se observan en muchos países, tales como la formación insuficiente e inadecuada y programas de enseñanza que no se basan en las necesidades de la población, escasez de trabajadores de salud en determinadas áreas del conocimiento y especialidades, distribución desigual de los trabajadores en los diferentes niveles de prestación de servicios, desde el de los oficiales de programas nacionales hasta el personal de los establecimientos de salud, las migraciones internas y externas, la remuneración y las condiciones de los lugares de trabajo, entre otras.

### 6.3. La orientación sobre APS y los indicadores de medición de la calidad

Los criterios de acreditación, estándares e indicadores están relacionados con las distintas ópticas e interpretaciones que se tengan sobre la calidad y la evaluación, así como los propios de la carrera de medicina. La mayoría de ellos suman componentes relativos a concepciones tradicionales de la formación en medicina con otros ligados al paradigma crítico, con consideraciones sobre la APS y la medicina familiar y comunitaria.

La posibilidad de juzgar la calidad es así más amplia pero también dificulta la formación de un criterio común a la hora de recomendar la acreditación de una carrera por parte de los pares. Este hecho es particularmente sensible en el caso de los juicios y estándares referidos a la APS que no sigue argumentos homogéneos o consistentes entre los pares y dictámenes. La APS ha tenido históricamente distintas interpretaciones y aplicaciones a la realidad de las diversas situaciones de la salud y los sistemas de salud.

Desde la perspectiva de la APS, es necesario trabajar algunos indicadores específicos que en el conjunto de los diferentes estándares hasta ahora trazados por los organismos citados, no parecen claramente de acuerdo a los señalamientos y definiciones establecidas en el documento de posición de OPS. Por otro lado, hace falta mirar con mayor detenimiento en cada país la conformación de los sistemas de salud y cómo es definida y asumida la APS en la red de los servicios de salud, cuál es su nivel de desarrollo y los desafíos que todavía enfrenta.



Los pares evaluadores son, por lo antedicho, los que deben trabajar sobre la adopción de criterios comunes en relación especialmente sobre qué se espera que la carrera deba hacer en la formación de médicos con perfiles adecuados para asumir la APS como estrategia de salud y cómo se juzga si lo que se hace curricularmente contribuye o dificulta la posibilidad de formar capacidades para esta estrategia.

El perfil de formación es la orientación general y específica que la institución educativa y el conjunto de los docentes requieren generar en los alumnos; los valores y principios que deberían obtener a lo largo de su formación; la visión acerca de los problemas de salud-enfermedad y socio-sanitarios del contexto nacional, local e internacional y de la organización de los servicios; lo que deberían conocer y dominar de manera prioritaria como profesional de la salud, las competencias que deben desarrollar a lo largo de la carrera y los posibles perfiles ocupacionales o espacios de trabajo para los cuales estarían preparados y podría tener acceso después de su formación.

La organización de talleres u otros mecanismos de reflexión sobre la APS resultan imprescindibles, así como instancias de revisión de juicios, de adopción de criterios consistentes, de conocimiento de la orientación deben ser reforzadas para el tratamiento de la estrategia.

## **6.4. Las orientaciones y condiciones de los sistemas y servicios de salud para la enseñanza de la APS**

Los centros de salud de todos los niveles de atención deberían contar con la orientación y autorización sobre el número de docentes y alumnos que podrían albergar, así como las funciones que los mismos deben cumplir en el marco de las políticas de salud y de las necesidades de salud particulares de su área geográfica y sus perfiles de salud.

Los consultorios y servicios externos utilizados por cada facultad o escuela, ya sean públicos o privados, deben contar con supervisores propios de cada carrera, porque los profesionales de los servicios generalmente están inmersos en tareas relativas a la atención propiamente y a la gerencia, y muchas veces no disponen del tiempo ni la preparación necesaria para dedicarse a las exigencias de la docencia.

La estrategia de APS es clara al plantear que el desarrollo de la APS requiere servicios orientados hacia la calidad. Esto significa que además de responder a las necesidades de salud de la población, tengan capacidad de anticiparse a ellas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al mismo tiempo que aseguren la mejor intervención posible y la aplicación de procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas y la mejora continua de la calidad.

La definición de las tareas que realizarían los alumnos debe estar clara en los convenios que se acuerden entre las instituciones educativas y de servicios. Además de las tareas de carácter curativo o de rehabilitación, las relacionadas con la promoción y prevención también deben ser explicitadas y seguramente, el aporte de alumnos y docentes sería una gran contribución para desarrollo de la APS, aún cuando los centros no estén del todo organizados para enfrentar esta estrategia.



## 6.5. La relación entre los ministerios de salud y educación, las agencias y las instituciones formadoras

La trayectoria educacional se amplía y complejiza cada vez más por el impacto de los cambios sociales emanados de los procesos de la globalización y por los nuevos desarrollos de la sociedad de la información y el énfasis en el aprendizaje y el desarrollo de capacidades como base para el cambio en las instituciones.

Esta complejidad plantea indefectiblemente la necesidad de articulación política entre organismos rectores para el desarrollo de procesos de planificación y adecuación de la formación y para ampliar el desarrollo de capacidades que fortalezcan los servicios de salud.

La formación de los profesionales en salud tiene representantes formales, ya sea organizaciones o individuos, que intentan orientar desde dentro y desde fuera de la actividad académica, un determinado enfoque de tratar la salud-enfermedad, ya sea con fuertes tendencias hacia la curación, la individualización, la especialización y la centralización hospitalaria, o un enfoque más interdisciplinario, dirigido hacia fundamentos de la Atención Primaria en Salud, la salud de la familia y el compromiso social del equipo de trabajo con la salud de la población.

Los cambios que hoy se observan en la formación de pre-grado y posgrado en salud incluyen la aparición de nuevos proveedores de educación, las nuevas formas de proporcionar educación (como la educación virtual), la diversificación de los diplomas y títulos universitarios, el aumento de la movilidad de los estudiantes, los proyectos a través de las fronteras nacionales y el incremento de la inversión privada en educación superior. Todas ellas tienen repercusiones importantes no sólo en lo que respecta a la calidad, acceso, diversidad y financiación, sino especialmente en la adecuación a las políticas y necesidades de salud.

Algunos problemas presentados en los países tienen que ver con la proliferación de carreras en ciencias de la salud y achicamiento de otras, entre ellas las de medicina; la proliferación de especialistas y la carencia de generalistas; el enfoque de la formación en las distintas carreras; la calidad de los procesos educativos; la ausencia de mecanismos de evaluación y acreditación de los programas educativos; la débil articulación entre los eslabones y puntos de transición entre la educación y la fuerza de trabajo en salud; la actualización permanente de las competencias de los profesores y de los contenidos educativos; la poca formación en aspectos de investigación y bioética, entre otras.

López<sup>53</sup> analiza el impacto de la globalización y las políticas educativas en los sistemas de educación superior en la Región y establece tres contradicciones claves para comprender el impacto: universidad pública versus privada (o administración versus mercado), autonomía versus regulación y producción de conocimiento versus mera gestión docente.

Hoy día es necesario involucrar a la institución rectora de la educación y sus organismos especializados en la educación superior y agencias especializadas en la acreditación, así como las propias instituciones académicas, en las discusiones que desde el sector

53 López Segrega F. El impacto de la globalización y las políticas educativas en los sistemas de educación superior de América Latina y el Caribe. En Mollis, Marcela et. al. Las Universidades en América Latina: ¿Reformadas o alteradas?. La cosmética del poder financiero. Buenos Aires: CLACSO. 2003.

Salud se están desarrollando. Los ministerios de educación tienen una responsabilidad creciente en aspectos de regulación de la educación superior y cuentan con mandatos específicos<sup>54,55</sup>.

## 6.6. Resultados de la acreditación

La escasa producción de estudios sobre los resultados e impacto de la acreditación señalan la necesidad de contar con información y análisis sobre el número de carreras que se dictan efectivamente en los países, cuáles y cuántas han sido acreditadas de acuerdo con criterios efectivamente adoptados para su acreditación y cuál es el impacto obtenido en la mejora y transformación de los procesos educativos.

Pese a que las mejoras son cada vez más conocidas, su sistematización y difusión parece requerir mayor esfuerzo, por lo que esfuerzos de esta naturaleza deberán constituir una línea de trabajo fuerte en los próximos años.

La comparabilidad de los resultados del impacto entre los países seguramente reforzará los mecanismos utilizados, los estándares de calidad, el aprendizaje de los pares evaluadores, el papel de las agencias y sobre todo, permitirá demostrar al resto de la comunidad educativa la importancia de dichos procesos. Sin duda, las evidencias se generen colocará a la estrategias de evaluación y acreditación sobre bases cada vez más firmes.

---

54 UNESCO. Conferencia Mundial sobre la educación Superior: La Educación Superior en el siglo XXI: Visión y acción. ED-98/CONF.202/4. París; 1998.

55 Organisation for Economic Co-operation and Development. Global Forum on Education. The Challenges for Education in a Global Economy. [www.oecd.org](http://www.oecd.org).



## 7. RECOMENDACIONES PARA LA DEFINICIÓN DE UN PLAN DE TRABAJO: EL ENFOQUE DE LA APS EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN

Las recomendaciones derivadas de las discusiones del taller y de la profundización sobre los temas en discusión se agrupan en los siguientes aspectos:

### GENERALES

- desarrollar trabajos conjunto de las escuelas de medicinas y las instituciones de salud en los planes de salud;
- generar canales de comunicación con mucha fluidez entre las instituciones formadoras y las instituciones sanitarias, y
- desarrollar programas de capacitación específicas sobre la estrategia de Atención Primaria de la Salud a docentes de las carreras de ciencias de la salud y medicina en particular.

### HACIA LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y EDUCATIVAS

- establecer vínculos entre escuelas y los ministerios de salud a fin generar planes conjuntos y analizar acciones conjuntas que coadyuven a la salud de la población;
- coordinar planes y acciones que permitan articular las legislaciones de salud y educación para el establecimiento de las regulaciones de la formación en salud, particularmente aquella referida a la acreditación de los programas;
- considerar como parte de la acreditación y de la calidad de la formación las condiciones dignas de trabajo de los profesionales docentes en los servicios;
- generar planes para administrar de manera racional las migraciones de los recursos humanos, en particular de médicos y enfermeras, y
- identificar algunos temas que precisen cooperación técnica y acuerdos entre las agencias de acreditación.

### **HACIA LAS AGENCIAS Y LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN**

- generar cooperación en redes entre las agencias y desarrollar un observatorio para el análisis de la información sobre los procesos de acreditación;
- utilizar el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS para generar mecanismos de capacitación de los pares evaluadores y otras estrategias educativas que se consideren necesarias;
- definir programas de formación de evaluadores internacionales;
- avanzar con la evaluación de otras carreras del equipo de salud: enfermería, bioquímica, kinesiología, odontología, farmacia;
- generar encuestas sobre mejoras y usos de resultados de los procesos de evaluación y acreditación a las facultades de medicina, y
- publicar experiencias en desarrollo, los resultados obtenidos así como las distintas herramientas y metodologías implementadas.

### **HACIA LAS ESCUELAS O FACULTADES Y LAS AGENCIAS**

- considerar las nuevas orientaciones de la APS renovada para la formación de médicos con un perfil adecuado hacia dicha estrategia;
- impulsar la reflexión y actualización sobre la renovación de la APS en los procesos formativos en medicina;
- observar en los procesos de acreditación de las carreras qué actividades cognitivas y prácticas se desarrollan y se evalúan ligadas a la conceptualización de la APS renovada;
- incorporar en los espacios de discusión con los pares la temática de APS y los valores, principios y elementos que la componen, y
- señalar en la autoevaluación y la acreditación la visión y los elementos constitutivos de la APS.

## 8. LINEAMIENTOS DE TRABAJO

Además de las recomendaciones presentadas en el punto anterior, producto del trabajo de los grupos y de la discusión de las presentaciones, se discutieron otros lineamientos de planes de trabajo para lograr:

- autonomía técnica y académica de los consejos nacionales de evaluación y acreditación;
- presencia de evaluadores internacionales en los procesos de evaluación y acreditación nacionales;
- aseguramiento de la calidad en múltiples instancias: acreditación de las instituciones de salud, e instalación de mecanismos de certificación y recertificación de los profesionales de salud;
- apoyo de los organismos internacionales para el desarrollo profesional continuo, especialmente en APS, para docentes y egresados de carreras acreditadas;
- reconocimiento de estos procesos, de manera que las becas de formación otorgadas por organismos internacionales sean dadas solamente a los egresados de las carreras acreditadas, y
- apoyo político, técnico y financiero de los organismos internacionales para el fortalecimiento de estos procesos.

En cuanto a necesidad de información y estudios de caso que provean una base firme para la planificación de acciones de impulso a la APS es sugirió:

- desarrollo de estudios de casos sobre los planes de mejora como resultado de las acreditaciones;
- documentos de análisis sobre el impacto de las acreditaciones en la transformación curricular;
- estudios de casos sobre los juicios de pares en los dictámenes sobre la Atención Primaria de la Salud;
- la acreditación y el reconocimiento de títulos o de tramos de la formación. Su relación con la acreditación y la definición de un *core curriculum*;
- mayor definición acerca de las características requeridas de los centros formadores y de servicios de salud en relación a: sus docentes, los profesionales, las políticas, los programas y las comunidades;
- acreditación de otros profesionales de los equipos de salud. Relación de modelos y consecuencias esperadas de la combinación, y
- exámenes a graduados y alumnos como otras formas de evaluación y acreditación posible o conveniente.

## ANEXO 1- Links de asociaciones que intervienen en el tema.

ARGENTINA. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). [www.coneau.gov.ar](http://www.coneau.gov.ar).

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). [www.inep.gov.br](http://www.inep.gov.br).

CHILE. Comisión Nacional de Acreditación. (CNA). [www.cna.cl](http://www.cna.cl).

COLOMBIA. Consejo Nacional de Acreditación (CNA). [www.cna.gov.co](http://www.cna.gov.co).

Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS). [www.Afmc.ca/education-cacms-e.php](http://www.Afmc.ca/education-cacms-e.php).

COSTA RICA. Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior. (SINAES). [www.sinaes.ac.cr](http://www.sinaes.ac.cr)

ECUADOR. Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (CONEA). [www.conea.net](http://www.conea.net).

Institute for International Medical Education. [www.iime.org](http://www.iime.org).

Liaison Committee on Medical Education (LCME). [www.lacme.org](http://www.lacme.org).

MEXICO. Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES). [www.copaes.org.mx](http://www.copaes.org.mx).

PARAGUAY. Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES). [www.aneaes.gov.py](http://www.aneaes.gov.py).

PERU Consejo de Evaluación Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Universitaria (CONEAU). SINEACE

Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES). [www. Riaces.net](http://www.Riaces.net).

World Federation Medical Education. [www. wfme.org](http://www.wfme.org).



## ANEXO 2- Lista de los participantes de la reunión de Lima.

Lic. Adriana Caillon, Equipo técnico. Área de Desarrollo y Relaciones Institucionales. CONEAU, Argentina

Dr. Benedictus Philadelpho de Siquiera, Universidade Federal de Minas Gerais, Ministerio da Saude - Ministerio de Educación Assessor del Ministerio de Educación / Professor Emerito. Brasil

Eliane Contijo, Faculdade de Medicina - Universidade Federal Minas Gerais. Professor Associado. Brasil

Dr. Octavio Enríquez, Miembro de la Comisión Nacional de Acreditación Chile, Vicepresidente del Colegio Médico / Presidente del Departamento Formación y Acreditación Chile

Dr. Jaime Bernal, Miembro del Consejo Nacional de Acreditación (CAN). Colombia

Dra. Ana Campuzano de Rolón, Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior – ANEAES, Paraguay / Representante de la Red de Agencias Nacionales de Evaluación y Acreditación de Educación Superior), (RANA) Secret. Protempore del MERCOSUR - SEM (Sector Educativo del MERCOSUR) MERCOSUR

Dra. Leda Badilla, Consejo Centroamericano de Acreditación (CCA), Representante de Costa Rica ante el CCA. Costa Rica

Dr. José María Viaña, Presidente del CONEAU y SINEACE, Perú

Dr. Víctor Carrasco Cortez, Encargado de la Dirección de Evaluación y Certificación CONEAU, Perú

Dra. Gertrudes Escajadillo Quispe, Responsable Acreditación y Certificación, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Perú

Dra. Elva Edith Huamán Avila, Responsable de Área de Gestión de Capacidades, Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos, Área de Gestión de Capacidades, Ministerio de Salud, Perú

Dra. Betsy Moscoso Rojas, Responsable Observatorio de RRHH, Ministerio de Salud, Perú

Gladys Suárez Ballarta, Equipo Técnico Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Perú

Elena Iris Vega Cárdenas, Equipo Técnico, Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Perú

Dra. Mónica Padilla, OPS/OMS- Perú

Dr. Giovanni Escalante, OPS/OMS, Perú

Dra. Rosa María Borrell, OPS/OMS-WDC



## ANEXO 3- Encuesta enviada a las agencias.

### Encuesta sobre mecanismos de Evaluación y Acreditación

Nombre y mail de quien llena la encuesta:

---

Preguntas	Respuestas
País	
Nombre de la institución acreditadora	
Tipo de institución: gubernamental, privada, externa. Otro(explique)	
El sistema de evaluación y acreditación es: 1- Voluntario, 2- Obligatorio	
Año de inicio del proceso de instalación de los mecanismos de evaluación.	
Mecanismos utilizados	
Año de la primera acreditación oficial	
¿Cada cuánto tiempo se realizan ambos procesos?	
¿Cuántas facultades o escuelas de medicina tiene el país y cuántas se han evaluado y acreditado?	
¿Cuáles son los propósitos y objetivos de la evaluación que se persiguen?	
¿Cuáles son los propósitos y objetivos de la acreditación que se persiguen?	
¿Cuáles son los beneficios obtenidos por una facultad o escuela al otorgársele de la acreditación	
¿Cuál es la metodología utilizada en la evaluación?. ¿Qué variables se toman en consideración?. Explique y agregue anexo algún documento si dispone	
¿Cuál es la metodología utilizada en la acreditación?. ¿Qué variables se toman en consideración?. Explique y agregue anexo algún documento si dispone	

¿Existe alguna orientación gubernamental o del Colegio Médico que oriente el perfil de médico que se desea formar de acuerdo a las necesidades del país?. En caso positivo: ¿Cuál es?	
¿Se han realizado trabajos especiales para definir criterios mínimos o estándares de formación de médicos que quiere el país?. ¿Cuáles han sido los resultados?¿Reflejan esos estándares una orientación particular de médico deseado?. ¿Quiénes han definido los estándares?	
¿Utilizan algunos criterios o estándares de calidad internacional?. En caso positivo, indique cuáles.	
¿Cómo y quién realiza el proceso de evaluación?	
¿Cómo y quién realiza el proceso acreditación?	
¿Quién financia el sistema de evaluación?	
¿Quién financia el sistema acreditación?	
¿Siguen los programas de formación de especialistas en medicina (residencias u otros) los mismos procedimientos de evaluación y acreditación que los programas de pre-grado? Explique.	
¿Cuáles han sido los avances alcanzados en los temas de evaluación de la formación?	
¿Cuáles han sido los avances alcanzados en los temas de acreditación?	
¿Cuáles han sido las grandes dificultades encontradas en el desarrollo de ambos procesos y de los mecanismos empleados?	
¿Cuáles serían los retos o desafíos para los próximos dos ó tres años?	

- El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
- El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud.

# ANEXO 4- Tabla de las competencias de los equipos de salud.

Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias	
		Conocimientos	Habilidades para:
<b>1. Acceso y cobertura universal</b>	Eliminar barreras de acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las barreras de acceso:</li> <li>✓ Geográficas</li> <li>✓ Económicas</li> <li>✓ Organizacionales</li> <li>✓ Socioculturales</li> <li>✓ De género, étnicas, etarias, grupos sociales</li> <li>• Reconocer y analizar los actores para el diálogo social de la comunidad.</li> <li>• Conocer estrategias que permitan extender la protección social en salud hacia una cobertura universal.</li> <li>• Accesibilidad organizacional (emergencias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las poblaciones que tienen barreras de acceso.</li> <li>• Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura.</li> <li>• Interactuar, facilitar el diálogo, negociar y lograr consensos para eliminar barreras y reducir las inequidades.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer conceptos básicos sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.</li> <li>• Conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en la comunidad.</li> <li>• Conocer las técnicas y procedimientos para la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.</li> <li>• Conocer las técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural.</li> <li>• Conocer la red funcional de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para todos sus niveles de atención.</li> <li>• Conocer el ciclo vital individual y familiar.</li> <li>• Conocer concepto básico sobre atención continuada.</li> <li>• Conocer las políticas alternativas de cuidado de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Captar necesidades percibidas y no percibidas del individuo y la familia.</li> <li>• Ampliar la capacidad de resolutivez en relación a los problemas de salud prevalentes de la comunidad.</li> <li>• Aplicar los conocimientos de cada disciplina (campos del saber), para el abordaje del ciclo vital individual y familiar y utilizar adecuadamente las evidencias para resolver los problemas</li> <li>• Promover en la comunidad el auto cuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes.</li> <li>• Promover en la comunidad el autocuidado de la salud.</li> </ul>
<b>2. Atención integral e integrada</b>	Proporcionar atención integral e integrada a la población.  Longitudinalidad		

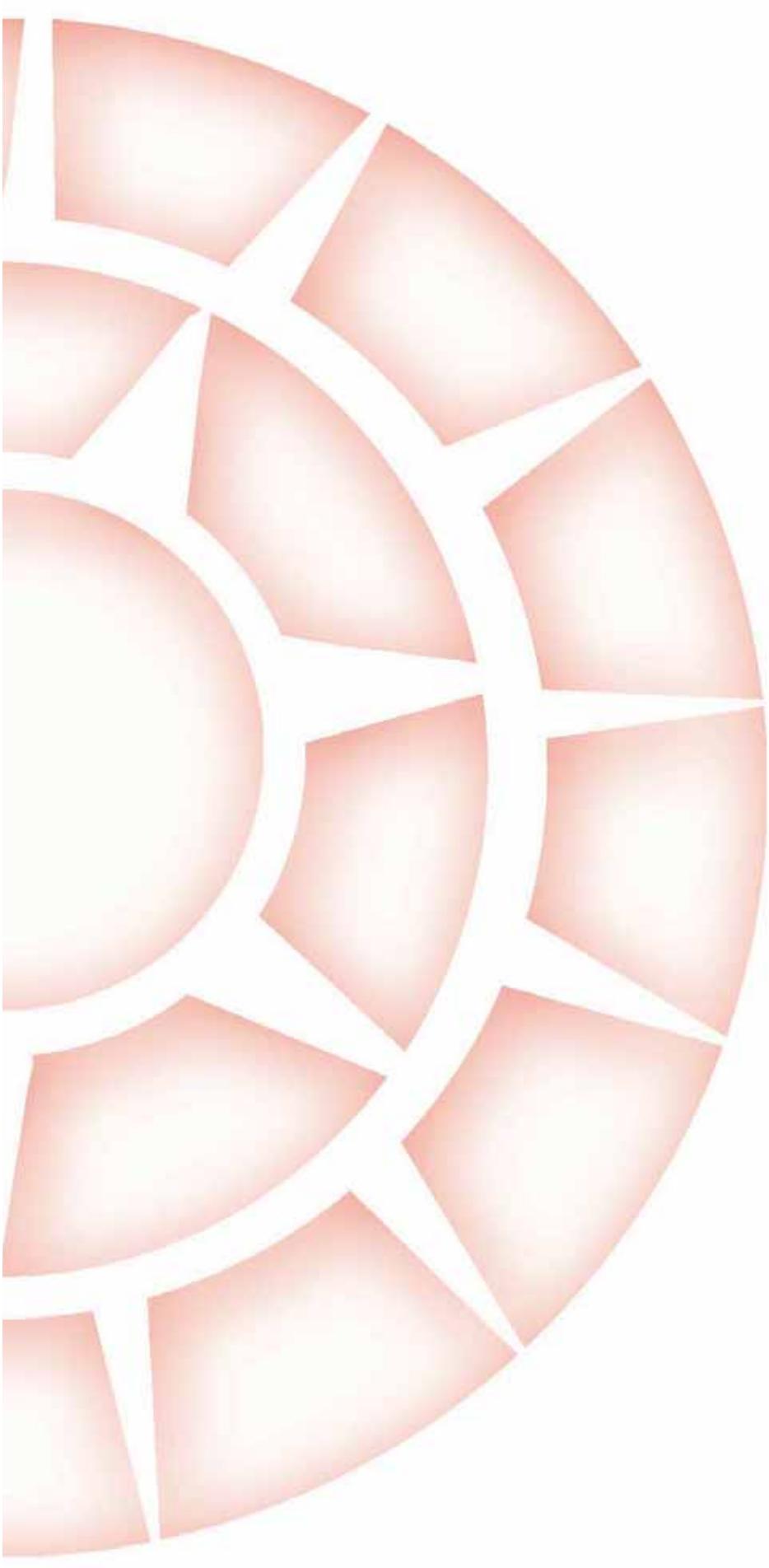
<p><b>3. Énfasis en promoción y prevención de la salud</b></p>	<p>Promoción de la salud y prevención de las enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la situación de salud de la comunidad, su distribución y sus determinantes.</li> <li>• Conocer conceptos básicos y diferencias sobre la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud.</li> <li>• Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar las estrategias de promoción y prevención de la enfermedad con base en la evidencia.</li> <li>• Facilitar el aprendizaje conjunto del equipo de salud y la comunidad.</li> <li>• Establecer compromisos y/o alianzas intersectoriales para la producción social de la salud.</li> <li>• Participar en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con otros componentes del sistema de salud y otros actores.</li> <li>• Diseñar programas locales de promoción y prevención basadas en las necesidades de su comunidad.</li> </ul>
<p><b>4. Atención apropiada</b></p>	<p>Atender las necesidades de salud de las personas basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las buenas prácticas para responder a las necesidades (físicas, sociales, mentales y de salud de las personas).</li> <li>• Conocer, identificar y aplicar las nuevas tecnologías y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos locales.</li> <li>• Conocer como aplicar las buenas prácticas de la gestión clínica.</li> <li>• Promover en la comunidad la importancia del autocuidado de la salud (autonomía, participación en las decisiones clínicas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar atención apropiada basada en la evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural).</li> <li>• Aplicar los procedimientos de manera oportuna y eficiente en el uso de la red de servicios de salud.</li> <li>• Integrar los conocimientos de la situación de salud de la comunidad con las prioridades de atención y la asignación y disponibilidad de recursos.</li> <li>• Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo para garantizar una atención apropiada.</li> <li>• Realizar la coordinación de los cuidados.</li> </ul>

<p><b>5. Orientación familiar y comunitaria</b></p>	<p>Planificar para intervenir, focalizando en la familia y la comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y aplicar metodologías y herramientas para identificar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Situación de salud</li> <li>✓ Determinantes de salud</li> <li>✓ Red de servicios</li> <li>✓ Recursos financieros</li> <li>✓ Situación socioeconómica y cultural</li> <li>✓ Situación familiar</li> </ul> </li> <li>• Definir las necesidades de servicios y establecer las prioridades de atención.</li> <li>• Conocer acerca de planificación y programación participativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fuentes de información y actores claves en la comunidad.</li> <li>• Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente.</li> <li>• Definir las necesidades de salud de la comunidad y de sus condicionantes para establecer las prioridades de intervención con participación comunitaria.</li> <li>• Realizar entrevistas familiares.</li> <li>• Hacer planificación y programación participativa.</li> <li>• Emplear la visión integral para promover el auto cuidado individual, familiar y comunitario.</li> <li>• Abordaje a grupos específicos.</li> <li>• Ver al individuo como parte de su contexto familiar.</li> <li>• Manejar y aplicar las herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria.</li> </ul>
<p><b>6. Mecanismos activos de participación</b></p>	<p>Facilitar y promover la participación social en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer técnicas y metodologías para el análisis de actores e instituciones claves.</li> <li>• Conocer los espacios de concertación, así como las metodologías participativas existentes en el sistema de salud y en la comunidad.</li> <li>• Promover en la comunidad la importancia del auto cuidado de la salud.</li> <li>• Conocer metodologías para la comunicación efectiva entre los miembros del equipo y la comunidad.</li> <li>• Comprender el rol de la comunidad en el desarrollo de su salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la participación activa de la comunidad en la priorización, gestión, evaluación y regulación del sector salud.</li> <li>• Aplicar metodologías para optimizar la información, comunicación y educación efectivas.</li> <li>• Manejar las herramientas para identificar los actores e instituciones existentes en la comunidad, para el trabajo conjunto en la atención integral en salud.</li> <li>• Habilidad del equipo para trabajar en forma conjunta con la comunidad.</li> <li>• Desarrollar en la práctica, la cooperación y la negociación.</li> <li>• Desarrollar instrumentos para la participación, abogacía y la capacidad de adaptación.</li> <li>• Establecer mecanismos de cooperación y corresponsabilidad del equipo con el individuo y la comunidad.</li> </ul>

<p><b>7. Marco legal e institucional</b></p>	<p>Promover y fortalecer políticas públicas y marco legal del sector Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer políticas públicas, el marco legal e institucional de salud.</li> <li>• Conocer:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Políticas del sector salud</li> <li>✓ Planes y programas del sector salud</li> <li>✓ Políticas públicas locales</li> <li>✓ Marcos legales existentes vinculados con el sector de la salud</li> <li>✓ Políticas sociales</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar la coherencia entre políticas, planes y programas y su relación con el trabajo multidisciplinar en APS.</li> <li>• Propiciar y abogar por el desarrollo de políticas locales y sectoriales por medio de la participación ciudadana.</li> <li>• Adaptar las políticas, las normas a la realidad local (reflexión crítica)</li> <li>• Realizar análisis críticos integrados sobre políticas sociales y su influencia sobre el sector salud.</li> <li>• Evaluar las políticas públicas y su relación con el sector salud.</li> </ul>
<p><b>8 Organización y gestión óptimo</b></p>	<p>Aplicar prácticas adecuadas de gestión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer políticas, el marco legal e institucional de salud.</li> <li>• Conocer las etapas de gestión administrativa.</li> <li>• Conocer las competencias de los recursos humanos en los distintos ámbitos: laborales, gremiales, sindicales, niveles de atención, administrativo, etc.</li> <li>• Identificar las organizaciones sociales, gremiales y sus actores y conocer el rol que desempeñan.</li> <li>• Conocer los registros definidos y establecidos en el Sistema de APS.</li> <li>• Conocer los instrumentos de evaluación de la gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar la información: desarrollar planificación estratégica, investigación operativa y evaluación del desempeño.</li> <li>• Seguir el proceso de gestión administrativa, que implica: diagnóstico, negociación, ejecución, evaluación y control.</li> <li>• Negociar con los líderes reconocidos.</li> <li>• Usar los registros específicos y actualizados para la APS.</li> <li>• Usar instrumentos de evaluación de la gestión para el equipo.</li> <li>• Capacidad para negociar con la comunidad y los niveles más altos.</li> <li>• Capacidad de definir sistemas de incentivos y desempeño (individual y colectivo, incluir la motivación).</li> </ul>
<p><b>9. Políticas y programas que estimulan la equidad</b></p>	<p>Incorporar criterios de equidad en las propuestas programáticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las limitaciones existentes en las políticas planes y programas del sector salud que limitan la equidad.</li> <li>• Reconocer y analizar las inequidades existentes en la comunidad.</li> <li>• Conocer las estrategias de abordaje para la resolución de las inequidades en salud y sus marcos políticos y legales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar la participación social en la resolución de las inequidades.</li> <li>• Identificar y actuar sobre las inequidades en salud y promover estrategias para reducirlas.</li> </ul>

<p><b>10. Primer contacto</b></p>	<p>Favorecer la accesibilidad y la utilización de los servicios Establecer el primer contacto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer puerta de entrada al sistema de salud.</li> <li>• Promover estrategias para garantizar un buen acceso a los servicios de salud.</li> <li>• Conocer el rol a desempeñar por el equipo en su conjunto y cada uno de sus miembros para realizar una adecuada acogida al individuo.</li> <li>• Reconocer y valorar, a través de la entrevista, los problemas de salud o de otro tipo (económicas, sociales, etc.) que repercutan en el proceso salud-enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar un trato digno y respetuoso.</li> <li>• Priorizar las necesidades y las intervenciones en salud.</li> <li>• Acoger al individuo/familia/comunidad y sus demandas dentro del sistema de salud, así como darle atención longitudinal.</li> <li>• Desarrollar una buena comunicación con el individuo/familia/comunidad que solicita atención de salud o de cualquier otra índole.</li> <li>• Organizar el servicio para garantizar el acceso.</li> <li>• Determinar la población objetivo y el área geográfica.</li> <li>• Desarrollar espacios de cooperación mutua entre cuidador, personas y grupos (individuos, familia y comunidad)</li> <li>• Respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades.</li> </ul>
<p><b>11. Recursos humanos apropiados</b></p>	<p>Trabajar en equipo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y definir roles y responsabilidades dentro del equipo.</li> <li>• Conocer acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente.</li> <li>• Conocer y aplicar el código ético entre ellos y con la comunidad.</li> <li>• Conocer acerca de la red de servicios de atención en el sistema de salud para movilizar recursos.</li> <li>• Capacidad de reconocer e identificar la necesidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua.</li> <li>• Conocer las necesidades de calificación y recertificación de los trabajadores del equipo.</li> <li>• Conocer las metodologías de evaluación del desempeño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar y participar en el proceso de educación permanente de los miembros del equipo.</li> <li>• Analizar el perfil del equipo y las necesidades de salud de la población, en forma participativa, del equipo y de la comunidad.</li> <li>• Negociar condiciones de trabajo (requerimiento de dotación de personal para los equipos, financiamiento).</li> <li>• Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comunicación</li> <li>✓ Colaboración</li> <li>✓ Coordinación</li> <li>✓ Negociación y solución de conflictos</li> <li>✓ Participación</li> <li>✓ Toma de decisiones</li> <li>✓ Responsabilidad compartida</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>12. Recursos adecuados y sostenibles</b></p>	<p>Uso racional de los recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los recursos necesarios de acuerdo al análisis de la situación de salud con información del nivel comunitario.</li> <li>• Conocer los recursos disponibles:</li> <li>✓ Instalaciones de salud con que cuenta la comunidad</li> <li>✓ Personal</li> <li>✓ Equipamiento</li> <li>✓ Suministros (que se tiene y que se necesita)</li> <li>✓ Medicamentos (consumo y consumidores)</li> <li>✓ Recursos financieros</li> <li>✓ Sistemas de información</li> <li>• Conocer metodologías de auto evaluación y rendición de cuentas para medir el uso racional de los recursos y garantizar la sostenibilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer un uso racional y eficiente de los recursos disponibles.</li> <li>• Generar información útil y detallada acerca de las necesidades de salud y los recursos que facilite a los tomadores de decisión (autoridades políticas del Sistema de Salud) a hacer una planificación de los servicios</li> <li>• Producir nuevos conocimientos para la atención primaria en salud.</li> <li>• Construir indicadores de salud y establecer metas para hacer la gestión adecuada a las necesidades de salud de la población.</li> <li>• Autoevaluar y rendir cuentas de los recursos y garantizar su sostenibilidad.</li> </ul>
<p><b>13. Acciones intersectoriales</b></p>	<p>Articulación de todos los sectores para producir salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los diferentes sectores con impacto sobre el proceso salud y/o sus determinantes.</li> <li>• Poner en común y definir acciones en colaboración con los diferentes sectores para actuar sobre los determinantes de la salud de la comunidad.</li> <li>• Identificar las responsabilidades y límites de cada actor y/o sector dentro del proceso de intersectorialidad.</li> <li>• Coordinar acciones intersectoriales de promoción y prevención para producir salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderar, participar y apoyar las acciones intersectoriales.</li> <li>• Movilizar recursos intersectoriales y de la propia comunidad para responder a las necesidades de salud.</li> <li>• Interactuar con las autoridades nacionales y la comunidad.</li> </ul>
<p><b>14. Emergencias y desastres</b></p>	<p>Establecer planes de organización para prevenir y mitigar emergencias y desastres</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los riesgos, desastres y emergencias comunes y no comunes en la Región.</li> <li>• Conocer los mecanismos de respuesta, red de atención y acciones para la prevención de desastres y emergencias.</li> <li>• Conocer las instituciones, protocolos y mecanismos de coordinación nacional, regional y local que intervienen en la respuesta y organización ante desastres y emergencias.</li> <li>• Conocer índices de desarrollo humano, pobreza, políticas públicas, etc. para poder organizar el trabajo intersectorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir las informaciones requeridas e identificar rutas de evacuación, lugares seguros, refugios, etc. para mitigar los efectos ante emergencias y desastres.</li> </ul>





**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la*  
**Organización Mundial de la Salud**