

21

**CALIDAD Y REGULACIÓN DE LA
EDUCACIÓN Y DEL EJERCICIO
PROFESIONAL EN MEDICINA**

*Revisión del tema y análisis de situación
en seis países de América Latina*



Noviembre de 1999

**Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)**



**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud**

© Organización Panamericana de la Salud, 1999

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

RECONOCIMIENTOS	V
1. PRESENTACIÓN	1
2. MARCO GENERAL	3
3. EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL	7
3.1 INTRODUCCIÓN.....	7
3.2 LA EVALUACIÓN INSTITUCIONAL.....	9
<i>Concepto</i>	9
<i>Propósito</i>	10
<i>Objetivo</i>	10
<i>Estrategias</i>	10
3.3 LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL.....	12
<i>Concepto</i>	12
<i>Propósito</i>	12
<i>Objetivos</i>	12
<i>Estrategias</i>	12
3.4 VIABILIDAD.....	14
3.5 DIFICULTADES	15
3.6 ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA.....	15
4. CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES	19
4.1 INTRODUCCIÓN.....	19
4.2 CERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES	21
<i>Concepto</i>	21
<i>Propósito</i>	21
<i>Objetivo</i>	21
<i>Estrategias</i>	21
4.3 RECERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES	22
<i>Concepto</i>	22
<i>Propósito</i>	23
<i>Objetivos</i>	23
<i>Estrategias</i>	23
4.4 VIABILIDAD.....	25
4.5 DIFICULTADES	26
4.6 ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA.....	27
5. BREVE CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA	29
5.1 ARGENTINA	29
5.2 BRASIL	35

5.3 COLOMBIA	38
5.4 CHILE	41
5.5 MÉXICO	44
5.6 PANAMÁ	50
6. REFLEXIONES FINALES	57
<i>En lo que se refiere a la acreditación:</i>	60
<i>En lo que se refiere a la certificación:</i>	61
<i>En lo que se refiere a la recertificación:</i>	61
7. BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXO A: LISTAS DE PARTICIPANTES	67
ANEXO B: AGENDAS	71



RECONOCIMIENTOS

El presente documento ha recibido los aportes de un grupo de trabajo integrado por los siguientes profesionales:

Dr. Jorge Luiz do Amaral	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), Brasil.
Dr. Alberto Estévez De Vidts	Escuela de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Chile.
Soc. Diego Giraldo Samper	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), Colombia.
Dr. Enrique Aguirre Huacuja	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. (AMFEM), México.
Dra. Reina Roa Rodríguez	Planificación de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Panamá.
Dr. José Eduardo San Esteban	Dirección General de Enseñanza en Salud, Secretaría de Salud, México.
Dr. Luis Ruiz	Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud.

Apoyaron parcialmente esta tarea:

Dra. Marcela González de Cossio	Dirección General de Enseñanza en Salud, Secretaría de Salud, México.
Lic. Rosa María Borrell	Oficina Sanitaria Panamericana, Argentina.
Dr. Charles Godue	Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud.
Dr. Rodrigo A. Barahona	Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud.

1. PRESENTACIÓN

A mediados de la presente década, se percibe claramente en la Región una mayor preocupación por la evaluación de instituciones y programas, así como de los profesionales, en una perspectiva de búsqueda de calidad. En el entorno nacional, es motivo de preocupación creciente la tendencia reciente hacia la apertura de un gran número de facultades y escuelas de medicina, sobre todo privadas, que no cuentan necesariamente con las condiciones para una formación de calidad que responda a las necesidades de salud de los países, ni consideran los problemas de la sobreproducción profesional y la inadecuada pertinencia social de sus programas. En este contexto, se afirma con mayor fuerza la responsabilidad social de asegurar la calidad tanto de las instituciones formadoras como de los profesionales médicos que acceden al mercado de trabajo. Por otro lado, los procesos de reforma y de transformación del sector salud experimentados por la casi totalidad de los países americanos exigen una mejor correspondencia entre la educación y la práctica médicas por una parte y las necesidades y los objetivos de salud de la población por la otra.

Desde la perspectiva internacional, los procesos de *integración social y/o económica* de carácter subregional, la expansión de empresas de seguro o de atención a la salud, la movilidad de los profesionales médicos y de los pacientes, y la formación de estudiantes de medicina en instituciones extranjeras representan presiones serias y crecientes hacia la clarificación de los indicadores de calidad utilizados por las instituciones formadoras y requeridos para el ejercicio profesional de la medicina, el establecimiento de equivalencias o la adopción de normas o estándares comunes de calidad.

De entre los varios procesos que se dan en la interfase entre práctica y educación se destacan los relativos a la acreditación de escuelas y facultades de medicina y a la certificación y recertificación de profesionales. Ambos procesos se encuentran en diferentes estadios de desarrollo y adoptan diferentes modalidades, según las características sociales, económicas y políticas de los países en que su implementación está siendo considerada. Tomando en cuenta la diversidad nacional, es necesario avanzar en la identificación de principios comunes o de opciones de estrategias posibles para que dichos procesos puedan ser puestos a consideración de los países.

Con el propósito de contribuir a mejorar la equidad y calidad de la respuesta social en salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve una propuesta de desarrollo de la práctica y la educación médicas. Ésta se orienta hacia el ejercicio médico; estimula intervenciones en las interfases entre práctica y educación; se basa en un concepto de educación médica como un continuum; plantea la participación paritaria de la academia, los servicios, los gremios o entidades representativas de los profesionales de salud; pretende conciliar la cooperación internacional con la acción nacional, y busca el soporte político a las proposiciones técnicas.

Con el interés de profundizar los conceptos, las bases operacionales y metodológicas, de sistematizar las experiencias en curso y de apreciar las grandes cuestiones y tendencias en materia de evaluación y acreditación de la formación médica y de la certificación y la

recertificación de profesionales médicos, se efectuaron una serie de discusiones que han permitido consolidar esta publicación. El grupo de trabajo conformado para el efecto formuló un documento preliminar en Washington (1997); dicho documento fue posteriormente analizado por un grupo de consulta integrado por decanos y directores de facultades y escuelas de medicina reunidos en La Paz (1998) y consolidado en Río de Janeiro (1999). El presente documento aspira modestamente a estimular y enriquecer la reflexión necesaria que se está dando sobre el tema. Se espera que esta primera aproximación reciba el beneficio del análisis, la crítica y el aporte de diversos foros e instancias nacionales, subregionales y regionales, para que de este modo se logre la dimensión buscada.

2. MARCO GENERAL

La idea de que las universidades deberían autorregularse, es decir, evaluar su propio quehacer en forma individual e incluso colectivamente con el fin de mejorar sus programas es una idea de vieja data. Era el estilo de las universidades medioevales que cedió el paso a la acción reguladora del Estado, a medida de que los maestros necesitaron remuneraciones y las universidades requirieron mecanismos más estables de apoyo financiero. Con algunas excepciones notables, las universidades del mundo occidental se sometieron al control estatal durante el período que se extiende desde el fin del medioevo hasta el último cuarto del siglo XX.

En la mayoría de los países desarrollados y en algunos en vías de desarrollo, esa larga tradición está cambiando. En razón a los problemas económicos y a la descentralización, y obedeciendo a una preocupación generalizada por la necesidad de rendir cuentas acerca de la calidad y la eficacia de los servicios, muchos gobiernos esperan que las universidades desarrollen sus propios sistemas de evaluación. En el caso de aquellas universidades o sistemas institucionales que no se encuentran bajo la influencia directa del Estado, la necesidad de crear sistemas de autoevaluación puede obedecer, entre otros factores, al interés genuino en su propio desarrollo o a la intención de evitar el control público.

Todos los profesionales serios y responsables expresan una preocupación por su adecuado desempeño y la calidad de su actuación. Los profesionales independientes y los pertenecientes a organizaciones tienen maneras formales e informales de evaluar sus procesos para verificar si funcionan bien y si producen los resultados esperados. Dichas evaluaciones pueden basarse en mediciones o datos concretos, o en opiniones de clientes y/o de profesionales, o en ambas.

Según su entorno, su papel en la sociedad, su propósito o propiedad y, en cierta medida, sus estructuras y procesos principales, toda organización debe por la misma razón formular y usar métodos de regulación más formalizados y que contemplen la colaboración. Las universidades y otras instituciones de educación superior no son una excepción, aunque se trate de una tarea difícil y de gran magnitud debido a la naturaleza de sus fines, a su papel en la sociedad, a sus intrincadas estructuras y procesos, y a la índole de su fuerza de trabajo profesional.

La implementación de procesos permanentes y participativos de evaluación, entendida ésta como la comparación de algo con un modelo o patrón de referencia, requiere de la existencia de una cultura compatible. La cultura de evaluación implica que una institución asuma la responsabilidad de incorporar el cambio institucional. Asimismo requiere referir a la política educativa y de salud los elementos que se desean o se deben cambiar, y reconocer social e institucionalmente a los individuos en función del papel que deben jugar. Cuando se trata de formar una cultura alrededor de la capacidad de la institución por comprometerse social, cultural y políticamente es necesario fomentar la capacidad de autocrítica mediante procesos de autoevaluación, los cuales no se agotan en los procesos de acreditación. Esta cultura también requiere la aceptación de la evaluación como mecanismo permanente para el desarrollo de las instituciones educativas y el consecuente impacto en la asistencia prestada.

La cultura de la evaluación implica un conjunto de mecanismos para vencer la inercia. En algunos casos, los académicos se han autoasignado la condición de élites sociales. Sin embargo, y a pesar de ello, los principios que promulgan no siempre van de la mano con los que practican. Entre algunos de los elementos que pueden haber influido en el deterioro de la concepción y respeto social hacia la universidad se cuentan los siguientes:

- la autonomía, que se extiende hasta un plano territorial, a la cual se suman las actitudes de soberbia con las cuales se desarrolla esta autonomía,
- la disminución de la masa crítica de investigadores, lo que en alguna medida constituye su base diferencial con otros entes formadores y,
- el tipo de mecanismos de evaluación académica, los cuales no incluyen una valoración cualitativa y cuantitativa de compromiso institucional, conduciendo a una desvinculación entre la universidad y la sociedad.

El desarrollo de una cultura institucional para el cambio debe incorporar en alguna medida elementos dentro de la evaluación que permitan valorar los aspectos antes mencionados.

Por otra parte, la institución debe tener mecanismos institucionales (normas y regulaciones) que introduzcan incentivos en los cuales se establezcan premios y castigos, por lo cual es indispensable que estos mecanismos formen parte de un programa integral de evaluación institucional que coloque el énfasis en los incentivos positivos. Es importante que surja una tensión que promueva la evaluación y en la que se administren adecuadamente estos medios.

La evaluación, concebida como el vehículo que nos pone en el camino de la calidad y no como un proceso que implica la aplicación de sanciones, cuyo objetivo no es de "juzgamiento", tiene como meta alcanzar la excelencia de los procesos, bienes o servicios que se produzcan en cualquier actividad humana. Se relaciona con aspectos físicos, recursos humanos y con la organización de las labores propias, por lo que debe responder a un ejercicio de planeación completo.

En el caso que nos ocupa, las estrategias y métodos de la evaluación deben responder a niveles o aspectos específicos: evaluación del proceso de enseñanza/aprendizaje, de profesores, de rendimiento académico, de competencia clínica, de formación profesional. A su vez, cada uno de estos aspectos debe desglosarse de acuerdo con las necesidades identificadas para lograr que cada elemento esté debidamente definido en sus debilidades y fortalezas.

Así, la evaluación debe ser vista como un proceso que conduce a la acreditación. La acreditación constituye un sistema de supervisión integral de las instituciones de educación superior que se lleva a cabo mediante diversos mecanismos de evaluación periódica de desempeño que cubren las variables más significativas del desarrollo del proyecto institucional de estas entidades: infraestructura física, equipamiento, recursos económicos y financieros, recursos para la docencia (bibliotecas, laboratorios, talleres, equipos de informática), cuerpo académico, estudiantes, servicios, investigación y extensión, entre otros.

Por su parte, la necesidad actual de mejorar la calidad de los procesos de evaluación postitulación es consecuencia, entre otras cosas, de la creciente obsolescencia y magnitud de los conocimientos, así como de la pérdida de credibilidad de nuestras instituciones educativas ante la sociedad. En el caso de la medicina, ésta lleva implícita una tradición cuyo propósito ha sido dar una mejor calidad de atención. Es en esta búsqueda de calidad y de recuperación de credibilidad en la que se encuentran actualmente inmersas nuestras instituciones y profesionales de salud.

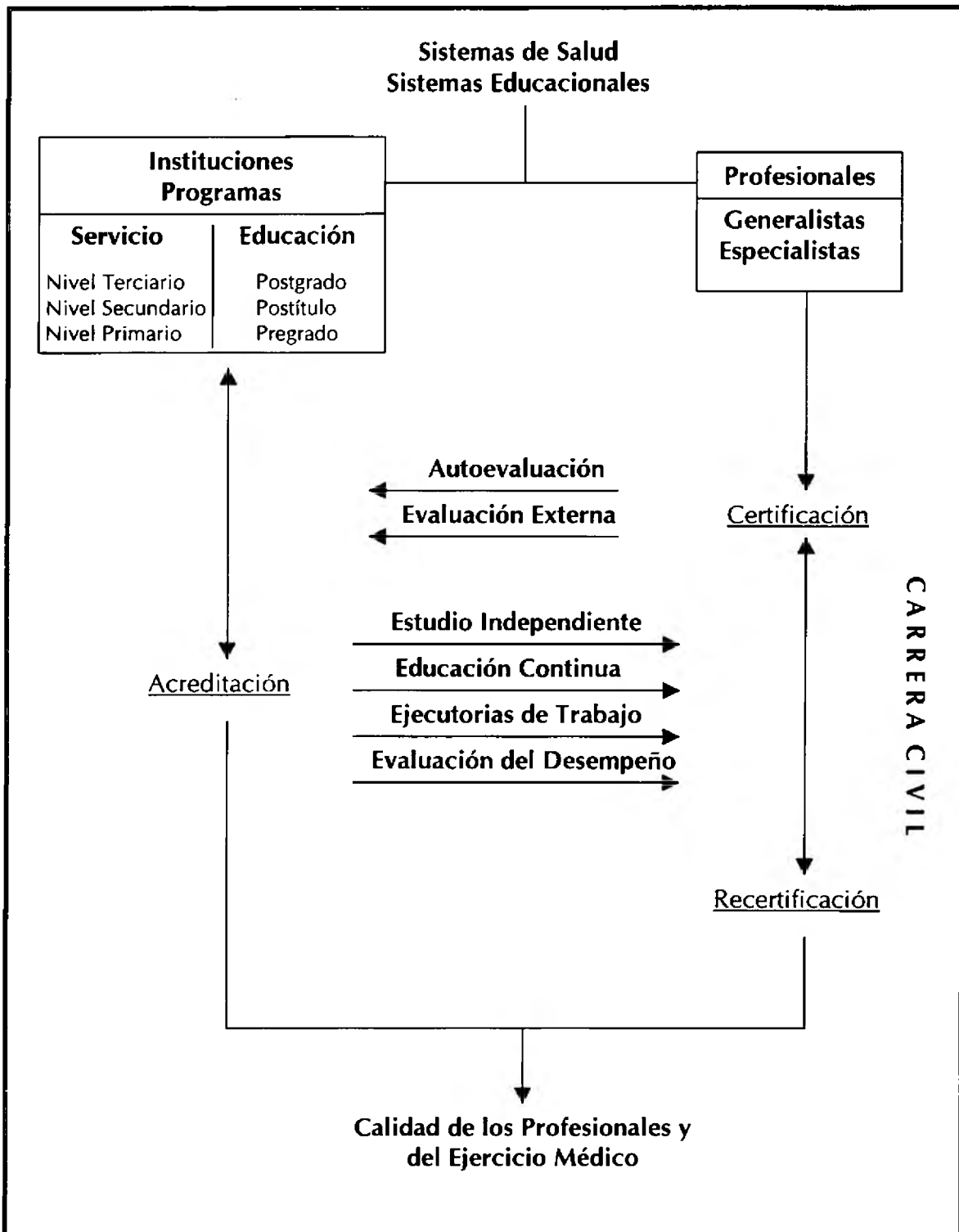
La acreditación de los planes de estudio, como parte de la autorregulación académica, se realiza con el fin de obtener la garantía de calidad de la institución en que se formen los médicos al amparo de este plan. Por su parte, la certificación de los individuos que han egresado, ya sea como médicos generales o especialistas, tiene por objeto garantizar a la sociedad que los servicios que estas personas proporcionen estén fundamentados en los conocimientos y destrezas no sólo básicos de la profesión, sino además en los que se han ido incorporando con los avances más recientes.

La certificación y recertificación en algunos países pueden ser utilizadas para implementar programas de educación continua y para retroalimentar a las instituciones educativas acerca del comportamiento profesional de sus egresados, en función de las necesidades reales de atención. Por otra parte, estos mecanismos pueden dar evidencias a los servicios de salud sobre el desempeño en la práctica profesional, al tiempo que puede influir en la oferta de profesionales hacia esos servicios.

Es necesario analizar las experiencias internacionales como fuente de conocimiento para generar estándares de desempeño y, por lo tanto, modelos congruentes con las realidades nacionales. Contar con procesos equivalentes que permitan la actualización permanente de los profesionales y el desarrollo continuo de las escuelas o facultades de medicina constituye una perspectiva importante en la Región.

Varios informes recientes han descrito la necesidad de realizar cambios e innovaciones radicales en la estructura y el proceso de la educación médica. Se hace hincapié en preparar a los médicos conforme a las necesidades y expectativas de la sociedad, en capacitarlos para enfrentar con éxito la explosión del conocimiento médico-científico, y en inculcarles la necesidad de dirigir durante toda su vida el proceso de autoaprendizaje para garantizar el conocimiento sobre la nueva información tecnológica y ajustar la educación médica a los cambios en el sistema de cuidados de la salud.

Regulación de la Práctica y Educación Profesional en Salud



3. EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

3.1 INTRODUCCIÓN

La evaluación institucional tiene como objetivo esencial el logro del grado máximo de la calidad de la educación universitaria, frecuentemente asociada a la noción de excelencia. Aunque la evaluación universitaria se haya convertido por una diversidad de razones en el objeto de una preocupación y posiblemente de un consenso creciente en nuestras sociedades en los últimos años, se observa todavía mucha controversia sobre el concepto de la calidad universitaria, sus diferentes dimensiones y acepciones y su transposición en un modelo de evaluación coherente y consistente. Se destaca la tendencia a que el objeto de la evaluación se centre en valorar y medir lo relevante, lo correspondiente a la misión y a los objetivos de la institución, y no limitarse a lo posible y a lo fácil, rompiendo con una lógica de auto-justificación. En este sentido, cobra fuerza el nivel de correspondencia entre el actuar universitario por una parte y las aspiraciones y las necesidades de la sociedad a las cuales se pretende responder por otra.

Las diferencias observadas entre las instituciones de formación de un país a otro en lo que define la calidad universitaria, y por extensión su evaluación, se originan en los sistemas de valor y las estructuras sociales de sus respectivas sociedades. Por ejemplo, las sociedades relativamente elitistas y con estructura de clases sociales bien diferenciadas producen instituciones universitarias de alto prestigio, de bajo nivel de acceso, que dedican una prioridad a la formación de "líderes" y a la investigación. La "calidad" reviste en este contexto un carácter de distinción, de exclusividad, y radica en la capacidad de atracción de los "mejores" profesores, de los "mejores" estudiantes y de dotarse de las "mejores" infraestructuras. En una dinámica paradójica, la asignación de los recursos penaliza a los más "débiles" en favor de los "mejores", en lugar de usar la evaluación como herramienta de desarrollo de las distintas instituciones o programas.

Por otro lado, la importancia relativa atribuida a la evaluación como estrategia de búsqueda de la calidad refleja en gran medida la capacidad de regulación interna de la universidad. Llamam la atención las enormes diferencias en los sistemas universitarios en cuanto al punto donde está asentado el poder, las prerrogativas y el control. En los sistemas donde el poder se ejerce en el nivel más alto o ejecutivo existe un alto grado de regulación. En este contexto, la institución se anticipa al gobierno en asumir esta función, y le favorece en la toma de decisiones de mercado. Las propias instituciones individualmente o en grupos vinculados en asociaciones regionales y de profesionales evalúan los departamentos, los programas y periódicamente toda la institución. Uno de los objetivos perseguidos consiste en dar garantía al público de la calidad de la oferta de formación con relación a los propósitos de la propia institución y de las normas o estándares que propone.

En Europa y en las universidades latinoamericanas tradicionales, el cuerpo académico ejerce un gran poder y tiene un alto grado de autonomía, expresándose en una baja presión

para que se evalúen los programas y las instituciones en forma integral. Sin embargo, desde mediados de los años 80 se ha incrementado la demanda de los gobiernos para que se establezcan auténticos sistemas de regulación universitaria.

En América Latina, se ha vuelto imposible en muchos casos movilizar el apoyo financiero a estructuras programáticas muy sobredimensionadas y redundantes que se han originado tras decenios de autoridad descentralizada del cuerpo académico. En varios países de la región aumenta actualmente la presión para que se lleven a cabo procesos de racionalización y mecanismos de revisión de los programas existentes, y para que las instituciones educativas se doten de formas de regulación que sean cíclicas, de largo plazo y orientadas al mejoramiento de su calidad.

Un problema encontrado frecuentemente en los sistemas de regulación de las instituciones universitarias es el débil rigor en la búsqueda y en el análisis de correspondencia entre los medios existentes y los fines perseguidos. En estos casos, la naturaleza del sistema se decide, al menos inicialmente, sobre bases políticas o conforme a experiencias personales o simplemente porque algún otro país usa una forma particular que parece dar buenos resultados. En muchos casos, dichas decisiones iniciales suelen evolucionar y convertirse en sistemas útiles y de mayor alcance a medida que se adquiere experiencia en la evaluación.

Ciertamente la competitividad creciente en términos de la oferta educativa explica en una cierta medida la preocupación con el establecimiento de sistemas de regulación más transparentes, participativos y con un componente de evaluación externa. La situación de casi monopolio de algunas universidades estatales se está erosionando rápidamente. Pero parte de la presión procede de una oferta externa de formación en salud y de lo que podríamos llamar la "internacionalización" en la educación y práctica en salud. Existe un movimiento hacia la formulación de estándares internacionales para los currículos de las escuelas de medicina y de los programas de postgrados de entrenamiento de especialistas.

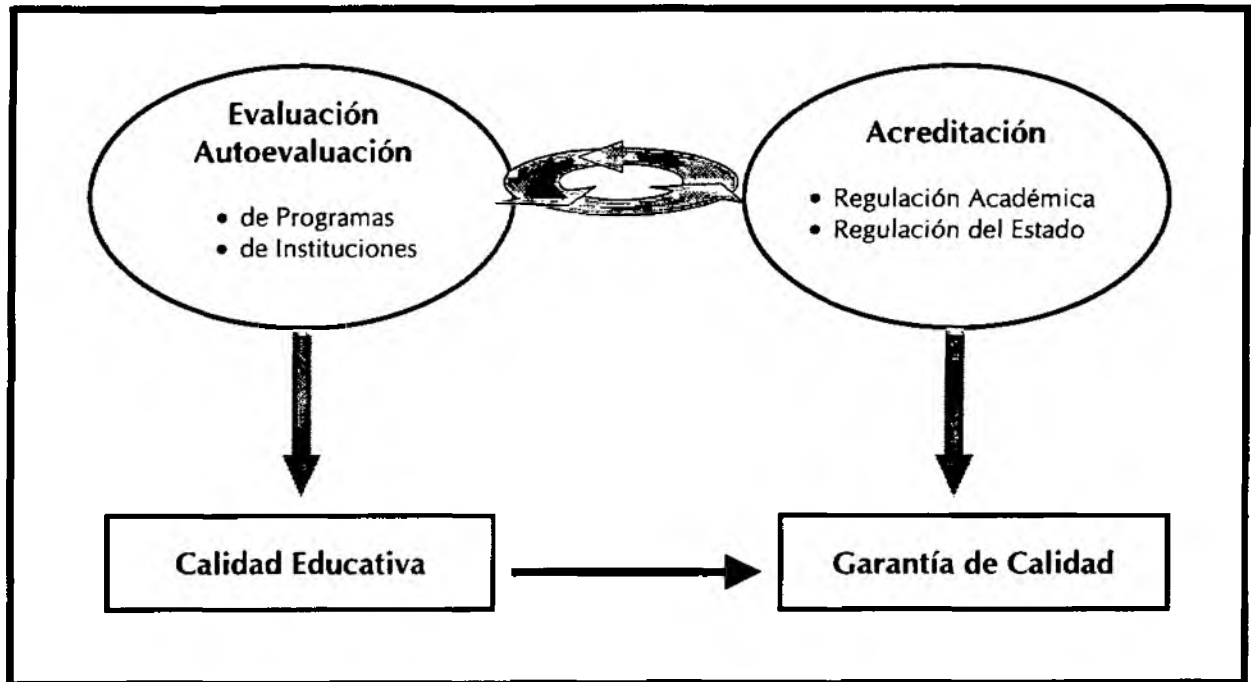
Las tendencias observadas hacia el fortalecimiento de los sistemas de regulación y las prácticas de evaluación como procesos de transformación permanente en búsqueda de una mayor relevancia social y de calidad, encuentran una expresión particular en los procesos de acreditación. La acreditación consiste en el reconocimiento de parte de una autoridad reconocida y competente de las instituciones educativas que cumplen con estándares explícitos mínimos de calidad. La noción de estándar mínimo conlleva una visión particular del concepto de calidad y de su expresión operativa en términos de garantía que se cumple con variables acordadas de calidad.

Las variables tienen como objetos más importantes la misión, las metas y los objetivos, los recursos financieros, de infraestructura física, de docencia (laboratorios, biblioteca, equipos de informática), el equipamiento, el propio cuerpo académico, los estudiantes y los procesos de educación, investigación y extensión universitaria, entre otros.

Hasta el momento han surgido diferentes iniciativas con variadas propuestas sobre el "qué" se acredita, los mecanismos y propósitos de la acreditación y el organismo acreditador. Tales propuestas privilegian ciertas variables, definen múltiples procedimientos y determinan

variadas instancias acreditadoras, con el denominador común de apoyar el mejoramiento cualitativo de la formación del médico.

Programas de Calidad Educativa



3.2 LA EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Concepto

La evaluación institucional designa un proceso, un mecanismo y una metodología que permiten apreciar el nivel de calidad de la educación alcanzado por la institución misma, o por un programa particular, en una perspectiva de transformación y de mejoramiento permanentes. La evaluación está diseñada sobre la base de una construcción implícita o explícita del concepto y de un modelo de lo que es la calidad universitaria. Puede centrarse sobre un componente particular, como el desempeño del cuerpo profesoral, o tener un carácter integral, centrado en el nivel de coherencia entre contexto, objetivos, recursos, procesos y resultados.

Propósito

Contribuir al logro de las metas y de los objetivos perseguidos por la institución universitaria en el marco de su misión y de su compromiso con la sociedad. En el caso que nos interesa, contribuir al desarrollo de una formación médica de calidad, consistente con los avances científicos y técnicos, y que responda a las necesidades de salud de las personas, de las comunidades y de la población.

Objetivo

Formular un juicio basado en la documentación de determinados componentes sobre la base de variables e indicadores cuantitativos y cualitativos que permita apreciar el grado de alcance de ciertos niveles de calidad y de los objetivos propuestos en la formación de los profesionales médicos, identificando fuerzas y limitaciones.

Estrategias

El desarrollo de estrategias que impulsen y fortalezcan técnica y políticamente el proceso de evaluación de entidades formadoras y programas educativos, debe contar con una amplia base social que estará determinada en mayor o menor medida por el nivel de participación que cada institución o programa a evaluar imponga a su propio proceso. En este sentido se constituye en actor fundamental la comunidad académica, integrada por el cuerpo docente, el cuerpo estudiantil y el administrativo. De igual manera deberá considerarse la representatividad de los Ministerios de Salud y Educación, de la Seguridad Social, de las asociaciones profesionales, entes acreditadores/evaluadores, organismos de cooperación y de cualquier otro actor que, en determinado momento, se relacione con este proceso.

Algunas estrategias que sería conveniente analizar en cada país para valorar la pertinencia de su aplicación, se detallan a continuación:

➤ *Autoridades educativas como líderes*

- Crear espacios amplios que permitan la reflexión colectiva y permanente sobre los avances en la evaluación institucional hacia la acreditación, para así construir un proceso en red en el cual se propicie su discusión y seguimiento.
- Fomentar y apoyar los procesos nacionales que buscan incorporar y transformar cada vez más la dinámica de las actividades evaluativas, determinando las características, criterios y estándares necesarios y esenciales para las mismas.
- Impulsar el debate en los campos de la elaboración de propuestas y modelos teórico-conceptuales, la investigación evaluativa en sus dimensiones cuantitativa y cualitativa, la apropiación del conocimiento por colectivos, y la producción y difusión de resultados como base fundamental para impulsar las transformaciones que requiere el mejoramiento de la calidad de la educación.

- Conformar una red informática y de telecomunicaciones, conferencias, encuentros nacionales e internacionales y otras formas que sean apropiadas para enriquecer los procesos evaluativos orientados hacia la acreditación, tanto en sus elementos teórico-metodológicos, orientaciones políticas y aplicaciones específicas, como en su utilización por parte de las instancias institucionales, sectoriales y nacionales.
- Involucrar a todos los sectores académicos y estudiantiles en el proceso de toma de decisiones derivado de los resultados, con el propósito de lograr una participación real y efectiva por parte de rectorías, decanaturas, direcciones, docentes y estudiantes.
- Fortalecer la relación de la comunidad académica con las organizaciones e instituciones que actúan en la política y la práctica médicas, tales como consejos, colegios, sociedades, agremiaciones, sindicatos, asociaciones médicas y otras instituciones de las profesiones de salud, la seguridad social y los ministerios de salud.
- Fortalecer la relación de la comunidad académica con la sociedad civil a través de sus diferentes organismos representativos.
- Intensificar en los proyectos y programas docente-asistenciales la colaboración de las organizaciones y fundaciones que actúan en las áreas de educación y salud.

➤ *Instituciones de Cooperación Externa como promotoras de iniciativas*

- Identificar las principales características y componentes de las experiencias que se están desarrollando en los países sobre evaluación institucional, en función de los diferentes estadios de desarrollo y de las necesidades de transformación para el logro de la acreditación.
- Apoyar la integración de una red informática y de telecomunicaciones que facilite el acceso a conferencias, encuentros nacionales e internacionales y otras formas que sean apropiadas para enriquecer los procesos evaluativos orientados hacia la acreditación, tanto en sus elementos teórico-metodológicos, orientaciones políticas y aplicaciones específicas, como en su utilización por parte de las instancias institucionales, sectoriales y nacionales.

➤ *Presentar una agenda de discusión a nivel de los países sobre:*

- las formas en que se aborda el objeto de la evaluación institucional y se analizan sus resultados con relación a la acreditación,
- la manera en que los procesos evaluativos apoyan los cambios necesarios para la mayor cualificación de las instituciones formadoras y su incidencia sobre la prestación de servicios de salud.

3.3 LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

Concepto

La acreditación consiste en el reconocimiento formal de parte de una autoridad competente que una institución de educación cumple con los estándares mínimos de calidad aceptables.

Propósito

Garantizar a la sociedad que una institución de formación dispone de la capacidad y de los atributos necesarios para la preparación de recursos humanos competentes.

Objetivos

- Asegurar la calidad en la formación profesional de salud en el marco de una cultura institucional que incorpore la evaluación para la transformación.
- Rescatar o mantener la confianza y la credibilidad en las instituciones fortaleciendo la relevancia social de la medicina.

Estrategias

La acreditación, entendida como autorregulación académica o como regulación estatal, implica la participación de un colectivo de actores sociales como ente legitimadores del proceso. Queda claro que las estrategias que a continuación se detallan sólo tienen valor, si en su desarrollo se integran actores relevantes de la comunidad académica, integrada por el cuerpo docente, el cuerpo estudiantil y el administrativo; de los Ministerios de Salud y Educación, de la Seguridad Social, de las asociaciones profesionales, de los entes acreditadores/evaluadores, de los organismos de cooperación y de cualquier otro actor que, en determinado momento, se relacione con el proceso.

Algunas estrategias que sería conveniente analizar en cada país para valorar la pertinencia de su aplicación, se detallan a continuación:

➤ *Autoridades educativas como líderes*

- Diseñar mecanismos que apunten a crear una cultura de la acreditación en los diferentes estamentos universitarios que sea apropiada por parte de todos los sectores involucrados.

- Realizar la acreditación dentro del marco de la participación de colectivos colegiados, sustentado en la creación de un consenso sólido y amplio de los actores sociales que intervienen en el proceso de acreditación.
- Estructurar sistemas formales de acreditación legitimados por la comunidad académica, estudiantil, los servicios de salud, el Estado y la sociedad.
- Definir los principios académicos, políticos y éticos del proceso.
- Incorporar incentivos de carácter ético, académico, financiero y social para lograr un proceso de acreditación con un potencial transformador.
- Diseñar sistemas de información sobre las diferentes dimensiones de la acreditación, de carácter nacional y regional, confiables, de fácil acceso y aceptados por las instancias comprometidas.
- Correlacionar y contextualizar el proceso con las nuevas iniciativas que se están llevando a cabo en el campo de la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud; esto permitirá reforzar el proceso dentro del marco de la articulación docente asistencial.
- Fortalecer en todo momento la cultura del cambio con el objeto de crear un sistema de transformación institucional.
- Incentivar en las instituciones el uso de los resultados parciales y totales que se generen durante el proceso, lo cual contribuirá a su transformación y le dará sentido al proceso.

➤ *Instituciones de Cooperación Externa como promotoras de iniciativas*

- Correlacionar los principios y los objetos de la acreditación con las nuevas orientaciones del sector salud, transformando los modelos educativos vigentes hacia una mayor relevancia con los modelos de atención integral a la salud.
- Establecer nuevos mecanismos para el seguimiento de los procesos nacionales que permitan el intercambio permanente de las experiencias.

Una agenda para la acción: ¿Por dónde empezar?

<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el plan estratégico para su implementación.
<ul style="list-style-type: none"> • Delinear y divulgar masivamente el proyecto, sus avances y resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalizar los “comités de acreditación”, compuestos por expertos en evaluación, e identificados con la visión y la misión del proceso de acreditación.
<ul style="list-style-type: none"> • Construir participativamente métodos y técnicas a utilizar.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las categorías, parámetros, indicadores y estándares de calidad a evaluar, ajustados a la realidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar acciones para minimizar la inercia y la resistencia al proceso.
<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar y adiestrar los recursos humanos necesarios.
<ul style="list-style-type: none"> • Crear el sistema de gratificación (institucional, social, económico) para las universidades que se sometan y aprueben el proceso de acreditación.
<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar la participación activa y creciente de las escuelas y facultades de medicina.
<ul style="list-style-type: none"> • Negociar y establecer alianzas estratégicas con sectores e instituciones nacionales e internacionales, relacionadas con la educación y la práctica en salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Legitimizar y ampliar al máximo la representatividad de actores sociales relevantes en el proceso.
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer períodos flexibles de validez de la acreditación.
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y sistematizar las experiencias locales e internacionales en esta área, para que contribuyan a la generación de conocimientos sobre el tema.

3.4 VIABILIDAD

Pueden indicarse una serie de factores que determinan la viabilidad del proceso de acreditación institucional, entre otros:

- **Voluntad política:** Es importante que el tema sea ubicado en la agenda política del país y de los actores sociales involucrados y reconocido como relevante al quehacer de la educación y práctica en salud.
- **Voluntad institucional y social:** La necesidad sentida en los ámbitos académicos, sanitarios y sociales de evaluar la educación superior para lograr impactar positivamente la realidad de salud de las naciones de América Latina.

3.5 DIFICULTADES

Como todo proceso de cambio que involucra a diversos actores, cada uno de ellos con perspectivas distintas, existen una serie de dificultades que se vislumbran en la implementación de los procesos de acreditación:

- La complejidad del proceso es en sí misma una limitación importante. Esta complejidad se refleja en la multiplicidad de actores y variabilidad de la realidad a evaluar, la cual es cambiante a lo interno de cada uno de los países y, por supuesto, en el plano internacional. Así como en la densidad y complejidad de los instrumentos diseñados y por diseñar para la evaluación.
- Los procesos que implican la participación de un colectivo importante de actores, deben definir claramente los términos, formas y metodologías en que esta participación se da. De otra manera ésta pudiera convertirse en una participación mediatizada y no efectiva.
- Falta de experiencia consolidada sobre estos procesos en la mayoría de las universidades latinoamericanas.
- Costos económicos y de recursos humanos.
- La dificultad para lograr un consenso político y académico amplio alrededor del proceso de acreditación.
- Falta de fundamentos legales y normas que apoyen al proceso de acreditación.

3.6 ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA

Como organizaciones de servicio público, las universidades tienen la capacidad, obligación y necesidad de regular y medir su comportamiento y productos. Dichas evaluaciones indicarán sus niveles de eficiencia y eficacia, además de que constituyen insumos fundamentales de retroalimentación para la toma de decisiones y para implementar los “cambios” necesarios para el crecimiento institucional.

Para garantizar el proceso de evaluación institucional, entendiéndolo por ello “el conjunto de acciones que permiten determinar y medir las características de una entidad con el fin de poder compararla con un modelo o patrón de referencia”, es imperativo que se estimule, promueva y desarrolle una cultura de evaluación.

La cultura de evaluación implica un nivel alto de conciencia colectiva de los miembros de una institución sobre su importancia y trascendencia vis-a-vis los procesos que se generan en esa organización; incluye además una práctica sistemática de evaluación y sugiere una capacidad reflexiva y crítica del personal sobre sus resultados y hallazgos, creándose una disposición activa para realizar y protagonizar los cambios pertinentes a que hubiese lugar.

En coherencia con la implementación de una cultura de evaluación en la vida institucional, es necesario desarrollar mecanismos legales (normas, disposiciones, reglamentos) y de reforzamiento que incentiven y fomenten la evaluación.

En sus diferentes formas y maneras de implementarse, la evaluación (interna-externa), debe representar un proceso planificado, científico y continuo de todos aquellos aspectos significativos de la vida institucional.

El proceso mismo de evaluación debe ser sistemáticamente revisado. Sus resultados deben permitir y conducir su optimización, mediante su mejoramiento conceptual y metodológico, así como de sus técnicas operacionales.

El desarrollo de una cultura de evaluación constituye un requisito esencial a los procesos de acreditación institucional.

Como elemento central debe mencionarse que es en el fin último de los procesos de evaluación y acreditación donde debe ponerse el énfasis. Es decir, en el impacto sobre los indicadores de salud del país, por lo que su repercusión en los servicios es un necesario objetivo intermedio. Ello agrega el desafío de dotarlos de un enfoque integral y de evitar la dispersión de las propuestas en aras de su mayor efectividad.

Como acotación última puede decirse que existen una serie de aspectos que generan posiciones divergentes en relación con los procesos de acreditación y en los cuales no se ha logrado consenso total:

- El carácter voluntario o no del proceso de acreditación.
- El desarrollo de gratificaciones y el fortalecimiento de las instituciones que se someten al proceso.
- La participación del Estado versus la autonomía universitaria.
- Los modelos complejos y completos versus los modelos simples.
- La necesidad de soportes legales para el proceso versus la libertad de acción.

Evaluación y Acreditación de Instituciones Formadoras

Criterio	Evaluación	Acreditación	
		Autoregulación Académica	Regulación Estatal
Propósito	Contribuye al logro de calidad	Contribuye al logro de calidad	Garantía de calidad
Concepto	Analiza la forma como se da la enseñanza.	Reconoce que la institución cumple con los requisitos mínimos y adecuados para la formación de profesionales capaces y útiles a sí mismos y a la sociedad.	La autoridad superior reconoce que la institución cumple con los requisitos mínimos y adecuados para la formación de profesionales capaces y útiles a sí mismos y a la sociedad.
Objetivos	Claros y definidos: <ul style="list-style-type: none"> Lograr su propio desarrollo y la excelencia de sus procesos Validar su desempeño Rendir cuentas de su calidad y eficacia Mejorar su credibilidad social Evitar el control público 	Múltiples: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el cumplimiento de metas fijadas en su visión y objetivos Evaluar la satisfacción de criterios de calidad y de mejora de su desempeño Reafirmar la fe pública Asegurar niveles mínimos de calidad Proteger a sus usuarios 	Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el cumplimiento de metas, visión y objetivos de la institución Evaluar la satisfacción de criterios de calidad y mejoras a su desempeño
Características	Voluntario	Voluntario y abierto a todos los sectores involucrados	No voluntario
	Sistema formal e informal	Sistema formal	Sistema formal y legitimado
Ente Conductor	Conducido por la Universidad. Externa o Interna. Puede ser individual o colectiva, con o sin opinión de los usuarios	Conducida por organismos amplios y representativos	Conducida por un organismo del Estado: <ul style="list-style-type: none"> Participación colegiada Evaluación de pares
Objeto	Aplica a instituciones y programas	Aplica a instituciones y programas	Aplica sólo a instituciones
Dimensiones	Con base en mediciones concretas: <ul style="list-style-type: none"> Proceso de enseñanza aprendizaje Cuerpo docente Rendimiento escolar Competencia clínica Formación profesional Fortalezas y debilidades Recursos y organización Estrategias y métodos Servicios de investigación y extensión 	Con base en mediciones concretas: <ul style="list-style-type: none"> Proceso de enseñanza aprendizaje Cuerpo docente Rendimiento escolar Competencia clínica Formación profesional Fortalezas y debilidades Recursos y organización Estrategias y métodos Servicios de investigación y extensión 	Con base en mediciones concretas: <ul style="list-style-type: none"> Proceso de enseñanza aprendizaje Cuerpo docente Rendimiento escolar Competencia clínica Formación profesional Fortalezas y debilidades Recursos y organización Estrategias y métodos Servicios de investigación y extensión
Duración-Tiempo	Permanente	Permanente	Duración determinada por la Ley
Cultura	Cultura institucional de cambio <ul style="list-style-type: none"> En sus procesos y programas En su gestión 	Transformadora	Cultura de acreditación hacia la transformación de entidades educativas
Método-Criterio	Patrones de referencia e indicadores cuali-cuantitativos <ul style="list-style-type: none"> Contexto, insumos, procesos, resultados e impacto 	Criterios y estándares de calidad cuali-cuantitativos <ul style="list-style-type: none"> Contexto, insumos, procesos, resultados e impacto 	Criterios y estándares de calidad cuali-cuantitativos <ul style="list-style-type: none"> Contexto, insumos, procesos, resultados e impacto
Proceso	Es insumo para la acreditación	Emplea mecanismos de la autoevaluación y evaluación externa	Emplea mecanismos de la autoevaluación y evaluación externa

4. CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES

4.1 INTRODUCCIÓN

Una formación de recursos humanos con alto nivel de excelencia ética, científica y profesional, así como una buena práctica, permitirán una mejor contribución al bienestar social. Se reconoce que los países propugnan por programas de calidad en los servicios de salud, y que estos son procesos complementarios, pero bien diferenciados, de los de acreditación de las instituciones formadoras y de los programas formativos. Se asume, además, que la certificación y recertificación de profesionales en algunos países forman parte de un conjunto de estrategias tendientes a estimular la calidad en el trabajo profesional.

En este sentido, la certificación y recertificación forman parte de un proceso de complejidad creciente en el desempeño laboral de los profesionales, en y para la sociedad. En él se confrontan diversos intereses, reconociendo en su origen aspectos éticos, jurídicos, sociales, políticos, profesionales, tecnológicos y económicos que inciden en la calidad de los servicios prestados a la comunidad. Vale la pena mencionar que la certificación y recertificación forman parte de lo que pudiera representar una respuesta estatal, social, participativa y de carácter integral a los problemas relacionados con la calidad de los servicios prestados a la comunidad.

El éxito de estos procesos se basa en la participación consciente y colectiva de los actores sociales vinculados con la salud y en la generación e implantación de mecanismos para tomar decisiones objetivas y basadas en el consenso.

En síntesis, el desarrollo de la salud requiere plantear elementos dinamizadores, novedosos, con incidencia en los múltiples factores relacionados con los problemas de calidad que involucren la acreditación de todos los grupos profesionales y técnicos de salud; tal proceso debe considerar la participación de múltiples actores y sectores sociales.

En el caso de la recertificación, es necesario además vincular los aspectos económicos y de productividad, al igual que las consideraciones de carácter técnico y tecnológico que se requieren para el buen desempeño profesional en lo individual y en lo colectivo, incorporando así los nuevos enfoques.

Estos procesos forman parte de un desarrollo de recursos humanos que, basado en elementos concretos, proporcione evidencia de su capacidad como facilitadores de los cambios cualitativos y cuantitativos en los procesos de trabajo para la salud.

Como algunas de las características de la certificación de profesionales se destacan:

- puede ser permanente o temporal; en este segundo caso da lugar a lo que se conoce como recertificación.

- puede llevarse a cabo en diferentes momentos: al finalizar los estudios profesionales para iniciar la práctica laboral, al completar algunos postgrados y al concluir los diferentes niveles de especialización en el postítulo; la certificación de los estudios profesionales es probablemente la más compleja en los diversos países.
- en algunas naciones, la habilitación para el trabajo puede conducir a una cobertura amplia-total o con restricciones, esto en términos de la práctica profesional que se desempeñe y del grado formativo.
- pueden existir niveles de certificación condicionados o mediatizados por diferentes realidades: políticas, económicas, geográficas, demográficas, sociales, culturales, académicas, gremiales y jurídicas de los diferentes países.
- en ella operan como determinantes las metodologías a seguir, la nacionalidad de los candidatos, la universidad que otorga el título, y la existencia de convenios internacionales firmados por gobiernos o instituciones.

No obstante que en la mayoría de nuestros países se han desarrollado múltiples y prolongados debates de amplia participación, no se han logrado consensos que permitan formalizar la implementación y desarrollo de los procesos de recertificación médica. Si bien algunos países de la Región con gran experiencia en esta área como Puerto Rico, Canadá, Estados Unidos de América y del Caribe angloparlante han renovado su interés por impulsar procesos de recertificación, en general la experiencia de la mayoría es heterogénea y abarca una amplia gama de procedimientos.

La recertificación es considerada como un proceso básico para contribuir en alguna medida a mantener la calidad de los profesionales que se desempeñan en los sistemas nacionales de salud de los diferentes países latinoamericanos. La pregunta es por qué, a pesar de lo anterior, no se han alcanzado consensos para su implementación y desarrollo. Las respuestas son muchas y tienen relación, entre otras cosas, con la falta de acuerdo entre los países para su implementación, con la eficacia del proceso, con sus aspectos operativos, su factibilidad y su viabilidad, especialmente desde un punto de vista técnico y político.

Hemos dicho que el proceso encuentra su origen en aspectos que van más allá de lo técnico y tecnológico, que pueden dar lugar a situaciones tan disímiles que hacen difícil una estrategia única para todos los países de la Región. Entre esos aspectos pueden enunciarse:

- la cultura ética de todos los actores,
- la valoración y capacidad de estudio independiente y permanente de los profesionales,
- el número y la calidad de las escuelas y programas de formación,
- el número de médicos generales, de médicos especialistas y de otros profesionales,
- la organización de los servicios, sus modelos de gestión y atención y su distribución geográfica.

4.2 CERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES

Concepto

El proceso de certificación consiste en el reconocimiento de parte de una instancia formal que una persona cumple con los requisitos académicos y los estándares de competencia establecidos para el ejercicio profesional de la medicina. La certificación afirma la competencia en un determinado campo del ejercicio médico, como son la medicina general y las especialidades médicas y quirúrgicas, a nivel de pregrado, postgrado o de postítulo. Es importante resaltar que la certificación constituye generalmente una condición necesaria pero no suficiente para la autorización de ejercer en una jurisdicción dada.

Propósito

Mejorar la calidad de los servicios de salud y últimamente contribuir al logro de mayores niveles de salud de la población.

Objetivo

Promover y asegurar la competencia de los profesionales médicos en términos éticos, técnicos y profesionales, antes de que se sumen al libre ejercicio en sus respectivos campos de práctica.

Estrategias

- *Producto de amplios debates y participación:* Como proceso debe ser asumido por los países luego de un amplio debate. En este requisito se conjugan la participación y articulación intersectorial e interinstitucional, la de los actores vinculados a los servicios docentes y de salud, las asociaciones y gremios y los usuarios. De esta manera deben identificarse las formas, es decir, el cómo llevarlo a cabo de acuerdo con el contexto de cada país.
- *Marco legal de carácter general:* Este debe orientar el proceso, ser de carácter general y apoyarse en las reglamentaciones suficientes y necesarias para lograr un proceso ético, flexible, transparente e integral. Su nivel debe permitir el logro del objetivo que se persigue sin que ello represente una tarea burocrática y compleja; en esencia debe ser producto de un auténtico consenso.
- *Parte integral de los programas de calidad:* Por la complejidad y multicausalidad de los problemas de calidad, este mecanismo de regulación se verá facilitado y apoyado si existen procesos de acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos, así como estrategias que fortalezcan el concepto y las acciones de docencia-servicio-investigación. Igualmente requiere de la transformación permanente de los servicios de salud, basada en el cambio de la cultura institucional.

- *Contextualización de los procesos de certificación:* Los países que adopten la certificación deberán tomar en cuenta las dimensiones, magnitud, trascendencia, complejidad y prioridad del problema a intervenir: calidad de la práctica en salud. Teniendo en cuenta las limitaciones que al respecto tiene el proceso de certificación, consideramos que éste debe desarrollarse respetando las realidades específicas de los países.
- *Cooperación Externa:* Las instituciones como la OPS pueden y deben jugar un rol facilitador para el intercambio de las experiencias que se vayan acumulando y que puedan con el tiempo conducir a identificar elementos comunes; esto adquiere especial importancia en el marco de la globalización.

Ahora bien, sean cuales sean las realidades específicas de cada país se considera que:

- Los países deben asumir el tema como una cuestión que atañe al Estado.
- Implantar y desarrollar localmente el proceso reconociendo que en el origen del problema de calidad subyace un aspecto cultural-ético; esto es, que la velocidad de aparición y evolución del problema en todos sus aspectos ha excedido la capacidad de anticipación o incluso de reacción social congruente.
- Construcción del proceso con los actores involucrados, para que sus posibilidades de éxito, en cuanto a su propósito y objetivo, no se vean seriamente mermadas.
- Establecer modalidades que garanticen el cumplimiento del proceso de certificación por parte de todos, pues en caso contrario su viabilidad se verá comprometida.
- Definir criterios objetivos, técnicamente factibles y políticamente viables.
- Fortalecer procesos de certificación acordes a los de autoevaluación y acreditación institucional.

4.3 RECERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES

Concepto

Proceso de evaluación periódica de los profesionales y técnicos de salud ya certificados y en ejercicio. Se basa en criterios claramente definidos e interrelacionados con el desempeño laboral individual y colectivo, que conduce a renovar la licencia que los habilita para ejercicio de su profesión en el nivel que corresponda y en coherencia con las necesidades prioritarias de salud de la población.



Propósito

Contribuir a mejorar la calidad de todos los servicios de salud a partir de una oferta de recursos humanos altamente calificada en sus concepciones éticas, científicas y técnicas, capaz de desempeñarse eficiente y eficazmente.

Objetivos

- Mantener la calidad de los profesionales que se desempeñan en los sistemas nacionales de salud de los diferentes países latinoamericanos, de acuerdo con los nuevos enfoques en todos los campos de la salud.
- Fortalecer hábitos de estudio y de autoevaluación permanentes entre todos los profesionales ya certificados y en ejercicio.
- Fortalecer conocimientos, actitudes y prácticas dentro del marco bioético de la salud, lo cual es esencial para el desarrollo permanente de las transformaciones requeridas por cada sociedad.

Estrategias

- Fortalecer los criterios de transparencia y objetividad del proceso de recertificación a partir de un adecuado desarrollo del mismo, el cual exige una clara definición que permita valorar las evidencias presentadas por los profesionales y técnicos de salud.
- Fomentar la participación y consenso en el desarrollo del proceso de recertificación mediante discusiones participativas de carácter integral que permitan reglamentar el proceso de recertificación, tomando como base el consenso y el contexto nacional en el cual se aplica. Se requiere de la participación de todos los actores y sectores vinculados de manera directa o indirecta con la prestación de servicios de salud a la población.
- Definir criterios y metodologías de recertificación considerando las experiencias desarrolladas en países de la Región, los objetivos del proceso de recertificación y su relación con un conjunto de programas de calidad en salud; entre las metodologías figuran las siguientes:
 - evidencias directas de calidad del desempeño,
 - evidencias de educación continua basadas en la presentación de certificados de aprobación y no sólo de asistencia,
 - exámenes periódicos de competencia profesional y,
 - evidencia de ejecutorias importantes en el ámbito de la investigación, la docencia y el servicio.
- Fortalecer e impulsar el desarrollo reglamentado de programas de educación continua orientados a satisfacer las necesidades de actualización científico-técnica en campos

específicos de la medicina, que contribuyan al mantenimiento de la idoneidad técnica individual y del desempeño profesional o técnico en salud, considerando elementos de la bioética sanitaria.

- Fortalecer e impulsar programas de educación permanente, con base en reglamentaciones que permitan la valoración de créditos. Estos programas deben tener un carácter multiprofesional y multidisciplinario y estar orientados a enriquecer el desempeño colectivo de los recursos humanos de salud, en función de los procesos de trabajo y considerando los problemas y necesidades de los servicios de salud en términos de su calidad, eficiencia, eficacia y equidad.
- Establecer mecanismos de evaluación permanente e integral del proceso de recertificación y de los procesos de educación continua y de educación permanente, para garantizar su calidad, pertinencia y acceso universal.
- Definir criterios económicos y de costos que impidan el deterioro del proceso, y faciliten el acceso universal a las actividades de educación continua y educación permanente por parte de todos los profesionales que deben participar del mismo.
- Establecer sistemas de evaluación de desempeño para profesionales basado en disposiciones y regulaciones e integrado al proceso de recertificación, mediante el cual se establezcan derechos, incentivos y sanciones y se consideren valores culturales y preceptos éticos. Este sistema debe promover la universalización del proceso de recertificación y la cobertura total de los profesionales.
- Definir, dentro de las condiciones de trabajo, estrategias concretas que faciliten la participación de los trabajadores de salud de todos los servicios en los procesos orientados a incrementar su nivel de competencia profesional.
- Incorporar la investigación como forma de evidencia de las ejecutorias para contribuir al desarrollo de una cultura de la investigación.
- Implementar el proceso de recertificación del médico general que considere la mayor complejidad de su práctica y que propenda a su valoración.
- Trabajar en los niveles legislativos incorporándolos a la discusión para la revisión y adecuación de leyes y de otras disposiciones reguladoras.
- Promover la creación de organismos responsables del proceso en cada país, con autonomía y amplia participación de las instancias involucradas.

Una agenda para la acción: ¿Por dónde empezar?

<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el plan estratégico de implementación.
<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar en cada uno de los países de forma sistemática y masiva, los aspectos conceptuales y metodológicos sobre certificación-recertificación mediante la realización de publicaciones, foros, debates.
<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalizar los “consejos de certificación y recertificación”, compuestos por representantes de los diversos actores sociales vinculados.
<ul style="list-style-type: none"> • Construir de una manera participativa los métodos y técnicas a utilizar en los procesos nacionales de certificación y recertificación para personal de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Definir variables e indicadores estratégicos que deben considerar estos procesos, así como las estrategias que permitan su interrelación con aquellos que se constituyen en su soporte inmediato (educación continua, educación permanente, sistema de incentivos, evaluación del desempeño, otros).
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer alianzas estratégicas con sectores e instituciones, nacionales e internacionales, no relacionados con la educación y práctica en salud, con interés en dar su apoyo a los procesos de certificación y recertificación en salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar y capacitar los recursos humanos necesarios para la ejecución del proceso de recertificación.
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar, revisar y sistematizar las experiencias locales e internacionales sobre los procesos de certificación y recertificación de profesionales y técnicos de salud y propender el intercambio de experiencias entre países.
<ul style="list-style-type: none"> • Legitimizar y ampliar al máximo la representatividad de los actores en el proceso.

4.4 VIABILIDAD

Los procesos que involucran al conjunto social y se orientan a contribuir a la calidad de los servicios de salud, públicos y privados, deben pasar por un análisis de viabilidad que permita el diseño de opciones estratégicas que faciliten su implementación. En este sentido podría decirse, que existen factores que determinan la viabilidad:

- Voluntad política: Consenso entre actores sociales. Ubicación del tema en sus agendas.
- Apoyo institucional de otros actores no vinculados directamente con el proceso, pero con interés de participar en él y en su desarrollo.
- Consolidación de grupos nacionales y regionales que faciliten, lideren y orienten la implementación del proceso en los diferentes países y que estén comprometidos con la búsqueda de la excelencia.

- La necesidad sentida por los usuarios, internos y externos, de los servicios de salud de contar con mayores niveles de eficiencia, eficacia y equidad en la prestación de servicios para lograr impactar positivamente la realidad de salud de las naciones de América Latina.
- El ubicar estos procesos dentro de las estrategias para lograr una calidad integral en materia de salud.
- La existencia de experiencias previas cuyos diseños metodológicos y técnicos para el desarrollo de estos procesos valorativos son relativamente sencillos, completos y pertinentes a cada grupo profesional o técnico.
- La alta complejidad biotecnológica y la rápida obsolescencia del conocimiento en el campo de la salud.
- La alta variabilidad epidemiológica nacional e internacional caracterizada por la transición epidemiológica y las enfermedades emergentes y reemergentes.
- Las complejidades crecientes del sistema de salud, en términos de su organización y gestión tanto en lo público como en lo privado.

4.5 DIFICULTADES

Los procesos de certificación y recertificación son en sí mismos un reto para todos los países, toda vez que como transformadores generan incertidumbres y dificultades, entre ellas:

- Son procesos complejos en los cuales participan un número plural de actores, además de la gran variabilidad de profesiones existentes en el campo de la salud.
- No está claramente definida la forma de participación de los actores sociales, y entre los actores, existen visiones diferentes del rol que instituciones del Estado, entes reguladores, como los Ministerios de Salud, deben desempeñar en estos procesos.
- Su característica de procesos voluntarios limita el logro de los objetivos de la certificación-recertificación.
- No se tienen claramente definidos en los criterios los ámbitos en el cual el profesional debe recertificar, pues existen básicamente dos ámbitos a considerar, el relacionado con el perfil de práctica y el relacionado con el perfil de formación.
- En el caso de la recertificación se da especial resistencia de algunos grupos profesionales por la implementación de algunos de los criterios utilizables en el desarrollo del proceso, tal es el caso de los que se sustentan en la aplicación de exámenes.

- Falta de experiencia evaluada y consolidada sobre estos procesos en la mayoría de los países latinoamericanos.
- La complejidad de los procesos representa costos económicos y de recursos humanos, lo que implica que los mismos deben ser autosostenibles y por ende enmarcados en conceptos éticos, que redunde en el logro de los objetivos que propenden alcanzar.
- Logro de consenso político, académico y social amplio, lo cual pasa por el desarrollo de propuestas de mejoría de calidad, en los sistemas educativos y en los servicios de salud, estrategias paralelas a estos procesos.
- Falta de fundamentos legales, disposiciones y regulaciones que apoyen los procesos de certificación y recertificación para el personal de salud.

4.6 ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA

La certificación es uno de los procesos que valora la calidad profesional al término de su formación, desde pregrado hasta postítulo, aplicando criterios y estándares de conocimiento y práctica. Estos criterios deben definirse para cada tipo de profesional.

Existe consenso acerca de que la certificación es un instrumento eficaz y necesario para lograr niveles adecuados de práctica médica y para satisfacer las necesidades de salud.

Existe gran diversidad en América Latina en términos de la aplicación y grados de avance de los procesos de certificación y recertificación.

En algunos países se realizan procesos de certificación a nivel de las especialidades y ninguno cubre la totalidad de los profesionales, ni al médico general en lo específico.

Como parte de las opciones metodológicas se plantean diversas alternativas que van desde la aplicación de un examen general de postítulo que habilite para el ejercicio profesional, seguido de recertificación. Algunos consideran que una vez exista un sistema de acreditación de universidades con carácter integral, universal y ampliamente participativo, este puede no ser necesario. Sin embargo, el Estado tiene la responsabilidad de vigilar y garantizar, a la población demandante de los servicios de salud, que los recursos humanos que ingrese al sistema sanitario, público o privado, cuente con los conocimientos, actitudes y destrezas mínimas para el desempeño de un buena práctica profesional.

Prospectivamente, la certificación es necesaria aún para aquellas universidades que en el momento actual están:

- Revisando y actualizando planes de estudio,
- Efectuando una reestructuración general;
- Desarrollan cualquier otro proceso que demande prioritariamente su atención.

La recertificación se aplica a personas ya certificadas con el fin de verificar si sus conocimientos y prácticas están vigentes.

Como ya se ha dicho, es deseable que la recertificación sea periódica y realizada con base en preceptos éticos. Si bien no hay consenso sobre si debe ser un mecanismo obligatorio y sobre quién lo conduce, sí hay acuerdo en que está ligado a la educación continua, a los procesos previos de acreditación de instituciones y a la certificación profesional. La certificación-recertificación deberá contemplar los siguientes aspectos:

- Fortalecer el proceso de acreditación institucional con base en el principio de que si el pregrado es satisfactorio, ésta constituye la mejor base para las etapas que vienen. La certificación complementa y a la vez es insumo de la acreditación de tipo institucional.
- Definir procesos de certificación sencillos y rápidos.
- Organizar el proceso de educación continua y de educación permanente de forma que incluya mecanismos de evaluación para garantizar su calidad, pertinencia y acceso universal. Debe ser llevado a cabo por la universidades con la más amplia participación de las sociedades científicas, asociaciones gremiales y otros actores.
- Definir un proceso de recertificación que concuerde con los programas de educación continua y educación permanente.
- Se debe revisar y adecuar la legislación vigente e incorporar al nivel legislativo en la discusión.
- Estudiar y aplicar en armonía con los valores culturales y preceptos éticos de la Región, sistemas de incentivos y regulaciones para promover la universalización (cobertura total de profesionales).
- Promover la constitución de organismos responsables del proceso que cuenten con autonomía y con la amplia participación de las instituciones involucradas; así como con los recursos necesarios para llevarlo a cabo.
- En virtud de la globalización, que lógicamente establece la movilidad horizontal de los profesionales, quizás se debe llegar a un sistema que procure una certificación con validez para todas las naciones de la Región comprometidas con este proceso.
- Como resultado de una evaluación a diferentes niveles se debería prever el establecer una Acreditación y Certificación que determine equivalencias de valor universal que asegure equidad y avale prestaciones de acuerdo al estado actual de la técnica, la ciencia y el arte médicos, incluidos sus aspectos ético-sociales y humanísticos.
- El análisis revela una gran diversidad, así como variación en el estado de desarrollo de estos procesos en América Latina, los cuales en alguna medida están condicionados por aspectos legales, culturales, sociales y económicos, entre otros, en cada uno de los países.

5. BREVE CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

Los integrantes de los diferentes grupos que han analizado los complejos temas de acreditación de instituciones formadoras y de certificación y recertificación del personal de salud, han intentado lograr una aproximación a la situación en que se encuentran sus respectivos países en relación con el tema. Esta como aproximación no es exhaustiva, razón por la cual estos mismos grupos sugieren se efectúe una evaluación de carácter integral y sistemática, para la cual se definan variables que permita conocer y caracterizar con mayor profundidad la situación de estos procesos en todos los países de la Región.

5.1 ARGENTINA

En Argentina el proceso de acreditación y evaluación institucional de las carreras de Medicina, está dirigido al mejoramiento de la calidad académica.

Desde 1995 existe una Ley de Educación Superior, No.24.501/95, que otorga al Ministerio de Educación la facultad de fijar los contenidos curriculares básicos, los criterios sobre la intensidad de la formación práctica, la carga horaria, las actividades reservadas para el título y los estándares de acreditación para carreras denominadas "de riesgo" de los niveles de grado, de especialización, maestrías y doctorados. Los requisitos deberán ser determinados y acordados con el Consejo de Universidades. Esta ley dió pie a la creación del Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) cuyo propósito es el mejoramiento de la calidad en la educación, y sus objetivos son exclusivamente académicos, de efectos sociales y eventualmente políticos, pero no jurídicos.

Sus atribuciones son las siguientes:

- Otorgar o denegar el "reconocimiento oficial" del título de cada nueva carrera de conformidad con la Ley de Educación Superior.
- Dejar sin efecto el reconocimiento de un título.
- Disponer la suspensión del "reconocimiento oficial".

Los objetivos de la CONEAU son:

- Propiciar la consolidación y clasificación del sistema de postgrado adoptando criterios de excelencia, reconocidos internacionalmente, tendientes a facilitar procesos de mejoramiento de su calidad.

- Promover la formación de recursos humanos altamente calificados tanto para las actividades de docencia e investigación, cuanto para la formación de profesionales especializados.
- Tender hacia una organización más racional de la oferta de las distintas modalidades de postgrado.
- Proveer a la sociedad información confiable acerca de la calidad de la oferta educativa en el nivel de postgrado, a fin de fortalecer su capacidad de elección.

Los criterios de evaluación requeridos por CONEAU son:

- Justificación del proyecto institucional y académico.
- Adecuación a principios y normas de la Ley de Educación.
- Nivel académico del cuerpo de profesores.
- Calidad y actualización en los planes de enseñanza e investigación.
- Medios económicos.
- Plan de desarrollo académico.
- Vinculación internacional, acuerdos y convenios.

La metodología de acreditación utilizada es la evaluación realizada por intermedio de Comités de Pares. Este Comité emite dictamen de acreditación y/o categorización a las instituciones universitarias, al Consejo Universitario Superior y al Consejo de Rectores de universidades privadas. La validez del dictamen es de tres años. Concibe el mejoramiento de la calidad a partir de políticas institucionales y del proceso de autoevaluación y ha incorporado en su haber elementos de la evaluación externa.

En relación a la Carrera de Medicina, la Asociación de Facultades de Medicina de la República de Argentina (AFACIMERA) que reúne 14 universidades, impulsó los procesos de evaluación de los programas académicos, a partir de autoevaluaciones realizadas a cada una de ellas y se diseñaron los contenidos mínimos sugeridos para el nuevo plan de estudios.

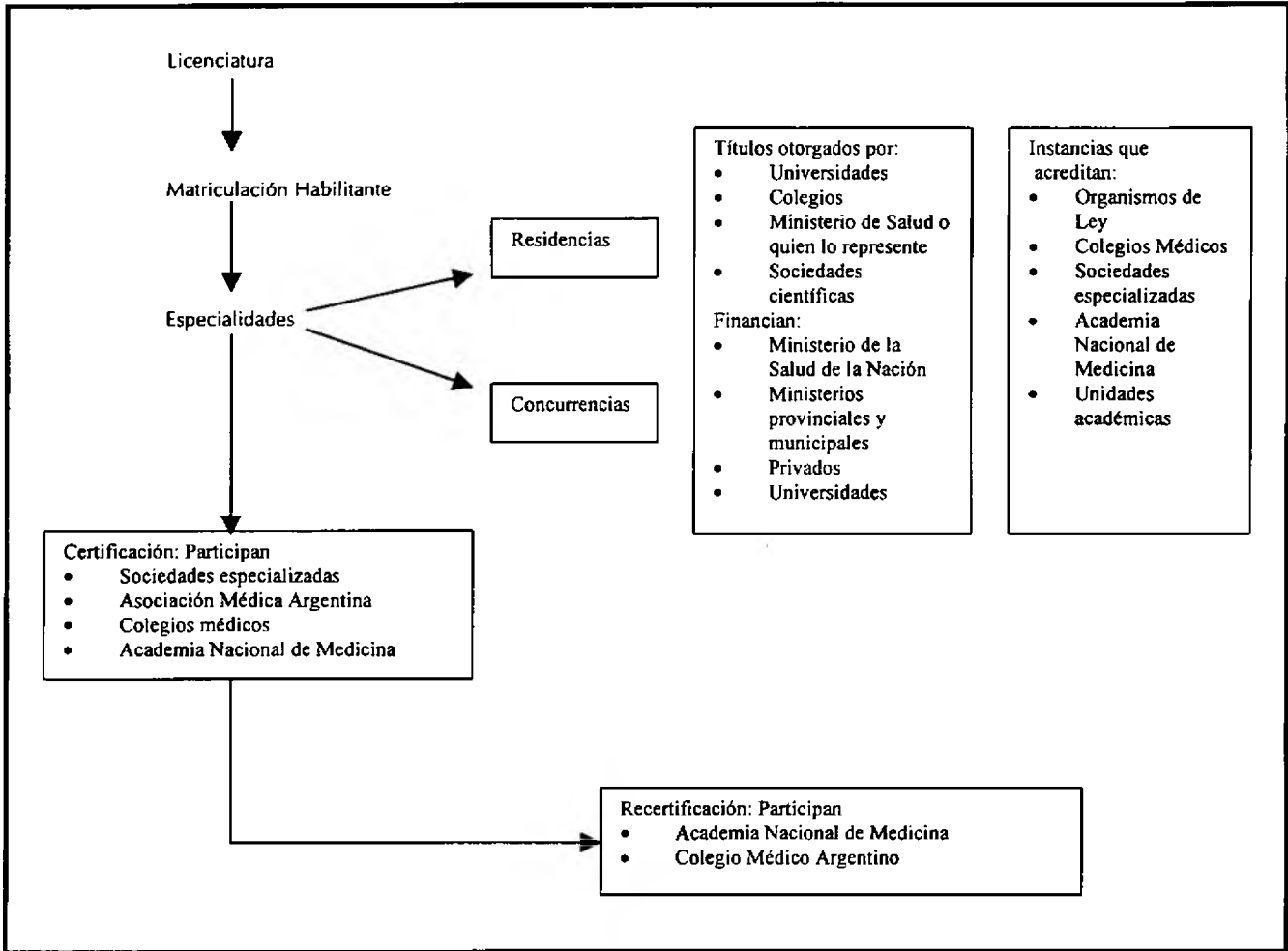
En cuanto a la formación de médicos especialistas, la evaluación de los programas de residencias médicas puede ser realizada por 3 organizaciones: los Colegios Médicos, el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) y las Sociedades Especializadas. Como ejemplo, se presentan en el siguiente cuadro los objetivos específicos de las tres instituciones en la Ciudad de Rosario.

Objetivos de Evaluación de Programas de Residencias Médicas por Institución

Tipo de Objetivo	Colegio Médico de Rosario	Coneau	Sociedad Argentina de Pediatría
Políticos	Control de habilitación y certificación de especialistas. Promoción de nuevos servicios de formación de postgrado.	Propiciar la consolidación y clasificación del sistema de postgrado adoptando criterios de excelencia reconocidos internacionalmente tendientes a facilitar procesos de mejoramiento de su calidad. Promover la formación de recursos humanos altamente calificados tanto para las actividades de docencia e investigación, cuanto para la formación de profesionales especializados. Tender hacia una organización más racional de la oferta de las distintas modalidades de postgrado.	Establecer la acreditación como proceso que permita revisiones regulares y periódicas.
Técnicos	Capacidad de evaluar en relación a normas prescritas, entendiéndose esta actividad como proceso dinámico y perfectible en constante actualización y adecuación a los cambios científicos y al ejercicio profesional.	Proveer a la sociedad información confiable acerca de la calidad de la oferta educativa en el nivel de postgrado, a fin de fortalecer su capacidad de elección.	Informar al público, consejo de especialidades, residentes y estudiantes de Medicina si el programa de residencia en Pediatría responde a los niveles que han sido establecidos para esta forma de educación de postgrado.
Funcionales	Control de las condiciones de formación de los residentes en los servicios: aspectos docentes, asistenciales y científicos.	Acreditación y categorización en cumplimiento de la Ley de Educación Superior No. 2452 (art. 39) de acuerdo a patrones y estándares establecidos por el Ministerio de Cultura y Educación en base al dictamen del Consejo de Universidades (Resolución No. 1168/97)	Acreditar al programa de adiestramiento conforme a estándares educativos establecidos.

Certificación y recertificación de profesionales:

En cuanto al proceso de certificación y recertificación, puede presentarse el siguiente esquema:



El programa nacional de Garantía de Calidad (decreto 1424/97) como parte de la Reforma de Salud del país presenta los siguientes tres artículos relacionados con la certificación y recertificación, otorgándole un carácter obligatorio al proceso y confiriéndole importancia nacional.

- Artículo Tercero: Establece que la función del programa es de normatización. La certificación y recertificación se aplica a los distintos integrantes del equipo de salud.
- Artículo Noveno: Crea la Comisión Nacional de Certificación y Recertificación Profesional del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Artículo Decimoséptimo: Las actividades de Certificación y Recertificación Profesional y de Acreditación de Establecimientos de Salud, solamente podrá ser delegada a entidades académicas, universitarias, científicas, de profesionales y colaboradores de la Medicina y cámaras y confederaciones del sector sin fines de lucro, que cuenten con suficiente actividad y reconocida conducta ética.

El Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la Academia Nacional de Medicina, tiene como función la certificación de los médicos, proceso que inició en el año 1990 y produjo las primeras certificaciones en 1993. El proceso "supone la evaluación de su proceso de formación y de su calidad profesional, con independencia de los efectos legales y administrativos que aquella pueda tener".

Sus objetivos son:

- Garantizar que el interesado haya cumplido requisitos técnicos y morales que significan un respaldo a la calidad de su formación y de su ejercicio profesional.
- Mejorar la calidad del desempeño técnico y ético moral de los médicos y, de ese modo contribuir al logro de mejores niveles de salud para nuestra población.

Es un proceso voluntario para el médico matriculado, disponible para todos los que lo soliciten, que cuenta entre sus requisitos los siguientes:

- Tener estudios de postgrado de una determinada especialidad con el régimen de residencia o concurrencia, realizados en servicios reconocidos y/o acreditados por los Consejos de Especialidad; realizado por pares (sociedades científicas y demás entidades que participen en el sistema);
- Periódico;
- No constituye un título habilitante de especialista, ni autoriza a anunciarse como tal.

Metodología:

Para obtener el certificado se requiere tomar un examen voluntario que evalúa sus conocimientos y condiciones ético-morales, prueba que el médico toma con sus pares. Este examen consta de preguntas abiertas y de selección múltiple. Además se valoran las habilidades y destrezas mediante pruebas presenciales con observador y lista de cotejo. La capacidad de resolución de problemas se determina de manera escrita u oral. Otro método de evaluación lo constituyen pasantías por servicios especialmente designados bajo tutorías estrecha y directa.

La Recertificación es el acto por el cual un profesional certificado se presenta ante sus pares, para que estos evalúen su trabajo, sus condiciones y cualidades en forma periódica y le otorguen un aval que lo acredite y jerarquice en su labor profesional.

También la Asociación Médica Argentina recertifica a los profesionales médicos con los objetivos de:

- Velar por el conocimiento, las condiciones científicas y el comportamiento ético moral de sus miembros, condiciones que repercutirían favorablemente en la calidad de la atención médica.
- Prestigiar y validar su actividad.

El Comité de Recertificación Médica Argentina actuará como ente evaluador y veedor final, ratificando o recertificando lo dispuesto por cada sociedad, pues acreditan todas aquellas sociedades que acepten integrar el Programa de Recertificación Médica.

Entre las formas de recertificación están:

- Recertificación automática a profesores titulares y jefes de servicio.
- Antecedentes curriculares con una grilla de puntaje.
- Programas y cursos de actualización otorgados por la sociedad a la que pertenece.
- Cursos de educación a distancia con exámenes de evaluación de escogencia múltiple.
- Pasantías en servicio.
- Examen escrito y oral.
- Evaluación de antecedentes.

Los requisitos establecidos son:

- Los solicitantes deben estar certificados, con título habilitante otorgado por las sociedades miembros reconocidas, por universidades nacionales o extranjeras, por el Ministerio de Salud Pública o quien lo represente, por asociaciones o por colegios médicos nacionales o provinciales.
- Incorporarse al Registro de Certificación (libro foliado de actas) que será único y quedará en la Asociación Médica Argentina (AMA).
- Ser miembro de la Asociación Médica Argentina con una antigüedad no menor de 6 meses y tener las cuotas al día.
- Solicitud completa y el Curriculum Vitae (1 y 30 de marzo), resaltando las actividades de los últimos 5 años.

- Proponer al Comité de Recertificación de la Asociación Médica de Argentina cinco miembros que lo valen para ingresar al Programa de Recertificación, de la misma especialidad y miembros de la Asociación Médica Argentina.
- Los miembros titulares y no residentes de la Asociación Médica Argentina no pagarán arancel. El no pago de las cuotas societarias implica la pérdida inmediata de los derechos.
- Deberán cumplimentar todas las actividades requeridas por el Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina y la Sociedad Científica correspondiente.

5.2 BRASIL

En el país existen 80 facultades que actualmente están formando médicos. Estas instituciones se distribuyen en 22 de los 27 Estados del país, con vínculo jurídico privado y público, sea que pertenezcan o no a las universidades. En la segunda mitad de la década de los noventa se ha producido un incremento desordenado del número de escuelas de medicina, especialmente en el ámbito privado, sin que cumplan con todas las formalidades y en desacuerdo con las necesidades sociales.

El plan de estudios de la carrera de medicina tiene una duración de 6 años y se divide en dos bloques, el básico y el clínico. No existe uniformidad en el número de años que corresponden al internado, el cual puede durar 12, 18 ó 24 meses.

El número de médicos en actividad es de 207.000. Anualmente se gradúan aproximadamente 10 mil médicos, siendo la carrera de medicina la de más demanda por parte de quienes tienen acceso a las facultades a través de concurso. En los últimos años la relación es alrededor de 30 candidatos por cada plaza.

El médico recién egresado se registra obligatoriamente en el Consejo Regional de Medicina de uno de los 27 Estados. Cumplida esta formalidad queda apto para el libre ejercicio de la profesión. No existe ningún registro en el Ministerio de Salud ni en el de Educación.

El 25 de noviembre de 1927 se funda el primer sindicato de médicos del Brasil en Rio de Janeiro. El 26 de enero de 1951 surge la Asociación Médica Brasileña, entidad ligada a las especialidades médicas. El 30 de septiembre de 1957 se promulga la ley que crea los Consejos de Medicina. Estos consejos no están ligados al gobierno, sino integrados por profesionales elegidos por votación entre todos los médicos de cada uno de los Estados. Las instituciones de salud también se registran ante los consejos.

El 2 de octubre de 1975 la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas se transforma en Asociación Brasileña de Educación Médica, lo que permite la participación de los dirigentes de las escuelas y de los estudiantes, abriéndose además a todas las instituciones que guardan relación con la formación médica; incluso las universidades que no tienen escuelas de medicina pueden participar en esta asociación.



Hasta 1976 los médicos recién egresados que trabajaban en los hospitales de Brasil contribuían con mano de obra barata al funcionamiento de las instituciones. Se produjo un gran número de médicos recién egresados sin ningún vínculo de trabajo, lo que condujo al desarrollo de un movimiento reivindicatorio que lograría éxito a partir del 5 de septiembre de 1977 con la aprobación de la legislación que crea la Comisión Nacional de Residencias Médicas; esta comisión tiene una participación paritaria de las entidades médicas y del gobierno. Una vez finalizada la residencia médica, los médicos obtienen el título de especialistas y se inicia un proceso de registro ante los Consejos Regionales de Medicina. Actualmente el número de residentes llega a 13.399 distribuidos en 290 instituciones.

En 1986, durante el XVII Encuentro Científico de los Estudiantes de Medicina en Fortaleza, Ceará, los directores académicos se reorganizan y crean la Dirección Ejecutiva Nacional de Estudiantes de Medicina, la cual representa aproximadamente 50.000 estudiantes de todo el territorio nacional. Esta dirección realiza un congreso nacional anual y un encuentro científico de estudiantes; este último cuenta con la participación de alrededor de 5.000 estudiantes y allí se elige su directiva. Paralelo a esto se consolida un movimiento de renovación médica y de consolidación de los trabajadores de salud que permite el desarrollo de alianzas, articulaciones y acciones de liberación nacional con la participación de diversos actores.

El 8 de enero de 1988 el Consejo Federal de Medicina promulga el nuevo Código Brasileño de Ética Médica. Elaborado colectivamente por los médicos, sus entidades y la sociedad civil, este código no limita la actuación de los profesionales a un área particular.

El 5 de octubre de 1988 se promulga la nueva Constitución Nacional y se consagra el Sistema Único de Salud. El 19 de septiembre de 1990, mediante la ley N° 8080, los municipios se convierten en gestores de salud. En cada uno de ellos se realiza periódicamente la Conferencia Municipal de la Salud, mientras que los Estados realizan también conferencias, culminando en la Conferencia Nacional de Salud. Esta ha tenido un papel importante en la creación del Consejo Nacional de Salud mediante la ley 8142 del 28 de diciembre de 1990. Este consejo, de carácter permanente y deliberativo, es integrado por 32 miembros. Se trata de un organismo pluralista y con representación de los usuarios (miembros de diferentes organizaciones de usuarios, universidades, ciencia y tecnología), quienes tienen 50% de la participación, de los gestores (25% de la participación), y de los trabajadores de salud (otro 25%).

El 19 de febrero de 1990, el Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo intenta introducir un examen de orden como requisito para el ejercicio de la profesión en São Paulo. Esta propuesta fue finalmente rechazada en la legislatura el 10 de noviembre de 1993 y posteriormente por los mismos médicos.

El 16 y 17 de abril de 1993 se realizó el I Encuentro de las Entidades Médicas del Mercosur en Solís, Uruguay. Desde entonces se ha intensificado una articulación de entidades de médicos de Brasil, Uruguay, Paraguay y Argentina, lo cual ha conducido a que se inicie una discusión en Brasil tendiente a definir las especialidades y su área de actuación, tomando también en consideración criterios éticos. Cabe mencionar que esta discusión aún no ha concluido. De momento existe una comisión nacional que está tratando de uniformar las especialidades. Esta comisión está constituida por la Federación Nacional de Médicos, la

Asociación Médica Brasileña, el Consejo Federal de Medicina y la Comisión Nacional de Residencia Médica.

El gobierno federal no tiene ningún tipo de relación con las especialidades. En la legislación brasileña no existe el servicio social obligatorio, ni tampoco la certificación y recertificación de profesionales.

El 4 de marzo de 1991 surge la Comisión Interinstitucional Nacional de Evaluación de la Enseñanza Médica (CINAEM), como vehículo hacia la transformación de la enseñanza médica. Esta comisión está integrada por la Asociación Brasileña de Educación Médica, la Asociación Médica Brasileña, la Asociación Nacional de Médicos Residentes, el Consejo de Rectores de las Universidades Brasileñas, el Consejo Federal de Medicina, el Consejo Regional de Medicina de los Estados de Río de Janeiro y de São Paulo, la Dirección Ejecutiva Nacional de Estudiantes de Medicina, la Federación Nacional de Médicos, el Sindicato Nacional de Docentes de las Instituciones de Enseñanza Superior, y la Academia Nacional de Medicina. Ese año se realiza en Campinas, São Paulo, el Primer Foro Nacional de Evaluación de las Escuelas Médicas; la agenda se diseña con base en los foros nacionales siempre junto con el Congreso Brasileño de Educación Médica promovido por la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM).

En ese momento se explicita la voluntad política de las entidades que constituyen CINAEM de promover un debate para transformar el modelo de formación médica de acuerdo con los principios éticos contenidos en la reforma sanitaria brasileña que estaba siendo implementada.

De 1991 a 1992, CINAEM realiza la primera fase de evaluación de las escuelas. Esta es de carácter voluntario y consiste en responder a un cuestionario que considera elementos cualitativos. De 80 escuelas 76 respondieron en el tiempo requerido y dos con retraso. Como mecanismo de permanencia de la evaluación en las Facultades de Medicina se pretende crear unidades de capacitación para trabajar sobre el tema con el fin de que cada una de ellas cuente con una masa crítica que facilite continuamente este proceso y permita la institucionalización y apropiación del mismo.

A partir de las respuestas al cuestionario se identificaron puntos críticos que hacen necesaria la evaluación de modelos pedagógicos, del recurso humano docente y de los alumnos de manera participativa, creando espacios colectivos y estimulando la autonomía de las instituciones, la responsabilidad, la solidaridad y la participación de los actores involucrados con la formación médica. En la Facultad de Medicina de Botucatu, São Paulo, la CINAEM establece su primera oficina para desde allí implementar y posteriormente acompañar el proceso de evaluación. Esas actividades contaron con la cooperación administrativa y financiera de las facultades y escuelas de medicina que pertenecen a la Red UNIDA. Cabe resaltar que todo el proceso fue construido y financiado conjuntamente con contribuciones voluntarias de las escuelas de medicina y de las entidades que constituyen la CINAEM, las cuales formaron un fondo único de financiamiento.

El 24 de noviembre de 1995 se promulga la ley 9.131 que crea el Consejo Nacional de Educación. Por la misma época el Ministerio de Educación tiene la primera iniciativa de evaluar la educación superior en Brasil, a través del examen nacional de final de curso, el cual

es rechazado por estudiantes, educadores, y por entidades que consideran que los estudiantes serían las mayores víctimas del proceso y prácticamente llevados al banquillo de los acusados. Esta evaluación es de carácter sectorial y ve al estudiante al final de la formación, no cubre al docente, ni tampoco a otros sectores de la educación médica. Hasta este año el área de medicina no ha sido sometida a esta prueba. El 20 de diciembre de 1996 fue firmada la ley Darcy Ribeiro (Ley N° 9.394) que establece directrices y bases para la educación nacional.

Al tiempo que el Ministerio de Educación inicia la aplicación del examen al final de cursos superiores, la CINAEM manifiesta su oposición al mismo e intensifica su evaluación, la cual es realizada por 18 de los 22 Estados que poseen escuelas médicas.

A CINAEM se le considera de gran importancia en el proceso colectivo, siempre con la participación de los alumnos, profesores, dirigentes de la comunidad académica y de las entidades.

El 13 y 14 de julio de 1997 la CINAEM presenta públicamente la relatoría final de su estudio. En octubre realiza el VII Foro Nacional de Evaluación, donde fueron definidas las líneas generales de la próxima etapa de trabajo en la que continuaría vigente el proceso colectivo con intención de contribuir a una formación médica de calidad, siempre orientada hacia la búsqueda de la transformación y los cambios que redunden en una medicina dirigida al bienestar social del ser humano. En dicho proceso no está considerada la acreditación de las escuelas médicas.

5.3 COLOMBIA

La mayoría de las facultades de medicina tiene un plan de estudios de seis años más un año de internado. También existe el internado en ciencias básicas e investigación para aquellos estudiantes que opten por este camino, los cuales han sido pocos.

El proceso de certificación de profesionales médicos en Colombia, implica la realización de un internado rotatorio de pregrado como requisito para obtener el título profesional. Este internado se lleva a cabo en hospitales de segundo y tercer nivel de atención que hayan sido previamente acreditados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).

Una vez el estudiante realiza el internado de pregrado, la universidad le otorga el título de médico e inmediatamente inicia el servicio social obligatorio en plazas asignadas por el Ministerio de Salud. Durante este año de servicio social el médico labora en instituciones de primer nivel de atención y en algunas ocasiones realiza funciones de director. El salario es de US\$200.00 más vivienda y algunas veces alimentación. El servicio social también puede orientarse hacia el área de ciencias básicas o investigación para un reducido número de médicos que en su vida estudiantil hayan demostrado interés en ellas. En estos casos se requiere una autorización por parte de las autoridades competentes.

Una vez que el médico ha terminado el servicio social obligatorio recibe del Ministerio de Salud la tarjeta profesional, la cual le permite el libre ejercicio. La práctica profesional se realiza en la medicina general y especializada en las instituciones oficiales del Sistema Nacional de Seguridad Social y de Salud, en la práctica privada y en la docencia. Frecuentemente se presentan desempeños mixtos.

La certificación de especialistas es de carácter privado y voluntario, y la realiza ASCOFAME. Esta certifica títulos obtenidos en programas que han sido aprobados por los Comités de Especialidades, los cuales tienen entre sus funciones establecer requisitos mínimos para cada especialidad.

En el caso de las especialidades cuyo título ha sido obtenido en el exterior, el Instituto Colombiano de Educación Superior (ICFES) realiza la convalidación del título. El ICFES evalúa la documentación pertinente y reconoce el título si corresponde a alguna de las especialidades reconocidas por la ley.

En caso de existir convenios internacionales y educativos el reconocimiento es directo. En caso contrario se asigna el estudio de la documentación a un comité de especialidad o a una facultad de medicina, los cuales emiten el concepto correspondiente y lo remiten a ICFES.

Hasta el momento no existe un proceso de recertificación de recursos humanos en salud.

Con respecto a la acreditación, el modelo que se ha puesto en marcha en el país está basado en la constitución política, la ley, y las diversas normas reglamentarias expedidas por el gobierno nacional y por el Consejo Nacional de la Educación Superior. La constitución vigente da a la educación el doble carácter de ser un derecho de la persona y un servicio público, garantiza la autonomía universitaria y ordena al Estado apoyar la educación superior.

La ley 30 de 1992, señala los objetivos de la educación superior y de sus instituciones, reafirma su naturaleza como servicio público y reitera el principio de la autonomía universitaria. Crea el Sistema Nacional de Acreditación –para garantizar que las instituciones que voluntariamente hagan parte de él cumplan con los más altos requisitos de calidad y realicen sus propósitos y objetivos– e instituye el Consejo Nacional de Acreditación.

El decreto 2904 de 1994 define la acreditación, indica quiénes forman parte del Sistema Nacional de Acreditación, señala las etapas y los agentes de este proceso y responsabiliza al Consejo Nacional de Acreditación de la evaluación final. Este Consejo además coordina el proceso de acreditación, orienta a las instituciones para su autoevaluación y adopta los criterios de calidad y los instrumentos e indicadores que han de utilizarse en la evaluación externa.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), ha participado activamente en el proceso de acreditación de los programas de pregrado. Sobre el particular se han desarrollado dos importantes líneas de trabajo: la formulación de nuevos requisitos mínimos para la creación y funcionamiento de las facultades de medicina y la elaboración de una propuesta de acreditación de las mismas; con el propósito de preservar la calidad científica y afianzar la presencia y confianza de los programas en la comunidad e impedir que el empirismo y la mediocridad científica y académica se conviertan en el denominador común.

Los requisitos mínimos establecen las características del perfil profesional y ocupacional; la justificación, objetivos, plan básico de estudios, estrategias metodológicas, duración, recursos humanos, físicos y administrativos; laboratorios y equipos, lugares de práctica, recursos bibliográficos y de informática, recursos financieros y soporte científico e investigativo.

Sobre el proceso de acreditación ASCOFAME ha realizado las siguientes actividades:

- Aprobó una propuesta para desarrollar la acreditación de las facultades de medicina (Popayán, noviembre 1993).
- Estableció que cada facultad deberá iniciar y desarrollar su proceso de autoevaluación (noviembre 1994).
- Elaboró una propuesta de estándares con base en metas de calidad, en la cual se delimitan y definen metodológicamente trece componentes objeto de evaluación y sus correspondientes indicadores y variables. Estos contienen 158 definiciones, fundamentalmente de carácter cualitativo para permitir la confrontación de la situación real frente al deber ser de los diferentes componentes de la educación médica. (febrero 1995).
- Resolvió impulsar, orientar y supervisar el desarrollo de la acreditación de los programas de medicina del país y acoger como instancias acreditadoras las definidas por la normatividad vigente (abril 1996).
- Colaboró en el ajuste de los estándares, indicadores y variables de calidad propuestos por el Consejo Nacional de Acreditación.
- Abordó la relación entre los procesos de reforma curricular que se están dando en las diferentes facultades de medicina y el compromiso de estas con el logro de su acreditación (Cali, agosto 1996).
- Analizó los avances y el futuro desarrollo de la evaluación y acreditación en 17 programas de medicina (Paipa, mayo 1997).

Hasta la fecha se puede concluir que el proceso adelantado permite destacar lo siguiente:

1. La Asociación debe tener un papel de liderazgo con base en la autoridad política y académica que la ha caracterizado. Esto le permitirá actuar como organismo asesor y facilitar acciones para que las Facultades de Medicina mejoren su proceso de autoevaluación hacia la acreditación. Debe actuar en forma muy coordinada con el C.N.A. para que la acreditación de las Facultades de Medicina se realice con los máximos criterios de calidad.

2. Se han conformado grupos de expertos en evaluación que han permitido cualificar las actividades de evaluación.
3. ASCOFAME debe ser el órgano difusor de la información y de los adelantos de los procesos a través de publicaciones a toda la comunidad académica.
4. De otra parte, ASCOFAME decide adelantar acciones que permitan ampliar el espectro del análisis y del cumplimiento de requisitos de calidad en los niveles de información de especialistas. Para el efecto y con base en la experiencia adquirida en el pregrado se elabora una propuesta por parte de una comisión designada por el Consejo Directivo. Esta propuesta se dirige a las especialidades médico-quirúrgicas que se desarrollan en 18 Facultades para 223 programas en 49 áreas diferentes.

Paralelamente ASCOFAME ha formulado en sus políticas actuales que en la evaluación de las instituciones formadoras de los médicos, no se puede aislar la situación de las instituciones y servicios de atención por los cuales están permanentemente rotando estudiantes de pre y postgrado. En ese orden de ideas, durante el año 1998, con la participación de más de 180 docentes de las Facultades se formularon requisitos básicos para 72 servicios de mediana y alta complejidad.

5.4 CHILE

El programa de formación médica de la Universidad de Chile consta de tres etapas: una primera en la cual se estudian las ciencias básicas con una duración de dos años, una segunda que involucra las ciencias clínicas con duración de tres años, y una tercera etapa de dos años de duración en la que se realiza el internado, después de lo cual se obtiene el título de médico cirujano. Durante este período el estudiante debe aprobar exámenes teórico-prácticos en cada rotación, al igual que el examen de pretítulo. Al concluir la segunda etapa el estudiante recibe un título de licenciado que es requisito para iniciar su internado; sin embargo, también se le permite optar por el campo académico y avanzar hacia una formación de postgrado y doctorado.

No obstante lo anterior, las Escuelas de Medicina de ASOFAMECH están todas iniciando, con diferente grado de avance, cambios curriculares, inspirados en aumentar o mejorar la pertinencia social, la capacidad de aprender a aprender, la capacidad de usar el tiempo libre, el nivel de competencia clínica, en especial el proceso de razonamiento clínico y la capacidad de gestión en diferentes ámbitos. Para ello han formulado planes de estudio más integrados y sistémicos, que consideran mayor tiempo libre y metodologías más activas, así como aumento en el tiempo de experiencias clínicas extrahospitalarias e innovaciones coherentes con todo lo anterior en las metodologías y objetivos de la evaluación.

En Chile el servicio social no es requisito para obtener la licencia para el libre ejercicio profesional. Durante el proceso de formación de pregrado se cumple el requisito de internado rotatorio no remunerado. Para suplir las necesidades de recursos humanos en el primer nivel de atención, el Ministerio de Salud estableció hace más de 30 años el sistema de "médico general de zona" que si bien no era obligatorio, sí era requisito para poder desempeñarse en el

Sistema Ministerial Público de Salud. Hoy día el sistema se está desintegrando porque el mecanismo de incentivo establecido por el gobierno con el objetivo de lograr satisfacer las necesidades de recursos médicos en las poblaciones más distantes, no permitió conservar estos recursos en las áreas inicialmente designadas, pues al cabo del tiempo los médicos comenzaron a concursar por plazas de formación de especialistas con ciclos de destinación preestablecidos en el segundo nivel de atención. El ciclo de destinación inicial termina con el cumplimiento de los compromisos adquiridos al ser beneficiado con una beca.

El título de médico otorgado por la universidad es el único requisito para la certificación de este profesional, con lo cual él orienta su práctica bien hacia la medicina general o hacia la especialización. Esta última implica la formación de especialistas de carácter académico (Escuela de Graduados), a la cual se accede vía concurso. Existen dos tipos de concurso: el concurso de la última promoción y el concurso para las promociones anteriores. Ambos están basados en puntajes predeterminados y consideran los antecedentes de cada candidato. La comisión de concurso revisa la documentación y efectúa la preselección; cuando existen puntajes similares entre los candidatos se procede a efectuar una entrevista en la cual se valoran especialmente la capacidad de aprender y la vocación de cada aspirante. Los resultados se presentan ante todos los aspirantes en un auditorio.

Esta formación de especialistas es financiada mediante becas autofinanciadas, becas universitarias, becas del Ministerio de Salud y recientemente patrocinadas por entidades privadas. Las especialidades básicas tienen una duración de tres años y las derivadas (sub-especialidades) de dos años. Una vez se concluye el proceso formativo, la Escuela de Graduados otorga el título de especialista, con lo cual se cumple el proceso de certificación. Sin embargo, ésta no tiene validez jurídica pues no existe una ley de especialidades. Uno de los factores que ha obstaculizado el establecimiento de esta ley es la creencia de que podría ocasionar un enrarecimiento en la relación médico-paciente y un encarecimiento de la atención médica.

Desde hace aproximadamente 13 años existe la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) que también otorga títulos de especialistas. CONACEM está integrada por el Colegio Médico, las Sociedades Científicas, el Instituto de Chile, a través de su Academia de Medicina, la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), y el Ministerio de Salud, como observador.

Para el reconocimiento de títulos CONACEM procede de la siguiente manera:

- Reconocimiento como especialistas a los médicos que se han desempeñado como tales en práctica. Este reconocimiento en los primeros cinco años de la fundación de CONACEM era de manera automática; actualmente se hace mediante un examen diario práctico-oral durante cinco días con cinco profesores diferentes.
- Reconocimiento del título de especialista otorgado por la universidad.

Han surgido recientemente los programas de postítulo en clínicas privadas, experiencia ésta que aún no es posible evaluar.

Las residencias becarias y la formación de pregrado se efectúan fundamentalmente en campos clínicos docente-asistenciales del Ministerio de Salud donde existen los Comités Locales Docente-Asistenciales (COLDAS). Estos entes interinstitucionales se encargan de coordinar y concertar el buen desarrollo de los programas. Para situaciones suprainstitucionales existe el Comité Nacional Docente Asistencial (CONDAS).

Para que los títulos obtenidos en el extranjero puedan revalidarse, existe una política de revalidación mediante la cual se consideran tanto la equidad entre los candidatos y entre los chilenos y los extranjeros, como la reciprocidad en la etapa de definición de necesidades y la transparencia del proceso en función de reglas establecidas. Se aplican dos mecanismos, a saber:

Países sin convenios:

- El proceso de revalidación se inicia en el Ministerio de Educación ante el cual el extranjero presenta su título; la Prorectoría de la Universidad de Chile lo recibe y cumple una serie de formalidades, para posteriormente remitir la documentación hacia la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En la Facultad de Medicina el proceso de revalidación contempla dos modalidades: la convalidación de programas y la aprobación de exámenes. Por lo general ésta última es la más empleada e implica la aprobación de un examen teórico de ciencias básicas y otro de ciencias clínicas, ambos modalidad selección múltiple. Estos exámenes se aprueban con 50% de los puntos el primero y 60% el segundo; en ambos casos dichos porcentajes se calculan después de descontadas las preguntas incorrectamente contestadas, se descuenta un punto por cada cuatro (4) respuestas malas; los resultados se dan en términos de aprobación o no aprobación. Quienes aprueban deben tomar un examen de competencia profesional en medicina interna, cirugía, pediatría y obstetricia-ginecología que consta de cinco (5) exámenes en cada área. Una vez el individuo ha aprobado los exámenes, la documentación pasa a Prorectoría y a las instancias del gobierno; la Universidad de Chile expide entonces un nuevo título. El proceso es pagado y tiene un máximo de tres (3) oportunidades para ser aprobado.

Países con convenio:

- Existen dos tipos de convenio: uno en el cual el proceso de reconocimiento de títulos es automático y lo realiza el Ministerio de Relaciones Exteriores, y otro en que la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile somete al médico candidato a un examen clínico teórico que se aprueba con el 60% del puntaje.

Los mismos procedimientos se aplican a los chilenos que han estudiado en el extranjero.

En relación con los procesos de recertificación, sólo cabe consignar que en Chile no existen; sin embargo, los tribunales de justicia pueden suspender la licencia para el ejercicio de la profesión médica en forma temporal o definitiva. Existen Comités de Ética Médica en

prácticamente todas las instituciones asistenciales, académicas, científicas y gremiales, cuyas opiniones son, en general, muy respetadas.

Cuando el tema de la recertificación se ha analizado de manera informal, se han planteado como posibles criterios:

- Evidencias directas de calidad del desempeño
- Evidencias de educación continua mediante certificados de asistencia y de aprobación; estos últimos se consideran como una opción de mayor aceptación y valor
- Exámenes periódicos de competencia profesional

En Chile, los programas de pregrado se evalúan periódicamente con propósitos de desarrollo, sobre todo curricular. En el postítulo, y desde hace más de 20 años, la Comisión Nacional de Acreditación de la ASOFAMECH, acredita los centros formadores de especialistas. Las universidades, y dentro de ellas algunas facultades de medicina, han emprendido procesos internos de autorregulación o se han sometido a evaluación por pares externos u organismos extranjeros de acreditación, en el ánimo de avanzar en estos procesos aceleradamente e incentivar su instalación oficial. Las Escuelas de Medicina de ASOFAMECH iniciaron un proceso de acreditación para lo cual convinieron un trabajo colaborativo con el Ministerio de Educación. El financiamiento de esta iniciativa cuenta con el apoyo del Banco Mundial.

5.5 MÉXICO

La carrera de medicina tiene una duración de seis años: cuatro de formación académica, uno de internado rotatorio y uno de servicio social. La Universidad otorga el título y el Ministerio de Educación la cédula para ejercer; sin ella no se puede ejercer.

La formación médica de postgrado ofrece las siguientes alternativas:

Especialización. Para ingresar a uno de los programas de este tipo se requiere ser menor de 45 años y haber sido seleccionado por concurso.

Maestría, Postgrado y Doctorado Académicos. Quienes opten por esta área de práctica no pueden cambiarse posteriormente hacia el área clínica; sin embargo, los que opten por una especialidad pueden desde el segundo semestre de residencia optar por iniciar una maestría o un doctorado.

Diplomado. Consiste en una actualización con no más de 260 horas, mediante la cual se fortalecen los conocimientos tecnológicos en un área específica.

Educación médica continua. Cursos ofrecidos por la universidad, lo cual implica obtener certificados de aprobación; forman parte de un proceso normativo.

Una vez concluidos los programas de especialización, doctorados, maestrías y postgrados, la universidad otorga el título y el Ministerio de Educación una nueva cédula. Esta normativa está vigente desde 1940, pero se puso en práctica a partir de 1997.

La Academia Nacional de Medicina y la Asociación Médica otorgan idoneidad para la conformación de los Consejos de Especialistas.

El proceso se implementará en 2 años, ya que para otorgar la cédula se requiere, además del título, una evaluación del Consejo de Especialistas. Hoy día es un proceso voluntario, cuyos costos son asumidos por los interesados.

- 20.000 especialistas ⇒ proceso voluntario que no se han presentado.
- Especialistas sin título universitario sino de carácter hospitalario.
- Obstetras con base en la práctica

Estos grupos tienen dos años para presentar cualquiera de los siguientes documentos:

- Título universitario
- Título hospitalario
- Certificación de años de práctica

Los hospitales, las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y los seguros exigen esta documentación.

Anualmente egresan de las escuelas de medicina alrededor de 7.000 profesionales nuevos que previamente han cumplido con el servicio social obligatorio. Este consiste en un año de trabajo rural; sólo una pequeña proporción de estas plazas se destinan a atender las áreas periféricas de las grandes ciudades y un porcentaje aún menor al área de investigación (50 plazas por año). Los profesionales recién egresados pueden desempeñarse como médicos generales o bien participar en los concursos por plazas de residencia. El país ofrece 70 especialidades cuyas becas a dedicación exclusiva son financiadas por la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad Social y el Sistema de Seguridad Social de los Trabajadores. Mientras que para la Secretaría de Salud los residentes son estudiantes, para el Instituto de Seguridad Social son funcionarios. La decisión del número de plazas por área de especialidad se establece de acuerdo con los recursos disponibles (financieros, camas, tiempos quirúrgicos, entre otros). Su duración varía de acuerdo a la complejidad de la especialidad o subespecialidad que se siga.

La política nacional de salud plantea el desarrollo de los tres niveles de atención; sin embargo, la formación de recursos humanos no fortalece el primer nivel sino que se concentra en la formación de médicos especialistas, donde el proceso de selección orienta a los mejores recursos hacia la formación especializada y no hacia la medicina general. Esto implica que, en lo cualitativo, la formación médica posttítulo es inversa a las prioridades de la demanda de dichos recursos.

La Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos para la Salud es copresidida por los Ministros de Educación y Salud. Su secretaría ejecutiva la comparten el

Director General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud y el Director de Educación Superior de la Secretaría de Educación. Además integran esta Comisión sociedades o instituciones educativas (rectores y decanos), representantes de las instituciones de salud, las organizaciones médicas, la Secretaría de Hacienda y la comunidad. No existe participación de los estudiantes. Este es un órgano formalmente consultivo, pero en la práctica es ejecutivo porque de él emanan políticas oficiales.

La Dirección General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud es el ente ministerial que se relaciona con las escuelas formadoras del recurso humano en salud. Además coordina, controla y evalúa los programas de postgrado (residencias) y el servicio social. Esta oficina también se encarga de los programas de educación continua y de la relación con los Consejos de las asociaciones médicas en lo que tiene que ver con la especialización. Aunque es una agencia gubernamental, su planta está formada por académicos provenientes de las universidades.

En cuanto a la acreditación de programas, planes e instituciones de educación médica, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) ha promovido y liderado un proceso de esta naturaleza desde 1994. Durante el debate que se ha dado sobre el tema de acreditar o no a las escuelas o facultades de medicina se ha afirmado que la acreditación juega un papel importante en la retroalimentación de las mismas y no tiene una finalidad punitiva. En teoría, la principal ventaja de esta acreditación es un mejoramiento de su estatus ante la sociedad. El no someterse a procesos de acreditación tiene como desventaja adicional la pérdida de la oportunidad de conocer las fallas de escuelas y facultades de medicina.

Una vez la escuela solicita participar del proceso de acreditación se identifican sus limitaciones, lo cual podría conducir al desarrollo de un proceso de transformación y modificación de los elementos que impiden su calificación como facultades o escuelas acreditadas. Las escuelas tendrían entonces un período de uno a dos años para efectuar los cambios. En el caso de que no hayan modificado favorablemente los elementos que les han impedido lograr la acreditación, el gobierno limitaría su acceso a los campos clínicos.

Existen escuelas que no cumplen con los criterios mínimos requeridos para impartir la enseñanza de la medicina pues carecen, entre otras cosas, de facilidades para practicar en los campos clínicos. Por esta razón no son reconocidas ni registradas por las sociedades de medicina. Sin embargo, cabe anotar que la ley les permite operar con una autorización de la Secretaría de Educación de México, situación que torna difícil su control. En el caso de estas escuelas se está negociando la posibilidad de que el gobierno absorba a los estudiantes que actualmente están matriculados en las mismas y que la universidad se comprometa a cerrarlas. Se han diseñado estrategias para informar a la comunidad sobre esta situación, con la esperanza de que esto contribuya a disminuir la demanda que se canaliza hacia este tipo de instituciones.

A la fecha se han dictaminado favorablemente a las primeras instituciones (10 de 55 escuelas) que realizaron su autoevaluación institucional, la cual fue verificada y reportada a la Comisión de Acreditación donde recibieron la respectiva aprobación. Estas primeras experiencias, así como las emanadas de los tres cursos ya impartidos para los profesores que

han fungido o que fungirán como verificadores están permitiendo detectar algunos elementos que deberían ser reforzados e incorporados en el proceso global.

Entre los avances alcanzados por la AMFEM en México, respecto a la acreditación en lo correspondiente a pregrado:

- Quince escuelas están acreditadas (de 54)
- Dos pendientes de dictamen
- Dos pendientes de visita de verificación
- Tres solicitaron programar la visita de verificación (las visitas de verificación se programan cuando la escuela ya hizo su autoevaluación y envió a la AMFEM toda la documentación requerida.)

Actividades pendientes para 1999:

- Curso de capacitación para nuevos verificadores (finales de marzo)
- Aprobación a la reestructuración de estándares y al instrumento de autoevaluación (abril)
- Reforzamiento del proceso de dictamen (mayo)
- Difusión de grado de avance a la sociedad en general (abril)
- Adecuación del reglamento del comité de acreditación (abril)
- Conformación de las secciones académicas de la AMFEM (abril)
- Inducción de nuevos directivos (Decanos) (abril)

Respecto a las nuevas escuelas, la Dirección General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud propuso y se aceptó, por parte del Consejo de Salubridad General, la limitación del acceso a campos clínicos de todas aquellas escuelas que no estén incluidas en el directorio correspondiente y cuyos requisitos deberían haber sido los estipulados por la AMFEM dentro de su Sistema Nacional de Acreditación, es decir haber cumplido con los estándares correspondientes. De 77 escuelas de medicina, 54 pertenecen a AMFEM.

Fortalezas

- Sistema Nacional de Acreditación creado, establecido, aceptado, en aplicación y tendiente a su propio mejoramiento.
- Lo anterior le ha acarreado a la AMFEM reconocimientos nacionales e internacionales como son:

- Premio FUNSALUD en Educación Médica
- Premio AFACIMERA
- Equivalencia de los estándares de la AMFEM y los utilizados en EUA y Canadá
- La AMFEM ha sido invitada y participa con su oposición o con su trabajo o ambos en diversos foros de organismos oficiales y civiles en cuestiones de planeamiento, evaluación y normatización

Áreas de oportunidad

- La AMFEM debe encontrar mecanismos para fortalecer su estructura e infraestructura de financiamiento y funcionalidad
- Contender con la dinámica del recambio de directivos
- Ampliar la difusión de lo que hace
- Hacer extensivo el Sistema Nacional de Acreditación a los programas de postgrado específicamente a las residencias.
- Promover la adecuación del marco legal.

La certificación aplica tanto a los médicos generales como a los especialistas. El total de médicos estimado en el país es de 150.000, de los cuales 25.000 no están en ejercicio. En cuanto a los especialistas, alrededor de 45.000 están reconocidos por los Consejos de Especialistas, estimándose que hay otros 25.000 que no lo están.

Un examen de certificación profesional propiamente dicho no tiene mucho sentido, toda vez que los estudiantes de medicina efectúan el examen de terminación de la carrera. Sin embargo, el examen de competencia por las plazas de residencia —que puede ser tomado por los médicos aspirantes todas las veces que así lo deseen hasta que cumplan los 45 años— permite ubicar las escuelas cuyos egresados lo aprueban o desaprueban en mayor medida.

Una vez se gradúa, el médico debe presentarse con su título a la Secretaría de Educación Pública en la cual recibe la cédula profesional que le otorga la representatividad legal y le permite el ejercicio profesional como médico general. Existen diversos títulos universitarios que son concedidos a quienes completan la carrera; todos estos títulos tienen la misma connotación, y están relacionados con la autonomía universitaria. Por su parte, la cédula es permanente y no se revoca más que como un castigo a quien en el ejercicio de la profesión haya faltado a la ética, según la ley de responsabilidades civiles y penales. La revocación la realiza la Secretaría de Educación por orden judicial.

En 1969 surge entre los especialistas el interés por establecer algunos criterios de certificación que se aproximen a los aplicados en los Estados Unidos. Se establece entonces un examen de certificación al estilo del "board" de los Estados Unidos, así como los Consejos de

Especialistas con sus respectivos reglamentos e instrumentos que son los que asumirían la responsabilidad de certificar las especialidades médicas.

El carácter voluntario del examen crea algunas dificultades, pues se trataba de un proceso costoso que no reportaba un beneficio distinto a la participación de un grupo selecto en el proceso. De cualquier manera, el grupo de profesionales que no aprobaban los exámenes podía seguir ejerciendo profesionalmente sin ningún tipo de restricciones.

Con el tiempo los consejos comienzan a supervisar los programas de residencia, pero quienes realmente los avalaban eran la universidad y el Ministerio de Salud.

En 1985, las instituciones privadas y algunas instituciones públicas comienzan a exigir la certificación profesional por parte de los consejos, proceso este que no tenía sustento legal alguno. A partir de 1990 y de manera paralela se inicia un movimiento por parte de los consejos para incluir el proceso de recertificación. Si bien los profesionales médicos manifiestan su oposición a los exámenes de recertificación, sí apoyan este proceso mediante la obtención de créditos de educación continua.

Aunque contradictoria, la experiencia mexicana sobre certificación de especialistas está sustentada legalmente desde 1945 mediante la cédula para el ejercicio de la especialidad, cuyo requisito de obtención es el título de formación médica especializada expedido por una universidad. En la práctica este requisito legal ha sido desconocido, por lo que recién se inician formalmente los procesos de certificación de médicos especialistas. Actualmente sólo el 10% de los médicos especialistas ha completado el proceso.

Se desarrolla entonces una campaña de certificación de los especialistas que aún no la han obtenido, y está por aprobarse una normativa que establece la necesidad de que los residentes, al concluir su carrera, presenten ante la Secretaría de Educación tanto el título universitario que los certifica como especialistas, como la cédula expedida por los consejos de especialistas para que se les otorgue la cédula para el ejercicio de la especialidad. Hasta 1998, para ser certificado como especialista se aceptaban la experiencia práctica en el campo de especialidad específica, el título universitario o el título de especialidad otorgado por los servicios.

En México, el proceso de recertificación se percibe como un instrumento que contribuye a que los médicos se mantengan al día en los avances técnico-científicos; asimismo es la extensión del reconocimiento de los consejos para el ejercicio de la profesión y se basa en la acumulación de créditos de educación médica. Sin embargo, el proceso impulsado por los consejos de especialistas no tiene ningún valor legal.

Mención especial merecen los trabajos que se están desarrollando para la certificación y recertificación de los médicos generales. En octubre de 1996 se estableció el Comité Normativo Nacional para la Medicina General por acuerdo del Consejo de Salubridad General. Al órgano creado el Ministerio de Salud le ha encargado la formulación de bases normativas generales para el registro y certificación de médicos generales, así como su recertificación a través del cumplimiento de actividades de educación continua conforme a la norma oficial mexicana. El comité está integrado por representantes de las Academias Nacional de Medicina, Mexicana de Cirugía y de la AMFEM; se trata de un órgano nacional con carácter temporal que

será sustituido por el Consejo Nacional de Medicina General y sus correspondientes capítulos estatales y del Distrito Federal.

Cada Estado ha desarrollado el sistema de educación continua:

- Educación presencial
- Examen
- Educación a distancia

México cuenta con la maestría de salud pública y con la especialidad médica de salud pública.

5.6 PANAMÁ

Panamá forma parte de la Comisión Regional Centroamericana, que define y analiza los procesos que sobre evaluación institucional y acreditación de la educación superior deben adelantar los países que integran la Región de Centroamérica. Esta Comisión tuvo entre sus tareas la identificación y definición de lo que serían los indicadores de evaluación que forman parte del sistema.

Desde 1994, con el proceso de modernización de la Universidad de Panamá, se ubicó como una de las prioridades importantes del plan de modernización el desarrollo de los procesos de evaluación institucional y acreditación de esta instancia formativa. Para los efectos de la evaluación institucional, la Universidad de Panamá ha creado la estructura del Sistema de Evaluación y ha establecido una Comisión de Evaluación Institucional que está integrada por representantes de todas las facultades e institutos ubicados en el campus, así como por representantes de los centros regionales y universidades populares de provincias. Esta Comisión ha realizado un conjunto de actividades y tareas tendientes a cumplir con todos los requerimientos de información para el proceso de autoevaluación institucional. A pesar de lo expuesto, puede decirse que:

- Aún no existe un proceso de acreditación.
- Se favorece la coordinación entre Ministerio de Salud y la universidad.
- Se trabaja en el establecimiento de reglamentaciones que regulan la utilización de campos clínicos, y
- Se promueve la integración de grupos colegiados y multisectoriales.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá realizó, en 1998, el primer análisis prospectivo, método de autoevaluación cualitativa, de carácter estratégico y por ende participativo y dinámico. En este análisis estuvieron presentes, de manera interactiva, actores universitarios que se desempeñan como docentes, estudiantes y administrativos; al

igual que representantes del Ministerio de Salud, de la Caja de Seguro Social y Asociaciones Gremiales. Los participantes debatieron y profundizaron el análisis de variables del contexto, de finalidad, de proceso y de estructura. Los siguientes fueron los items evaluados en cada grupo de variables:

- Variables de contexto: globalización, situación de salud, necesidades del usuario y contexto universitario.
- Variables de finalidad: misión, visión, objetivos y resultados.
- Variables de proceso: fundamentales, de apoyo técnico, habilitantes, administrativos y gobernante.
- Variables de estructura: unidad operativa, recursos humanos, suministros, infraestructura, financiamiento e integración.

Como producto de este proceso de autoevaluación se reformularon la misión e imagen objetivo de la Facultad y mediante el análisis estratégico se confrontaron la situación objetivo con la actual, estableciéndose el perfil de la brecha existente entre ambas, sus nudos críticos y se generaron proyectos de cambio.

Entre los proyectos de cambio que se encuentran en desarrollo se mencionan:

- relativos a estructura y mecanismos de gerencia
- cambio de la estructura curricular y diseño de nuevas opciones metodológicas para la formación de un médico general integral
- fortalecimiento de los servicios de extensión
- revisión y adecuación de los criterios y sistemas de selección-exclusión-promoción de alumnos y profesores
- fortalecimiento de las políticas de capacitación de profesores y egresados

Por otra parte, la maestría de Salud Pública ha realizado su quinto análisis prospectivo, el cual ha dado como resultado la transformación curricular y metodológica de este proceso formativo, que redundará en una mayor congruencia entre el perfil educativo y ocupacional.

Este proceso, hoy incipiente, se constituye en la base para la construcción de un proceso de acreditación de instituciones a nivel del país, el cual se inicia en el seno del Consejo Nacional de Rectores y en el Consejo de Decanos de Facultades de Medicina.

La carrera de medicina tiene una duración de seis años que no incluye el internado rotatorio ni el servicio rural. Durante su formación, los estudiantes inician sus experiencias en el campo clínico en el primer semestre del cuarto año. Se imparte en tres facultades; en la de la Universidad Nacional y en dos privadas de reciente creación. De la primera egresan en promedio 100 estudiantes por año con el título de Doctor en Medicina, entendido éste como

un título de doctorado no académico. La entrada a esta facultad se da mediante un proceso que tiene como objetivo seleccionar a los mejores aspirantes del país. Por otro lado, un número importante de panameños realiza estudios de pregrado en México, Costa Rica, Brasil y Argentina, entre otros países.

Para la obtención de la licencia para el libre ejercicio profesional en Panamá los profesionales médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras y nutricionistas deben haber cumplido con el requisito del internado, cuya duración es diferente para cada caso.

En el caso de la profesión médica, una vez obtenido el título el profesional requiere cumplir con dos años de internado remunerado. Un primer año rotatorio se realiza en hospitales del tercer nivel de atención, mientras que el segundo se efectúa en instalaciones del primer y segundo niveles de atención; este internado es supervisado por funcionarios del Ministerio de Salud y/o de la Caja de Seguro Social, instituciones que lo financian, habiéndose identificado dificultades para la realización de una supervisión de carácter integral.

Durante el servicio de internado el profesional médico recién egresado es evaluado en sus habilidades y prácticas, así como en sus conocimientos. La ley N° 17 del 26 de enero de 1959 define el internado como la práctica de la profesión médica en una institución hospitalaria o de atención ambulatoria oficial o en clínicas u hospitales privados debidamente reconocidos por el Departamento de Salud. Hasta ahora ningún médico ha realizado su internado en instituciones privadas. Esta legislación establece igualmente las áreas de especialidad que debe comprender el internado; su operacionalización se ha sustentado en reglamentaciones que facilitan su desarrollo.

Una vez se ha cumplido el internado y los otros requisitos establecidos para obtener la idoneidad para el libre ejercicio, el profesional panameño entrega su documentación, vía un poder legal, al Consejo Técnico de Salud, entidad asesora del Ministerio de Salud integrada por representantes de la Caja de Seguro Social, la Universidad de Panamá, gremios y asociaciones profesionales y el Ministerio de Salud, quien lo preside. Este consejo tiene además la responsabilidad de supervigilar y aprobar la revalidación hecha por la Universidad de Panamá de los títulos otorgados por instituciones extranjeras, así como el control de la práctica de las profesiones médicas y afines.

El Consejo Técnico expide el certificado de idoneidad para el libre ejercicio, el cual es firmado por el Ministro de Salud. Esta documentación expedida le permite al médico seleccionar diversas opciones para su desempeño, entre ellas:

Práctica Médica General. Se realiza en instituciones públicas o privadas del país, generalmente en instalaciones del primer nivel de atención y en los servicios de urgencia de los hospitales del segundo y tercer nivel. Se ve fortalecida con programas de educación continua y permanente; ésta última está orientada a mejorar el desempeño colectivo de equipos de trabajo y se basa en un proceso de problematización.

Práctica Médica Especializada. Anualmente se abre a concurso un número aproximado de 90 plazas de residencia, las cuales permiten acceder a unas 40 especialidades y



subespecialidades. El concurso implica la aprobación de exámenes, y valora las ejecutorias del candidato y sus calificaciones en el servicio de internado.

El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social establecen anualmente el número de becas que se otorgan para formar médicos especialistas vía residencias institucionales en hospitales nacionales o regionales que cumplen los requisitos establecidos mediante resolución del Consejo Técnico de Salud y que permiten su certificación como hospitales docentes.

Desde 1994 algunas residencias son avaladas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá como parte de un proceso de transición que permita el desarrollo de residencias de carácter universitario. Esto ha implicado la creación de una comisión interinstitucional en la cual participan representantes de la universidad, la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud. Como parte del proceso de selección de aspirantes se ha establecido la aprobación de un examen de conocimientos generales aplicado con participación tripartita, así como exámenes que evalúan al residente a lo largo de un proceso formativo que en promedio es de tres años para las especialidades básicas y de dos para las subespecialidades. Esto se aplica a todas las especialidades que se abran a concurso, sea que cuenten o no con aval universitario.

Al adquirir el título de especialista, para ejercer la especialidad el médico debe remitir su documentación a la sociedad especializada correspondiente, la cual evalúa el programa y remite su opinión, favorable o desfavorable, al Consejo Técnico de Salud. Cuando la opinión es favorable el Consejo Técnico de Salud certifica su idoneidad para el libre ejercicio de la especialidad. Los médicos que se especializan fuera del país deben cumplir con estos requisitos, además de realizar otros trámites establecidos en la legislación relativa al reconocimiento de títulos.

Estudios de Postgrado. Una vez cumplidos los requisitos exigidos por las entidades académicas, el médico puede efectuar estudios de maestría y doctorado. Según la demanda de recursos con este nivel de calificación, la universidad, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social otorgan licencias con sueldo por estudios, tanto a médicos generales como a especialistas, apoyados en la Ley de Perfeccionamiento del Funcionario Público. En ocasiones se incentiva la participación de profesionales otorgando becas que también cubren los costos de matrícula. Cuando funcionarios panameños salen seleccionados en concursos de becas para estudios de postgrado a nivel internacional, tienen la facilidad de obtener licencias para realizarlos.

Docencia Universitaria de Pregrado. En general, la mayoría de los docentes universitarios del área clínica no siguen una carrera universitaria de tiempo completo, sino que más bien completan los requisitos horarios entre la universidad y los servicios. En las ciencias básicas existe mayor número de médicos con dedicación exclusiva.

La formación de pregrado es apoyada en los servicios de salud por miembros del equipo que laboran en la universidad ad-honorem, por lo cual en alguna medida el tiempo de los servicios contribuye a la formación de pregrado del médico.

El Ministerio de Salud de Panamá ha realizado algunas reflexiones en relación con los mecanismos antes descritos y ha considerado necesario realizar debates con la participación de las asociaciones gremiales de salud médicas y no médicas, las universidades, la Caja de Seguro Social y las asociaciones de estudiantes de las facultades de ciencias de la salud. Esto con la intención de someter a discusión una propuesta legislativa que permita implantar los procesos de certificación y recertificación de profesionales y técnicos de salud, entendidos estos como procesos reguladores orientados a asegurar calidad y equidad en el ejercicio profesional, contribuyendo así a mejorar la atención de la salud de la población y al éxito de los profesionales y técnicos de salud.

En este sentido, la certificación se considera como un proceso inicial de evaluación de la idoneidad e incorpora la aprobación de un examen de competencia por parte de los nuevos profesionales y técnicos de salud; éste, conjuntamente con los requisitos antes descritos, permite la obtención de la licencia para el libre ejercicio. En el caso de los médicos y odontólogos, donde el internado continuaría siendo requisito, éste se realizaría con posterioridad a la aprobación del examen de competencia, el cual deberá evaluar conocimientos, habilidades y destrezas, así como aspectos relativos a los valores éticos, actitudes y compromiso social.

La recertificación tiene sentido como proceso que busca evaluar la idoneidad de los profesionales y técnicos que ya se encuentran laborando. Esto implica una renovación periódica de la licencia para el libre ejercicio con base en criterios, aún en fase de discusión, entre los cuales figuran créditos basados en las ejecutorias, certificados de aprobación de actividades de educación continua, y certificados de aprobación de actividades de educación permanente.

En general puede decirse que existe acuerdo sobre la necesidad de reorientar los procesos de obtención de licencia para el libre ejercicio, así como de regular el ejercicio profesional como responsabilidad del Estado; para tal fin son necesarios la participación e intercambio de los actores involucrados para el perfeccionamiento de la propuesta. Igualmente se considera importante que se analicen los aspectos relativos a la regulación del mercado de trabajo y de la carrera funcionaria.

Dentro de los elementos importantes que se debaten figura el cómo hacerlo. La propuesta del Ministerio de Salud implica la creación de un Consejo Nacional de Acreditación de Recursos Humanos en Salud integrado por un representante de cada una de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, asociaciones gremiales del área profesional, asociaciones del área técnica de salud, Universidad de Panamá y universidades privadas que forman recursos humanos en salud. Este consejo tendría entre sus funciones la gestión técnico-ético-administrativa relacionada con el proceso de acreditación de recursos humanos.

Por otra parte, la propuesta considera la conformación de comisiones examinadoras ejecutivas por área profesional o técnica específica; éstas estarían integradas por un representante del área profesional o técnica de cada una de las siguientes instancias: Ministerio de Salud, asociación o gremio específico, Universidad de Panamá (facultades específicas) y dos evaluadores seleccionados por concurso público. La función primordial de estas comisiones es

garantizar la transparencia de los procesos de certificación y recertificación y, por ende, los aspectos relativos al examen de competencia y de valoración de créditos de educación continua, educación permanente y ejecutorias.

La definición del cómo hacerlo requiere que se regule la organización y funcionamiento del Consejo Nacional de Acreditación de Recursos Humanos, así como de las comisiones examinadoras ejecutivas y de los procedimientos para el desarrollo de los procesos de certificación y recertificación.

Vale destacar que Panamá está analizando con los diferentes actores sociales, entre ellos 34 gremios de profesionales o técnicos de salud, las formas conceptuales y metodológicas para llevar adelante estos procesos, sin aún haber completado esta etapa. No considera solamente a los médicos generales y especialistas.

En torno a la recertificación se ha definido consensuadamente, no incorporar el mecanismo de los exámenes, más bien aplicar criterios múltiples ponderados y reglamentados tales como:

- Créditos ponderados de educación continua, cuya ponderación dependerá de la complejidad teórico-metodológica y evaluativa del proceso.
- Créditos de educación permanente, en términos que la misma es multidisciplinaria y en el trabajo, basada en la problematización.
- Créditos obtenidos a partir de las ejecutorias y méritos.
- Créditos a partir de la evaluación del desempeño.

6. REFLEXIONES FINALES

La globalización se ve facilitada por los desarrollos experimentados en el ámbito de las comunicaciones, de la información y del transporte; a su vez es expresada, por los países, en convenios internacionales de asociación e intercambio. Estos convenios alcanzan el área de servicios lo que se traduce en migraciones cada día más importantes. Con ella, se ha llegado a hablar de un "currículum global" lo que supone un perfil médico global. ¿Será qué esta es una real opción para mejorar la calidad?

En todo caso desde este punto de vista surgen unos conflictos de interés, al menos aparentes, entre las realidades e intereses locales de formación y práctica médicas con los que impone una realidad globalizada, que amplía la diversificación a rangos internacionales.

Los procesos de reforma del Estado centran su accionar en el desarrollo de dos grandes aspectos, los procesos de privatización de los entes público-estatales y el fortalecimiento del Estado como ente regulador. Estas transformaciones del rol de Estado, llevan implícitos cambios fundamentales en el actuar de los Ministerios de Salud y Educación.

En este ámbito se destacan los problemas de calidad en salud, que se reflejan en los indicadores de salud y de servicio. Producto de esta situación se generan procesos dinámicos de transformación en la práctica, educación y regulación en salud. Estas transformaciones se evidencian en los cambios que cada día se dan, con mayor énfasis, en la financiación, el pago, la elección y el control social de la atención, en la gestión y en las formas en la que se regulan la oferta y la demanda.

En el campo educativo, una tendencia creciente es la indiscriminada proliferación de entidades formadoras de recursos humanos; otra es la brecha en el acceso a los programas de educación continúa y de educación permanente. Estos aspectos hacen necesario valorar la pertinencia y relevancia social de los procesos educativos que se desarrollan frente a los problemas de la práctica en salud, que afectan por ende las condiciones de trabajo, las relaciones laborales y los espacios donde se realizan las prácticas formativas.

Por su parte, la práctica médica experimenta unos cambios profundos, entre los cuales se destacan:

- la incorporación acelerada y masiva de nuevas tecnologías que ha acentuado el proceso de especialización médica,
- su privatización creciente,
- los cambios demográficos y epidemiológicos,
- cambios en los roles profesionales,
- incorporación de nuevas profesiones al equipo de salud,

- incorporación de nuevas políticas en el sector y,
- la nueva realidad neoliberal del mercado.

Cada día es más importante mantener criterios de calidad de la práctica en salud, tanto en la esfera pública como en la privada, toda vez que una tendencia fuertemente impulsada es la práctica en salud basada en la evidencia científica, la cual se apoya en avances de la biotecnología y en la base de conocimientos, destrezas y desarrollo profesional y técnico del personal de salud.

Por otro lado, la mejoría de la calidad de los servicios de salud requiere se conjuguen instrumentos y estrategias que propendan intervenciones de carácter más integral, lo que incluye la implementación de programas destinados a la acreditación de servicios de salud, programas estos que consideran los niveles de atención y escalones de complejidad de cada una de las instalaciones de salud que integran la red de servicios, en los ámbitos públicos y privados.

Puede decirse que la calidad será una cuestión objeto de preocupación creciente por parte del Estado, pero que va más allá del Estado mismo, toda vez que es un principio de interés internacional. Vale decir que éste principio atañe a todos los procesos sociales, de los cuales no escapa la salud y la educación y permea sus procesos transformadores, la formación de las políticas públicas y la toma de decisiones.

Por otro lado, la sociedad exige cada vez más que las entidades formadoras de recursos humanos en el campo de la salud, que los servicios de salud y que los espacios de la práctica médica per se, sustenten su quehacer en programas de garantía de calidad. Programas estos sostenidos en procesos de autorregulación, ya sea mediante evaluaciones individuales o colectivas, de carácter formal e informal, cuya característica básica sea la participación de los usuarios, expresada en mediciones concretas que den evidencia de su calidad y eficacia.

Del análisis de la caracterización de la situación de los procesos de acreditación de instituciones formadoras y de certificación y recertificación de profesionales y técnicos de la salud y otras consignadas en diferentes documentos se destacan algunos aspectos:

La evaluación de instituciones y profesionales ha venido siendo incorporada paulatinamente como una actividad de construcción de conocimiento sobre la realidad y sobre las propias prácticas evaluativas. Ella va adquiriendo un carácter permanente y necesario para los procesos de planeación y gestión de las actividades académicas, así como de la práctica médica y el desarrollo profesional y su incidencia sobre la calidad de los servicios de salud, abriendo nuevos caminos para las acciones de educación continua. Se abandonan prácticas esporádicas y coyunturales donde la evaluación era un proceso reactivo que se efectuaba ante el surgimiento de problemas y cuya finalidad primordial era punitiva y de registro burocrático de rendimientos.

Las prácticas evaluativas aplicadas hasta el momento han estado centradas en componentes específicos; esto hace que la evaluación sea un ejercicio muy puntual y sin impacto sobre los procesos de transformación social. A partir de las múltiples prácticas que se

vienen desarrollando en los diferentes países, la fundamentación teórica es objeto de revisión permanente. Esto se expresa en la premisa que conduce a la evaluación institucional a asumir un carácter más integral, donde se analizan los aspectos relativos al cuerpo docente, los estudiantes, la estructura político-administrativa de las instituciones, el modelo pedagógico aplicado y su inserción en los sistemas de prestación de servicios.

Puede afirmarse que a pesar de ser importante, el principio que fundamenta la evaluación no se agota en lo estrictamente académico. Un proceso evaluativo integral no se centra en la valoración de los conocimientos teóricos examinados, requiere que se amplíe su ámbito para establecer prácticas efectivas de evaluación y apoyo permanente de los docentes y de los estudiantes en el desarrollo de sus conocimientos, habilidades, comportamiento ético, compromiso social y político. La experiencia de algunos países apunta a incorporar los elementos que, en doble vía, complementan y son parte sustancial de los propósitos educativos, lo cual implica desarrollar acciones evaluativas con relación a los procesos y actividades docente-asistenciales, educación continua, contexto interno y externo de las políticas y programas de prestación de los servicios de salud y seguridad social.

La evaluación se realiza cada vez más sobre bases metodológicas sólidas cualitativas y cuantitativas, tales como la definición de criterios comunes, la autoaplicación de estos criterios, la verificación de su cumplimiento, la toma de decisiones con base en sus resultados, el desarrollo de planes de seguimiento y de reevaluación de las instituciones que permitan un entendimiento universal y objetivo de los fenómenos.

Calidad y evaluación permanente se expresan en una estrecha e indisoluble relación que permite a las instituciones orientar su acción con base en criterios de calidad previamente establecidos y a los nuevos que surgen en el mismo proceso como efecto del análisis y reflexión que se va realizando apoyados en la información obtenida.

Los cambios que se produzcan durante el proceso deben ser evaluados en relación con los beneficios que generen en función de los costos con el propósito de comprometer a los entes financiadores de la educación y la salud. Es decir, las propuestas de acción deben orientarse hacia la producción de cambios viables y factibles con metas realistas de acuerdo con las especificidades de desarrollo de cada institución. Si bien los impactos serán de diferente magnitud, lo importante es que se produzcan y sean apropiados por parte de la comunidad académica y demás participantes del proceso. Es ahí cuando se logra la efectiva participación y la evaluación deja de ser una actividad meramente formal y esporádica con carácter de fiscalización y con exclusivos propósitos punitivos.

Estos mismos criterios se aplican en los procesos de autoevaluación de los servicios, los cuales han implicado la participación de diversos actores sociales. Sin embargo, cabe mencionar que en los actuales procesos de autoevaluación de las instituciones formadoras, la participación de los servicios es incipiente.

Actualmente se están elaborando también propuestas viables con criterios concretos y significativos de calidad del ejercicio profesional del médico. Estas propuestas están creando espacios donde se presentan constantemente elementos de adaptación a las coyunturas y cambios tanto internos como externos que inciden sobre la práctica médica y la prevención de

enfermedades y la promoción de la salud. Con base en lo anterior, los modelos y metodologías empleados deben ser flexibles, abiertos a nuevos mecanismos y procedimientos que permitan superar los paradigmas centrados en la aplicación instrumental y en la cuantificación.

Las consideraciones precedentes indican que la evaluación de instituciones y profesionales y su proyección hacia la acreditación y recertificación respectivamente, constituyen en este momento procesos estratégicos de mucho valor para el desarrollo de la práctica y la educación médicas en la Región. No obstante, es necesario tomar en cuenta las posibles polaridades que pueda surgir en el curso de su implementación en las distintas realidades nacionales. Entre las más importantes señalamos las siguientes:

En lo que se refiere a la acreditación:

Autorregulación vs. heterorregulación

En la más pura tradición universitaria, el concepto de autonomía aún prevalente es muy compatible con la noción de autorregulación. Este sentimiento puede crear tensiones con las tendencias emergentes de regulación por parte del Estado en aquellas sociedades en las cuales la ingerencia estatal no ha sido una tradición. Por lo tanto, es conveniente promover la noción de que ambas modalidades de regulación son complementarias si el fin último de estos procesos se orienta no a la distribución del poder entre las partes involucradas, sino al resultado social que se persigue con los mecanismos regulatorios.

La educación debe autorregularse por medio de mecanismos de acreditación voluntarios (no voluntaristas); el derecho a la autorregulación constituye así un principio esencial para acceder a la calidad y la excelencia académica que permitirá el reconocimiento profesional y social. Esta idea lleva a la educación en general y a la educación médica en particular a valorar la eficacia social de sus acciones frente a la sociedad y el Estado, pero no resta al Estado su responsabilidad de garantizar a la sociedad la calidad de los servicios que recibe.

Autoevaluación vs. evaluación externa

En años recientes, los esfuerzos de acreditación institucional en los campos de la educación médica y de la educación en salud pública han insistido en la importancia de combinar la autoevaluación con la evaluación externa. Cabe notar, sin embargo, que la llamada evaluación externa no es más que la aplicación por pares de criterios definidos colectivamente por la academia. Una evaluación genuinamente externa, en la que estén representados además de los formadores, los empleadores del producto y los usuarios del sistema educativo, puede permitir esfuerzos conjugados evaluativos orientados hacia el desarrollo institucional y al mejoramiento de la calidad de los servicios que tales instituciones ofrecen.

En lo que se refiere a la certificación:

Proceso voluntario vs. proceso regulado

La incorporación de la certificación exige ver los aspectos fundamentales de la vida diaria; debe ser un proceso regulado lo menos complejo posible y altamente participativo. No es un fin en sí mismo; es un camino hacia la calidad en salud. Aún así parece no haber acuerdo en el carácter del proceso, y se discute cómo y quién es el ente responsable de su desarrollo y hasta dónde es importante que se evalúen aspectos vinculados a la adquisición del conocimiento.

En lo que se refiere a la recertificación:

Educación continua abierta vs. educación continua específica e intencionada

Para propósitos de actualización del desempeño profesional, parece no haber desacuerdo en el papel que tiene la educación continua; donde persiste la falta de consenso es en la tipificación de los contenidos de dicha educación continua. En otras palabras, existen diferencias entre acreditar cursos sobre cualquier área de la práctica médica y el reconocimiento de aquellas áreas temáticas que sean fundamentales tanto para el desempeño profesional individual como para las necesidades sociales o poblacionales a las que debe dar respuesta.

Evaluación del desempeño: quién vs. qué vs. cómo

Uno de los puntos de mayor controversia en el campo de la recertificación es el relativo a considerar o no evaluaciones del desempeño. Como se ha dicho, las alternativas a la evaluación que se ofrecen son varias. Sin embargo, puede afirmarse que en el campo en que se desempeñen los profesionales de la salud es donde pueden evaluarse los cambios en la práctica.

No obstante, en las sociedades donde se acepta la posibilidad de la evaluación profesional, la disputa se centra en quién debe evaluar, qué se debe evaluar y cómo deberían ser evaluados los profesionales en cuestión.

Revalorización del profesional: generalista vs. especialista

En los últimos años se está dando una importancia creciente a la práctica generalista, incluyendo la revalorización del médico general. A este fin, constituye valiosa herramienta la educación alrededor de ejes como salud de la familia, ciclo vital humano y medicina general integral tanto en la formación de pre- y postgrado como en la educación continua a equipos de salud. En la revalorización del médico general, su certificación, registro y educación continua deben preceder convenientemente a su recertificación; debe cuidarse además el efecto

negativo que ejerce el hecho de que los especialistas que no se recertifiquen puedan seguir ejerciendo como médicos generales.

En los campos de la acreditación y de la recertificación es pertinente notar, por último, que para estos procesos no se dispone de una tradición participativa, lo cual tiene incidencia sobre el poder o protagonismo de los actores académicos, de servicio y gremiales en los diferentes momentos. Por esta razón es necesario conciliar los resultados rápidos apropiados a tiempos políticos cortos con los cambios concertados de mayor sostenibilidad en una perspectiva de mediano o largo plazo.

Se debe tener muy claro lo que se desea preservar y lo que se desea transformar y la magnitud de las transformaciones deseadas. Habría que lograr un acuerdo en lo que se identifica como los fines –metas, objetivos o misión– para que estos sean congruentes con los principios o valores requeridos para asegurar su cumplimiento. Dentro de estos valores se consideran como primordiales la equidad, la ética y la calidad, así como la transparencia, la responsabilidad y corresponsabilidad, y la participación activa de todos los actores involucrados. Los elementos anteriores pueden también ser factores constitutivos de las estrategias para lograr los fines.

Aproximaciones a las perspectivas futuras de la evaluación y acreditación institucional y de la certificación y recertificación profesional, requieren de una noción prospectiva de la salud, de la educación, del trabajo y de la ciencia. Para ello es apropiado iniciar un análisis de la plataforma a partir de la cual se desarrollaron y se desarrollan estos procesos y así, con base en el pasado y el presente, conocer su historia, proyectarlos hacia el futuro y construir los caminos entre el ahora y la proyección que se quiere alcanzar en un horizonte amplio, 15-20 años por ejemplo, como apoyo a la búsqueda del bienestar social.

Una mirada a las interrogantes: Nudos críticos para el análisis

<ul style="list-style-type: none"> • La calidad: ¿Qué es? ¿Quién la define? ¿Cómo y para quién se define? ¿Cómo se articula este principio de calidad con los problemas de cobertura?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Podría enfocarse a la calidad cómo una ciencia o cómo un arte? ¿Se descuidarían o no aspectos humanísticos, técnicos o de otra índole, lo que nos llevaría a la pérdida del fin último?
<ul style="list-style-type: none"> • La globalización y el papel de Estado como ente de regulación. ¿En qué puntos coinciden o son divergentes? ¿Cómo influyen en los procesos de acreditación de instituciones formadoras y de programas formativos? ¿Guarda relación o no con los procesos de certificación y recertificación de profesionales y técnicos de la salud?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Son en la actualidad estos procesos prioridad para los gobiernos/Estado? ¿Cuáles son los fines que se persiguen? Es necesario revisarlos siendo que el hecho último es buscar el bienestar social, evitando caer en la moda y en la rutina que se alejen de la realidad social.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Con qué criterios y sobre qué bases se aplican los procesos de educación permanente y educación continua, en el proceso de recertificación? ¿La falta de acceso a los programas puede generar dificultades para adelantar los procesos de recertificación? ¿Estos procesos pueden generar situaciones que conlleven desequilibrios de acceso al mismo? ¿Qué sucede a quien no se recertifica?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las bases metodológicas de la evaluación del desempeño y cómo se interrelacionan con los procesos de recertificación y valoración de la calidad?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el impacto de los procesos de acreditación de instituciones y programa de formación y el de los procesos de certificación y recertificación sobre la calidad de los servicios educativos y sanitarios? ¿En qué medida contribuyen estos procesos al logro del bienestar social?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Dónde se desarrollaron estas ideas? ¿las mismas han surgido en estructuras organizadas con finalidades alejadas del concepto de calidad?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué incentivos o sistema de incentivos contribuyen al ejercicio de una práctica de calidad y al mantenimiento de la competencia?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Estos procesos se integran a los procesos de servicios, políticas de salud y al perfil epidemiológico del país?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Será que se trata de generar una cultura de evaluación o una del aprendizaje permanente y de compromiso de calidad para desarrollar un servicio, o serán ambas cosas?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se trata de la evaluación en términos de un contexto, de una realidad participativa? Quizás la diferencia estaría en los métodos que se aplican para llevar adelante el proceso de certificación-recertificación.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El mantenimiento de la calidad profesional implica que deben escogerse metodologías continuas que garanticen que el proceso se de? ¿El Estado debe ser garante de ello?

7. BIBLIOGRAFÍA

1. COUNCIL ON EDUCATION FOR PUBLIC HEALTH. Criteria for accreditation of graduate schools of public health. Council on Education for Public Health; Washington, D.C., October 1993.
2. CONSEJO SUPERIOR DE EDUCACION. Criterios de evaluación de universidades. Santiago, Chile, 1993.
3. KELLS HR. Autorregulación en la educación superior en Chile. Consejo Superior de Educación, Santiago, Chile, 1993.
4. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA (ASCOFAME). Propuesta para la creación y desarrollo de un sistema de acreditación de las facultades de medicina. ASCOFAME; Santafé de Bogotá, 1994.
5. ASOCIACIÓN MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA, A.C (AMFEM). Programa de calidad en la educación médica. Sistema Nacional de Acreditación. AMFEM; México, D.F., 1994.
6. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), Sistema de acreditación de los programas de medicina de Colombia. Propuesta de estándares. ASCOFAME; Santafé de Bogotá, 1995.
7. ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA (AMESP). Criterios para la acreditación de programas de postgrado en salud pública. Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública. México, D.F., 1997.
8. BUSTOS OBREGÓN E. Educación Superior: ¿Tiempos de evaluación? En Calidad en la Educación. Consejo Superior de Educación. Chile, septiembre 1995. pg.17-19.
9. COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação do ensino médico no Brasil. Relatório Geral. II Encontro das Escolas Médicas - Projeto CINAEM. Rio de Janeiro; julio 1997.
10. CONSEJO SUPERIOR DE EDUCACION. Estándares para la Acreditación de Escuelas de Medicina. Santiago, Chile, Marzo 1997
11. EVANS P. Accreditation in public health: Achieving quality in education. Council on Education for Public Health. Presentación en la XI Reunión Anual de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública (AMESP). Ciudad Juárez, Chihuahua, México, noviembre de 1996.

12. HERNÁNDEZ ZINZÚN G. La calidad de la educación médica en México. Principios básicos. Plaza y Valdés: México D.F., 1997.
13. JARAMILLO A. J. Las Escuelas de Medicina. Diario La Nación. San José. Costa Rica. Diciembre de 1998.
14. KARLE H. International medical practice and education. World Federation for Medical Education (WFME). Presentación en la XV Conferencia Panamericana sobre Educación Médica. Buenos Aires, Octubre 1997. WFME; Copenhagen, 1997.
15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Desarrollo de la Práctica y Educación Médicas en América Latina: Acreditación Institucional y Certificación y Recertificación Profesional. Actividad previa a la XVII Conferencia de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina. Informe de Grupo de Consulta. La Paz, Bolivia, 10-11 de agosto de 1998.
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Desarrollo de la Práctica y Educación Médicas en América Latina: Cooperación entre países en los procesos de Acreditación Institucional y Certificación/Recertificación Profesional Informe de Grupo de Consulta. Río de Janeiro, Brasil, 17-19 de marzo de 1999.
17. ROSSELOT E, MATELUNA E, ESTÉVEZ A. Y RADRIGÁN ME. Acreditación de títulos profesionales e instituciones formadoras: El caso de Chile. Rev. Med. Chile. 1998; 126:715-72.

ANEXO A: LISTAS DE PARTICIPANTES

GRUPO DE CONSULTA - LA PAZ, BOLIVIA

10-11 DE AGOSTO 1998

Dr. Buddy Lazo de la Vega

Decano
Facultad de Medicina
Universidad Mayor de San Andrés
Bolivia

Dra. Carmen Rosa Serrano

Consultora de Recursos Humanos
OPS/OMS
Bolivia

Dr. Jorge Luiz do Amaral

Profesor Facultad de Medicina Souza
Marquez
y Secretario Ejecutivo de CINAEM
Brasil

Dr. Geraldo Brasileiro Filho

Vice Director
Facultad de Medicina
Universidad Federal de Minas Gerais
Brasil

Dr. Diego Giraldo

Director
División de Planificación
Asociación Colombiana de Facultades
de Medicina (ASCOFAME)
Bogotá, Colombia

Dr. José María Maya

Decano
Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud (CES)
de Medellín
y Presidente, ASCOFAME
Colombia

Dra. Hilda Sancho

Directora
Escuela de Medicina
Universidad de Costa Rica

Dr. Alberto Estevez

Sub Director
Escuela de Medicina
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Dr. Eduardo Rosselot

Decano
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Dr. Luis Ruiz

Asesor Regional en Educación Médica
y Educación en Salud Pública
Programa de Desarrollo de Recursos
Humanos
OPS/OMS
Washington, DC, Estados Unidos

Dr. Axel Oliva

Vicepresidente, FEPAFEM
Ex-Decano, Facultad de Ciencias
Médicas
Universidad de San Carlos de
Guatemala

Dr. Enrique Aguirre

Presidente
Asociación Mexicana de Facultades
y Escuelas de Medicina A. C. (AMFEM)
México

Dr. Alejandro Cravioto

Decano
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma
de México
México

Dr. José Eduardo San Esteban

Director General
Dirección General de Enseñanza en
Salud
Subsecretaría de Servicios de Salud
Secretaría de Salud
México

Dr. Carlos Brandariz

Decano
Facultad de Medicina
Universidad de Panamá
Panamá

Dra. Reina Roa

Directora
Planificación de Recursos Humanos
Ministerio de Salud de Panamá, y
Docente de la
Escuela de Salud Pública
Universidad de Panamá
Panamá

Dr. Oswaldo Zegarra Rojas

Decano
Facultad de Medicina Alberto Hurtado
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Dr. Luis Calegari

Decano
Facultad de Medicina
Universidad de la República
Uruguay

Dr. Marco Tulio Mendoza

Decano
Facultad de Medicina
Universidad Central Lisandro Alvarado
Barquisimeto y
Presidente
Asociación Venezolana de Escuelas
y Facultades de Medicina (AVEFAM)
Venezuela

GRUPO DE TRABAJO - RÍO DE JANEIRO, BRASIL

17-19 DE MARZO DE 1999

Asesores Temporeros

Dr. Jorge Luiz do Amaral, Secretario Ejecutivo, CINAEM, Brasil
Dr. Diego Giraldo, Director de Planificación, ASCOFAME, Colombia
Dr. Alberto Estevez, Vicedirector, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Dr. Enrique Aguirre, Presidente, AMFEM, México
Dra. Reina Roa, Directora, Planificación de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de Panamá
Dr. José Eduardo San Esteban, Director General de Enseñanza en Salud, Secretaría de Salud de México

OPS/OMS

Dr. Rodrigo Barahona, Coordinador, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Dr. Luis Ruiz, Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Dr. Charles Godue, Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Lic. Rosa María Borrell, Consultora de Recursos Humanos, OPS/OMS Argentina

ANEXO B: AGENDAS

AGENDA GRUPO DE CONSULTA - LA PAZ, BOLIVIA, 10-12 DE AGOSTO DE 1998

Lunes 10 de agosto

Acreditación Institucional

Moderador: A. Cravioto
 Secretario: C. Brandariz
 Relator: M.T.Mendoza

09:00 - 10:30	Apertura Marco de referencia y antecedentes	OPS, ALAFEM, FEPAFEM L. Ruiz/OPS
11:00 - 12:30	Evaluación de instituciones Acreditación	D. Giraldo J.L. do Amaral E. Aguirre
14:30 - 16:00	Situación y tendencias nacionales	Participantes
16:30 - 18:00	Conclusiones generales (principales estrategias de implementación) Conclusiones específicas (principales categorías, indicadores y variables)	Discusión general

Martes 11 de agosto

**Certificación/Recertificación
Profesional**

Moderador: E. Rosselot
 Secretario: L. Calegari
 Relator: H. Sancho

09:00 - 10:30	Evaluación de profesionales Certificación/Recertificación	A. Estévez R. Roa J.E. San Esteban
11:00 - 12:30	Situación y tendencias nacionales	Participantes
14:30 - 16:00	Conclusiones generales (principales estrategias de implementación) Conclusiones específicas (principales criterios y modalidades)	Discusión general
16:30 - 18:00	Acuerdos y compromisos de colaboración Cierre	Discusión general OPS, ALAFEM, FEPAFEM

AGENDA GRUPO DE TRABAJO - BRASIL, 17-19 DE MARZO DE 1999

Miércoles 17 de marzo
Relator: JL do Amaral
Relator: E Aguirre

Acreditación Institucional

Moderador: L Ruiz

09:00 - 10:30	Apertura Marco de referencia y antecedentes Evaluación de instituciones Acreditación	R Barahona L Ruiz JL.do Amaral D Giraldo
11:00 - 12:30	Situación y tendencias nacionales	Participantes (20 - 30 minutos por país)
14:00 - 16:00	Situación y tendencias nacionales	Participantes (20 - 30 minutos por país)
16:30 - 17:30	Amenazas y oportunidades regionales de implementación	Discusión general

Jueves 18 de marzo

Certificación/Recertificación
Profesional

Moderador: C Godue
Relator: JE San Esteban
Relator: R Roa

09:00 - 10:30	Certificación/Recertificación de profesionales	R Roa A Estévez
11:00 - 12:30	Situación y tendencias nacionales	Participantes (20 - 30 minutos por país)
14:00 - 16:00	Situación y tendencias nacionales	Participantes (20 - 30 minutos por país)
16:30 - 17:30	Amenazas y oportunidades regionales de implementación	Discusión general

Viernes 19 de marzo

Cooperación entre Países

Moderador: R Barahona
Relator: A Estevez
Relator: D Giraldo

09:00 - 10:30	Interrogantes, retos, "paradojas" y polaridades de implementación	E Aguirre JE San Esteban
11:00 - 12:30	(continuación)	Discusión general
14:00 - 15:30	Posibles líneas de cooperación entre países	Discusión general
16:00 - 17:30	Acuerdos y compromisos de colaboración Cierre	Discusión general

PUBLICACIONES DE LA DIVISI3N DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

SERIE ORGANIZACI3N Y GESTI3N DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

- 1 - LA DESCENTRALIZACI3N, LOS SISTEMAS DE SALUD Y LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR (ESPA3NOL/INGL3S)
- 2 - GUIDELINES FOR DEVELOPMENT OF EYE CARE PROGRAMS AND SERVICES IN THE CARIBBEAN
- 3 - LINEAMIENTOS METODOL3GICOS PARA LA REALIZACI3N DE AN3LISIS FUNCIONALES DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD
- 4 - CONSIDERACIONES SOBRE RECTORIA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD EN CENTROAM3RICA Y REPUBLICA DOMINICANA
- 5 - MACROCONDICIONANTES EXTERNOS AL PROCESO DE FORTALECIMIENTO DE LA RECTORIA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD
- 6 - DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE CONDUCCI3N SECTORIAL EN SALUD (UNA PROPUESTA OPERACIONAL)
- 7 - EL NUEVO PAPEL DE LAS REGULACIONES GUBERNAMENTALES EN SALUD A CARGO DE LOS MINISTERIOS DE SALUD
- 8 - LA CUESTI3N DEL ASEGURAMIENTO Y EL NUEVO PARADIGMA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA
- 9 - REUNI3N SUBREGIONAL SOBRE RECTORIA SECTORIAL Y LIDERAZGO DE LOS MINISTERIOS DE SALUD
- 10 - REUNI3N REGIONAL SOBRE PROGRAMAS DE GARANTIA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LAS REFORMAS SECTORIALES
- 11 - AN3LISIS DE LA EVOLUCI3N DE LOS MODELOS DE GESTI3N DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CENTROAM3RICA
- 12 - SISTEMAS DE PAGO A PROVEEDORES DE SERVICIOS SANITARIOS EN PAISES LATINOAMERICANOS Y DE LA OCDE (VERSI3N PRELIMINAR) (ESPA3NOL/INGL3S)
- 13 - GRUPO DE TRABAJO DE EXPERTOS EN POLITICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS NACIONALES DE SERVICIOS DE URGENCIA M3DICA. INFORME FINAL (10-12 DE SEPTIEMBRE DE 1997, M3XICO, D.F., M3XICO) (ESPA3NOL/INGL3S)
- 14 - LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACI3N DE PERFILES DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LOS PAISES DE LA REGI3N
- 15 - REUNI3N CENTROAMERICANA DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD. INFORME FINAL. SAN JOS3, COSTA RICA, 20-22 DE AGOSTO DE 1997
- 16 - LA ENFERMERIA EN LA REGI3N DE LAS AM3RICAS (ESPA3NOL/INGL3S)
- 17 - LA PR3CTICA DE LA RECTORIA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD EN LOS PAISES DEL 3REA ANDINA
- 18 - THE PAN AMERICAN NETWORK OF NURSING AND MIDWIFERY COLLABORATING CENTERS. NURSING AND MIDWIFERY MAKING A DIFFERENCE. PANMCC MEETING, 7-8 OCTOBER 1998

SERIE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y TECNOLOGIA

- 1 - DIRECTORIO DE FACULTADES DE FARMACIA DE AM3RICA LATINA Y DE ESPA3A
 - 2 - ARMONIZACI3N DE LA REGLAMENTACI3N FARMAC3UTICA EN AM3RICA LATINA
 - 3 - LA FARMACIA EN UN MARCO DE ATENCI3N REGULADA
 - 4 - DIRECTORIO DE AUTORIDADES NACIONALES DE REGISTRO Y DE CONTROL DE CALIDAD DE MEDICAMENTOS. REGI3N DE LAS AM3RICAS
 - 5 - GUIA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMAC3UTICOS HOSPITALARIOS: CONCEPTUALIZACI3N (*EN PREPARACI3N*)
 - 5.1 - GUIA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMAC3UTICOS HOSPITALARIOS: SELECCI3N Y FORMULARIO DE MEDICAMENTOS
 - 5.2 - GUIA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMAC3UTICOS HOSPITALARIOS: LOGISTICA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
 - 5.3 - GUIA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMAC3UTICOS HOSPITALARIOS: SISTEMA DE DISTRIBUCI3N DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA
 - 5.4 - GUIA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMAC3UTICOS HOSPITALARIOS: INFORMACI3N DE MEDICAMENTOS
 - 5.5 - GUIA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMAC3UTICOS HOSPITALARIOS: ATENCI3N FARMAC3UTICA AL PACIENTE AMBULATORIO
 - 5.6 - GUIA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMAC3UTICOS HOSPITALARIOS: COMIT3 DE CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
-

-
- 5.7 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: FORMULACIONES MAGISTRALES
 - 5.8 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: PREPARACIÓN DE MEZCLAS DE USO INTRAVENOSO
 - 5.9 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: NUTRICIÓN PARENTERAL (EN PREPARACIÓN)
 - 5.10 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: RECONSTITUCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS
 - 5.11 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: SEGUIMIENTO A LA TERAPIA MEDICAMENTOSA (EN PREPARACIÓN)
 - 5.12 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (EN PREPARACIÓN)
 - 5.13 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS (EN PREPARACIÓN)
 - 5.14 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: USO DE MEDICAMENTOS BAJO INVESTIGACIÓN (EN PREPARACIÓN)
 - 5.15 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: FARMACOCINÉTICA CLÍNICA
 - 6 - CONFERENCIA PANAMERICANA SOBRE ARMONIZACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN FARMACÉUTICA. ANALES (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 7 - ESTÁNDARES DE TRABAJO PARA BANCOS DE SANGRE
 - 8 - GRUPO DE CONSULTA PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL COMITÉ DIRECTIVO DE LAS CONFERENCIAS PANAMERICANAS SOBRE ARMONIZACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN FARMACÉUTICA (14-15 DE ENERO DE 1999, CARACAS, VENEZUELA) (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 9 - CONSULTA DE EXPERTOS EN BIOEQUIVALENCIA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS. CARACAS, VENEZUELA, 13-15 DE ENERO DE 1999. INFORME FINAL. (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 10 - ANÁLISIS COMPARATIVO SOBRE LEGISLACIONES EN MEDICAMENTOS EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN
 - 11 - GUÍA METODOLÓGICA PARA INVESTIGACIÓN DE ASPECTOS SOCIO-CULTURALES RELACIONADOS CON DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE
 - 12 - NORMAS FARMACOLÓGICAS DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA (NFCARD)
 - 13 - PLAN BÁSICO DE EDUCACIÓN FARMACÉUTICA . (PROPUESTA DE GRUPO DE TRABAJO. LIMA, PERÚ, DEL 6 AL 9 DE JULIO DE 1998)
 - 14 - OPORTUNIDADES DE POSTGRADO OFRECIDAS POR LAS ESCUELAS/FACULTADES DE FARMACIA LATINOAMERICANA
 - 15 - PROPUESTA DE NORMAS ARMONIZADAS PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS CON MEDICAMENTOS. REGIÓN DE LAS AMÉRICAS (INFORME DE REUNIÓN, 17-19 DE MAYO DE 1999, BUENOS AIRES, ARGENTINA) (ESPAÑOL/INGLÉS)

SERIE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SALUD

- 1 - TELECOMUNICACIONES EN SALUD Y ATENCIÓN DE SALUD PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ESPAÑOL/INGLÉS)
- 2 - NUEVO PARADIGMA PARA EL DESARROLLO Y LA EVALUACIÓN DE LA TELEMEDICINA: UN ENFOQUE PROSPECTIVO BASADO EN UN MODELO
- 3 - REGISTROS MÉDICOS ELECTRÓNICOS PARA TRES PAÍSES DE CENTROAMÉRICA
- 4 - LA TELEMÁTICA Y LA UNIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

- 1 - RELATORIA DE LA REUNIÓN SOBRE FORMACIÓN Y UTILIZACIÓN DE TÉCNICOS MEDIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS
- 2 - TESAURO SOBRE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
- 3 - INFORME TALLER REGIONAL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN LA FORMACIÓN DE TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

-
- 4 - STUDY OF INTERNATIONAL HEALTH ACTIVITIES AT SCHOOLS OF NURSING IN THE UNITED STATES AND SOME SCHOOLS IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
 - 5 - PROYECTO RED DE FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD RETS
 - 6 - PLAN DE DESARROLLO DE ENFERMERÍA PARA AMÉRICA LATINA: UNA PROPUESTA
 - 7 - INFORME DEL TALLER REGIONAL SOBRE GESTIÓN DESCENTRALIZADORA DE RECURSOS HUMANOS EN LAS REFORMAS SECTORIALES EN SALUD
 - 8 - RECURSOS HUMANOS: FACTOR CRÍTICO DE LA REFORMA SECTORIAL EN SALUD INFORME REUNIÓN REGIONAL (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 9 - RELATORÍA REUNIÓN DE LA RED DE TÉCNICOS DE SALUD RETS
 - 10 - PRODUCTIVIDADE E DESEMPENHO DOS RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
 - 11 - EL DESAFÍO EDUCATIVO DE LAS REFORMAS SECTORIALES: CAMBIOS EN LA CAPACITACIÓN Y LA EVALUACIÓN PARA EL TRABAJO EN SALUD
 - 12 - RELATORÍA DEL TALLER CENTROAMERICANO SOBRE TÉCNICOS EN SALUD
 - 13 - ESTUDIO DE ACTIVIDADES EN SALUD INTERNACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERÍA Y MEDICINA EN CANADÁ (ESPAÑOL/INGLÉS/FRANCÉS)
 - 14 - HACIA UN NUEVO ABORDAJE EN ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD
 - 15 - II CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA - REFORMA SECTORIAL Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA: DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS. INFORME - MÉXICO, D.F., MÉXICO, 11-13 DE NOVIEMBRE DE 1998 (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 16 - FACTORES RESTRICTIVOS PARA LA DESCENTRALIZACIÓN EN RECURSOS HUMANOS
 - 17 - HACIA EL LOGRO DE EQUIDAD Y CALIDAD DE LA RESPUESTA SOCIAL EN SALUD: INTERVENCIONES EN LA INTERFASE DE LA PRÁCTICA Y LA EDUCACIÓN MÉDICAS. PROPUESTA DE COOPERACIÓN ENTRE PAÍSES (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 18 - EL SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA EN AMÉRICA LATINA. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS. (INFORME DE UN TALLER REGIONAL, WASHINGTON, D.C., 9-11 DE ABRIL DE 1997)
 - 19 - FORMACIÓN DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA CENTRADA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL: ELEMENTOS ESENCIALES. (INFORME DE UN TALLER REGIONAL, CIUDAD DE GUATEMALA, GUATEMALA, 11-14 DE AGOSTO DE 1997)
 - 20 - SALUD Y TURISMO EN LA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA. PRINCIPALES IMPLICACIONES
 - 21 - CALIDAD Y REGULACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICINA. REVISIÓN DEL TEMA Y ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SEIS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

SERIE REFORMA DEL SECTOR SALUD

- 1 - REFORMA DEL SECTOR SALUD: EL CASO DE PUERTO RICO (ESPAÑOL/INGLÉS)
- 2 - TEMAS CLAVE RELATIVOS AL RACIONAMIENTO Y ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD (VERSIÓN PRELIMINAR)

SERIE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

- 1 - SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (ESPAÑOL/INGLÉS)
- 2 - HACIA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD. PAUTAS PARA LA INVESTIGACIÓN CON PUEBLOS INDÍGENAS (ESPAÑOL/INGLÉS)
- 3 - TALLER PILOTO SUBREGIONAL ANDINO DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS
- 4 - INFORME EJECUTIVO TALLER SUBREGIONAL MESOAMERICANO PUEBLOS INDÍGENAS Y SALUD
- 5 - INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE LA OPS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (ESPAÑOL/INGLÉS)
- 6 - FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD TRADICIONALES: ORGANIZACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIONES MULTICULTURALES
- 7 - MEMORIA DEL PRIMER ENCUENTRO NACIONAL SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS: HACIA UNA POLÍTICA NACIONAL INTERCULTURAL EN SALUD
- 8 - INICIATIVA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS INFORME DE PROGRESO (ESPAÑOL/INGLÉS)

-
- 9 - ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS PARA EL DESARROLLO DE LA INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 10 - PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS
 - 11 - ORIENTACIÓN DE LOS MARCOS JURÍDICOS HACIA LA ABOGACÍA EN SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS - ESTUDIOS DE LAS LEGISLACIONES DE COLOMBIA, BOLIVIA, EL SALVADOR, MÉXICO Y HONDURAS
 - 12 - INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD EN LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS



PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL O PARA ORDENAR EJEMPLARES DE LAS PUBLICACIONES DE LAS SERIES DE HSP, FAVOR DIRIGIRSE A LA:

**DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

525 23RD STREET, N.W. WASHINGTON, D.C. 20037
TEL (202)974-3808 Fax (202)974-3613

Visite nuestra página electrónica en <http://www.paho.org>
