

Los procesos de acreditación de carreras de Medicina
en la República Argentina
Análisis crítico de los Estándares, de los Procedimientos y de los
Resultados de la Evaluación

AUTORES:

Dr. Alfredo Martínez Marull * MAAC.FACS., Dr. Carlos R. Fernández ,** Mg. Sc. Cynthia Jeppesen- ***, Lic. Adriana Caillon- ***

* Ex Presidente de la Academia de Medicina de Córdoba, Ex decano de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba y Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Córdoba

** Vicerector de la Universidad Nacional de Tucumán, exdecano de la Facultad de Ciencias Médicas y expresidente de AFACIMERA

*** CONEAU- Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria

INTRODUCCIÓN

Las Academias son ámbitos naturales para aglutinar pensamientos reflexivos e intercambiar ideas en diversas temáticas.

Si bien esta Academia tiene rol específico, nunca estuvo ajena a los intereses profesionales e institucionales como es la Educación Médica. Numerosos cirujanos y miembros de esta Academia han participado en sistemas de evaluación y acreditación. Por otra parte, también es bueno recordar que, distinguidos miembros de esta corporación han estado y están comprometidos con la excelencia de la educación médica, sea como profesores, decanos y rectores de universidades que marcaron un hito en la temática. Por ello consideramos útil presentar este informe, adaptado a las normativas de nuestra corporación.

La calidad ligada a la evaluación de la educación general y profesional, es conceptualmente hoy, “satisfacción del usuario” y en medicina, depende de garantizar la capacidad profesional, y ello tanto en el grado y pos grado, se mide por sistemas de evaluación y acreditación.

Evaluar es emitir un juicio de valor ético; es análisis científico de una realidad educativa; es ponderar la pertinencia social y cultural de esa educación; es generar una actitud diagnóstica de la tarea académica; es impulsar la autocrítica; es facilitar cambios a partir de todo ello.

La evaluación permite establecer exigencias y asegurar la calidad.

Acreditar es dar fe, dar credibilidad sobre algo, calificar el nivel alcanzado con referencia al objetivo.

Calidad es un concepto comparativo que requiere contrastarse con diversas realidades nacionales e internacionales y en ideales paradigmáticos (Mignone) citar.

Por ello, calidad, evaluación y acreditación son tres objetivos y procesos que se conjugan simultánea y articuladamente.

Existe hoy, felizmente, una **cultura de la evaluación** que dimensiona la calidad educativa desde la ponderación científica y académica; el desempeño de estudiantes y graduados, el impacto comunitario y los valores éticos morales.

Sus ancestros parten desde los albores de la medicina: Tribunales especiales de Reyes, Códigos de Éticas; la Universidad del siglo XIII y los títulos controlados, el Protomedicato Español, la Certificación Médica de 1510 en Inglaterra, los estándares de Educación Médica en EEUU y Alemania en 1852, el General Medical Council de 1870 en Inglaterra, la creación de la A.M.A.

(American Medical Association) en 1896; la A.A.M.C.(Asociación Americana de Facultades de Medicina en USA), el dictamen de Abraham Flexner en 1909 sobre 155 Facultades de Medicina en el cual propuso cerrar un tercio.

Existe una larga tradición en los procesos de certificación y recertificación de médicos, realizado tradicionalmente por las Academias, las Sociedades Científicas y de Profesionales. Estos procesos incorporan la visión de la Universidad con la presencia de pares designados por ella cuando se trata de evaluar programas de residencias universitarias., Pero la evaluación y acreditación de programas y títulos universitarios comenzó en la Comisión de Acreditación de Posgrados (CAP) que desde 1995 evaluó doctorados y maestrías, hasta la creación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

La experiencia internacional indica que, al configurarse procesos de expansión de las instituciones educativas, las comunidades profesionales junto a ellas instituyen sistemas de evaluación de la calidad.

En EEUU y Canadá el Liaison Committee on Medical Education (LCME) creado en 1942 reúne a los procesos de acreditación de la American Medical Association (AMA) y la Association of American Medical Colleges (AAMC). Al principio utilizaban 10 estándares pero la experiencia y la mayor profesionalización de la tarea académica, el incremento científico de la medicina y las nuevas modalidades de enseñanza, los elevaron a 150. Si bien allí, la acreditación es voluntaria, el sistema federal de financiación relaciona los créditos y préstamos para las carreras de grado y los programas de residencia con la acreditación. Actualmente sobre 125 carreras acreditadas en EEUU y en Canadá, 16 reciben visitas periódicas según sus condiciones de acreditación.

En Europa, y con otras razones, la evaluación de la calidad, tiene el enfoque de *accountability*, dar cuenta a la sociedad de lo invertido por el Estado. En educación superior está orientado a la evaluación para el mejoramiento dentro de los fines de la institución.

En Holanda la evaluación no se realiza contra estándares aunque la Asociación de Escuelas de Medicina fue pionera en la elaboración de un curriculum indicativo para ello.

En España la acreditación se formaliza con la Declaración de Granada firmada en octubre de 2001 por varias Sociedades de Educación Médica Españolas y la Association for Medical Education in Europe (AMEE) “**con el fin de contribuir al cambio y a la innovación en la**

Educación Médica de pregrado, cuya necesidad está hoy día ampliamente documentada y aceptada por las facultades de medicina y las sociedades científicas que trabajan en este ámbito”

Allí se adoptó los estándares de la World Federation for Medical Education (WFME. 1999 Copenhague () que **diferenció la evaluación para control de calidad, de una garantía de calidad o de una mejor calidad, diferenciando la evaluación voluntaria, obligatoria, pública o confidencial.**

Aquellos estándares internacionales de 1999 sustentan 3 objetivos:

1-Estimular las Facultades de Medicina a formular mejoras de la calidad educativa.

2-Crear un sistema de evaluación y acreditación con estándares mínimos de calidad.

3-Salvaguardar la práctica de la Medicina y el potencial médico básico.

El sistema establece 9 áreas de la estructura y el proceso educativo; 38 criterios sobre aspectos específicos de las áreas, como indicadores de rendimiento y 76 estándares que definen en cada criterio un nivel básico (debe - must) y otros sobre mejoras de la calidad (debería – Should)

Brasil crea en 1991 la Comisión Interinstitucional para la Evaluación de la Educación Médica (CINAEM). Acreditando 92 carreras hasta 1999.

En Colombia desde 1992 la acreditación está a cargo del Consejo Nacional de Educación Superior y el Consejo Nacional de Acreditación del Ministerio de Educación. De las 42 carreras existentes en 1999, 20 han sido acreditadas.

Méjico a partir de la integración (a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) – (NAFTA). Su sistema Nacional de Acreditación está a cargo de la Asociación Mexicana de Escuelas de Medicina que ha acreditado en 1999, 60 carreras sobre las 77 existentes.

Chile avanza en este tema como respuesta a las estrategias de regionalización aunque hay que recordar que la acreditación en Chile no es obligatoria.

En Perú existe el Consejo para la acreditación de las Escuelas de Medicina.

En Venezuela la Asociación Venezolana de Escuelas de Medicina y la Federación Médica Venezolana han acreditado 11 carreras.

Bolivia empezó el año 2000 evaluando las Facultades de Medicina de Cochabamba y de Chuquizaca (Sucre).

La Conferencia Argentina de Educación Médica del año 2000 señaló que el número de carreras de medicina en América desde 1960 a 1992 se elevó de 196 a 418, situación parangonable con Argentina que, desde 1995, pasó de 9 a 28.

Hasta 1990 había siete carreras estatales de medicina: en Córdoba desde 1877, en la UBA 1822, en Rosario desde 1920, en La Plata desde 1934, en Tucumán desde 1949, en Cuyo desde 1950 y en la Universidad del Nordeste desde 1953. Las dos primeras Universidades Privadas desde 1956 han sido la Católica de Córdoba y la del Salvador en Buenos Aires.

En la década de los 90 se produjo la gran diversificación institucional, y se desarrolla la dimensión calidad en la agenda universitaria argentina. Muchos grupos con experiencia docente y con una larga inserción académicas en Universidades tradicionales, se constituyeron como institutos universitarios: CEMIC, ICSF Barceló y Hospital Italiano de Buenos Aires y de Rosario y otros proyectos recientes. Se podría inferir que las antiguas universidades subsidiaron la instalación de estos centros de excelencia, pero fueron inermes a sus propios problemas como la incapacidad de respuestas a las exigencias de formación por el excesivo número de alumnos, desincentivos a la formación académica y científica, bajos sueldos, dificultades de infraestructura y equipamiento moderno etcétera .

Hoy existen, estimativamente, 1500 Facultades de Medicina en el mundo. Sólo un tercio están acreditadas; el resto parecería que lentamente están en el camino de la acreditación pero algunas lo estiman como propósito futuro.

Un título de carrera regulada por el Estado otorgado por una institución universitaria conserva su valor académico, independientemente del reconocimiento oficial; no así su habilitación profesional.

La habilitación para el ejercicio de profesiones de interés público reguladas por el Estado es una atribución oficial, independiente de la autonomía universitaria y del derecho de enseñar o libertad de enseñanza.

El reconocimiento oficial del título, previsto en los artículos 41° y 42° de la Ley de Educación Superior N° 24521 () implica, para las profesiones reguladas por el Estado, la validez del título en todo el territorio nacional y su habilitación profesional. Esa situación supone 4 acuerdos:

1-Determinar las actividades profesionales reservadas exclusivamente a sus poseedores

2-Fijar la carga horaria mínima

3- Establecer los contenidos curriculares básicos

4- Normatizar los criterios de formación práctica.

Las atribuciones y responsabilidades de la CONEAU se limitan a la acreditación de la carrera conforme patrones y estándares elaborados por la Afacimera, fijados por el Ministerio de Cultura y Educación previa consulta al Consejo de Universidades.

Específicamente la CONEAU

Coordina y realiza evaluaciones externas

Acredita carreras de grado de las profesiones reguladas por el estado

Acredita carreras de post grado

Verifica la viabilidad de nuevas Universidades

Otorga autorizaciones provisorias

Evalúa a las eventuales acreditadoras privadas

En consecuencia, la acreditación tiene objetivos exclusivamente académicos, efectos sociales y eventualmente políticos, pero no jurídicos, es decir que no implica control de legitimidad de los títulos ni del ejercicio de las profesiones. Recordemos que habitualmente en el título expedido sólo se menciona que el titulado ha cumplimentado el plan de la carrera sin explicitar sobre su calidad.

Ley de Educación superior Creación de la coneau. Carreras de riesgo público. Afacimera Consejo de universidades
--

Para cumplimentarlas, la CONEAU desde 1998 desarrolló diversas actividades secuencialmente programadas.

Recogió información de las distintas organizaciones profesionales de carreras reguladas por el estado.

Organizó talleres y jornadas con expertos internacionales sobre el tema como el Liaison Committee on Medical Education (LCME) y el organismo de acreditación de carreras universitarias del Mercosur.

La AFACIMERA, elaboró los estándares y contenidos curriculares mínimos, aprobados por el Ministerio de Cultura y Educación.

Se designaron comisiones asesoras en distintas disciplinas, siendo la primera, la de Ciencias Médicas que –dado lo actuado por la Comisión Acreditadora de Postgrado (CAP) -trabajó inicialmente en evaluación de posgrados y mas adelante, en la acreditación de las carreras médica

Los 126 estándares aprobados por la Resolución ME 535/99() proveen el marco de referencia y expresan el modelo que, los integrantes del sistema universitario argentino consideran como calidad en una carrera de medicina. Debido a su extenso número la CONEAU los organizó **como un todo articulado, enfatizando la idea de carrera de calidad que sustentan, agrupándolos en cinco dimensiones: Contexto Institucional - Plan de Estudio y Formación - Cuerpo Académico - Alumnos y Graduados - Infraestructura y Equipamiento.**

Además se diseñaron las Guías de Autoevaluación, de Evaluación Externa y los fundamentos del Análisis de Consistencia, estableciendo un plazo de 12 meses reglamentario para la tarea.

Se creó un registro de expertos para integrar los comités de Pares a partir de una nómina propuesta por instituciones universitarias, académicas y profesionales, seleccionadas luego por la Comisión Asesora Médica de CONEAU, combinando perfiles profesionales, experiencia en educación médica, pertinencia a universidades públicas y privadas y representación regional equilibrada.

La primera fue de carácter voluntario en 1999 y la segunda, en el año 2000 de carácter obligatorio para todas las restantes carreras.

Como primer paso se invitó a las autoridades de las instituciones a un taller donde se presentó la documentación para la Autoevaluación y se la formalizó, con un compromiso escrito sobre la fidelidad de la información, la plena participación y máxima libertad de expresión de cada Facultad.

ETAPAS del proceso de Acreditación son: Autoevaluación – Evaluación externa - Actuación de pares – Visitas – Dictámenes Parciales – Análisis de Consistencia – Dictamen final

Los modelos teóricos de calidad

El estudio de la experiencia nacional e internacional, las reuniones, seminarios y talleres, y la labor de técnicos, consultores y asesores, permitió considerar dimensiones de análisis guiado desde la información recogida y de los juicios valorativos de la autoevaluación para establecer criterios de semejanza relevantes y crear modelos teóricos de cada dimensión ,y uno, que sintetiza lo más significativo de ellos.

• **Un modelo teórico integrado de calidad sería:**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- El contexto institucional, el plan de estudios, el cuerpo académico y los recursos aseguran la formación de un graduado competente y con capacidad para la formación permanente.- La articulación e integración del plan de estudios, las características y desempeño del cuerpo académico, la organización de gobierno y la gestión administrativa aseguran el cumplimiento de los objetivos de la carrera.- El control de la gestión educativa y la supervisión del desempeño docente, de los aprendizajes de los alumnos y la actuación de los graduados son efectivos.- La disponibilidad de recursos asegura el cumplimiento de los objetivos de la carrera y sus previsiones a futuro. |
|---|

Desde allí se discrimina en:

Acreditar por 6 años, cuando se considera que reúne el ideal de calidad para una carrera de medicina, o puede incluir recomendaciones en pro de la excelencia.

Acreditación por 3 años sin requerimientos: cuando la carrera no ha cumplido aún un ciclo completo de dictado o no reúne el perfil previsto por los estándares pero ofrece planes de mejoramiento que permiten lograrlo.

Los planes propuestos en la autoevaluación y que el comité de pares juzga adecuados, se convierten en **compromisos** para la institución. Su cumplimiento será evaluado a los tres años y si la evaluación resulta positiva se extenderá la acreditación por otros tres años. En caso contrario, se declarará la **no acreditación**.

Postergación del dictamen de acreditación: Cuando se estima que a pesar de los planes de mejoramiento propuestos no lograría reunir a futuro el perfil de calidad previsto, se indica requerimientos sobre lo que no satisface las exigencias de los estándares y se corre vista a la institución.

En la respuesta a la vista la carrera debe re-elaborar planes de mejoramiento que luego de evaluados en cuanto a pertinencia y viabilidad son expresados como requerimientos a la carrera y se convierten en **compromisos** que debe asumir la institución. Si se los considera pertinentes y viables, la carrera resulta acreditada por 3 años y el cumplimiento será evaluado como en el caso anterior. En caso negativo, se dicta resolución de no acreditación, con derecho al recurso de reconsideración.

Dictamen de no acreditación:

Cuando a juicio de los pares los eventuales requerimientos no podrían resolverse en el plazo reglamentario otorgado.

El propósito de este trabajo es analizar la experiencia vivida con la acreditación de carreras universitarias de medicina en Argentina, parangonarla con sistemas internacionales y generar un análisis crítico de los resultados a fin de proponer soluciones específicas con la óptica de quienes lo firman.

Material y Método:

Etapa de Autoevaluación. tuvo una duración de 4 meses y apoyo técnico de la Coneau.

Etapa de Actuación de Pares: Luego de conformar los comités y analizar los informes de autoevaluación se planifican las visitas a las sedes de las carreras. Cada Comité de Pares elaboró informes preliminares, luego tratados en reunión plenaria destinada al análisis del conjunto y al dictamen final.

Cuando una carrera no presenta información adecuada o sus planes de mejora no son suficientes, el Comité de Pares puede postergar el dictamen y proponer **requerimientos** que deben suscribirse por las máximas autoridades, como **compromisos** de mejoras con tiempos y recursos asignados a su cumplimiento. La carrera que los satisfaga en un plazo razonable, es acreditada por tres años.

Período de Vista

Concluido el dictamen, se da vista del mismo a las instituciones por el plazo de 30 días hábiles y posteriormente, luego de la revisión por los Pares y la consideración de la CONEAU se emiten las resoluciones que pueden ser recurridas por las instituciones cuando el dictamen sea **no acreditación**. El resultado de esa reconsideración extingue el proceso de acreditación.

Las resoluciones definitivas son comunicadas a las Instituciones Universitarias, al Consejo Interuniversitario Nacional y al Consejo de Rectores de Universidades Privadas y se dan a publicidad en los diversos órganos de prensa.

Resultados:

Fueron evaluadas 24 carreras pertenecientes a 22 instituciones universitarias produciéndose las siguientes situaciones:

Convocatoria Voluntaria del año 2000

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (Bs. As.) Acreditada por 3 años con 8 Compromisos

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (La Rioja) Acreditada por 3 años con 18compromisos

Universidad Abierta Interamericana (Bs. As.)Acreditada por 3 años con 25 compromisos

Universidad Abierta Interamericana (Rosario)No se acredita Posteriormente se hizo lugar al recurso de reconsideración y se la acredita por 3 años

Universidad Austral

Acreditada por 3 años

Universidad Católica de Córdoba	Acreditada por 3 años con 12 compromisos
Universidad Favaloro	Acreditada por 3 años con 6 compromisos
Universidad del Salvador	Acreditada por 3 años con 10 compromisos
Universidad Nacional de Córdoba	Acreditada por 3 años con 17 compromisos
Universidad Nacional del Comahue	Acreditada por 3 años con 17 compromisos
Universidad Nacional de La Rioja	No se acredita Posteriormente se hizo lugar al recurso de reconsideración y se la acredita por 3 años con 15 compromisos
Universidad Nacional de Tucumán	Acreditada por 6 años

Convocatoria Obligatoria 2001

Instituto Universitario CEMIC	Acreditada por 3 años
Universidad Adventista del Plata	Acreditada por 3 años con 12 compromisos
Universidad Católica de Cuyo	No se hizo lugar en proceso de reconsideración
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales	Acreditada por 3 años con 15 compromisos
Universidad del Aconcagua	Acreditada por 3 años con 15 compromisos
Universidad de Mendoza	Acreditada por 3 años con 11 compromisos
Universidad de Morón	Acreditada por 3 años con 13 compromisos
Universidad Maimónides	Acreditada por 3 años con 11 compromisos
Universidad Nacional de Cuyo	Acreditada por 6 años
Universidad Nacional de La Plata	Acreditada por 3 años con 10 compromisos
Universidad Nacional del Nordeste	Acreditada por 3 años con 5 compromisos
Universidad Nacional de Rosario	Acreditada por 3 años con 9 compromisos .

No se presentó a la Convocatoria la Facultad de Medicina de la UBA

Carreras que no han comenzado aún sus actividades y son autorizadas a inscribir alumnos.

Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires

Instituto Universitario Hospital Italiano de Rosario

Universidad Nacional del Sur

Discusión:

La sola mención del altísimo número de acreditaciones de carreras médicas de Argentina permite asegurar que existe una **cultura de la evaluación** y un verdadero espíritu para encontrar mecanismos de mejoramiento de la calidad

La diversificación institucional y la preocupación por la calidad, demandan diversos análisis. Por un lado, la liberalización de la oferta en el inicio de la década del '90 instó a la comunidad académica a establecer pisos de calidad. Los aspectos centrales de la cuestión son el perfil de médico y la garantía de que los graduados adquieren las habilidades y destrezas esperadas a través de un piso mínimo de práctica. Por ello la exigencia de un 50% de intensidad de formación práctica en los ciclos básicos y clínicos y de 80% en el internado rotatorio reclamado en los estándares.

Sin embargo, a pesar de la creación de nuevas carreras, el número de alumnos en América no se ha incrementado pasó de 513.271 en 1985 a 537.106 en 1992 y en Argentina se elevó de 30000 a 40000 entre 1994 y 2000 pero más por aumento en la duración real de la carrera que como incremento de ingresantes.

Por otra parte el mayor número de carreras no aportaría un aumento sustancial de egresados, por lo menos en el mediano plazo, pues el 85% de la matrícula está en universidades grandes y tradicionales y también con un 85% de egresados, tema ligado a la ausencia de políticas de estado sobre cantidad y calidad de médicos, y a las autorizaciones de nuevas instituciones y carreras. Aquí asienta el problema de la competencia por plazas para la formación práctica en zonas donde confluyen varias escuelas de medicina: Buenos Aires y Gran Buenos Aires, Mendoza, La Rioja, Córdoba, situación que 40 o 50 años atrás no existía ni se preveía.

Ello permite inferir que el aumento de carreras atiende más a una necesidad de las instituciones y recursos asignados a las mismas que a un aumento en la matrícula potencial o real. Sería penoso creer que las diferencias entre las Facultades públicas y privadas terminen por ser discriminantes en la formación del médico.

- *De las observaciones recogidas en la autoevaluación y en el requerimiento de los pares se puede concluir que en:*

Contexto Institucional

Falta de consolidación de algunas instancias de conducción

Falta de políticas institucionales que orienten la investigación

Falta de suscripción, actualización o formalización de convenios necesarios o convenientes para el funcionamiento de la carrera.

En el Plan de estudios: A pesar de la carga horaria de la carrera y de la práctica final obligatoria es adecuada a la Res. ME N° 535/99 aparecen requerimientos sobre las características y las formas de implementación de ellas y de los porcentajes de horas de práctica en cada ciclo.

Sobre la formación de un médico los requerimientos reiterados son sobre: los ámbitos de práctica, la inserción temprana en la práctica profesional, el contacto con distintas realidades sociales, la preparación para actuar antes las emergencias.

En cuanto a los planes para mejorar la integración y actualizar los contenidos de programas los requerimientos vinculan a la supervisión y seguimiento de los procesos de enseñanza - aprendizaje; para evitar repetición de temas en distintas materias con disimilitud de los conceptos.

En el Cuerpo Docente: Esos requerimientos sostienen una formación pedagógica actualizada y en metodología de la investigación, con incremento de la dedicación.

La investigación es un requerimiento que cruza varias dimensiones pero con mayor peso en el cuerpo docente por la dedicación horaria, formación insuficiente y la mala retribución.

Ligado a la exigencia, está la necesidad de revertir la paupérrima retribución. Ello permitirá recrear tribunales examinadores completos y un aumento real del tiempo docente.

Alumnos y graduados

Se reitera la necesidad de adecuar el ingreso de los estudiantes a la capacidad educativa de la institución. Otro requerimiento es la adopción de medidas tendientes a lograr mayor retención ya que la sola reducción del ingreso no implica asegurar calidad. De igual manera en lo referido a duración del cursado, número de reprobaciones y seguimiento de alumnos y graduados a fin de comprobar la validez del proceso educativo.

Infraestructura y equipamiento

El requerimiento mayor se refiere a recursos bibliográficos, espacios y equipamientos.

Aparece también en esta dimensión, el acceso a los centros de salud y hospitales, ya planteados desde el plan de estudios y los convenios en Contexto Institucional.

Otro requerimiento sostenido es el rescate presupuestario con el manejo de las inversiones.

Análisis crítico de la experiencia y de los procedimientos de acreditación

Más allá de la individualidad y lo preciso de las autoevaluaciones y las evaluaciones externas que hemos sintetizado vale analizar lo actuado y los resultados a la luz de esta 1ª experiencia.

Como dijimos la acreditación de carreras de medicina, ha registrado en los últimos años, gran desarrollo, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. La aprobación de estándares nacionales, los acuerdos sobre estándares regionales en el Mercosur y los de la Unión Europea (UE), con estándares internacionales aprobados por la World Federation on Medical Education (WFME) en 1999, son el piso de ese comentario. Lo importante es que los nuestros están identificados con los principios de aquellas normas.

- ***Capacidad educativa, número de ingresantes y diversificación de instituciones***

Los estándares sobre adecuación de la capacidad educativa a los recursos ha sido, por decisión y convicción de la comunidad médica académica, de un peso decisivo en las políticas de admisión, que hubieran sido difíciles de implementar sin acuerdos consensuados y sin la opinión favorable hacia los procesos de acreditación sostenido por los pares y las carreras. En este comentario de capacidad educativa debe incluirse la relación alumno – paciente.

En cuanto a la división de instituciones y redistribución de las matrículas, aún cuando globalmente no hubo aumento significativo de alumnos se generaron nuevas escuelas de medicina, lo que permite pensar que graduar profesionales competentes estimula el desarrollo de nuevos centros de formación. En algunas escuelas con cupo limitado, la nueva oferta docente en las carreras permite a quienes no pudieron aprobar el ingreso, creando un circuito paralelo, reduciendo el impacto de las políticas con intención de limitar el número de graduados. En

realidad, la planificación de recursos para la tarea médica, deberían adoptarse desde organismos respecíficos para evitar el crecimiento desordenado de instituciones o el de cupos por adecuación de los recursos institucionales más que con criterios de respuesta a las necesidades de las regiones.

- ***La relación carreras/ contexto/pertinencia regional. La titulación y la matriculación profesional***

Los estándares de la WFME, tienen un peso sustancial en el valor de la pertinencia regional sobre la existencia de carreras o a la creación de éstas frente a las necesidades de salud y de recursos humanos. En cambio, en Argentina sin políticas definidas en el tema, es la Universidad, quien orienta la formación de un médico con capacidad para la atención primaria de la salud, sin tener en cuenta la pertinencia.

Este concepto se articula además con Sistema Universitario Argentino que emite títulos en el pregrado, pero con opciones de postgrado limitados, historia que se pretende paliar con la Práctica Final Obligatoria, para garantizar competencias mínimas en el ejercicio. En cambio, en otros países, la universidad emite el título después de exámenes parciales durante la carrera y de uno final pero solo para ingresar a las residencias básicas en los hospitales, donde durante 18 meses cursan un internado en medicina general luego del cual se otorga la matrícula profesional.

El carácter habilitante de los títulos y la limitación del postgrado en nuestro país incrementan la responsabilidad de las Facultades de Medicina para perfeccionar la calidad del proceso educativo.

La inexistencia de evaluaciones finales en las carreras que pudieran valorar el anclaje de conocimientos, habilidades y destrezas, exigiría un tribunal integrado por los profesores de las materias troncales junto a miembros de las comunidades académicas y científicas.

Para esta necesidad de analizar los resultados de la formación, se debería tener un mayor peso en los estándares y procedimientos de acreditación y las evaluaciones de los estudiantes. Quizá si los objetivos de aprendizaje estuviesen establecidos también en términos de competencias se podría mejorar los resultados a través de periódicas evaluaciones integradoras de cada una de las cátedras. Este criterio influiría positivamente sobre la articulación e integración de contenidos entre el ciclo básico, el ciclo clínico y el de práctica profesional obligatoria.

De todas formas las pruebas presenciales sobre un problema planteado o un caso clínico siguen siendo de inestimable valor para verificar el desarrollo del juicio médico.

Estándares vinculados al desarrollo curricular, la articulación entre ciclos y la orientación hacia la medicina general.

La organización de la Práctica Final Obligatoria se reduce a observar a la carga horaria y a temáticas de las rotaciones. Sería útil que sean las cátedras troncales las que conduzcan el ciclo, controlen las actividades, los tutores y los instructores. El control de la Universidad sobre las rotaciones, debe garantizar la calidad de los servicios para la formación.

Cumplir con el estándar de saber diagnosticar, derivar, tratar, permitiría decidir “cómo” se debe formar, “qué” se debe formar y “que” competencias debe enseñarse en el internado final. Ello mejoraría la articulación entre el ciclo básico y el clínico. En algunos programas esa articulación se plantea desde el principio pero, a veces, se desdibuja el conocimiento de la disciplina y su integralidad y por otra parte, si se plantean los problemas como articuladores, se privilegia la resolución y no el nuevo conocimiento. ¿Es posible desarrollar capacidad para el desempeño médico en alguien que no conoce lo básico? ¿El rol exige contacto con enfermos desde el primer año? Desde luego, este objetivo parte de que el trato con pacientes, despierte temprana y progresivamente la emoción de la realidad. Algunos países han acortado sus carreras a partir de exigir conocimientos y competencias previas al ingreso con lo que los alumnos se inician prácticamente desde el ciclo clínico. De modo que, más que de integración, cabría hablar de conocimientos previos al aprendizaje de contenidos, destrezas y habilidades propias de las clínicas. De lo que se trata es de “globalizar” el currículum de las materias, asegurar su dictado dejando libertad académica en la enseñanza.

Una revisión periódica de sus contenidos, tiempos de dictado y espacios de práctica, permitirían una mejor integración.

La definición de competencias para el ciclo clínico reduciría la eventual deformación que puedan introducir las especialidades y una forma es desarrollar las prácticas en consultorios externos donde se ve la patología prevalente.

Se critica el eventual riesgo de formar un profesional demasiado práctico, pero saber cuándo derivar y cuando resolver, procede más de prácticas sobre patologías generales que del

conocimiento parcial de cada especialidad. Desde luego que, asegurado el cumplimiento de esos estándares nadie podría objetar la inclusión de otros aspectos formativos a criterio de cada Escuela de Medicina.

Otro aspecto a garantizar, es el aprovechamiento del sistema enseñanza - aprendizaje. La revisión del régimen de cursada, la obligatoriedad de rendir las asignaturas de acuerdo a un régimen de correlatividades y de condiciones de regularidad así como el límite de oportunidades para rendir una materia, son tareas que debe cumplir una comisión de seguimiento estudiantil además del propio control de cada cátedra.

- ***Estándares relacionados con los servicios de salud y los ámbitos de práctica***

Como se dijo, las Cátedras de las disciplinas en rotación, deben ejercer el control y coordinación y la pasantía rural debiera estar a cargo de médicos generales y especialistas en Salud Pública a fin de asegurar una visión totalizadora de la problemática sanitaria nacional y regional.

Finalmente debe asegurarse la capacidad de asumir responsabilidades crecientes y éticas en el manejo de pacientes, junto a la capacidad para vincularse con sectores comprometidos en el proceso salud-enfermedad, es decir lograr lo que se entiende como **estado de médico**.

- ***Estándares vinculados con la investigación***

Los estándares vinculados a ella, hablan de fomento y promoción pero no tienen una dependencia que prescriba con especificidad como debería ser. La investigación básica es promovida en general por los pares y docentes más vinculados a ella.

Un docente universitario, debe tener capacidad en: Descubrimiento – Integración – Aplicación – Enseñanza.

Descubrimiento: exploración intelectual y desarrollo de la investigación.

Integración: de áreas del conocimiento y generación de ideas.

Aplicación: desarrollo de puentes entre la teoría y la práctica, como solución de problemas.

Educación: capaz de transmitir conocimientos haciendo fácil la explicación de lo difícil, transformando el acto de pasivo en activo desarrollando el hábito de la curiosidad, el estudio, la lectura y el manejo bibliográfico.

En algunos programas hasta se aclara que la investigación es fomentada entre los alumnos que tengan vocación por ella. Pocos programas sostienen la necesidad de formarlos para la investigación – sea básica, clínica y epidemiológica- y pocos lo sostienen con las designaciones.

Por otra parte los estándares sobre investigación se mencionan también en el plan de estudios, cuerpo académico y contexto institucional, una manera de destacar esa misión universitaria.

En estándares internacionales y en carreras reconocidas, el ambiente de la investigación, es un medio para evaluar los recursos que cuenta una escuela y su cuerpo académico, para inferir el perfil que se logra formar. Sería importante reflexionar también sobre la relación entre investigación, creación de conocimientos y avances científicos con la actualización en la docencia.

Sobre los estándares de Cuerpo Académico

El desplazamiento de docentes del grado al postgrado quizá sea por evolución jerárquica, pero también por las dificultades que genera la masividad y/o la incapacidad educativa preuniversitaria del alumno. Además al docente de grado cuando cumple tareas asistenciales naturalmente agrega docencia en el postgrado, desplazando su obligación primaria, dividiendo su tiempo o utilizando los mismos recursos pedagógicos para el grado y el postgrado.

Si bien los estándares en esta dimensión marcan las exigencias para el cuerpo académico, las debilidades detectadas en la acreditación generó acuerdos para nuevos estándares sobre las formas de designación, el lugar donde se dicta la carrera y las dedicaciones de docentes e investigadores. Allí debe agregarse la colisión legal que genera la “dedicación exclusiva” en más de una institución.

La factibilidad y diferencias en la aplicación de iguales criterios y estándares para diferentes carreras.

Frente a esta experiencia cabe preguntarse:

¿Es posible aplicar los estándares a todas las carreras por igual? Es ciertamente más fácil adaptarse cuando la universidad es un nuevo proyecto. Se debe exigir lo mismo en todos los casos? En las viejas y grandes Facultades los cambios son más lentos.

¿Distintas orientaciones en las carreras deberían estar permitidas? Los estándares y el título definen la formación de un médico generalista pero si se acreditara en función de otros objetivos,

no quedaría garantizada esa formación. En la experiencia internacional la formación del generalista y el especialista está diferenciada y garantizada. Seguramente posteriores experiencias dibujarán mejor este aspecto para lograr definir estándares más generales sobre las diferentes orientaciones. De todas formas el estándar exige que los cambios en el proyecto de formación deben estar debidamente justificados.

- ***Observaciones finales***

Si bien como están planteados los estándares no resuelven el problema de fondo en la Educación Médica, permitan medir la calidad del proceso en aspectos vinculados al conocimiento, a la intensidad de la formación práctica, a la capacidad de resolución de problemas, al comportamiento ético.

Nos encontramos en una primera etapa en las experiencias de evaluación en la Argentina y por ello hay que tener en cuenta la **curva de aprendizaje** en la temática. Sin dudas la práctica permitirá mejorar y otorgar experiencia para la revisión.

¿La mayor existencia de los DEBE sobre los DEBERIA en los estándares, demandará esa revisión o habrá que mejorar las autoevaluaciones?

Sin embargo es necesario tener una visión más amplia sobre aspectos no analizados en la actual acreditación y que demandarían nuevos estándares destinados a:

- Medir la satisfacción del alumno y del docente

- Saber si el recién graduado a través de un examen totalizador cumple con la calidad y el número que el país necesita.

- Conocer el costo total de la carrera.

- Medios de seguimiento del graduado.

- Verificar el desarrollo del juicio clínico y el “estado de médico.”

- Definir los alcances y limitaciones del título que se otorga

Conclusiones:

- 1- la acreditación es una experiencia absolutamente inédita que permite:
Desarrollar la cultura de la evaluación.

Brindar información sobre cada carrera.
Reducir la opacidad del sistema educativo.
Impedir la universidad garage o fantasma.
Impedir la emisión de títulos poco confiables.
Demandar la revisión continua.
Demandar la unificación de criterios nacionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR, Oscar. Evolución de la certificación de cirugía. Bases y antecedentes.
Rev: Fundación de la Facultad de Medicina de la U.B.A. 2000 12:.....
2. CAILLON, Adriana. La A.A.M.C. y la acreditación de carreras de grado en Cánada y EEUU
2001.....
3. CAILLON, Adriana. Cambio curricular y proceso de acreditación en las carreras de grado de
médicos en la República Argentina.
Lisbon Conference AMEE 2000.....
4. CARRERAS, J..... Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (I)
Situación de las Facultades de Medicina en el ámbito internacional
Educación Médica 2000 3: 143 a 252
5. SEDEM. Documento- Declaración de Granada sobre estándares en la educación Médica de
pregrado
2002.....
6. ECHEGOYEN, Felix. Certificación de Médicos especialistas. Perspectiva mundial.
Rev Fundación Facultad de Medicina de la UBA
2000 10: 12 a 17
7. FERNANDEZ, Carlos. Síntesis de las jornadas de debates sobre: “El rol de la Universidad en
épocas de crisis.” Universidad Nacional de Tucumán
2000 Vol: especial 193 a 195
8. FERNANDEZ, Carlos. La educación médica argentina. La realidad y la necesidad.
Conferencia de incorporación. Academia de Ciencias Médicas de

Córdoba. 2000 Boletín especial: 3 a 12

9. GUTIERREZ MAXWEL, Vicente P. El futuro de la certificación de los cirujanos.
Rev. Argent. de Coloproctología 2001- 12: 5 a 7
10. JEPESSEN, Cinthia. Informe sobre LCME Washington
1999.....
11. MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN. Secretaría de Políticas Universitarias. Ley
Federal de Educación n° 24521 y decretos complementarios: n° 268/95; 499/95; 173/96;
576/96; 455/97; 1807/97;
1995 Boletín Oficial N° 28204
12. MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN. Comisión Nacional de Evaluación y
Acreditación Universitaria. CONEAU
Guía de evaluación de pares. Acreditación de carreras de
grado de interés público. Medicina.
Convocatoria obligatoria 2002 – 2001
13. MARTINEZ MARULL, Alfredo. Situación actual en la formación del cirujano. La
certificación y recertificación.
Quiron 2000 31: 36 a 47
14. MARTINEZ MARULL, Alfredo. El rol de la universidad en épocas de crisis. (Perspectiva
Docente)
Jornadas de debate sobre el “rol de la Universidad en Épocas de
Crisis” Universidad Nacional de Tucumán
Rev. De la Fundación de la Facultad de Medicina de la UBA
2003 13: 12 a 22
15. MANRIQUE, Jorge. La sociedad argentina de educación médica.
Bol. del 40 aniversario de la 1ª Jornada de Residencia Médica (nov
1959)
2002 Bol. Especial 1: 38 a 41
Academia Nacional de Medicina
16. MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Comisión Nacional de
Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) Normas de procedimiento, criterios y

solicitudes para la Acreditación de Proyectos y Carreras de Especialidades, Maestrías y Doctorados.

1999 Serie interuniversitaria nº5

17. MUÑOZ VITORIA, Fernando. Los indicadores, modelos y ejemplos. Seminario Iberoamericano sobre: “Elaboración del sistema de indicadores de la Educación en el contexto de Políticas de calidad” Documento de Madrid

1999113 a 123

18. MOLTENI, Raúl. Calidad en el cuidado de la salud. VI Seminario sobre: Herramientas para la Promoción de la Calidad y Certificación Profesional.

Bol del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. CCPM.

1996 VI: 27 a 42

19. MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Dirección nacional de cooperación e integración educacional e internacional.

Mercosur. Sector educacional. Documento oficial sobre memorando sobre implementación de un mecanismo experimental de acreditación de carreras de grado para el reconocimiento del título de grado universitario en los países del Mercosur

1999 127 a 131

20. MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN. Reunión de Ministros de Educación del Mercosur. Estándares para la Acreditación de grados de Medicina.

2001

21. VILLANUEVA, Ernesto. Cuatro desafíos para nuestra Universidad.

La Universidad. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Cultura y Educación. 2001 Año 5 nº 17 16 a 18

22. WORD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. (W. F. M. E.) International standards in basic medical education.

Report of Working Party. Copenaghe 1999

Med Educ. 2000 34: 665 a 675