

Serie Desarrollo de Recursos Humanos
No. 102

Encuentro Continental de Educación Médica



Patrocinado por:

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Unión de Universidades de América Latina

Organizado por:

Facultad de Medicina de la Universidad
de la República Oriental del Uruguay

**Educación, práctica médica
y necesidades sociales.**

Una nueva visión de calidad

ALAFEM - FEPAFEM

ENCUENTRO CONTINENTAL DE EDUCACION MÉDICA

Educación, práctica médica y necesidades sociales. Una nueva visión de calidad

(Punta del Este, Uruguay, 10 a 14 de octubre de 1994)



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos/HRD

INDICE

Presentación	1
Discurso de apertura	5
Educación, práctica médica y necesidades sociales. Una nueva visión de calidad	9
Gestión de calidad en la educación médica. Una propuesta de evaluación total	19
Relato final	35
Declaración de Uruguay	77

PRESENTACION

La educación médica fue un campo privilegiado de las intervenciones sociales y la cooperación técnica para el desarrollo de los recursos humanos hasta la década de los 70. Las transformaciones en la orientación de las escuelas promovidos por el movimiento preventivista de los años 50, la expansión acelerada de las escuelas médicas de los años 60 y 70, los procesos innovativos en educación médica de los años 70, la introducción de la tecnología educativa, entre otras modalidades de intervención, prácticamente monopolizaron el foco de la atención en el campo de Recursos Humanos en Salud.

Desde esa fecha se podría decir que hubo una relativa pérdida de *momentum* y una grave crisis se hizo sentir sobre las instituciones académicas. La crisis económica de los países de la Región y su impacto sobre las políticas sociales en general y sobre la Salud y la Educación en particular, contribuyeron a esa falta de iniciativa y en algunos casos a un retraso de lo ya logrado.

En este momento distintos factores y diversas señales hacen sentir que una vez más hay movimiento y acción en la educación médica, tanto en los países desarrollados del llamado primer mundo como en los países latinoamericanos. Varias Fundaciones norteamericanas como la PEW, la Macy's y la Kellogg, entre otras instituciones, han iniciado o apoyado movimientos o momentos de reflexión crítica sobre la educación médica, como uno de los factores más importantes de perpetuación del statu quo de las prácticas sanitarias.

La urgencia de que haya cambios en la escuela para que se formen más y mejores médicos generales y menos especialistas es flagrante y constituye uno de los principales puntos de la agenda en debate en muchos países.

En este contexto la Organización Panamericana de la Salud ha promovido y organizado junto a la FEPAFEM, ALAFEM y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay el Encuentro Continental de Educación Médica. Esta actividad recibió la más alta prioridad por parte del Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos, que concentró muchos recursos y un gran esfuerzo en su realización.

Este evento representó la culminación de 3 años de intenso trabajo. Es un dato importante a señalar que la temática bajo la cual se convocó la Segunda Cumbre Mundial sobre Educación Médica (Edimburgo, agosto de 1993) fue adoptada a sugerencia del programa de Recursos Humanos de la OPS. El tema adoptado, "El cambio de la práctica médica y su

influencia sobre la educación médica, considerando el avance tecnológico, y el imperativo de la equidad” amplió el debate más allá de los muros de las instituciones académicas, representando una considerable ruptura temática y un avance conceptual en relación a los eventos anteriores. Del mismo modo el proceso de definición de la posición latinoamericana llevada a la Cumbre de Edimburgo representó por sí mismo un significativo avance político institucional considerando la naturaleza participativa que adquirió.

Durante 1992 la OPS por medio del Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos preparó un documento básico sobre el tema de la Cumbre, que fue perfeccionado en sucesivas reuniones y luego sometido a la discusión con la mayoría de las 270 escuelas médicas de la Región de América Latina y Caribe. Este proceso se realizó a través de la participación en los congresos nacionales de educación médica y en algunos casos con la convocatoria a reuniones especiales nacionales o subregionales para la apreciación del documento. Se contó en todos los casos con el acompañamiento y un fuerte respaldo de las dos asociaciones continentales: la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) y de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM).

Estas sucesivas reuniones de debate propiciaron que se produjera un nuevo documento, el que fue presentado en Edimburgo como la posición de la Región de las Américas. En una visión retrospectiva de esa reunión debe señalarse que sin lugar a dudas nuestra región fue la que con más seriedad se había preparado para el evento. En Edimburgo se presentó una oportunidad impar para que, por primera vez en la historia, las dos asociaciones, la Fundación Kellogg, que viene patrocinando el proyecto UNI en dos decenas de escuelas médicas y la OPS pudieran iniciar un diálogo que puede ser bastante fructífero en el futuro.

Una de las recomendaciones de Edimburgo fue que se realizaran en las seis regiones de la OMS en el mundo encuentros sobre educación médica, con el objetivo de divulgar la importante discusión realizada sobre las relaciones entre práctica y educación médica.

Aprovechando un momento político inédito de relaciones armoniosas entre ALAFEM y FEPAFEM, y teniendo en cuenta que durante la reunión conjunta *Universidad y Salud de la Población*, realizada en La Habana, en 1991, ALAFEM convocara su Conferencia para finales de 1993 en Uruguay, la OPS adoptó como una de sus prioridades el apoyo a la realización de la reunión de Punta del Este.

En decisión conjunta con las dos asociaciones se decidió que el tema sería “Educación, Práctica Médica y Necesidades Sociales. Hacia una Nueva visión de Calidad” y se preparó un documento propositivo para promover su discusión. En este documento se tomaron elementos de la evaluación externa de las escuelas y sus procesos educacionales, de la planificación estratégica y la aplicación de la metodología de gestión de calidad, como contribuciones al perfeccionamiento de la educación médica en el continente. Es fundamental señalar que la mayoría de los países ya ha empezado a desarrollar procesos de evaluación de la educación superior, en el sentido de crear mecanismos de acreditación y certificación de las instituciones.

Independientemente de cualquier acción que pueda adoptar OPS en el campo de la certificación se estima que dos tercios de las 270 escuelas médicas de Latinoamérica se encuentran hoy bajo algún mecanismo evaluativo que tendrá como resultado final alguna forma de clasificación. En otros países se han promovido también la creación de mecanismos de certificación y recertificación profesional.

Cualquiera que haya sido el origen de estos procesos el hecho es que hoy existe claridad de que la educación médica pasará por profundos cambios en los próximos años. Es claro también que la cooperación técnica de OPS debe y puede estar presente para evitar que algunas soluciones que podrían ser consideradas de las más sencillas, como por ejemplo, la clasificación de las escuelas por números de estrellas, como los hoteles, o la recertificación de profesionales de acuerdo a parámetros exógenos o sin garantía de acceso a la educación permanente; se puedan adoptar acríticamente agravando situaciones de desequilibrio e inequidad ya existentes.

La reunión denominada por su trascendencia y convocatoria Encuentro Continental de Educación Médica contó con el auspicio de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), de la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME) y de la Comisión Regional para la Enseñanza Superior en América Latina y el Caribe (CRESAL - UNESCO). El encuentro fue declarado de interés nacional por el Gobierno de la República Oriental del Uruguay. Participaron cerca de 500 docentes, estudiantes, egresados y dirigentes universitarios de facultades y escuelas de América Latina de todos los países de América; así como funcionarios y representantes de ministerios de Salud y de otros sectores de gobierno de varios países.

Luego de la sesión inaugural que contó con las presentaciones del Subdirector de la OPS Dr George Alleyne y una conferencia de apertura por el Dr Louis Emmerij del Banco Interamericano de Desarrollo, se inició el encuentro propiamente dicho que se desarrolló en tres momentos:

Momento Político Conceptual	Educación, práctica médica y necesidades sociales
Momento Metodológico	Gestión de la calidad de la educación médica
Momento aplicativo	Un mandato de calidad

Cada momento consistió de exposiciones y de paneles en plenarias durante las mañanas y de trabajos de discusión en grupos (20) durante las tardes. Esta publicación incluye el relato final del encuentro que contiene una notable síntesis de los aportes presentados en todas las actividades programadas. Está prevista a breve plazo la edición de los anales completos del encuentro continental, labor que viene siendo realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay.

Si hubiera que señalar indicadores del éxito del encuentro habría que resaltar la participación masiva de instituciones, la calidad de los documentos presentados y el entusiasmo

en los debates de quienes acudieron. También debe señalarse que la propuesta presentada de conjugación de evaluación externa, planificación estratégica y gestión de calidad encontró gran acogida por parte de los presentes.

También puede decir de manera indirecta sobre el éxito de la reunión el hecho que dos países de la región (Argentina y Colombia) están activamente promoviendo en sana competencia la realización de la próxima cumbre mundial sobre educación médica en 1995, y que varias Asociaciones Nacionales han cambiado las agendas de sus encuentros para introducir el tema de la reunión de Punta del Este. Colombia, que ha sido un país con gran tradición en el campo de la educación médica empezó un proceso de evaluación y reflexión sobre la calidad de sus productos. Otro ejemplo es el de la Asociación Brasileña de Educación Médica que cambió el programa ya establecido de su reunión anual y solicitó a la OPS que presente y debata con las 80 escuelas médicas del país la temática tratada en Punta del Este.

Por la alta visibilidad que tiene la educación médica en los países, y por el hecho que tanto a nivel de Estados Unidos como de Latino América estén ocurriendo iniciativas de replanteo de la educación como un momento importante de reproducción de los modelos de práctica médica, hay indicaciones de que este campo esté emergiendo del relativo ostracismo en el cual, por distintas razones, estuvo inmerso y vuelva a ser una alta prioridad para los países y también para la cooperación técnica de OPS.

Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

DISCURSO DE APERTURA¹

SIR GEORGE ALLEYNE²

*Sr. Presidente de la Conferencia,
Sr. Ministro de Salud Pública,
Distinguidos miembros del presidium,
Participantes en la Conferencia,
Señoras y señores:*

Me siento particularmente complacido de asistir a esta conferencia, que espero represente un momento decisivo en la valoración y práctica de la formación médica en las Américas. El hecho de que tantas organizaciones estén auspiciando esta conferencia es revelador del amplio y constante interés que se observa por tratar de mejorar la calidad de la educación médica.

Debo reconocer que me siento muy bien en este entorno, puesto que he pasado la mayor parte de mi vida profesional en el medio académico; me complace en especial ver reunidos aquí con nosotros a representantes de los usuarios del producto de esa comunidad académica. Es solo gracias al diálogo constante entre productores y consumidores que puede mejorarse cualquier producto.

Hubo un tiempo en que la cantidad de ese producto era motivo de preocupación. Hace 30 años, cuando la población de América Latina y del Caribe alcanzaba apenas un poco más de 200 millones de personas, había aproximadamente 100 escuelas de medicina y unos 124.000 médicos, lo que equivalía a un médico por cada 1.800 personas. Hoy en día la población se ha duplicado, se ha triplicado el número de escuelas de medicina y el número de

1 Discurso pronunciado el día 10 de octubre de 1994 ante la XVI Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina, celebrada en Punta del Este (Uruguay).

2 Subdirector de la OPS/OMS (Director Electo OPS/OMS, período 1995-1999).

médicos ha aumentado cinco veces. En consecuencia, nuestro principal problema ya no es tanto la cantidad sino la calidad y la distribución de esos recursos humanos; me refiero a su distribución tanto en el sentido geográfico como profesional.

A mi modo de ver, el propósito principal de esta reunión de alcance continental es “continuar el proceso de reflexión y de evaluación para incrementar la calidad de los egresados, del conocimiento producido y de los servicios prestados”.

Esta reflexión debe alimentarse con información proveniente de los principales debates que se están produciendo en torno a la educación médica con el objetivo de producir el médico ideal. Me apena comprobar que muchos de los temas que se discuten actualmente son los que en cierta forma se abordaban en la fundación de mi propia escuela de medicina hace 45 años y que también eran objeto de intensos debates en un momento en que tuve cierta responsabilidad en la enseñanza de la medicina. Esto puede ser reflejo de la inercia que caracteriza a los establecimientos académicos o tal vez revele que los cambios son tan grandes y el nuevo paradigma es tan innovador, que se necesita mucho tiempo para reflexionar y aplicar luego medidas acertadas.

Una preocupación importante es la integración adecuada de los principios y los conceptos universales de la biología en su aplicación a la medicina. El cúmulo de avances científicos y de descubrimientos en este campo está marcando la orientación de la enseñanza de la medicina. A pesar de que soy producto de esa época, tengo que confesar que el reduccionismo cartesiano fue muy limitado en su alcance. No obstante, el método analítico de razonamiento condujo a la fragmentación y a la separación en compartimientos que caracterizó, no solo nuestro pensamiento sino nuestra enseñanza y la organización de esa enseñanza. La visión mecanicista, que fue la consecuencia lógica del reduccionismo, vino perdiendo gradualmente su capacidad explicativa en la física y la biología. La nueva biología nos ha conducido a aceptar y a enseñar que el enfoque de sistemas es el único lógico, y sus consecuencias para la educación son obvias. Ha ocurrido una disminución de la pureza disciplinaria, un rechazo de la mera acumulación de datos y la aceptación de la necesidad de dominar los principios generales a todo lo largo del proceso educativo.

También asistí al nacimiento de la otra fuerza motriz principal para el cambio en la formación de los médicos. Ha habido un redescubrimiento de la máxima de Virchow de que la medicina es una ciencia social y de que las ciencias sociales y de la conducta están ocupando el lugar que les corresponde en la educación médica. Ha sido alentador notar que el reduccionismo que caracterizó a las ciencias físicas no ha estado totalmente ausente de las ciencias de la conducta. Una tarea importante será no solo incorporar estos dos nuevos enfoques, sino además hacerlo de manera integrada. Solo me cabe esperar que en algún momento del debate surja la preocupación de que estos cambios en la formación médica en verdad dejen tiempo para la educación del médico, para que así este tenga la posibilidad de adquirir esas aptitudes para la vida que son esenciales para actuar correctamente.

No me cabe la menor duda de que los cambios propuestos en los planes de estudio que tengan en cuenta estos dos acontecimientos de importancia pueden producir el médico

capaz de satisfacer sin dificultad las necesidades de salud individuales y quizás hasta las de la comunidad, tanto en el presente como en el futuro inmediato.

Una entidad como la Organización Panamericana de la Salud tiene por fuerza un profundo interés en la evolución de tales asuntos. Deseamos fervientemente que la transición educativa que acabo de mencionar ocurra de tal forma que el médico pueda desempeñar el papel que le compete en la curación y en la atención. Estoy empleando la palabra atención en un sentido muy amplio para incluir la promoción, la prevención y la rehabilitación. Deseamos ver a todos esos médicos, y en realidad a todos los trabajadores de salud, llevando a los servicios sanitarios por el camino adecuado; pero eso no basta. Deseamos verlos actuando como esos agentes del cambio necesarios para que la sociedad entera entienda la función y el lugar adecuado de la salud.

Se sigue observando que no se han entendido bien los factores determinantes de la salud y, a pesar de la larga historia de aceptación de la influencia del entorno social y ambiental sobre la salud, no se les asigna a estos factores la suficiente prominencia ni en el discurso sobre la salud, ni en la enseñanza de estos temas. No está muy claro si la mayoría de los jóvenes médicos han asimilado y comprendido a cabalidad el poder relativo de esos factores determinantes de la situación de la salud: si este fuese el caso, se pondría a la atención individual en su lugar apropiado. Pero quizás esto no sea más que un reflejo de la ética de lo inmediato y de la ética del “yo” que orienta a gran parte de nuestra sociedad y encuentra su expresión en la asignación de recursos.

En nuestra calidad de una organización de salud estamos todavía más deseosos de ver que la educación médica produzca esos agentes del cambio que he mencionado, que ayudarán a defender la índole y el lugar que corresponde a la salud. La salud tiene que considerarse como un recurso positivo para la vida y como un tema de preocupación general. Creemos, y por eso insistimos en ello, que la salud es a la vez indicador y factor contribuyente cuando se trata del desarrollo humano. En este sentido, cuando hablamos de desarrollo humano otorgamos a la salud el mismo peso que al crecimiento económico, a la educación y a un medio ambiente sin riesgos. Aplicando el mismo enfoque de sistemas que caracteriza a la biología humana podemos mostrar que la salud de nuestra gente contribuye a acrecentar su capacidad para acumular riqueza y viceversa. Lo mismo puede afirmarse de la educación.

Quisiera que los médicos del mañana manejaran estos conceptos con soltura, para lo cual es preciso instilarlos durante los años de su formación. La interacción de los médicos con disciplinas tales como las que forman parte de las ciencias sociales no debe estar motivada meramente por la necesidad de comprender los factores determinantes de la salud y la enfermedad, sino porque los médicos deben entender la función apropiada que desempeña la salud en la empresa humana. Si estos conceptos se captan en su etapa formativa, habrá menos discusiones inútiles acerca de la primacía de uno u otro sector en la asignación de recursos.

La función de la OPS en todo esto debería ser algo más que la de un “agente desencadenante”. Parte de nuestra cooperación técnica debe ocuparse del desarrollo de los recursos

humanos como importantes por sí mismos y por derecho propio, y también cada vez más importantes en el contexto de los servicios de salud de nuestros países. Una de nuestras tareas será la de asistir a los países, y esto incluye tanto al sector público como a las universidades, en la formación y la retención de los recursos necesarios para asegurar que el acceso a los servicios requeridos sea igualitario. Insisto en que el derecho humano fundamental del cual todos hablamos, no guarda tanta relación con ese estado de bienestar que llamamos salud, sino con el acceso a los medios para garantizar ese estado.

Les deseo el mayor de los éxitos en sus deliberaciones. Puedo asegurarles que la Organización Panamericana de la Salud, hasta donde se lo permitan sus recursos, estará deseosa de aportar mecanismos mediante los cuales los productores y los usuarios de ese producto que llamamos “médicos” puedan tratar de mejorar la calidad del mismo. Me reconforta observar esta búsqueda constante, esta lucha incesante para efectuar los cambios necesarios para que en la formación de nuestros médicos se tengan debidamente en cuenta las nuevas realidades de nuestro mundo o las realidades de un nuevo mundo. En este nuevo mundo veremos adelantos políticos, científicos y tecnológicos que nunca imaginamos. Pero hay algo muy cierto: siempre habrá necesidad de esas personas cuya preocupación primordial es la condición humana y el desarrollo humano. Incluyo a los médicos en esta categoría, y es por eso que una organización relacionada con la salud debe apoyar constantemente los esfuerzos de quienes tienen a su cargo la valiosa tarea de formar al grupo de trabajadores de salud que llamamos médicos.

10 de Octubre de 1994

EDUCACION, PRACTICA MEDICA Y NECESIDADES SOCIALES. UNA NUEVA VISION DE CALIDAD¹

JOSÉ R. FERREIRA²

Me corresponde abrir esta primera sesión de trabajo de la XVI Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina integrada en esta oportunidad con una Conferencia extraordinaria de FEPAFEM, y quiero hacerlo en esta oportunidad saludando a todos los participantes y públicamente reconociendo la labor realizada por el Señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay, Dr. Eduardo Touya, y por el Dr. José Luis Rosselo que ha conducido los trabajos del Comité Organizador local, quiero igualmente agradecer a todos los profesores y alumnos de esta Escuela que nos reciben hoy en un ambiente fraterno y propicio para el diálogo que pretendemos realizar en pro de la mejoría de calidad de la Educación Médica.

Hace mas de 30 años este país fue el centro de las atenciones de los que se preocupan con la formación de personal de salud, por abrigar dos importantes conferencias:

En 1960 la II Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina y en 1961 la Conferencia de Punta del Este. En ambas se consideraron aspectos relativos a la cantidad de los recursos humanos, en la primera estudiando la adaptación del número de alumnos de la capacidad docente y en la segunda recomendando la realización de estudios para determinar la necesidad futura de médicos, introduciendo con esto la idea de la planificación de recursos humanos en salud.

1 Conferencia inaugural del Encuentro Continental de Educación Médica -ALAFEM/FEPAFEM, Punta del Este - Uruguay, 10-14 de octubre de 1994.

2 Jefe del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

Sin embargo, a pesar de que el énfasis apuntaba a la necesidad de aumento cuantitativo de los médicos, ya en aquel entonces se daban cuenta de otro reto y señalaban la importancia de “buscarse un nuevo desarrollo en el que la expansión no se oponga a la calidad”.

Y en esto estamos hasta hoy, al plantear como meta de la presente reunión “La educación, práctica médica y necesidades sociales - una nueva visión de calidad”.

A continuación me propongo en términos generales introducir el tema central de este Encuentro:

El discurso reciente sobre el desarrollo de la práctica médica y su relación con la formación médica esta impregnado de un tono que es al mismo tiempo de crítica y resignación o conformismo.

Se habla de una medicina tecnológica, institucionalizada, socialmente segmentada y dependiente de un trabajo colectivo, en el cual se diluyen la relación médico-paciente y los criterios de ética y responsabilidad profesional. Todo esto a un costo muy por encima de lo que puede cubrir la sociedad y el propio Estado, en contextos que todavía asignan a este último la obligación de cuidar de la salud de la población.

Se acepta el carácter hegemónico de esta práctica y, sin dejar de considerar la autonomía relativa de la Escuela Médica, se admite como inevitable la transmisión de una determinada cultura profesional dominante que refuerza, en último análisis, aquel “status-quo”.

La base predominantemente hospitalar, de un lado, y el desarrollo e incorporación de tecnología, del otro, han inducido un incremento de la especialización y sobreespecialización.

El cuerpo docente clínico encuentra este ambiente favorable a su propio desarrollo y termina por priorizar las actividades de posgrado, en desmedro de la orientación básica y general del pregrado. Aun cuando la escuela no llega a tener una programación formal de posgrado, se ve reforzada precozmente la tendencia a especialización, ya en la etapa previa a la graduación.

Es obvio, sin embargo, que todo este modelo que se acepta como hegemónico está lejos de poder atender las necesidades de la población como un todo, restringiéndose en su cobertura y distribución geográfica, en términos técnicos y sociales.

Es el complejo médico-asistencial y el médico en su interior que determinan el patrón de atención que premia la capacidad resolutive puntual y desprecia la visión de conjunto del estado de salud del individuo y de la sociedad. Y en este cometido cuenta con el respaldo de esa misma sociedad, que igualmente busca la excelencia técnica y sofisticación asistencial, sin tomar en cuenta las restricciones que esto impone para la mayoría de sus miembros, tanto en la cobertura colectiva como en el abordaje individual.

Para contrarrestar esta situación se propone a las escuelas “*un nuevo compromiso social que rescate su función institucional y les otorgue renovada legitimidad*”. Se plantea la necesidad de “*un nuevo modelo científico biomédico y social*” que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la comunidad.

Se destaca la necesidad de “un nuevo estatuto de valores” que trascienda la influencia

de los cambios en los patrones de práctica, reconstruya la ética de las relaciones básicas del ejercicio profesional y la función social de atender las necesidades de salud.

A esto, los norteamericanos, usualmente mas pragmáticos, considerando la estrecha relación entre la visión de los responsables por la educación médica, la élite poblacional en que se ubica el propio médico y la clientela asistida en este enfoque puntual, plantean en un reciente análisis histórico, que “difícilmente se puede introducir reformas que desafían su propia sobrevivencia o cambian una estructura que, en el presente, satisface sus beneficiarios”.

Con la plétora de conocimientos e información, y el hospital docente transformado en un “centro de distribución de alta tecnología”, con la idea de excelencia técnica asociada a la sobreespecialización y los profesores necesariamente incorporando este criterio de valoración; y finalmente con los alumnos aspirando igualmente una práctica autónoma y altamente tecnificada, es fácil comprender el por qué de la desviación hacia las especialidades, relegando el aprendizaje básico general a un plan secundario y desaprovechando la etapa de la formación en que mas se podría destacar la relevancia social de la educación médica.

En este contexto la resignación es parte de una postura fisiológica con la misma concentración de beneficios que ofrece la medicina moderna, en que frecuentemente se asocia la idea de calidad a lo sofisticado y de alto costo, que se restringe a una minoría absoluta, de mayor poder adquisitivo.

Ya hace 10 años, Amador Neghme, el fundador de FEPAFEM, caracterizaba a toda esta situación como la crisis de la educación médica. Sin embargo, lo que vemos hoy nos ubica en una posición mas allá de lo que se podría llamar de crisis, si la definimos, como nos enseñó André Bejin: “el momento de verdad (en que el objeto se aferra a su enfoque actual) y la emergencia evolutiva (hacia un nuevo espacio potencial)”. El dilema de la crisis presupone fundamentalmente la posibilidad de reversión, tanto se puede seguir aferrado al enfoque actual como adoptar una nueva orientación. Pero, la resignación reforzada por la connivencia de los propios actores, aleja cualquier posibilidad de reversión o por lo menos de búsqueda de alternativas que permitan el rescate del compromiso con la sociedad como un todo.

Es precisamente esta misma percepción, que apunta mas allá de la crisis, que explica la pérdida progresiva de reconocimiento por las propias agencias y fundaciones que apoyan el proceso de desarrollo, en relación a alguna posibilidad residual de cambio a nivel de la escuela médica. Aunque se conozcan excepciones, se puede decir que se ha alcanzado el nivel más bajo de la cooperación externa para el desarrollo de la educación médica en nuestro medio.

Y, es con esta postura pesimista que nos reunimos hoy en la búsqueda de una tabla de salvación que otra vez ofrezca la oportunidad de reubicarnos en un “momento de verdad” para, no sólo liberar las amarras actuales como también retomar un desarrollo más a tono con los principios éticos que se plantean en el “nuevo contrato social”.

Después de un largo período de calmería en el campo de la educación médica, que en la práctica, para nosotros en América Latina ha coincidido con la llamada “década perdida” del desarrollo, entramos en los 90 con algunos signos de reacción, si no con la transformación del proceso formativo, por lo menos con claros indicios de retomada del debate que intenta transformar este proceso.

La reunión de Edimburgo del 88, la de La Habana en el 91 y otra vez la cumbre de Edimburgo de 1993, independientemente del abordaje adoptado y de los resultados presentados, se constituyen en si mismo en una demostración evidente de este redespertar de los educadores médicos.

Especialmente en América Latina este fenómeno puede haber mostrado aun mayor intensidad, si tomamos en cuenta, aparte de los eventos que realizan las Asociaciones Nacionales, FEPAFEM y ALAFEM, una serie de esfuerzos extraordinarios que incluyeron las tres reuniones subregionales preparatorias para la Conferencia de La Habana y recientemente la serie de 10 reuniones subregionales y consultas nacionales que involucrarán aproximadamente 230 escuelas, lo cual representa prácticamente el 80% del total existente en Latinoamérica.

En los Estados Unidos igualmente se observa importante movilización con tres fundaciones, la MACY, la Robert Wood Johnson y la PEW promoviendo en los últimos dos años conferencias e informes especiales sobre el médico de mañana (Clinical Education and the Doctor of Tomorrow), las ciencias de la práctica médica y el ambiente para el aprendizaje (The Sciences of Medical Practice - Environment for Learning) y América saludable - practicantes para al año 2005 (Healthy America - Practitioner for 2005), respectivamente. Además el Journal of the American Medical Association (JAMA) dedicó todo su número de la semana del 7 de septiembre del corriente año a la educación médica, bajo la orientación del Dr. Carlos Martini, Vicepresidente para Educación Médica de la Asociación Médica Americana, y aquí presente con nosotros en esta Conferencia.

Volvemos a resaltar este ciclo de concentración en la retomada del desarrollo de la educación médica en nuestro medio, porque creemos que el viene permitiendo, mas allá que el propio evento final de la cumbre mundial, concientizar a una masa crítica de autoridades, tanto del área académica como del servicio, de que ya no es posible mantener una posición puramente expectante y conformista frente a la crisis a que nos referimos anteriormente. De hecho, de la referencia inicial en cuanto al tono del discurso general, quizás tengamos que ser menos críticos en nuestra denuncia pero nunca resignados en la conformación de la propuesta prospectiva.

Se impone seguir promoviendo la expansión de esta ola de concientización y luego empezar a considerar más detenidamente las alternativas de instrumentalización de los cambios necesarios. Pero, cuando se habla de cambio, usualmente la primera iniciativa es promover un cambio curricular, y la experiencia ha demostrado la insuficiencia de esta práctica, limitada casi siempre a ajustes de posicionamiento disciplinar y carga horaria. Steve Iliffe en un artículo reciente publicado en un periódico británico, empezaba declarando que

“cuanto mas se cambia la educación médica mas ella se queda en lo mismo”, y quedarse en lo mismo refleja el carácter dominante del patrón de práctica profesional que supera cualquier intento de reorientación formativa.

En principio, estamos de acuerdo con Daniel Callahan cuando llama la atención para la transformación central que sería necesaria para que la medicina reconociera “que su objeto no puede ser la superación al extremo y en carácter permanente de todos los problemas de salud, sino que debería estar referida a la mejoría de la calidad de vida. “La dinámica del cambio tiene que considerar en forma integrada los aspectos biológicos, sociales y económicos, jugando con la evolución acumulativa de las causas, el control realista del potencial tecnológico y la reorientación del apetito de la misma sociedad por una creciente y utópica calidad técnica que conduce cuando mucho a ganancias marginales”.

En estos planteos se vislumbran los ingredientes de un nuevo paradigma que pueda orientar la emergencia evolutiva para superación de la crisis en que nos encontramos, y que incluya:

- **La redefinición de los conceptos de salud y enfermedad involucrándolos en un ámbito transdisciplinario y de articulación del conocimiento biológico y social;**
- **El redireccionamiento del avance tecnológico en función de la necesidad política de ajustarse a los problemas nacionales a partir de un esfuerzo investigativo centrado en la realidad;**
- **El redimensionamiento de los espacios de práctica tomando en cuenta sus niveles de complejidad y el propio desarrollo de una nueva práctica; y,**
- **El reconocimiento e integración de esta práctica en los avances de la ciudadanía y de los procesos de participación de la sociedad civil dentro del nuevo contexto de democracia que vive América Latina.**

Pero este nuevo paradigma carece todavía de un abordaje epistemológico que permita su total comprensión y respalde su aplicación en la realidad en que vivimos. Lo que traemos a la consideración de este plenario es la propuesta de que la Escuela Médica no se quede al margen de este proceso de transición y que luche por asumir el liderazgo de la transformación que hoy, mas que nunca, se siente como extremadamente necesaria.

Una forma de abordar esta cuestión podría ser el enfoque de gestión estratégica de calidad que se delinea en el documento básico preparado para esta Conferencia. La idea de que los elementos de un posible nuevo paradigma lleven al replanteo de la propia noción de calidad, que supere su vínculo exclusivo con el sentido de excelencia técnica y pase a reflejar relevancia y satisfacción de la sociedad como un todo, asociándose a criterios éticos de equidad y justicia social.

Calidad, cuya legitimación depende no solo del saber profesional sino también de la valoración de la propia sociedad, que representa en la realidad el "tercer actor" del proceso de trabajo en salud.

El papel de la Escuela Médica en toda esta transformación tendrá que involucrar la profundización del análisis de todo este complejo, partiendo de la evaluación de su propio que-hacer y ampliando en una visión prospectiva el replanteo de su misión. Y esto, en un continuo que toma en cuenta la participación de la Escuela como un todo en estrecha relación con los servicios de salud y representantes de la sociedad organizada.

La secuencia operacional de este esfuerzo que se propone en el documento básico, no debe de forma alguna, ser tomada como receta, sino que se presenta como un ejemplo de desarrollo evolutivo que necesariamente variaría en cada caso.

Lo importante es reconocer el potencial y las limitaciones de la evaluación externa, de la autoevaluación y del seguimiento continuo de la gestión de calidad, y considerar que lo que se busca es la transformación a partir de un proceso participativo que tome en cuenta el análisis del entorno contextual y la extrapolación prospectiva del mismo en el redimensionamiento de la misión de formar médicos. Así mismo, hay que tener presente que el propio desarrollo del proceso formativo debe ser objeto de una permanente problematización, teniendo en cuenta la interacción entre actores y situaciones cambiantes.

Faltaría en este análisis la consideración de aspectos relacionados con la oportunidad y factibilidad para superar la resistencia que esta relacionada a la sobrevivencia y/o fortalecimiento de aquellos que son al mismo tiempo, los responsables y beneficiarios de esta situación.

Y esto se evidencia en el contexto de las reformas sectoriales que vienen siendo introducidas en la mayoría de los países de la Región, y que ahora con gran destaque esta en debate incluso en los Estados Unidos, con la propuesta de Reforma de Salud del Presidente Clinton.

Ya el patrón asistencial estrictamente individualizado y segmentado, exclusivamente medicalizado y extremadamente tecnificado, que los países centrales vienen manteniendo, con costos ascendentes y estratosféricos, por mas que siga generando prácticas lucrativas y muchos resultados positivos, no llega a poder absorber a todos, tanto proveedores como usuarios, ambos en la posición potencial de beneficiarios.

La verdad es que la evolución reciente de los modelos de educación y práctica médica empieza a presentar señales de agotamiento, sobretudo en las sociedades mas desarrolladas, que para nosotros eran tomadas como modelo.

Las preguntas que hoy se hacen en los Estados Unidos, como por ejemplo: ¿la fuerza de trabajo médico es representativa de la población? o está geográfica y socialmente bien distribuida?, son expresiones de un grado de cuestionamiento que nos identifica en la lucha por una reforma mas cercana a los intereses de la mayoría en nuestras sociedades.

Y llevan a planteamientos en relación:

- a la carencia de políticas de orientación y financiamiento de la educación médica;
- al aumento del número de médicos inflacionando costos sin mejorar la atención de áreas desprotegidas; y,
- a la insuficiencia de médicos generales y plétora de especialistas distorcionando el modelo de atención.

La movilización que generó la propuesta en discusión en el Congreso Americano, en favor de los 39.000.000 que no tienen acceso a la atención de salud, puede que todavía no logre comprometer políticamente a todos, pero se mantiene el cuestionamiento sobre el perfil profesional, que las distintas alternativas de proyectos de ley son unánimes en abordar, respaldando medidas que llevan a la desviación del curso que antes perpetuaba el patrón de práctica vigente. La propuesta de intervención en los niveles de formación, que venía favoreciendo la especialización de la mayoría de los médicos, se constituye en un ejemplo de la conducción estatal que supera mucho de lo que se ha podido hacer hasta hoy en América Latina, al proponer el establecimiento de mecanismos de regulación y control de la apertura de plazas para posgraduación. Se pretende en cinco años reducir a 50% el porcentaje de especialistas.

Paralelamente, otra tendencia se viene expandiendo en Latinoamérica, en el sentido de establecer, ampliar o simplemente viabilizar los tratados de libre comercio entre varios grupos de países a nivel subregional. El NAFTA ya vigente entre los países del norte y el MERCOSUR en franco avance entre Brasil, Uruguay, Argentina y Paraguay son los ejemplos más marcantes a los cuales acompañan en una etapa más incipiente el grupo de los tres, y el bloque Centroamericano, entre otros.

La potencialidad de esto, para el mercado de servicios de salud y las consecuencias que este intercambio pueda ocasionar en el campo profesional y en la dinámica de la formación y utilización de los recursos humanos, no pasan por desapercibidos, más bien se resaltan por la presión que vienen ejerciendo los mismos grupos interesados en su análisis. En este sentido uno de los primeros problemas pasó a ser el de la equivalencia de títulos, trayendo en su ámbito, la preocupación por la calidad de la formación.

Los dos extremos de la cuestión se ubican, de un lado, en la valoración institucional a través de mecanismos de acreditación, y de otro, en la validación individual con el examen de orden y la consecuente certificación. Obviamente en este contexto, otra vez se direccionan los intereses a los ejemplos que ofrece el mundo desarrollado, sin poner atención en el modelo de desarrollo en que fueron establecidos estos criterios, no necesariamente adecuados a nuestra realidad.

Son los mismos requisitos mínimos que llevaron al modelo de práctica que esta siendo cuestionado hoy en los Estados Unidos, que eventualmente serían tomados para orientar los mecanismos de la regulación y control educacional que se piensa implantar en nuestros países.

Para nosotros, esta propuesta tiene restricciones y oportunidades. Restricciones en cuanto a la importación de parámetros singulares de evaluación que no sirven para orientar el seguimiento de la institución con el propósito de problematización y ajuste continuado a las necesidades de la sociedad. Pero oportunidad, en tanto realzan la necesidad del cambio e inducen la ruptura de las resistencias en favor del “status quo”.

Vengo de participar, la semana pasada en una reunión en Ginebra promovida por el ECFMG (el Consejo Educacional de los Estados Unidos para Médicos Graduados en el Extranjero) en que, tomando como base la experiencia acumulada por este organismo en la evaluación de todos los médicos extranjeros que pretendan practicar en aquel país, proponen desarrollar un sistema internacional de examen de orden (“board examination”). A esta iniciativa denominarán: “*Hacia un consenso global de calidad en educación médica*”.

Obviamente, no dudamos de la eficiencia de este procedimiento en cuanto a la evaluación de la capacidad científico-técnica en el manejo diagnóstico y terapéutico, pero aplicado en un ámbito internacional, el mismo estará siempre descontextualizado, por la imposibilidad de tomar en cuenta las condiciones socioculturales y de desarrollo tecnológico vigentes en cada sitio. Por otro lado, no se justificaría evaluar y eventualmente penalizar el producto del proceso formativo, sin tomar en cuenta la posibilidad de intervención a nivel institucional sobre el continuo de toda la carrera.

El consenso global que necesitamos en relación a la *calidad de la educación médica* tiene que estar referido al proceso y no solo al producto, y en esto informa más a la acreditación de la Escuela Médica que a la certificación del médico.

Y por eso es que se destaca la oportunidad de aprovechar la reorientación suscitada por las reformas del sector salud y el planteo de equivalencia generado por los acuerdos de intercambio subregional para involucrar los educadores médicos, las escuelas médicas y toda la red formadora, en la búsqueda de nuevos caminos, asociando la revisión a fondo de la misión con el establecimiento de criterios de calidad y asegurando la gestión de su ejecución.

Como marco para el debate que se desarrollará a continuación, quiero reforzar aquí:

- la redefinición de salud en función del bienestar y de la calidad de vida;
- el agotamiento del modelo de formación y práctica médica;
- la necesidad de un nuevo paradigma tomando en cuenta el concepto de ciudadanía, la transdisciplinariedad en el biológico y social, la complejidad controlable, y la integración con la práctica;

- la oportunidad favorable a cambios de mayor trascendencia en el contexto de las reformas de salud y de la dimensión internacional en que se desarrolla todo el proceso;
- y la importancia de lograr consenso en la adopción de una nueva visión de calidad:
 - enfatizando la relevancia social,
 - involucrando la voz del usuario,
 - creando conciencia en cuanto a las propiedades, beneficios y limitaciones de los servicios,
 - asumiendo responsabilidad en satisfacer demandas y necesidades,
 - valorando la capacidad científico-técnica, las calidades humanas y aptitudes sociales y éticas.

Para esto se programarán tres momentos en esta Conferencia:

- un primero en que se considerará el entorno, analizando la necesidad del cambio de la educación médica en el contexto de las reformas de salud;
- un segundo momento en que se discutirá la aplicabilidad de los criterios de calidad para el perfeccionamiento de todo el proceso;
- y finalmente, un tercero en que, en la búsqueda de soluciones operativas, se analizarán distintas orientaciones adoptadas en diferentes países en relación a la coordinación del proceso formativo y el establecimiento de mecanismos de regulación y control.

Con esto, no nos queda mas que desearles un muy provechoso debate en el cual podamos aplicar la crítica para superar, de una vez por todas, la resignación y la crisis que nos restringe el avance hacia el espacio potencial que plantea el nuevo contrato social de la educación y práctica médicas.

Contrato que se puede desarrollar con equidad y en un contexto ético y de justicia social.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 Barznsky, B y Gevits, N: "Beyond Flexner - Medical Education in the Twentieth Century" (Contributions in Medical Studies ISSN 0886-8220 No. 34), Greenwood Press, New York, 1992, 240 pages.
- 2 Boelen, C.: "Medical Education Reform: The Need for Global Action", Academic Medicine, Vol. 67, No. 11, Nov. 1992.
- 3 Callahan, D.: "What Kind of Life", A Touchstone Book, New York, 1990, 320 pages.
- 4 FEPAFEM: Primera Conferencia General de Educación Médica - "CARTA DE PUNTA DEL ESTE", pag. 48-55, publicado por la Asociación colombiana de Facultades de Medicina en 1966.
- 5 Iliffe, Steve.: Brit. J. General Practice, Vol. 41, pp 390-393, September, 1992.
- 6 Lowry, S.: "What's Wrong with Medical Education in Britain?", British Medical Journal, Vol. 305, 1277-80, 1992.
- 7 Mullan, F.: "Health Care Reform in the United States: The Critical Role of Medical Education."
- 8 Neghme, Amador: "Educación Médica en Crisis", Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1984.
- 9 Nogueira, R. P.: "Perspectivas de Qualidade em Saúde", Qualitymark Editora, Río de Janeiro, 1994.
- 10 OPS/FEPAFEM: "Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina a la Cumbre de Edimburgo", 1993. Educ. Méd y Salud, VOL. 28, No. 1, 125-138. enero-marzo, 1994.
- 11 OPS/HRD: "Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica". Educ. Méd y Salud, VOL. 28, No. 1, 125-138. enero-marzo, 1994.
- 12 OPS/HRD: "Gestión de calidad en la Educación Médica - una propuesta de evaluación total". Documento básico para el Encuentro Continental de Educación Médica, Punta del Este, Uruguay, 1994.
- 13 PEW Foundation: "Healthy America: Practitioners for 2005."
- 14 Starfield B.: "Primary Care as Part of US Health Services Reform", JAMA, June 3/30, 1993, Vol. 269, No. 24.
- 15 Secretaría de Salud de México: "El ejercicio profesional del médico ante la apertura comercial". Documentos mimeografiados de una conferencia, Ciudad de México, Nov. 1993.
- 16 Shoustack, J & Cols.: "Health of the Public - The Academic Response" - JAMA, May 13, 1992, Vol. 267, No. 18.
- 17 The White House Domestic Policy Council: "The President's Health Security Plan", Times Books - Creating a New Health Workforce, pags. 139-160, New York, 1993.
- 18 UDUAL: II Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1960. Documento mimeografiado.
- 19 WFME: Proceedings of the World Summit on Medical Education - "The Changing Medical Profession", University of Edinburgh, 1993.
- 20 WHO: "Increasing the Relevance of Education for Health Professionals". WHO Study Group, Technical Report Series 838, 1993.
- 21 WHO/HRH: "Towards the Assessment of Quality in Medical Education". Documento de trabajo. Division of Human Resources for Health, Geneva, 1992.

GESTION DE CALIDAD EN LA EDUCACION MEDICA. UNA PROPUESTA DE EVALUACION TOTAL

1. Introducción

Entre los últimos meses de 1992 y la mitad de 1993 se dio un activo proceso de reflexión en las facultades y escuelas de Medicina de América Latina sobre el impacto que los cambios en el contexto económico y social y las transformaciones de la práctica médica tienen sobre la educación médica. En este proceso participaron, directa o indirectamente, 230 facultades de América Latina y Canadá. La OPS ha contribuido significativamente a ese análisis por medio de la producción y promoción de la discusión de un documento base¹ y el apoyo directo a la consolidación de una posición latinoamericana² sobre este tema. Dicha posición fue presentada a la II Cumbre Mundial de Educación Médica (Edimburgo, agosto 1993).

La organización de la práctica médica viene experimentando importantes cambios como consecuencia de una conjunción de factores económicos, políticos y de otros derivados del desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas, con creciente institucionalización y pérdida de autonomía del médico, aumento significativo del costo de la atención y mayor segmentación social. Estos cambios en la sociedad y en la organización de la práctica médica afectan directa e indirectamente, inmediata y mediatamente, el quehacer de las instituciones, actores y procesos de la educación médica. Las prácticas de los médicos y sus procesos de profesionalización (educativos y corporativos) se definen en función de esa estructura estratificada de atención médica estando instalada una dinámica destinada a formar profesionales diferenciados, lo que lleva a una polarización-segmentación entre especialistas y generalistas.

1 OPS OMS: Los cambios de la práctica médica y su influencia sobre la Educación Médica, Educación Médica y Salud, No. 28:1, 1994.

2 OPS/FEPAFEM: Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la Educación Médica (inédito).

Sin embargo este proceso es complejo y desigual. En realidad existe un mosaico de formas de prácticas y allí la ideología liberal, en tanto estructuradora de dichas prácticas, sigue siendo un punto referencial básico para la mayoría de profesionales, muchos de los cuales aun no perciben la pérdida de su autonomía. En esa reproducción cultural la escuela de medicina juega un papel muy importante. La educación médica no es un espejo que reproduce mecánicamente el mundo del trabajo. La escuela es también un factor de reproducción cultural que activa mecanismos de intermediación simbólica, que produce y extiende la ideología, cultura, ciencia y tecnología médicas.

Esos cambios no solamente han alterado las reglas de la práctica técnica sino que también han afectado los principios éticos del ejercicio profesional. El juramento hipocrático orientador del “buen obrar” en la práctica liberal autónoma pareciera que perdió su vigencia. Las realidades de una medicina crecientemente colectiva, comercial e intermediada institucionalmente, controlada social y jurídicamente, obligan a redefinir las bases éticas de la práctica.

Las facultades responden idiosincráticamente a las exigencias y desafíos de su entorno. Su historia, su cultura, sus políticas, sus maestros y alumnos, sus triunfos y fracasos, sus planes al futuro y en gran medida, sus problemas y limitaciones actuales deciden sus compromisos y acciones. Esa articulación con la realidad se refleja en su filosofía de la educación, sus políticas de admisión, la estructura del cuerpo docente, las metodologías pedagógicas, los perfiles profesionales, la utilidad de sus investigaciones, etc. El criterio de calidad se define en este contexto. Así existen instituciones que definen su calidad en términos de pertinencia social ante las demandas y necesidades poblacionales, mientras otras lo hacen en función de indicadores como la aprobación de exámenes de residencia en el país o en el extranjero.

Una reciente reunión de rectores de universidades latinoamericanas para discutir el papel de la universidad en la salud de la población aceptó que existe un generalizado malestar por la calidad (cualquiera que sea su definición o sus indicadores) de los resultados y productos del proceso académico. Identificó también serias dificultades financieras para el mantenimiento (ya que no hay crecimiento y desarrollo) de sus capacidades instaladas para la formación y la investigación³.

Se han transformado las relaciones entre la universidad y el estado y también las relaciones al interior de las instituciones de educación superior. Al igual que en otras áreas de la sociedad se ha instalado, por exigencia genuina o proveniente del exterior, en todo caso con creciente legitimidad, la preocupación por la calidad y la eficiencia de los procesos académicos. Una nueva dimensión de la articulación de la universidad en su realidad proviene de la cada vez mayor competitividad en un mercado de recursos que le exigen créditos crecientes de calidad y someterse a la evaluación externa de su quehacer.

Un número creciente de escuelas de medicina están incorporando innovaciones como aprendizaje basado en problemas, currículo orientado a la comunidad, integración del conocimiento básico y clínico y la búsqueda de ejes estructurales como la biología del desarro-

llo. A pesar de las expectativas que despiertan inicialmente, el análisis de estas experiencias (Byrne, 1991)⁴ demuestra que son intentos marginales, que expresan el agotamiento de algunos principios de la propuesta educativa de Flexner, sin llegar a conformar un nuevo paradigma.

En octubre de 1994 en la ciudad de Punta del Este, Uruguay, las escuelas y asociaciones de Educación Médica de América se reunirán para debatir cuestiones relativas a la evaluación de los procesos educativos, la preocupación por la calidad educacional, los nuevos criterios éticos, el compromiso con el entorno social y la cobertura de atención y el impacto que los cambios en la práctica médica ejercen sobre la educación médica. Esta propuesta aspira a ser una contribución más al cumplimiento de las expectativas y objetivos puestos para esa reunión.

2. Evaluación y gestión de la calidad

En casi todos los países de América Latina existe hoy entre quienes se ocupan de la educación médica un diseminado e innegable sentimiento de insatisfacción en relación a los procesos educacionales vigentes y sus resultados, a la vista de los problemas de desempeño de los nuevos profesionales en el mercado de trabajo. Esta preocupación por la calidad de la fuerza de trabajo médica ha sido expresada no sólo por profesores y dirigentes universitarios del área, sino también por líderes gremiales y autoridades responsables por las políticas educacionales.

Tal insatisfacción apunta primariamente a las limitaciones de la escuela médica para la producción y transmisión de un nuevo conocimiento y la contribución a un nuevo patrón de práctica profesional (con un rol protagónico para el médico general). Pero también se vincula al crecimiento del número de escuelas, no siempre contando con los recursos adecuados, y al proceso de deterioro de muchas de las escuelas ya existentes, las cuales en el contexto de la crisis se enfrentan con bajos niveles de salarios, pobreza de las instalaciones, pérdida de calidad del proceso educacional, reducción del esfuerzo de investigación y despreocupación por la reconstrucción de las prácticas de salud.

Frente a tal situación se busca, en general, la adopción de políticas regulatorias y de control, entre las cuales se incluyen la introducción de procesos de reconocimiento de la capacitación profesional (ej: examen de grado, certificación de especialistas), la exigencia de acreditación de las instituciones docentes, y los mecanismos orientados a frenar la creación de nuevas escuelas (ej: establecimiento de requisitos mínimos para funcionamiento). Desde

3 OPS-HRD "Perspectivas del Papel de la Universidad Latinoamericana en la Salud de la Población". Documento inédito. Washington, D.C., 20 de septiembre de 1993.

4 Byrne, N. y Rosenthal, E.: "Tendencias de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en Latinoamérica". *Educación Médica y Salud* No. 28:1, 1994.

luego, estas son medidas de seguridad de un valor relativo por atender parcialmente a la insatisfacción anterior y no llegar a influenciar directamente el proceso de desarrollo institucional de las escuelas. Así mismo se limitan a promover el alcance de un nivel mínimo aceptable, pero no contribuyen a estimular el avance hacia un ideal más amplio, incluyendo en éste la visión transformadora de una práctica en un nuevo contrato social.

El ejemplo más significativo de esta limitación está dado por el propio sistema de acreditación norteamericano, que aparte de haber estado muy influenciado por el paradigma flexneriano, no ha podido reorientarse para actuar como inductor del cambio necesario que, sin perjuicio del nivel de calidad científico-tecnológico, pueda superar el sesgo casi exclusivo hacia la especialización.

Desde luego, todos los procesos referidos tienen su fundamentación en la evaluación y en ella encuentran sus mayores obstáculos y limitaciones. Muchos han sido los intentos y abordajes evaluativos en este campo, pero se sigue sin alcanzar plena satisfacción con cualquiera de ellos, no sólo en el sentido de poder reflejar con fidelidad la realidad funcional y productiva de la institución, como también en inducir la acción correctiva de las desviaciones observadas.

A pesar de la crítica que se hace a las consecuencias atribuidas a lo que se ha dado llamar paradigma flexneriano, no se puede dejar de admirar la eficiencia de la evaluación realizada por Flexner, en cuanto a su capacidad de frenar el desarrollo inadecuado de la red de formación médica norteamericana y lograr cerrar un número significativo de escuelas. Sin embargo, ni en este caso de tanta tradición histórica, se puede atribuir todo el éxito al proceso evaluativo, cuando se observa que en realidad pueden haber sido otros los factores determinantes de la reducción del número de escuelas, las cuales eran 160 en 1904 y ya habían bajado a 130 en 1910 en el momento del informe Flexner. En realidad, el ritmo de reducción siguió siendo el mismo después de Flexner, ya que el número total de escuelas bajó a 100 en los seis años siguientes.⁵

Los criterios externos a los procesos y agentes educacionales (tipo Flexner) constituyen la base para una selección entre una diversidad real y desigualdades patentes. Su objetivo es transformar el nivel de desempeño de los más aptos en una meta que debe ser alcanzada por todos (consecuentemente no tiene vigencia para los que ya se sitúan entre los más aptos), pero debe estimular el autoperfeccionamiento de los menos aptos para alcanzar los patrones recomendados.

Esta opción no se llegó a extrapolar para Latinoamérica en la época de Flexner, en parte por la falta de diversidad pues habían pocas instancias formadoras,—40 en aquel momento— y la mayoría mantenidas directamente por los gobiernos o por grupos religiosos muy cercanos al Estado, que trataban de reproducir los modelos europeos. Sin embargo hoy esta situación ha cambiado y ya más de la mitad de las instituciones son privadas con un grado

5 Hudson, R. P.: "Abraham Flexner in Historical Perspective", in Barzansky, B & Gevitz, N: "Beyond Flexner". Greenwood Press, N. Y., 1992, pag. 8.

de diversidad, tanto en recursos como en los programas propiamente dichos, suficientes para permitir que los parámetros externos, de naturaleza normativa, y de orientación retrospectiva puedan llevar a la identificación de deficiencias flagrantes y servir de motivación a los responsables para la búsqueda de acciones de mayor amplitud y largo plazo.

Este abordaje que involucra un observador externo y la utilización de parámetros normativos, aunque sea insuficiente para ofrecer un potencial de apertura representativo del conjunto de actores de la institución, permite en alguna medida superar un eventual corporativismo estrecho que lleve a que una autoevaluación o análisis de situación tienda a registrar sólo hechos positivos. La limitación mayor de esta evaluación corresponde no a la multiplicidad de alternativas de modelos educacionales entre componentes científicos y tecnológicos, sino a la dificultad para elegir valores y referencias generales, como aquellos que provengan del campo de la ética, de las ciencias sociales, de los movimientos de la sociedad civil y de las políticas estatales.

Aquí se pone en tela de juicio otro cambio importante ocurrido recientemente y que tiene que ver con la forma de concebir y ejecutar procesos de evaluación en una perspectiva de modernidad gerencial. En las nuevas concepciones sobre estilos gerenciales dirigidos a la calidad, se viene cuestionando la efectividad de los procesos de evaluación generados externamente a los procesos y a los agentes. Las evaluaciones “objetivas” han sido acusadas no sólo de ineficientes y meramente rituales, sino también de diseminar el miedo a las iniciativas de mejoría de los procesos. La definición de criterios externos tendría así una dificultad adicional derivada de la propia evolución del pensamiento gerencial.

Por eso se aboga por una evaluación *en el proceso*, la cual comprendería la construcción de imágenes—objetivo de calidad en base a principios educacionales ampliamente aceptados y el monitoreo de las actividades de enseñanza-aprendizaje tanto intra como extraescolares. Las propuestas de evaluación a través de monitoreo continuo presuponen que se definan quiénes son los agentes involucrados en el proceso educacional de formación de médicos.

En primer lugar, hay que considerar toda una gama de trabajadores, de funciones técnicas y administrativas, que también deben ser considerados actores de ese proceso. Ellos son, de acuerdo al lenguaje de la gerencia de la calidad, clientes y proveedores internos que se articulan cotidianamente en las funciones de docencia, investigación y servicios. Sin embargo los alumnos no puede ser concebidos como simples clientes, ya que todo verdadero aprendizaje presupone una cierta instauración del individuo como sujeto activo y no como receptor pasivo. De aquí que el monitoreo continuo, vis a vis la evaluación de la calidad, tiene que contar también con la participación de estudiantes que además son quienes mejor pueden indicar el alcance de las actividades extracurriculares ya mencionadas. A ese conjunto de agentes (docentes, dirigentes, alumnos, técnicos, etc.), en tanto actores institucionales, compete asumir integralmente todas las áreas de esa nueva modalidad de evaluación de la calidad. Por estas razones se viene proponiendo la denominación de *evaluación total*, que involucra la idea de un monitoreo articulado continuo y una participación universal.

Por lo tanto deberá concebirse que la evaluación sea pensada e incorporada como mecanismo permanente (y no terminal) de una voluntad de conocer mejor la situación actual y de realizar los esfuerzos institucionales para el perfeccionamiento de sus acciones y resultados. Esto evitaría que los parámetros de calidad y los ajustes necesarios fuesen vistos como resultados de una intervención exterior y hasta que sean considerados como autoritarios.

El proyecto de evaluación, antes que nada, tiene que ser asumido enteramente como algo de interés de todos los agentes y que no va a producir exclusiones ni penalizaciones, sino que traerá para todos la oportunidad de contribuir al cambio permanente.

Actualmente pueden encontrarse experiencias de aplicación de los principios de perfeccionamiento de la calidad en la gerencia de hospitales y otras organizaciones de salud, en todas partes del mundo, inclusive en diversos países de América Latina. Al respecto, localizamos en los Estados Unidos la experiencia más antigua en este nuevo campo del saber médico—garantía de calidad en salud (health care quality assurance) - cuyo objetivo: “es el monitoreo del desempeño con vistas a mantener y mejorar su calidad”⁶. Este abordaje se identifica con la evaluación convencional basada en parámetros externos y con aquella concepción que plantea que la mejoría de la calidad se consigue identificando, denunciando y castigando el error. Ello se hace a través de auditorías postfactum que evalúen la conducta médica, mediante muestras del universo de atenciones o consultas realizadas. Es dudoso que tales procedimientos puedan ejercer un efecto reeducativo sobre los médicos.

La línea de perfeccionamiento continuo de la calidad⁷ presenta un enfoque distinto, centrado en la responsabilidad en el trabajo y en la educación como forma de alcanzar progresivos niveles de calidad en el proceso productivo y, representa un abordaje diferente del significado e implicaciones del propio concepto de calidad y reconoce el juicio del consumidor en este asunto⁸. En esta perspectiva se ha identificado un interés cada vez mayor en la discusión y realización de experiencias de control de calidad total (CCT) en los servicios de salud.

A pesar de los evidentes progresos en la mejoría del funcionamiento de tales servicios, en prácticamente todas las oportunidades en que se analizaron las características y los resultados de la aplicación de CCT en las organizaciones de salud, se hizo patente la limitación del proceso de mejoría de la calidad, en virtud de una escasa participación de los médicos, o aun de su oposición a los nuevos métodos de producción y gerencia del trabajo, por representar un riesgo con la posible reducción de su autonomía profesional. A este respecto se observa que la instauración de verdaderos procesos de mejoría de la calidad en los hospitales exige la efectiva participación de su cuerpo clínico⁹.

En los Estados Unidos se desarrolló una experiencia exitosa que se inició en 1987, el National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care,¹⁰ cuyos resultados permitieron que uno de sus principales colaboradores, el Dr. Donald M. Berwick, pediatra de Harvard, publicara un análisis sobre la gestión de la calidad en los servicios de salud, donde afirma que el “nuevo” paradigma del Control de Calidad Total provocará una segunda revolución en las relaciones entre la medicina y la sociedad, incluso comparable con aquella ocu-

trida a inicios del siglo relacionada con las conclusiones y recomendaciones del Informe Flexner. Allí se proponen las siguientes características de la evaluación total derivadas de dicha experiencia:

- Es un proceso
- Involucra a todos los actores
- Se desarrolla en forma permanente, no es terminal
- No genera exclusiones, ni penaliza

3. Marco de referencia de la formación médica

Las observaciones antes señaladas nos llevan una vez más a reconocer la necesidad de tomar en consideración las íntimas y complejas relaciones que se dan entre el proceso de trabajo y el proceso de formación de médicos.

Un abordaje al tema de las relaciones entre el trabajo y la formación médica, obviamente debe partir de dos conceptos fundamentales; (i) el paradigma de la medicina y (ii) el proceso de trabajo.

En cuanto al paradigma de la medicina, aquí entendido como el conjunto de elementos que conforman su práctica tanto como la formación de sus agentes, constituye un rico acervo de categorías explicativas y elementos de valor o juicios que, contruidos y reconstruyéndose permanentemente en busca de su propia afirmación, dan soporte y direccionalidad a los intereses presentes en este campo de práctica. Este cuerpo doctrinario, para los objetivos de la discusión que aquí se pretende realizar, destaca los siguientes componentes:

- concepto de salud enfermedad
- conocimiento - tecnología
- valores consagrados por la ética
- significado práctico de la calidad

-
- 6 Donabedian, A. Specialization in Clinical Performance, What It is and How to Achieve It. Quality Assurance and Utilization Review, Vol 5, No. 6, November 1990 (114-120).
 - 7 Desarrollada por el estadístico norteamericano Deming en la etapa de recuperación económica posterior a la segunda guerra mundial.
 - 8 Para una visión sintética de esta propuesta ver en el Anexo I, un listado de las principales características de la gestión tradicional y de la gestión de calidad total.
 - 9 Putting the Health Care TQM, A Model for Integrated TQM: Clinical Care and Operations, A GOAL QPC, Health Care Application Research Committee Report, Methuen, 1992.
 - 10 Berwick, M.D., Godfrey, A.B. and Roessner, J. Curing Health Care, New Strategies for Quality Improvement, A Report on the National Demonstration Project on Quality Improvement on Health Care, Jossey-Bass, San Francisco, 1991.

Todos estos núcleos conceptuales están presentes de una determinada forma en lo que convencionalmente se denomina el paradigma de la medicina flexneriana:

- la enfermedad es un estado de desequilibrio provocado por uno o varios factores, cuya naturaleza o forma de actuación puede ser desvelada por el conocimiento científico, a partir del cual también se elaboran instrumentos de intervención que se orientan a restaurar el equilibrio anterior, que es la salud;
- la tecnología médica¹¹ está constituida por todo el acervo de conocimientos (originado predominantemente en las ciencias biológicas) organizados para los fines prácticos y específicos de intervenir sobre aquellos estados de desequilibrio, intervención que requiere medios de apoyo diagnóstico y terapéutico colocados a disposición por una vigorosa industria de bienes de consumo, considerados cada vez más indispensables para la buena práctica de la medicina;
- los valores éticos consagrados son postulados universales referentes a una relación idealizada donde todo “el saber y los recursos tecnológicos” deben ser puestos por el médico al servicio del paciente. Aun más, la propia consagración de esos valores éticos es una atribución de la corporación profesional; y,
- el significado práctico de la calidad, que se traduce en la excelencia de la formación/especialización de los profesionales y en la densidad y modernidad tecnológica que los mismos manejan, significado que responde a los intereses concretos de producción y reproducción del saber (a través de los profesionales) y de la tecnología (industria de insumos médicos).

Los compromisos implícitos o tácitamente establecidos entre el enfermo y su médico, tanto los que se refieren al proceso como aquellos relativos a los resultados de la actuación médica, están profundamente marcados por esa forma de entender el “binomio” salud-enfermedad y las formas de intervenir sobre el mismo, es decir los valores éticos consagrados y el significado práctico de la calidad no se definen de modo absoluto, sino que se relacionan con el significado del saber y de la tecnología médica prevalentes.

Los elementos constitutivos del proceso de trabajo son su objeto, el agente sobre el que actúa y los medios de los cuales se vale para actuar:

11 El concepto de tecnología médica aquí expresado como base la aceptación de Nilton Vargas en su artículo “A Tecnologia é de Deus ou do Diabo?”, in : Ciencia, Tecnología e Desenvolvimento, Brasília, CNPQ 1983, cap 4.

- O = objeto del proceso del trabajo médico, la salud (o la enfermedad) de personas (y colectividades)
- A = agente del proceso de trabajo, el profesional de salud.
- M = medios de trabajo, el conjunto de instalaciones, equipamientos y materiales consumidos en la prestación de servicios.

En el área de la salud, o para ser más específicos, en el campo de la producción de servicios médicos, pueden ser apuntados tres grupos de intereses alrededor del proceso de trabajo de este campo de producción:

- Los intereses de los pacientes (que como consumidores de servicios deberían ser denominados usuarios), que personifican el objeto del proceso del trabajo médico, esto es, la salud ¿o la enfermedad?):
- los intereses de los agentes de este proceso de trabajo, que son los médicos: y
- los intereses del complejo industrial proveedor de equipamientos e insumos.

El paradigma de la medicina, que se tornó hegemónico a lo largo de este siglo con su construcción doctrinaria (estructura conceptual que da soporte y direccionalidad para la realización de sus intereses), fue elaborado predominantemente en el espacio de la articulación entre los agentes del trabajo- los médicos- y los productores/oferentes de los medios del trabajo médico - el complejo médico hospitalario (con todos los insumos que los abastecen). El actor situado (o sitiado) en el tercer polo del campo de intereses es el paciente que paradójicamente tuvo poco que contribuir en aquella construcción. La representación gráfica de este proceso de conformación del paradigma (P) podría ser la siguiente:

El trabajo de Abraham Flexner representó uno de los momentos más destacados en la historia de la construcción de este paradigma. Su contribución por la vía de la educación médica fue de suma importancia para todo el desarrollo subsecuente del modelo de educación y de la práctica médica americana, hoy vigentes en el mundo entero. En verdad, como menciona Nogueira:

“El flexnerianismo representa, ante todo, una manipulación corporativa de los principios educacionales, en relación a los cuáles el autor del famoso informe, como una persona preocupada con los aspectos formales del sistema de educación, no puede ser directamente responsabilizado. Las ciencias de la vida y el conjunto de las técnicas intervención que se asocian con la clínica médica servirán de base para la construcción de un dominio autónomo de los espacios del saber y de las prerrogativas profesionales de los médicos¹²”.

12 Su ensayo bajo el título “Os médicos e a Gestao de Qualidade em Saude -Superando a Herança Flexneriana”, preparado por solicitud del Programa de Recursos Humanos de la OPS/OMS, presenta un análisis

Este paradigma, así construido, conforma la práctica médica y —porque no podría ser diferente— también la educación de los médicos: no sólo la formación escolar, enclausurada en los límites formales de los currículos de graduación, sino también la “formación paralela” que los estudiantes realizan durante su vida académica (el famoso currículo informal), la formación especializada y la educación continua que los médicos persiguen durante toda su vida profesional.

El abordaje analítico antes presentado, aunque evidentemente insuficiente dado su carácter aproximativo y algo esquemático, fue a propósito adoptado para facilitar la argumentación que retoma el objetivo de este documento, la discusión sobre la aplicación de gestión de calidad en la Escuela Médica. Sin embargo no se pretende desarrollar una propuesta de aplicación mecánica del enfoque gerencial en la escuela médica, en este caso, reducida a su dimensión formal de unidad de producción de servicios educacionales, cuyo desempeño funcional podría mejorar con el uso de métodos innovadores de gestión.

El supuesto fundamental es el reconocimiento de que la gestión de calidad tendría potencialidades para generar transformaciones en el paradigma flexneriano, en la medida en que éste contiene en su núcleo un concepto de calidad anterior ahora cuestionado y que en expresión de Nogueira:

“.. supondría la existencia de formas de subordinación a controles y normas de conducta establecidas fuera de la profesión, cosa que no existía hace dos décadas. La instancia legitimadora de los criterios de calidad, parece finalmente dejar de radicar exclusivamente en el cuerpo de profesionales médicos y en las formas consagradas de control del saber por la corporación. Los médicos pretenden ahora una cooperación en el establecimiento de los patrones de calidad, pero no son más los únicos actores en la escena, al contrario de lo que sucedía en el círculo de calidad flexneriano.”

El corolario de ese supuesto es que un movimiento para un nuevo paradigma se realiza tanto en el plano del cuidado médico como en la formación de sus profesionales. En el campo de la prestación de servicios, este movimiento se viene realizando hace más de veinte años, tomado de los procesos de calidad (health care quality assurance). En la escuela médica: ¿cómo es la situación?, ¿cómo podría evolucionar en el futuro próximo?, ¿será un movimiento que viene a la cola de las transformaciones ocurridas en los servicios?, ¿dónde está el nuevo Flexner?.

Esto es lo que se espera poder responder con el enfoque de gestión estratégica de calidad en la medida que ésta,

- (i) permita analizar permanentemente la práctica médica, sus modalidades de organización y funcionamiento y sus cambios, acompañando y actuando tanto sobre el currí-

culo formal como sobre el informal, para que sus actividades puedan ser evaluadas y perfeccionadas;

- (ii) supere las limitaciones de los instrumentos convencionales de evaluación centrados en la selección de los mejores (Flexner) para constituirse en un incentivo a la mejoría de todos, incluso a través de la introducción de un nuevo paradigma;
- (iii) conduzca, a partir de esto, a la definición más concreta de nuevos objetivos de calidad a ser alcanzados por la institución, en sustitución a criterios universalistas, a veces poco aplicables a las diferentes realidades de los países del continente americano; y finalmente,
- (iv) represente una forma de enjuiciar los problemas de la educación médica, en sintonía con los avances de la ciudadanía y de los procesos de participación de la sociedad civil en las cuestiones de gobierno, dentro del nuevo contexto de democracia que vive el Continente.

En términos prácticos se espera que el “tercer actor” del proceso del trabajo—el enfermo (o las colectividades), por ahora solamente “objeto” de los cuidados profesionales, también asuma papel relevante en la construcción del paradigma de la medicina postflexneriana. La representación gráfica de esta nueva situación, tomando como referencia el esquema anterior, sería:

La construcción de ese nuevo paradigma, en cuanto proceso social de cambio de las relaciones que se dan entre los tres polos de interés envueltos en el proceso de trabajo, presupone importante e insustituible papel de la Escuela Médica, cuya actuación deberá orientarse según los siguientes principios fundamentales:

- compromiso institucional efectivo con la sociedad, lo que significa concretamente la integración con los servicios de salud en función de los reales intereses de salud de la población.
- participación de docentes y alumnos en el sistema de prestación de servicios, comprometidos con la búsqueda de satisfacción de necesidades epidemiológicamente definidas y asimismo, de aspiraciones o expectativas ligadas a la relación usuario-prestador de cuidados de salud; y,
- condiciones técnico-administrativas que permitan la permanente actualización científico-tecnológica de docentes y alumnos.

4. Operacionalización de la propuesta

La propuesta que sigue, resultante de este planteo, se orienta a la instrumentación de un proceso de gestión de calidad, que pueda llevar al permanente perfeccionamiento del quehacer de la institución, ofreciendo además la posibilidad de establecer un patrón ideal de funcionamiento que permita a cada país establecer su propio criterio de acreditación.

Este proceso se podría desarrollar en tres etapas, incluyendo primero una evaluación externa con rigor de criterios e indicadores semejantes a los adoptados por Flexner, aunque con los debidos reajustes en cuanto al modelo conceptual y el compromiso social que hoy orienta la formación de médicos.

Entre la evaluación externa y la realización de un seminario de planificación estratégica, sería necesario un proceso de negociación con la dirección de la institución, tomando en cuenta el resultado de la evaluación y la real disposición de la escuela de seguir en el proceso de gestión de calidad.

En una segunda etapa se adoptaría un enfoque estratégico, buscando democratizar el conocimiento de la Escuela Médica en su entorno y en sus programas, fundiendo reflexión con acción en la práctica médica e investigativa. El colectivo de actores sensibilizado por la primera etapa de evaluación externa pero no comprometido con ella, debe reconstruir el escenario, profundizando en el análisis de situación y la consideración de los determinantes sociales involucrados. Luego explicitan sus deseos y valores en la proyección de su propuesta de desarrollo: la misión de la institución.

En una tercera etapa (y a partir de aquí de manera continua) se identifican las tácticas y estrategias de implementación de esta propuesta y que acompañan, introduciendo los ajustes necesarios, toda la realización del proyecto en un esfuerzo permanente de evaluación de calidad. En este contexto, y al contrario de lo que sucedía en el pasado, un aporte sustancial de la capacitación del futuro médico se da a través de su inserción inmediata en múltiples unidades de servicios de salud que constituyen su eventual futuro mercado de trabajo.

Parte de esa experiencia se da bajo la orientación de la Escuela Médica pero también en gran medida puede ocurrir por iniciativa directa del alumno, conformándose en efecto un verdadero currículo oculto o informal. Eso lleva a que su adiestramiento dependa cada vez menos de estructuras y actividades mantenidas por la propia unidad académica a la que se vincula el alumno. El propio mercado de trabajo como espacio de pasantías y capacitación en diversas funciones viene satisfaciendo las necesidades de preparación tecnológica del médico, aunque no tenga la capacidad de dar una respuesta adecuada a las necesidades de formación integral del futuro profesional. Naturalmente, la verdadera educación médica, tanto en términos de actitudes de valores, como de conocimientos, es mucho más que una simple preparación tecnológica y tiene que involucrar conocimientos, habilidades, actitudes éticas y compromiso social.

La secuencia descrita se puede representar en forma esquemática como sigue:

- (i) la evaluación externa se puede realizar con la participación de un consultor externo, un representante local (externo a la escuela) y un representante de la propia escuela, y se extendería por un máximo de cuatro días. No se aconseja la aplicación de cuestionarios exhaustivos sino la utilización de una guía de orientación de las visitas y entrevistas a todas las dependencias en que se desarrolle el trabajo de la institución (enseñanza, investigación y extensión) (pasos 1 a 4).
- (ii) El taller de planificación estratégica en el cual el primer día (paso 5) sería dedicado al análisis de situación (práctica médica-práctica investigativa-práctica educativa): en el segundo día (paso 6) se discutiría, con un enfoque prospectivo la misión de la institución, tomando en cuenta la visión de una imagen-objetivo futura y los principios que orientan el quehacer de la escuela. En esta visión se estaría considerando, obviamente, el esbozo de un nuevo paradigma, con base en el cual se formularían propuestas para el desarrollo de la educación médica.

Finalmente, en el tercer día (paso 7) se analizarían las estrategias de desarrollo en el contexto de la reorganización de la práctica educativa y en función de la identificación de los principales obstáculos al logro de la calidad. Así mismo, se establecerían los criterios para el monitoreo de los procesos académicos, incluyendo la sugerencia y/o selección de eventos trazadores del análisis de calidad¹³.

- (iii) La tercera etapa representa ya la incorporación a la rutina de la institución del proceso de gestión de calidad e incluye como primer paso, la constitución, sensibilización y entrenamiento de los círculos de calidad de la educación médica. En forma periódica representantes de estos círculos de calidad se reunirían en una comisión de coordinación para la revisión de la evaluación total y de los métodos de desarrollo pro-calidad.

Esta descripción corresponde a una formulación muy preliminar del proceso, el cual no sólo deberá ser más elaborado ya en casos específicos de aplicación, sino que podrá ser adaptado de acuerdo con los actores directamente involucrados. Desde luego, cada uno de los pasos constituye un proceso complejo que compromete a diversos actores internos y externos y que se puede realizar a través del análisis de componentes institucionales de diversa naturaleza y jerarquía epistemológica, utilizando un conjunto de criterios y principios orientadores. En cuanto a la naturaleza de los actores y las condiciones de su acción en una evaluación de calidad total, se deben considerar los siguientes criterios:

13 Rovere Mario, Planificación estratégica de los recursos humanos, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 96, OPS, 1993.

- protagonismo de los actores internos. tomando en cuenta los factores objetivos y subjetivos de la acción de los mismos,
- proceso participativo comprometiendo grupos que comparten prácticas y procesos de producción comunes o afines,
- continuidad del análisis que se da *en el proceso* educativo (carácter permanente),
- direccionalidad hacia el perfeccionamiento continuo de la calidad del proceso educativo, de acuerdo a la imagen objetivo construida,
- problematización activa (identificación y explicaciones) caracterizando los mecanismos por los cuales se obstaculiza el avance hacia la imagen objetivo.

5. Conducción del proceso de evaluación total

Tres pre-requisitos son necesarios para que se inicie un proceso de evaluación en los moldes aquí preconizados:

- decisión y apoyo de la dirección superior de la Escuela,
- funcionamiento permanente de un grupo de coordinación de la calidad de la enseñanza,
- apoyo externo en la forma de consultoría en gestión de la calidad total.

La Dirección de la Escuela más que el apoyo formal, debe demostrar entusiasmo e interés con la idea de evaluación total y estar dispuesta a contribuir creativamente en todas las etapas del proceso. Esto implica un cambio de actitud y de expectativas habituales, que llevan a los directores a esperar que alguna solución milagrosa sea aportada a través de la consultoría. De hecho, el papel del consultor es el de alguien que facilita un proceso de elaboración grupal a ser realizado paulatinamente y que va emergiendo de la propia institución como resultado del esfuerzo mancomunado.

Debe ser recordado -como objetivo pertinente- uno de los puntos fundamentales de la filosofía de calidad: "Hacer que todos en la institución trabajen en el sentido de alcanzar la transformación. La transformación es una tarea de todos". Este compromiso de la Dirección debe ser expresado ante toda la comunidad escolar a través de reiteradas señales y manifestaciones que dejen claro el compromiso de la Dirección con el proceso de transformación para la mejoría continua de la calidad de la enseñanza.

En la etapa intermedia del proceso (paso 5-7), como no todos pueden estar involucrados,

es decisivo contar con una comisión o grupo de coordinación que sea representativo de la comunidad escolar. Dicha comisión estaría integrada por personas que reúnan atributos tales como espíritu de liderazgo y desprendimiento, identificación con la institución, creatividad y capacidad de dedicarse y contribuir con el proceso. La indicación de los integrantes de la comisión es de responsabilidad de la Dirección, respetando los criterios antes indicados.

El papel del consultor, en este caso particular, es de “abogado del diablo” ante la Dirección, llegando hasta el punto en que prevalezcan los criterios más objetivos en la composición de la comisión.

En líneas generales, el trabajo que debe ser realizado por la comisión comprende:

- a) conducir un permanente planeamiento estratégico del proceso de evaluación total,
- b) estimular la formación de grupos de voluntarios (círculos de calidad) que ejecuten la evaluación total,
- c) apoyar la puesta en práctica de soluciones a los problemas identificados por los grupos.

Para realizar ese conjunto de tareas, la Comisión deberá pasar por un período de capacitación, coordinado por el consultor que involucra por un lado, un ejercicio de reflexión y análisis en profundidad de la evaluación total y, por otra parte, el entrenamiento en el uso de conceptos y herramientas de calidad, tomadas como auxiliares para difundir e implantar en toda la institución el Método de Análisis y Solución de Problemas (MASP).

El papel del consultor, en esta metodología, supone una actuación eminentemente creativa y no prescriptiva, buscando presentar sugerencias y críticas que ayuden al esclarecimiento de situaciones, la investigación de problemas, la selección entre alternativas de solución, dejando siempre en evidencia que no cuenta con ninguna fórmula mágica para conducir la Escuela a una especie de mundo fantástico de la calidad.

La Organización Panamericana de la Salud promueve activamente esta iniciativa con el propósito de contribuir al logro de los esfuerzos que las universidades, facultades y escuelas de medicina de la Región realizan para responder a los desafíos de este fin de siglo. Se aspira por tanto a que este instrumento movilice voluntades, actores y capacidades para definir las nuevas orientaciones de la misión y de las políticas institucionales que transforme el quehacer y las estructuras de las escuelas.

Esas orientaciones, se reitera, tienen que ver con los nuevos patrones y niveles de calidad científica, educacional y de servicios; con la nueva ética de la salud, las respuestas a las demandas sociales y con el activo seguimiento y la incorporación crítica en los cambios de la práctica médica y su impacto sobre la formación, la cultura y la ideología de los médicos.

En Punta del Este puede ocurrir, si las escuelas latinoamericanas lo consideran necesario y así lo establecen, el punto de partida de un nuevo paradigma y de una nueva educación médica en América Latina.

ANEXO I¹⁴

GESTION TRADICIONAL

Calidad es costosa

Basada en el supervisor

La calidad esta en el control

El trabajador es el mayor responsable de los errores

Sobrenormatización del trabajo

El temor y la recompensa son métodos eficaces para motivar

El personal es mercancía: se compra, se vende, se descarta

Culpa a los "proveedores"

Evalua el éxito por lo logrado (evaluación retrospectiva)

GESTION DE CALIDAD

Calidad baja los costos

Basada en el trabajador

La calidad esta en la gestión

La organización es la mayor responsable de los errores

Normas flexibles en la organización

El temor conduce al desastre y destruye los equipos de trabajo

El persona es capital: se conserva, se desarrolla

Colabora con los proveedores

Se preocupa por su horizonte (evaluación retro y prospectiva)

14 Adaptado de Aguayo, Rafael. En "El método Deming" Ed: Javier Vergara S.A. Buenos Aires, 1993, pag. 34 y 35.

RELATO FINAL

INDICE

MOMENTO POLITICO CONCEPTUAL	40
Educación, práctica médica y necesidades sociales - Una nueva visión de calidad.	
Exposición introductoria	40
I. Educación y práctica médica frente a los movimientos de reorientación sectorial	41
II. Reforma sectorial y educación médica. Análisis de casos específicos	44
III. El desafío para la educación médica Trabajo en grupos.....	51
MOMENTO METODOLOGICO	57
I. Gestión de calidad en educación médica	57
II. Experiencias de validación de la gestión de calidad	59
III. En búsqueda de la calidad Trabajo en grupos.....	60
MOMENTO APLICATIVO	63
I. Un mandato de calidad.....	64
II. Construcción de viabilidad	68
III. Estrategias nacionales para la calidad de la educación y práctica médicas. Asegurando la continuidad del proceso Trabajo en grupos.....	72

Introducción

Entre el 10 y el 14 de octubre de 1994, en Punta del Este, Uruguay, se llevó a cabo el Encuentro Continental de Educación Médica, organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República - Uruguay, bajo el patrocinio de OPS-OMS. Este Encuentro fue al mismo tiempo la XVI Conferencia de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuela de Medicina (ALAFEM) y la Conferencia Extraordinaria de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM).

El evento, que al lograr la participación conjunta de ALAFEM y FEPAFEM constituyó el encuentro de todas las Escuelas de Medicina de América, contó asimismo con el auspicio de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), de la Federación Mundial para la Educación Médica "World Federation for Medical Education - WFME) y la Comisión Regional para la Enseñanza Superior en América Latina y el Caribe (CRESALC - UNESCO).

El Gobierno de la República Oriental del Uruguay, por su parte, declaró de Interés Nacional la realización del Encuentro.

El evento contó con la activa participación de aproximadamente 500 docentes, estudiantes, egresados e integrantes del gobierno de Facultades y Escuelas de Medicina de prácticamente todos los países de América, así como integrantes del área salud de varios gobiernos nacionales y representantes de las entidades patrocinadoras. En fin, una diversidad de actores sociales vinculados orgánica o funcionalmente con diferentes aspectos de la Educación Médica y sus objetivos, que refleja la importante expectativa que el Encuentro ha creado en cuanto a la definición del perfil de la Educación Médica de cara al inicio de un nuevo milenio.

Luego de la sesión inaugural, que incluyó la Conferencia de Apertura "Desarrollo social y equidad en el final del milenio" (Louis Emmerij - BID), las actividades estuvieron organizadas en tres momentos que correspondieron con los días de desarrollo del Encuentro.

Enfocando el tema general "Educación y práctica médicas; su compromiso con las necesidades sociales. Una nueva visión de calidad", los momentos fueron definidos como:

- 1.- político conceptual,
- 2.- metodológico,
- 3.- aplicativo,

Cada momento implicó globalmente exposiciones bajo forma de paneles en sesiones plenarios durante las mañanas y el trabajo en grupos de discusión en el horario vespertino. Los participantes se distribuyeron en 20 grupos de discusión, para cada uno de los cuales se designó un relator extranjero y uno nacional.

Al final de cada jornada, las exposiciones de los paneles, así como todos los relatos de los grupos, fueron integrados y resumidos para conformar el relato final. Los relatos completos de cada grupo integran los anexos de este informe.

MOMENTO POLITICO CONCEPTUAL

Educación, práctica médica y necesidades sociales - Una nueva visión de calidad

Exposición introductoria

El Dr. José Roberto Ferreira sustentó que el discurso reciente sobre el desarrollo de la práctica médica y su formación médica se halla impregnado de un tono que es al mismo tiempo de crítica y resignación o conformismo. Se habla de una medicina tecnológica, institucionalizada, socialmente segmentada y dependiente de un trabajo colectivo, en el cual se diluye la relación médico-paciente y los criterios de responsabilidad profesional. Al mismo tiempo se acepta el carácter hegemónico de esta práctica y no se reconoce la autonomía de la Escuela Médica que puede ofertar algunos grados de libertad para el cambio.

La actual educación en salud tiene una base predominantemente hospitalaria, supeditada a la incorporación acrítica de la tecnología, con un incremento de la especialización y sobrespecialización, preocupada fundamentalmente en la formación de postgrado en desmedro de la orientación básica y general del pregrado e incapaz de poder atender las necesidades de la población, donde el complejo médico-asistencial y el médico a su interior determinan el patrón de atención que premia la capacidad resolutive puntal basada en la excelencia técnica y sofisticación asistencial.

A pesar de los problemas es posible proponer a las escuelas “un nuevo compromiso social” que rescate su función institucional y les otorgue renovada legitimidad, fundando un “nuevo modelo científico biomédico y social” y un nuevo paradigma educativo que visualice “un renovado estatuto de valores”, reconstruyendo la ética de las relaciones básicas del ejercicio profesional en función de las necesidades de salud.

Si se acepta que todo lo anterior traduce una realidad de crisis de la educación médica que transparenta “un momento de verdad y la emergencia evolutiva hacia un nuevo espacio potencial”, se reconocería al mismo tiempo una posibilidad de reversión o de búsqueda de alternativas que superen la resignación y permita avanzar en la legitimación de las Escuelas.

El nuevo paradigma necesario convoca a:

- La redefinición de los conceptos de salud y enfermedad involucrándolos en un ámbito transdisciplinario y de articulación del conocimiento biológico o social;
- El redireccionamiento del avance tecnológico en función de la necesidad de una política de ajuste a los problemas nacionales a partir de un esfuerzo investigativo centrado en la realidad;
- El redimensionamiento de los espacios de práctica tomando en cuenta sus niveles de complejidad y el propio desarrollo de una nueva práctica; y,
- El reconocimiento e integración de esta práctica en los avances de la ciudadanía y de los procesos de participación de la sociedad civil dentro del nuevo contexto de democracia que vive América Latina.

Este nuevo paradigma carece todavía de un abordaje epistemológico pero podrían las Escuelas iniciar, a través de la acción, un proceso que posibilite el avance teórico y práctico a través del enfoque de gestión estratégica de calidad que se delinea en el documento básico preparado para esta Conferencia, el mismo que propone una nueva visión sobre calidad basado no únicamente en el sentido de excelencia técnica sino en la relevancia y satisfacción de la sociedad como un todo, asociándose a criterios éticos de equidad y justicia social. Esta propuesta también reconoce la necesaria participación de todos los actores, la voz del usuario y la permanente problematización, y al mismo tiempo reconoce el requerimiento de “un consenso global en relación- a la calidad de la educación médica” referido al proceso y no solo al producto, que se refiere mas a la acreditación de la Escuela Médica que a la certificación del médico.

I. Educación y práctica médica frente a los movimientos de reorientación sectorial

Bajo la presidencia del Dr. Pablo Carlevaro se instalo el primer panel denominado “Educación y práctica Médica frente a los Movimientos de Reorientación Sectorial”.

El Dr. Victor Penchaszadeh se refirió a los desafíos éticos en la educación y en la práctica médica frente a las transformaciones sociales y tecnológicas de fin de siglo.

Comenzó señalando su carácter de no especialista en ética pero el forzado involucramiento desde su especialidad (genética) en los problemas éticos de la práctica médica. Inicialmente se refirió al proyecto: Genoma Humano y los múltiples interrogantes que se abren a partir del mismo. Colocó este proyecto y sus supuestos etiológicos en el clásico antagonismo entre predisposición y ambiente que atraviesa las diferentes concepciones de salud y enfermedad a través de la historia. Resaltó algunos de los problemas que se abren a partir de la disponibilidad de nuevas tecnologías especialmente en términos de privacidad,

derecho a la información (y a la no información), protección contra toda forma de discriminación, etc.

Lejos de agotar los desafíos éticos como contracara riesgosa del desarrollo tecnológico, profundizó en otros espacios que podríamos denominar socio-éticos haciendo descansar su abordaje conceptual en el derecho a la salud como el primero y mayor de los desafíos. Este Derecho a la Salud articulado con el conjunto de los derechos humanos debe permitir proteger la vida y la dignidad del ser humano independientemente de cualquier factor de discriminación, especialmente de su capacidad de pago; y debe permitir estructurar redes de vigilancia profesional y social contra toda experimentación en seres humanos ya denunciada por el Código de Nüremberg y mantener una alerta permanente y una indubitable sanción contra toda violación de los derechos humanos, doblemente grave cuando es cometida por un profesional de la salud cuyo saber pudo haber sido puesto al servicio de la tortura o de la represión política.

Concluyó afirmando que “es imperativo que los médicos y otros profesionales de salud que se estén formando actualmente y/o que se formen en el futuro tengan la capacidad de analizar y confrontar estos problemas con la misma habilidad con que enfrentan problemas clínicos. Esto impone —en su opinión— una responsabilidad mayúscula en las escuelas de medicina de la región”.

El Dr. **Rodolfo Rodríguez** expuso sobre los cambios en la práctica médica frente a las transformaciones económicas políticas y sociales que impactan en el sector salud.

Caracterizó un conjunto de elementos de cambio que operan a través de formas de inducción que buscan instrumentar el trabajo profesional para el complejo médico-industrial y que en la práctica pueden ser resignificados como una reducción en su soberanía. En este sentido, identifica un conjunto de estructuras y relaciones de poder exógenas al proceso íntimo de la atención médica. Sostiene que “mientras el desarrollo conceptual y la transmisión de la teoría del conocimiento continua atrapada en el marco de un academicismo rígido y cientificista, la práctica de la profesión médica se orienta a partir de un conjunto de estructuras y relaciones de poder exógenas al proceso íntimo de la atención médica.”

Las nuevas condiciones del ejercicio profesional las analizó no sólo a partir de los condicionantes intrínsecos al proceso de atención médica, sino particularmente a partir de los efectos de las actuales políticas económicas, la reforma del Estado y las propias reformas sectoriales en marcha, están produciendo sobre las formas de contratación del trabajo médico, el desarrollo de nuevos escenarios de práctica, los conflictos profesionales y los cambios en el sistema de valores.

Los procesos de reforma sanitaria que vive el continente ha producido distintos efectos: disminución de los fondos del Estado que sostenía modelos de asistencia pública y gratuita, privatización de los sistemas de seguridad social y de regulación del sistema prestador o financiador de servicios con la consiguiente reducción de coberturas y una forzada “racionalización” de la práctica médica acompañada de la ruptura de la equidad y la calidad.

En el ámbito de la práctica médica han ocurrido cambios endógenos relacionados, por un lado, con la transmisión de conocimientos, prácticas y habilidades y, por otro, con los procesos lógico-formales y didácticos. Estos se expresan en dos pérdidas importantes: la de hora de dedicación a la cátedra y la de docentes adecuadamente capacitados con el consiguiente impacto sobre el recién egresado, quien termina recibiendo “un discurso divorciado de la acción o una acción divorciada de la realidad del mercado de trabajo en el que aspira a insertarse. Por otra parte la exigencia de conocimientos irrelevantes le ha demandado pagar un alto costo de oportunidad (perdida personal) y a los servicios le ha restado personal con capacidad resolutive”.

En un contexto de bajo nivel formativo de pregrado y ante la amenaza de penalidades por mala praxis, “concentrar el conocimiento” tiene excelentes ventajas comparativas: mejor “responsabilidad profesional” vs. “mayor conocimiento técnico son reaseguros de empleo con bajo riesgo. Esto explica la gran ampliación de la formación de posgrado vinculada a las especialidades que usan más tecnología o hacia aquellas mas procuradas en el mercado de trabajo.

Los cambios ocurridos en procesos condicionantes exógenos han jugado un papel mas importante: abandono de las políticas subsidiadoras de la oferta, lo que unido a la crisis económica y financiera ha limitado la posibilidad del gasto por parte de las entidades financiadoras de la seguridad Social.

La competencia desatada en el seno de la oferta, sobreexpandida, se ha expresado en criterios individualistas (sálvese quien pueda), lo cual ha quebrado el monopolio gremial llevando a los otros poderes institucionales profesionales a la ruptura de los principios liberales y la lucha por la subsistencia institucional.

Traslado del riesgo económico desde la seguridad social al grupo prestador, concentración de la oferta en escasos prestadores, desaparición de la intermediación, cambio en los criterios prescriptivos para contener el gasto, cierre al primer nivel de atención, institucionalización de la atención y competencia entre grupos privados intra o extrasectoriales, disminución del gasto en trabajo profesional y crecimiento del gasto sanatorial, tecnológico y en medicamentos.

Todo lo anterior mas la ausencia de controles, evaluación y auditoría médica, lleva a que la práctica se aleje cada vez más de los patrones de conducta reconocidos. Todos estos cambios no son analizados por la educación médica que mantiene su tradicional rigidez.

El ponente termina indicando que el desafío actual “consiste, a la vez, en evitar por un lado que la práctica médica sea cada vez más un referente apenas de las decisiones (mercado-dependientes) que se adoptan en espacios de poder extrasectoriales interesados en alentar “la guerra contra la enfermedad” y en propiciar -por otro— cambios en esa práctica que dando relevancia a la promoción de salud coadyuven a reorientar la educación médica hacia la identificación de necesidades y la resolución de problemas”.

El Dr. Carlos Vidal Layseca caracterizó su propia exposición sobre Universidad y Sociedad como un telón de fondo comenzado su análisis por un esbozo de escenario de corto plazo

que denominó la Universidad en los albores del Siglo XXI y que caracterizó afirmando que habrá “cambios sustanciales en los patrones de la salud, una tensión entre clientes colectivos y clientes individuales; organizaciones intermedias entre estos clientes y los profesionales de salud; dependencia de estos profesionales de las antes mencionadas organizaciones, a tal extremo reguladores que la única libertad que le quedará al futuro médico es la de pertenecer o no a ellas. Pronosticó, además, la pérdida de su indiscutible poder médico”.

Hipotetizó que de no existir reacción universitaria se instalará una evaluación desde afuera con parámetros ajenos a la Universidad pero funcionales al mercado.

En un segundo acápite denominado “La Universidad ante el escenario actual”, hace una fuerte crítica al uso de la técnica de escenarios, al planeamiento estratégico tal como se lo aplica en el campo empresarial, herramientas que asociadas con el marketing y la predica sobre las ventajas del mercado libre vienen profetizando rentabilidades sociales de dudosa concreción.

Utiliza la incapacidad de predicción en el pasado como una forma de relativizar los pronósticos de quiénes apuestan a que el mercado y el sector privado puede lograr lo que en el pasado el Estado no pudo alcanzar.

En lo referente a la viabilidad actual de la Universidad, colocó el dilema entre lograr una independencia económica del Estado para generar una dependencia económica del mercado. Esto podría estar llevando a una reconversión regresiva de las mismas Universidades.

Luego de compartir un conjunto de preguntas y/o dilemas generados que permiten construir una interesante agenda de discusión, concluyó exhortando a alejarnos de la idea que la Universidad sea una empresa y a que ésta se comprometa con propuestas organizadas alrededor de los valores de solidaridad y equidad, como base para la construcción de una política social en general, y de educación y salud en particular.

II. Reforma sectorial y educación médica. Análisis de casos específicos

CHILE

El Dr. Roberto Belmar resaltó que Chile fue el primer país en concebir el concepto de Servicio Nacional de Salud y el segundo en implementarlo legalmente. El gobierno autoritario del General Pinochet inició en 1989 cambios que llevaron a la privatización y al traspaso de los establecimientos de atención primaria a las municipalidades del país, forjando un sistema dual de salud donde coexistían separadamente un sector público pobre y un sector privado, la desarticulación de los establecimientos de atención primaria municipales de los servicios de salud, la disminución del gasto en este campo y un sistema orientado a la recuperación de la salud. El gobierno del presidente Aylwin propuso un nuevo programa de desarrollo con crecimiento, recuperación de la democracia y justicia social donde la salud pasa a buscar la equidad, solidaridad, participación social, eficiencia y descentralización.

Los objetivos en salud pasan a ser:

- a) hacer justicia en salud;
- b) dar más años a la vida; y,
- c) dar mas salud a los años.

Para cumplir estos objetivos se desarrollaron las siguientes tareas prioritarias: mejorar el acceso a la salud; resolver la crisis hospitalaria; dar un gran impulso a la prevención y protección de la salud; rescatar, consolidar y construir el sector-publico e integrar a los sectores privados y sectores solidarios (ONG de salud); y, preferenciar la atención primaria, como estrategia para alcanzar la equidad, descentralización, solidaridad, participación social y eficiencia.

Para el cumplimiento de cada una de las tareas prioritarias se han llevado a cabo diferentes acciones que el ponente destacó y se encuentran claramente establecidas en el documento base.

Señaló que para el cumplimiento de las diversas acciones, tareas prioritarias y objetivos, fue necesario desarrollar un activo proceso de educación del personal de la salud y recomienda reorientar la formación de pregrado de los estudiantes de las diversas carreras de la salud abordando la enseñanza de:

- técnicas de gestión moderna,
- técnicas de comunicación,
- introducción de las ciencias de la conducta en las currícula,
- fortalecimiento de las actividades de participación social y de trabajo en terreno.

CANADA

El Dr. Robert F. Maudsley presentó la experiencia vivida por el programa de “Educación de los futuros médicos de Ontario (EFPO)”.

La Ley Canadiense sobre la Salud reconoce como principios básicos: la universalidad, accesibilidad, transferibilidad de la cobertura de una provincia a otra, carácter integral y administración pública sin fines de lucro. El erario público financia el 72% de los gastos en salud, lo cual constituye el 9.2% del PIB y cada provincia gasta alrededor de un tercio de su presupuesto anual en salud. La mayor parte de los médicos canadienses ejerce la medicina en forma independiente y recibe un pago por los servicios que prestan bajo las normas que establecen las organizaciones médicas.

La mayor parte de los canadienses se hallan satisfechos con la atención que reciben y la mayor parte de los médicos están satisfechos por la forma organizativa de los servicios de salud. El problema actual radica en la recesión económica que vive el Canada, lo cual ha llevado a la disminución de las recuadaciones tributarias con la consiguiente merma de las transferencias de fondos a provincias y territorios. Esta situación obliga a disminuir el

número de médicos a través del control de ingresos de aspirantes en las Facultades y de la inmigración de médicos, incrementar la eficiencia administrativa y técnica a través del desarrollo de acciones de salud de similar eficacia pero de menor precio y la reforma educativa con miras a formar un profesional que responda a la “corriente de la demanda”.

A la luz de estas necesidades, la EFPO critica a la “corriente de la oferta” que se basa en la necesidad de buscar pacientes que se adapten a los intereses y capacidad técnica de los especialistas, del equipo y de los hospitales y resalta la “corriente de la demanda” que privilegia el punto de vista del paciente y de la comunidad, la carga de morbilidad que sobrelleva la comunidad, los factores que influyen en la gravedad de las enfermedades e impedimentos y la eficacia de las intervenciones.

Para alcanzar la meta general se han establecido cinco objetivos: a) definir las necesidades y expectativas del público; b) formar educadores; c) evaluar la competencia de los alumnos; d) apoyar innovaciones conexas con los programas de estudio; e) proporcionar un liderazgo permanente.

El EFPO reconoce, por otro lado, las siguientes funciones del médico: a) adopción de decisiones de tipo clínico y en calidad de experto en medicina; b) educador y humanista capaz de curar y de comunicarse; c) colaborador; de administrador de recursos; e) promotor de la salud, f) profesional dispuesto a aprender; e) científico e investigador. El programa además ha creado un plan de becas con el fin de rescatar personal que intervenga en la investigación y acción necesaria para el avance del mismo.

La EFPO, luego de sus cinco años de trabajo esta comenzando a ver cambios importantes y espera otros de mayor impacto.

BRASIL

El Dr. Eleutério Rodríguez analiza los cambios de la educación médica frente a las demandas de la Reforma Brasileña en Salud. Comienza apuntando las grandes diferencias de los procesos de reforma que actualmente se están implementando en los distintos países y remarca la “brutal disparidad entre los hemisferios norte y sur”; los primeros que miran la reforma dentro del marco competitivo de bloques económicos que disputan la hegemonía (Europa) o ante la urgencia de disminuir costos e incluir los segmentos excluidos del mercado (Estados Unidos), mientras que los segundos aparecen bajo la demanda ética de acceso a los beneficios mínimos que se supone vivir en la modernidad.

Rechaza las propuestas de moda surgidas desde los organismos internacionales y otros entes institucionales económico-político-ideológicos, que supuestamente quieren tener la respuesta “racional” para los males del capitalismo “atrasado”.

El ponente más bien considera que cada país puede dar una respuesta autárquica y por esto encamina su análisis por los caminos que vienen diseñando las fuerzas progresistas del Brasil en su proceso de reorientación de la salud. En esa medida, se apoya en la historia para analizar la forma como se constituyó el movimiento brasileño de Reforma Sanitaria y la

propuesta de implantación del Sistema Único de Salud - SUS, rescata los avances ocurridos en la conceptualización de la salud y sus determinantes y la necesaria intervención multidisciplinaria e intersectorial, la cuestión de la salud como derecho y atributo de ciudadanía y la dimensión técnico-estratégica del sistema de salud a ser reorientado para catalizar el proceso de democratización de la salud.

Al perder la política de salud su connotación meramente sectorial, aparece la salud como un fin en sí y no simplemente como un medio, con lo cual el SUS cumple el papel de establecer los principios y directrices que le confieren una misma doctrina y una misma lógica organizativa en todo el territorio nacional.

A pesar de los problemas y del brutal desfinanciamiento, la nueva lógica y acción que preconiza la Reforma Sanitaria y el SUS ha conseguido transformarse en la pauta central de los movimientos sociales que luchan por la salud y la vida, razón por la que analiza las limitaciones actualmente existentes para su avance.

El presente de la lucha por la Reforma Sanitaria debe dar cuenta de los problemas históricos de un Estado caracterizado por la "promiscuidad" entre los intereses públicos y privados que ha llevado a un cuadro de exclusión social y de mala calidad de vida y salud para la mayoría de la población. Analiza la forma como se constituyó el sistema público de salud conformado por un cuerpo bicéfalo con lógicas y clientelas distintas: un Ministerio de Salud pobre y una Previsión Social hegemónica que reparte los recursos cautivos a los productores de los servicios médicos curativos privados. Estudia la lógica de la cobertura con una práctica médica curativa individual, asistencialista y especializada, el apoyo estatal para la constitución del complejo médico-industrial, y el primado del lucro, la centralización de los procesos decisorios, la concentración de acciones en los centros urbanos, la estratificación del derecho a la salud, el énfasis en los servicios hospitalarios, la valorización de los servicios especializados y la remuneración de servicios contratados por producción con su concomitante corrupción y control del setenta por ciento de las camas hospitalarias por parte del sector empresarial no-ético.

Sobre este contradictorio tapete, la crisis económico-política de los años 70 y 80, lleva al enfrentamiento de tres tendencias que hasta ahora no han logrado una resolución definitiva: el sector privado contratado/convenido, el sector moderno y competitivo amparado en los seguros privados y el Movimiento de Reforma Sanitaria.

La Reforma tiene también que dar cuenta del propio paradigma asistencial mecanicista, individualista, biologicista, que prioriza la especialización y tecnificación, curativo y excluyente de prácticas alternativas, que constituye una fuerza interna que impide el avance de la Reforma. La alternativa para la construcción de una nueva forma de pensar y hacer, la encuentra el ponente en un paradigma sanitario que investigue y accione a partir de las realidades locales, el mismo que posibilitaría la introducción de nuevos supuestos de globalidad, descubrimiento de la determinación social de la salud-enfermedad, colectivismo, *equilibrio en el conocimiento general y especializado*, inclusión de prácticas alternativas, uso de tecnología adecuada e integralidad de la atención.

La posibilidad de implementación del paradigma sanitario requiere, por otro lado, de cambios fundamentales en la concepción del Estado: recuperación de su función pública, descentralización y participación de la población en la formulación y ejecución de las políticas correspondientes. En esta forma, el SUS podrá cumplir un papel normativo y fiscalizador sobre el conjunto de acciones de salud, hacer más eficiente la gestión pública, descentralizar, promover la participación de la población y dar cuenta del financiamiento.

El proceso de Reforma Sanitaria coloca grandes desafíos para la práctica médica y para la educación médica. En el ámbito de la práctica médica que manifiesta profundas contradicciones y limitaciones debido a problemas éticos, corporativos y económicos, es fundamental la reconstrucción de una alianza entre profesionales y usuarios con miras a encontrar solidariamente caminos para la solución de los problemas. Para educación médica el desafío consiste en redefinir su objeto, en términos de conocimiento y capacitación profesional que permitan la intervención positiva sobre el proceso de salud-enfermedad.

Una mínima agenda a ser cumplida por parte de las Universidades en relación con la Reforma y el SUS se asienta sobre los siguientes puntos: a) producción de ciencia y tecnología relevante para el proceso; b) redefinición gradual de los contenidos, prácticas y métodos de enseñanza/aprendizaje, a partir de las necesidades de la realidad "real" de los servicios de salud; c) redefinición del papel del docente, como "regente" o administrador de disciplinas y no como única fuente de conocimiento a ser transmitido; d) superación del Hospital Universitario como único y/o principal campo de entrenamiento y transformando el SUS en un verdadero sistema de salud-escuela; e) redefinición del papel del Hospital Universitario en la red regionalizada y jerarquizada; f) participación como miembro solidario y crítico en los niveles de decisión del SUS; g) participación en el proceso de educación continuada - actualización, reciclaje, titulación, etc. de todo el personal de salud, así como la promoción de la educación popular.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

El Dr. Fitzhugh Mullan comentó las lecciones aprendidas del debate sobre la reforma sanitaria en los Estados Unidos que son aplicables a la educación médica.

Planteo que el intenso debate de los últimos años generado por la llamada reforma Clinton se ha centrado en principios orientadores tales como cobertura universal, control de costos y garantía de calidad de la atención. El proceso político del plan lo mantiene en debate sin que se entreeve por el momento. La posibilidad de aprobación en el Congreso de su país. Sin embargo se considera el la instalación en la sociedad de este mismo debate ya como un producto que tiene repercusiones e interacciones con la educación médica.

Afirmó que la composición y estructura de una fuerza laboral de 600.000 médicos (2,5 x 1000 hrs) y 142 escuelas de medicinas tiene una fuerte influencia sobre los principios de cobertura, calidad y costos.

Como caracterización señalo algunos rasgos de esa fuerza laboral como la existencia de

100.000 médicos en cursos de postgrado, que dos tercios de los médicos ejercen como especialistas no primarios que la pediatría general, la clínica y la geriatría son considerados como especialistas primarios o generalistas, que existe un 21% de médicos egresados en otros países, etc.

Añadió que hoy existen dudas sobre que la educación médica esta produciendo el numero suficiente y la proporción adecuada de especialistas y generalistas sobre la distribución geográfica de los médicos.

Señaló como inquietudes:

- La falta de políticas nacionales sobre el particular,
- La combinación inapropiada de especialidades,
- La excesiva formación de médicos,
- La insuficiente participación de las minorías en la fuerza laboral médica,
- El uso insuficiente de profesionales no médicos.

En lo referente a algunos lineamientos políticos y objetivos que se han planteado en el plan resaltó:

- Políticas sobre fuerza laboral con consulta a diferentes sectores de la sociedad,
- Comisión nacional sobre el tema,
- El intento de graduar el 50% de los médicos orientados hacia la Atención Primaria,
- El reducir la proporción de alumnos de postgrado,
- Asignaciones federales para postgrado,
- El cofinanciamiento de la postgraduación por parte de los seguros de salud,
- El incremento de incentivos para el estudio de minorías
- Incentivos para la educación de profesionales.

Revisó una serie de lecciones que en su opinión se desprenden del debate concluyendo que aún sin legislación se encuentra ahora con una visión más clara de las relaciones entre educación médica y expectativa del público, que se ha conceptualizado que los médicos son un recurso humano valioso y costoso, que es necesario una mayor transparencia de los mecanismos decisorios sobre la formación médico profesional de pre y posgrado y que debe existir una mejor congruencia en el gasto público entre inversión en Educación Médica y políticas públicas.

CUBA

El Dr. José Baudilio Jardinez, Viceministro de Salud de Cuba, que expuso sobre el reto de la atención primaria y la eficiencia en Salud. Comenzó resaltando la necesidad de articular la reflexión con la acción en momentos en que el compromiso de la Educación Médica con las necesidades de Salud de la población no admite dilación.

Enfatizó la necesidad que las Facultades y Escuelas de Medicina definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser ante la Sociedad y los Servicios de Salud.

En relación al contexto de crisis puntualizó que Cuba no es una excepción a las graves restricciones económicas que padecen varios países de América Latina aunque, como es de conocimiento general, su panorama se complica por la intensificación del bloqueo económico de los EEUU, algunas de cuyas repercusiones podrían terminar afectando algunos logros en salud, lo que hasta la fecha parece no haber ocurrido por la cobertura y capacidad de respuesta del sistema de salud.

Justamente en el mapa de fortalezas y debilidades que realiza el sector para enfrentar esta crisis se identifican por un lado la existencia de un sistema nacional de salud y una política sanitaria, la integralidad de las acciones de intervención, la accesibilidad universal y gratuita, la evaluación sistemática y la participación activa de la población y las organizaciones sociales, como algunos de los factores que vienen operando a favor del mantenimiento y aún de algunas mejoras de los resultados en salud.

En cambio la restricción de recursos combinada con un histórico régimen de funcionamiento del sector con alto nivel de gasto y la centralización del sistema, son vistos como factores a remover no sólo para atravesar la actual coyuntura, sino como nuevos rasgos del sistema.

Expuso una serie de indicadores de levantamiento sistemático que permiten verificar un mantenimiento de la situación de salud, incluso por arriba de las propias expectativas del sector, identificando como elemento de alarma un leve incremento en el porcentaje de bajo peso al nacer que podría estar registrando las dificultades alimentarias por las que pasa el país.

La amplia cobertura del médico y la enfermera de familia que alcanza al 95% del país parece estar en el centro, no sólo de la protección de la salud de la gente, sino también en un cambio en los estándares de calidad de los servicios de salud, exigidos por una población más formada y exigente.

El rápido alcance de cobertura genera un nuevo problema que es la reconversión de la política de formación. Ya se han reducido los ingresos al pregrado y se esta reforzando al postgrado, la investigación y estimulando el involucramiento creciente de los profesores, incluso de las ciencias básicas, en el quehacer de los servicios de salud.

Se están generando nuevas Estrategias y Orientaciones para enfrentar las actuales condiciones que incluyen un mayor énfasis en la promoción de la salud, un mayor control del medio ambiente, a veces deteriorado como consecuencia de la misma crisis, un más eficiente sistema de detección precoz y oportuna de problemas de salud.

En el campo de la formación se reduce la influencia de las concepciones mas biologicistas sin reducir la rigurosidad de la formación técnica y humanista, se forma para una mayor asunción de responsabilidades como necesidad de formas más descentralizadas de gestión, se propician formas para generar recursos desde el sector y se estructura un movimiento de calidad total conceptualizada simultáneamente en el espacio del desempeño profesional y del compromiso social.

En la búsqueda de mecanismos operativos y herramientas de gestión de calidad se vienen aplicando en forma combinada cuatro herramientas: Planificación estratégica de recursos humanos en salud, acreditación educativa y de servicios, evaluación de competencias y desempeño profesional y formación integral.

Concluyó enfatizando que en su opinión son más los puntos de contacto y las necesidades que unen a nuestros países que los que los diferencian, e invitó a discutir una nueva agenda común de cooperación, sobre la base, entre otros tópicos, de una interiorización a la Universidad del debate sobre el proceso salud-enfermedad, sobre formas de profundizar la integración docencia-investigación y servicios, sobre nuevos desafíos éticos, sobre la Atención primaria y el médico de familia, el control social de la calidad de los recursos humanos en salud.

La mención a una frase de Martí, "Hacer es la mejor manera de decir", expreso en pocas palabras el carácter del aporte realizado a esta conferencia.

III. El desafío para la educación médica

Trabajo de grupos

La discusión se realizó sobre cuatro preguntas que sirvieron de base para la reflexión:

1. ¿En qué medida y de qué maneras los movimientos de reforma del Sector Salud han influenciado reorientaciones de la práctica profesional y pueden estar demandando cambios en la formación de médicos?

Frente a esta pregunta los grupos encararon diversos puntos de la muy compleja problemática que vive la Educación Médica. Del conjunto de respuestas hemos compuesto el siguiente relato.

Se ha considerado a Alma Ata como una referencia histórica, un momento en que se define un marco teórico-conceptual de una reforma con importante influencia en las reorientaciones de la práctica profesional, demandando cambios en los procesos de formación de médicos y otros profesionales de la salud.

Este momento define esencialmente al médico generalista adecuado a las necesidades de la Atención Primaria de Salud. Son numerosas las Facultades y Escuelas de Medicina que incorporan estas definiciones en sus objetivos educacionales, así como algunos países lo hacen con el concepto de medicina familiar en sus sistemas de salud.

Sin embargo los cambios políticos y sociales que signan la última década, con claro predominio de las concepciones mercantilistas neoliberales, llevan a una reforma real de la práctica médica.

El Estado se desentiende de su papel normatizador, controlador y asistencial y la salud pasa a ser un problema a resolver por el propio usuario. Este lo hace de acuerdo a su capacidad de percepción de la necesidad de asistencia y a su capacidad adquisitiva, individualmente o a través de diversas formas de organización social (ONG, instituciones de asistencia médica colectiva, gremios, comisiones vecinales, etc.), lo que conlleva una muy diferente accesibilidad a la asistencia médica de las distintos segmentos sociales.

Al mismo tiempo y de manera relacionada, la incorporación de tecnologías cada vez más sofisticada y su demanda y las restricciones en el mercado laboral médico, inducen a la especialización en detrimento de la formación médica generalista. Se desarrolla así una medicina institucionalizada, socialmente segmentada, altamente tecnificada, que lleva a la pérdida en la equidad y al retroceso en el concepto de salud como Derecho Social tan ampliamente incorporado al discurso de diversos ámbitos políticos, sociales y educacionales.

La política de mercado en la salud y el propio médico que busca su inserción en este contexto socio-cultural, determinan así este patrón asistencial que paulatinamente deja más sectores de la sociedad fuera del mismo. Paradójicamente, la alta inversión en tecnología muestra un alto índice de insatisfacción del usuario, por factores derivados principalmente de la deshumanización en la práctica médica.

Frente a esta realidad, la Educación Médica entra en crisis, limitada en su capacidad de adaptación a la nueva situación. En muchas Facultades y Escuelas Médicas se vive un doble discurso: por un lado los objetivos educacionales definidos y por otro los resultados de la presión que ejerce la realidad sobre la institución.

La fuerte tendencia a la hospitalización y a la especialización, inducida por el mercado laboral médico, los intereses de las empresas médicas y las condiciones que dicho mercado impone al nuevo graduado, funciona como una "quinta columna" que resiste a los procesos educacionales que se basan en un paradigma de médico generalista en función del individuo como ser social.

Al mismo tiempo, la falta de políticas educacionales de estado distorsiona aún más la educación médica, por ejemplo a través de los bajos salarios docentes, el multiempleo y la baja

dedicación a las funciones universitarias básicas. Esto se suma a la problemática de la masificación estudiantil y docente que viven muchas Escuelas de Medicina. A esto se agrega el desinterés estudiantil, fundamentalmente debido a las pobres expectativas o a la modificación de las que tenían al ingreso a las carreras bio-médicas.

En suma, históricamente podemos definir un proceso de reforma y contrarreforma que nos encuentra hoy en una etapa crítica, donde se destaca la deserción del estado, la presión del mercado y la empresa médica y la falta de una presión social exigente de la equidad en salud.

2. ¿Cómo podrían la Universidad y las Facultades de Medicina comprometerse en el desarrollo de los procesos de reorientación sectorial apoyando el logro de los objetivos de equidad, eficacia y eficiencia?

La pregunta generó un debate que incluyó en primer lugar a la Universidad y su relación con la Sociedad y el Estado.

Los relatos ven a una Universidad en crisis que en función de diferentes contextos puede cumplir un rol progresista y renovador como puede, también, tener una función conservadora y/o resistente a los cambios en la sociedad.

La autonomía Universitaria conquistada y reconquistada en función de los procesos democráticos en América Latina, no puede ser un concepto que justifique un aislamiento de la sociedad. Esa misma sociedad que no tiene hoy un espacio de expresión en la Universidad pero que en definitiva es quien la sustenta y la legítima.

Esta autonomía política en la práctica se vulnera con la reducción de recursos económicos que la hace más dependiente y estimula intencionadamente procesos de autoprivatización legitimados por su propia pauperización.

Sin embargo esta Universidad sigue siendo depositaria de un rol en la dinámica de transformación de nuestras sociedades que no se visualiza con los rasgos omnipotentes de los años sesenta, pero tampoco con los rasgos fatalistas de los ochenta. Se piensa una Universidad más modesta pero comprometida y solidaria, concurrente con otros actores en procesos de cambio hacia sociedades más justas.

En las referencias a la vinculación Universidad-Estado se deja traducir que existen dificultades, tanto por las implícitas políticas de desfinanciamiento, como por el retroceso de su rol como garante del derecho a la salud.

A pesar de ello se continúan privilegiando las políticas de cooperación con los Ministerios de Salud, aunque ampliando ahora la cooperación a nuevos actores e interlocutores de dentro y de fuera del sector salud.

Esa misma Universidad se visualiza como uno de esos interlocutores para incidir en las políticas de Salud por el peso específico de sus funciones básicas, formación, investigación y servicios, de tal forma que no sólo se percibe respondiendo a políticas de salud sino también contribuyendo a su construcción.

Esta relación queda ejemplificada en las potencialidades de la Universidad en participar en los procesos de Gestión de Calidad de los servicios y la de estos en la Gestión de Calidad de Educación.

En el ambiente interno se verifican deudas de la Universidad. La necesidad de mejorar sus estilos y herramientas de gestión, la necesidad de profundizar sus procesos de democratización, la necesidad de generar mecanismos para revitalizar y profundizar la participación estudiantil y el establecimiento de nuevos pactos de gobernabilidad. Resolver estas deudas, entre otras, puede contribuir a que la conflictividad interna no pueda ser utilizada como excusa para postergar el enfrentamiento de las nuevas demandas de la sociedad.

Los debates alcanzaron al rol de la Universidad privada en este contexto y la necesidad de su involucramiento por la función social que debe cumplir toda Universidad.

La necesidad de estudios de los mercados educativos y de trabajo y la generación de mecanismos no autoritarios de regulación parecen demandar alguna forma de generación y socialización de información y renovados mecanismos de planificación consensuada de recursos humanos en salud.

Las características de las crisis parecen haber alcanzado a los docentes, en quienes se reconoce el impacto de los salarios bajos pero además se verifica, en algunos casos, un cierto desánimo, atribuido a una cierta incapacidad de lectura y comprensión de la realidad, a la quiebra de paradigmas o a una cierta incongruencia entre discurso y práctica.

En relación a la Educación Médica numerosas intervenciones señalaron:

- La importancia de la formación de un médico generalista y la necesidad de reforzar esta formación con modificaciones en el modelo de atención y en el mercado de trabajo.
- La potencialidad de las experiencias formativas y laborales interdisciplinarias.
- La necesidad de generar un desarrollo no antagónico entre la medicina general y la formación de especialistas.
- La importancia de la incorporación temprana de experiencias de formación en escenarios comunitarios.
- La participación de la universidad en los procesos de educación permanente en los servicios de salud y su articulación con los procesos de educación popular en salud.
- La necesidad de reforzar la formación social de los médicos y de incluir una formación administrativa del profesional de salud.
- La formación docente de los profesores con nuevos paradigmas educacionales.

Por último se esbozó la posibilidad de imaginar un nuevo perfil profesional del médico, en función de lo definido por el documento de posición latinoamericana en Edimburgo,

que enfatice un cambio en la naturaleza de sus contratos con la población, que lo coloque en una posición más lateral y solidaria, con funciones de consejero y de defensa del Derecho a la Salud, incluso en sus dimensiones más operativas.

3. El concepto de ética médica aún sigue basado en un modelo de práctica médica que, en muchas realidades, ya no es el predominante. Hay necesidad de una revisión de esos conceptos? Cómo observa usted esta nueva ética médica?

Los grupos de trabajo reconocieron que los cambios acelerados ocurridos a nivel de la ciencia y la técnica y su incorporación en la investigación y práctica en salud, la colectivización de la atención médica y su pérdida de autonomía la modificación de las relaciones del Estado con la sociedad civil y la transformación de los servicios de salud en mercados emergentes, imponen un análisis crítico de las valoraciones éticas tradicionales basadas en los principios hipocráticos.

Algunos grupos consideraron la necesidad de definir una nueva ética, mientras que otros consideraron que se trata mas bien, de la ampliación de la bioética y de ontología a través de la integración de principios valorativos sociales y ecológicos. Otros apuntaron la existencia de una ética general, de la cual la medicina debería extraer los nuevos postulados que posibiliten construir las pautas necesarias para esta época.

Lo anterior establece un requerimiento de nueva construcción que debe llevarse a cabo con la participación de todos los actores comprometidos con la salud: la población y sus organizaciones, las instituciones gremiales, de educación y de servicio. La Universidad cumpliría un papel fundamental en esta empresa y en ningún momento podría aceptarse que su autonomía le posibilite desentenderse de esta obligación.

Para el avance del compromiso ético, la Escuela Médica y la Universidad deben hacer una crítica severa a su proyección, que la coloca con una posición radical hacia afuera y profundamente conservadora hacia adentro, a su aceptación de la cambiante ética inherente al acto médico, que se modifica de acuerdo con la capacidad adquisitiva del paciente o con el lugar de empleo o institución en la que se lleva a cabo. Al mismo tiempo debe reconocer que las transgresiones que ocurren en su seno, agregan la problemática de su multiplicación y diseminación ya que la ética se aprende fundamentalmente por contacto y ejemplo y en esa medida el estudiante no puede asumir un "ethos" que no este presente en la práctica cotidiana de la institución universitaria y en el quehacer de los profesores.

El intento constructivo debe visualizar los distintos espacios y problemas de la realidad. Debe basarse en el compromiso de defensa del Derecho a la Salud y la equidad como marco general e inalienable, pero debe recorrer los aspectos particulares relacionados con la vida institucional universitaria, con la práctica médica, con el acto docente y con la vida cotidiana del paciente y la comunidad. La ética no puede constituir únicamente un postulado teórico, si no que debe reconstruirse diariamente, con mutuo respeto y en forma dinámica y participativa. De lo que se trata es de llevar a cabo una revisión y análisis continuo de cada

uno de los actos que ejecuta la Escuela Médica para consolidar críticamente los conceptos y lineamientos que guíen la acción y posibiliten el avance y ampliación de la proyección ética del quehacer médico.

La Universidad tiene la obligación de sensibilizar a todos sus miembros: estudiantes, profesores y trabajadores, sobre la urgencia de avanzar en la construcción de sólidos principios éticos que guíen el accionar. En esa medida, se reconoció la necesidad de que se considere desde un inicio las características de compromiso social y juicio valorativo de los aspirantes y estudiantes. En todos los momentos de la formación, la preocupación por la ética debe estar presente, ya sea como contenidos docentes distribuidos en el currículo, o como reflexión constante alrededor de los conocimientos, prácticas, uso de las técnicas y su aplicación en los pacientes y comunidades.

4. Frente a las tendencias actuales de segmentación social, de prácticas asistenciales con base en diferencias de poder adquisitivo, ¿cómo evitar la reproducción de este patrón de práctica a nivel de la formación profesional, resguardando los objetivos de calidad y de equidad?

Se considera que, en parte, esta pregunta se responde con los contenidos de algunas de las respuestas dadas a las anteriores, en especial a la segunda.

Algunos grupos entienden que el Gobierno debería redefinir políticas de Estado para que éste, contrariamente a la tendencia actual, asuma nuevas funciones y más complejas.

Hay quienes sostienen que no es posible evitar totalmente la reproducción de estos modelos, pero se puede procurar que disminuyan las diferencias mediante políticas de salud más equánimes.

La regionalización del sistema debe tender a garantizar un acceso igualitario respetando el Derecho a la Salud de las colectividades.

Se debe pasar de la noción de “paciente” - sujeto pasivo— y “cliente” -comprador de mercancía-, al de ciudadano usuario como sujeto activo, actor crítico de su propio proceso de salud enfermedad.

Uno de los grupos dejó abierto un margen para una adecuación de los planteos a los recursos y posibilidades de cada clase.

La respuesta debe surgir del seno de las instituciones. La Universidad debe:

- a) Investigar las reales necesidades de atención de salud para:
 - orientar la formación del profesional que se necesita.
 - hacer propuestas de cambio.
 - ejercer una especie de control de las desviaciones a los modelos que se consideran paradigmáticos.

- b) Poner mayor énfasis en los aspectos psicosociales, con valores educativos que tiendan a lograr una medicina altamente humanizada, en contraposición a la concepción biologicista pura. Se debe canalizar el potencial sensible de los estudiantes que inician la carrera, reconociendo su particular carga cultural.
- c) Aumentar los canales de participación e inserción social, manteniendo en forma equilibrada valores irrenunciables como los de equidad, pertenencia y excelencia. Modificación necesaria de la Universidad y del servicio, modelos de integración docente asistencial. La gestión de calidad como una de las metas.
- d) Profundizar la participación estudiantil en la gestión de formación de recursos humanos, considerando que es un sector que no tiene preconcepciones sobre la realidad que se pretende corregir.
- e) Rescatar los conceptos de Alma Ata para conseguir una respuesta que atiende en forma mas equitativa a los requerimientos de salud de la población. Se debe formar específicamente a docentes de atención primaria de la salud.

MOMENTO METODOLOGICO

I. Gestión de calidad en Educación Médica.

La primera exposición del panel “Toma de Posición frente a las Experiencias Evaluativas en Educación Médica”, estuvo a cargo de la Dra. María Isabel Rodríguez, quien tomó como objeto de reflexión algunas de las más relevantes experiencias evaluativas en educación médica, las cuales fueron seleccionadas por su valor como expresión de grandes corrientes de pensamiento en el desarrollo de la educación médica latinoamericana.

El análisis de los propósitos de cada estudio, del contexto en que se produjeron, de las corrientes educativas que impregnaron cada experiencia y su orientación en función de las categorías utilizadas, sustentó la formulación de una propuesta latinoamericana ante los retos a que se enfrenta la educación médica del momento y del futuro inmediato.

El informe Flexner (1910) fue analizado desde la perspectiva de su contribución a la consolidación de un nuevo paradigma de la medicina, la medicina científica, cristalizada en el modelo biomédico clínico, reflejo en lo educativo de ese mismo modelo de concepción y práctica de la medicina. Se consideró en forma especial el impacto del estudio Flexner en la educación médica latinoamericana, así como los modelos evaluativos que generó, reforzados por el desarrollo de la tecnología educativa de la época.

Una nueva visión de calidad de la educación médica fue identificada en el estudio de Juan César García (1968) sobre la educación médica latinoamericana, al concebir la educación no como un proceso aislado sino “subordinada a la sociedad en que se desarrolla”. El modelo de análisis del proceso educativo se planteó en el contexto de las relaciones de la medicina

con la estructura social, sin descuidar las instituciones educativas, los agentes, proceso y relaciones de la enseñanza, las cuales fueron utilizadas como categorías de análisis.

Los procesos de transformación, cambio o innovación en la formación del médico, generados en América Latina en las últimas tres décadas fueron tomados como base para el análisis de los modelos evaluativos, partiendo de la consideración que toda innovación educativa exige la formulación de un proceso evaluativo que se construya simultáneamente y se desarrolle alimentando y reorientando el proceso educativo integral. El estudio de los esfuerzos evaluativos en los proyectos innovadores sirvió de base para la elaboración de algunas consideraciones sobre como orientar la evaluación en búsqueda de la calidad, su socialización, la construcción de metodologías, la permanencia del proceso, el papel de los actores externos e internos, el papel de las experiencias esporádicas y eventuales, la descotextualización de las oficinas de evaluación y las unidades burocráticas centralizadoras de los procesos de evaluación y la incorporación del proceso evaluativo desde el inicio en la formulación de los proyectos.

La experiencia latinoamericana en el análisis prospectivo de la educación médica (1985) fue analizada enfatizando el concepto de calidad que desarrolla el estudio, en función de un marco conceptual que tomó en cuenta el contexto socioeconómico y político, el desarrollo científico técnico, los patrones de ejercicio profesional y la estructura y función de los servicios. Como metodología el estudio utilizó la autoevaluación institucional abriendo un espacio importante a la planificación estratégica de recursos humanos, percibida como su estrategia de intervención.

La posición latinoamericana presentada a la Conferencia Mundial de Educación Médica de Edinburgo (1993) es propuesta como punto de partida para la generación de un movimiento latinoamericano de transformación de la educación médica. La construcción o reconstrucción de un modelo educativo de carácter integral debe generar simultáneamente la construcción de un proceso evaluativo integral inscrito en las premisas del documento de referencia.

En base a las experiencias analizadas se sugiere a las facultades y escuelas el desarrollo de un intenso trabajo de reflexión intrainstitucional capaz de contribuir a la transformación del proceso educativo y de sus actores, a través de un esfuerzo de construcción profundamente participativo. Se propone la construcción colectiva del consenso hacia dentro de las instituciones y la discusión abierta con los sectores íntimamente vinculados al proceso de formación de los médicos. En este mismo sentido la construcción de un proceso evaluativo que incorpore el concepto de calidad definido por la institución, tomando en cuenta también los referentes nacionales e internacionales, se consideró como la mejor respuesta en contra de las crecientes demandas para que se adopten criterios ajenos a la realidad institucional.

Correspondió al Dr. Enrique Ruelas la exposición "El Ciclo Interactivo de la calidad educación - atención y estrategias, garantía de calidad de la Educación Médica", siendo el tema del primer panel.

El contenido de la misma apunta esencialmente a la aplicación de los principios metodológicos de la garantía de calidad aplicada a los servicios de salud, al campo de la Educación Médica, definiéndose objetivamente los parámetros de la calidad desde una concepción del proceso educativo como proceso técnico-científico.

El llamado ciclo interactivo propone un modelo de relaciones interdependientes que existen entre la calidad de la Educación Médica y la calidad de la atención médica, relación que desde una perspectiva probabilística se asume como directamente proporcional.

En relación a las estrategias para garantizar la calidad de la Educación Médica, las mismas se proponen a partir de las experiencias positivas desarrolladas en los servicios de salud y son: la acreditación, los programas internos de mejoramiento continuo - calidad total, y sistemas de enseñanza-aprendizaje enfocados en calidad.

La tercera exposición del Panel, realizada por el Dr. **Roberto Passos Nogueira**, partió de la crítica al concepto “auto-centrado” de calidad, que tiene como elemento fundamental la excelencia de la formación técnico-científica del agente del proceso de trabajo y, por extensión, la sofisticación o densidad tecnológica de los medios que ese agente maneja en la ejecución de su trabajo. Consideró que la crisis del paradigma flexneriano -al interior del cual se encuentra tal concepto de calidad - se inserta en la crisis más amplia de los referentes doctrinarios del cientificismo, lo cual ha orientado, en la era moderna, la búsqueda de soluciones para todos los problemas de la humanidad a partir del conocimiento científico y de los instrumentos de él resultantes.

Propuso la adopción de otro concepto de calidad, construido por la interacción de actores que se relacionan en contextos sociales concretos, cuyo enunciado genérico podría ser “lo mejor en la situación actual” o “lo que es posible construir a partir del momento y de la situación actual”. Este concepto, aplicado al campo de la Educación Médica, podrá significar, al revés de la subordinación de la relación docente-alumno a nuevas y más restrictivas reglas, la posibilidad de explotar la creatividad y ejercitar la innovación en el proceso pedagógico. De este modo, la gestión de la calidad en la escuela médica se volvería una contribución al avance democrático en la Universidad, en la dirección de los deseos y expectativas de sus clientes: el alumno, y en última instancia la sociedad, que se vale de los servicios de los egresados.

II. Experiencias de validación de la gestión de calidad.

Fueron presentadas cuatro experiencias de Gestión de calidad: los casos de las Escuelas Médicas de Londrina (Brasil), de Montevideo, (Uruguay), de Cali (Colombia), y de Pinar del Río (Cuba).

Las exposiciones comprobaron la gran variación que puede existir entre las respectivas estrategias de gestión de calidad, en función de las condiciones locales, así como el propio enfoque que tienen los diferentes protagonistas con respecto a este tema.

La descripción de cada presentación consta en los Anales del Encuentro, donde se podrá comprobar la riqueza de cada una de las experiencias.

III. En búsqueda de la calidad

1. Las nuevas condiciones del contexto social y las transformaciones de la práctica médica colocan a la Universidad y a las Facultades de Medicina, frente a importantes definiciones sobre su desarrollo futuro. Una de ellas es la definición de su misión institucional ante los desafíos de la salud de la población en este contexto.

¿Cuáles serían los principales criterios o parámetros para la definición de esa nueva misión?

Fueron agregados a los presentados en la guía, otros referentes de la misión de la Universidad y de las Facultades de Medicina; entre ellos, las condiciones de salud de la población, las tendencias en la reorganización de los servicios de salud, las respuestas sociales emergentes, los avances científico-tecnológicos, el redimensionamiento de la ética y el fortalecimiento de la conciencia ciudadana. Situaciones que plantean a la Universidad y a las Facultades de Medicina nuevos retos y desafíos ineludibles si busca recuperar o mantener su legitimidad y pertinencia social.

La mayor parte de los grupos identificó misión con el quehacer o las funciones universitarias de docencia, investigación y extensión o servicios; muy pocos recuperaron el sentido estratégico de la misión como elemento básico de direccionalidad, que expresa la contribución social, el para qué existe la institución y cuál es su identidad social.

Desde esta perspectiva se identifican diversas posiciones. Una, que no se necesita de una nueva misión, sino más que nada adaptar la ya existente (definida como la de servir a la sociedad, siendo su reserva intelectual y su conciencia crítica) a las nuevas condiciones.

Otras posiciones favorecen la definición de una nueva misión, mediada por un nuevo contrato social entre la Universidad y la Sociedad,

- basada en una profunda autocrítica;
- redimensionando e integrando lo académico, lo técnico, lo político y lo ético;
- desde un enfoque estratégico reconociendo y convocando a la participación de los múltiples actores/sujetos sociales (cuerpo docente, alumnos, personal de los servicios, comunidad y otros) para su viabilización y para posibilidad la identificación y compromiso con ella.

Esa nueva misión se sustentaría en los principios o valores de la equidad, la democracia, la eficiencia y la eficacia, la participación y la integralidad para superar el riesgo de que los criterios gerenciales ahoguen los principios del compromiso social de la Universidad y superando las polarizaciones entre los intereses institucionales y las necesidades sociales, y entre lo científico y lo humanista.

La misión debe expresarse en el compromiso con la construcción de un nuevo paradigma de la salud y de la medicina, en la formación de profesionales capaces de entender y enfrentar críticamente las condiciones actuales de la práctica médica, en jugar un rol protagónico en la toma de decisiones que impactan en la salud de la población (políticas y planes entre ellas) y en la defensa del Derecho a la Salud.

2. ¿Como ve usted la posibilidad de adopción de estrategias participativas de diagnóstico y acción de la práctica educacional para el alcance de la nueva misión pretendida?

Hay un reconocimiento de que la legitimidad y credibilidad de las Facultades no debe definirse solamente desde y hacia adentro de las instituciones; que es necesario poner a la Universidad en perspectiva social, en diálogo o incluso en confrontación con otros actores sociales que condicionan lo que la Universidad y las Facultades son y pueden ser en el futuro.

El poco desarrollo de una “cultura de la participación al interior de muchas de las Universidades y Facultades, hace necesario que éstas se involucren en procesos de “formación para la participación”, formación enmarcada en los principios de la democracia y la solidaridad.

La adopción de estrategias participativas está limitada por la burocratización y por la poca flexibilidad administrativa de las Universidades, por la discontinuidad en la conducción y en el desarrollo de planes y proyectos, y por la poca capacidad institucional de responder rápidamente a nuevas situaciones y retos.

El desarrollo de instancias más pluralistas y suprainstitucionales, como los grupos de trabajo intersectoriales o interinstitucionales, los Consejos Nacionales de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS), han permitido hacer diagnósticos más integrales y ubicar los procesos educativos en marcos más amplios. Se recomienda el análisis de las experiencias documentadas para retomar elementos que fortalezcan otros procesos en marcha.

Las estrategias participativas también deben convocar a los egresados de las Universidades, para poder tener una retroalimentación permanente de aquellos que están insertos en el mercado de trabajo. Lo anterior debería de acompañarse de cambios profundos en los enfoques y métodos de enseñanza-aprendizaje, de manera de posibilitar el egreso de sujetos con capacidad de autogestión y autoaprendizaje.

3. ¿Cómo se puede definir, dimensionar y evaluar la calidad de la Educación Médica, no solamente como excelencia técnica sino también como relevancia social?

La lectura de los relatos revela que varios grupos buscaron predominantemente establecer un consenso sobre el significado de los términos “excelencia técnica” y “relevancia social” de la Educación Médica. A pesar de que presentaron variaciones en la extensión o la profundidad con que fueron abordados los referidos términos la consolidación de contribuciones de los diferentes grupos puede ser expresada de la siguiente manera:

- Excelencia técnica es un término que está comúnmente referido a la calificación del médico, relativo a su formación profesional de pre y posgraduación, lo mismo que al aparato tecnológico con que trabaja ese médico.
- Relevancia social se refiere a las implicancias prácticas o a los resultados esperados de actuación profesional que se expresan en impactos sobre las condiciones o los perfiles de la salud de la población.

Idealmente, la excelencia técnica debería reflejar los elementos de la relevancia social. Con todo, no es lo que se observa en la situación real de prácticamente todas las Escuelas Médicas. La principal explicación de esta disociación surge del significado práctico del término calidad, que está marcado por el enfoque que privilegia la calificación del agente y de los medios de trabajo, en perjuicio de la razón de ser, del objeto del trabajo en salud, que es la propia salud de las personas y de los conjuntos poblacionales.

Con respecto a la pregunta realizada, igualmente se observa cierta dispersión en la extensión y en la profundidad con que tomaron posición los grupos de trabajo. Con todo, los siguientes aportes fueron presentados en diversos relatos:

- La definición de la calidad de la Educación Médica no debe tener validez o aceptación universal, pero debe reflejar el consenso social establecido en situaciones concretas; ese proceso de concertación debe involucrar a distintos actores interesados en la formación de profesionales de la salud: docentes, alumnos, la población (usuarios) y las organizaciones que brindan servicios (en especial las públicas).
- Como corolario del concepto anterior, el dimensionamiento y la evaluación de la calidad de la Educación Médica debe, igualmente, expresar el consenso y constituirse en procesos participativos más amplios, involucrando segmentos internos de las escuelas/universidades (docente), alumnos y funcionarios administrativos), al igual que representante sociales externos (población e instituciones).

Con respecto a la definición de calidad, vale hacer referencia a las siguientes consideraciones presentadas por uno de los grupos de trabajo:

“Es necesario hacer conciencia del peligro que implica, por un lado, el no tener clara una definición, lo cual deja espacio abierto para la noción de calidad que intenta imponerse desde una lógica “gerencial”, basada en la rentabilidad económica. Pero también hay que evitar el proyectar una imagen de calidad poco exigente, una especie de formación de “médicos de segunda” para una atención médica elemental.”

4. Los conceptos de calidad de la atención médica y calidad de la educación obedecen ambos al mismo paradigma. ¿Que posibilidades y limitaciones puede tener la aplicación

de modelos de mejoramiento de la calidad de la Educación Médica inspirados en aquellos que se utilizan en la práctica médica?

Las discusiones de los diversos grupos apuntan en el sentido de establecer diferentes enfoques estratégicos para la gestión de calidad en los servicios y en la educación, como consecuencia de la naturaleza diversa de esos dos procesos.

Esto no descarta, sino que por el contrario presupone la necesidad del desarrollo sinérgico de estrategias de gestión de calidad en los dos procesos, dado el carácter interactivo de los mismos. Dicho de otro modo, como no es posible disociar la educación de la práctica médica, tampoco sería razonable implementar propuestas de gestión de calidad volcadas exclusivamente hacia uno de esos procesos.

El principal riesgo, según algunos de los relatos de grupo, en proponer la aplicación directa de modelos de gestión de calidad en servicios para la Educación Médica, sería perpetuar la formación biologicista y tecnicista, ya que estas son las pautas del actual modelo asistencial, las cuales signan los propios modelos de gestión de esos servicios.

De ese modo, aunque se reconozca como válido aprovechar para la mejora de la calidad de la Educación Médica -cuando se considere adecuado—, parte de la vasta experiencia en modelos de mejora de calidad de los servicios, lo más recomendable es buscar desarrollar propuestas más acordes con las peculiaridades del proceso educativo.

Cuando se habla de calidad en educación, se debe considerar que el elemento central de ese proceso es la comunicación. Cuando se habla de educación Médica, lo que está en juego es un proceso particular de comunicación entre actores peculiares, que son los alumnos y los profesores, situados en un contexto también peculiar, que es la escuela médica.

Por todo lo expuesto, lo más ponderado es reconocer la necesidad de un mejor desarrollo conceptual y doctrinario del tema de la gestión de calidad en Educación Médica, sin descuidar la realización de experiencias concretas en esa área, inclusive porque esa sería la forma de convalidación de los esfuerzos en el campo teórico.

MOMENTO APLICATIVO

El momento aplicativo del Encuentro se organizó en tres actividades diferenciadas. En la primera (Un mandato de Calidad) se presentaron tres experiencias nacionales interinstitucionales que se orientan de diferente manera y con diferentes objetivos a la evaluación de la Educación Médica. En la segunda (Construcción de Viabilidad) se presentaron experiencias subregionales y nacionales de construcción de enfoques y procesos para evaluar de manera concertada la Educación Médica enfatizando la calidad. En la tercera, se realizó una reflexión y debate en grupos organizados por países o grupos de países acerca de los procesos de evaluación de la Educación Médica, a la luz de las experiencias presentadas.

I. Un mandato de calidad

En este momento se presentaron tres experiencias evaluativas de diferente alcance y naturaleza: la experiencia de la American Medical Association (AMA) en EEUU y Canadá, la experiencia mexicana de la Comisión interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos y la de Brasil de la Comisión Interinstitucional Nacional de Evaluación de la Educación Médica (CINAEM).

La experiencia norteamericana en evaluación de la competencia profesional y de la Educación Médica

El *Dr. Carlos Martini*, Vice Presidente de Educación Médica de la American Medical Association (AMA), presentó la experiencia norteamericana en evaluación de la competencia profesional en relación con La Educación Médica. Fue enfático al indicar la interrelación que existe entre los procesos de evaluación de la competencia individual (certificación) y los de evaluación de la Educación Médica (acreditación de programas educativos).

Los procesos que ahora se denominan certificación son en esencia evaluación de la competencia técnica profesional, y desde ese punto de vista tienen antecedentes históricos antiguos y son comunes, en sus orígenes y formas básicas de realizar, a muchas profesiones. El proceso de otorgar licencias para el ejercicio de alguna práctica definida es un mecanismo de control que desde hace varios siglos utilizan los Estados. En los Estados Unidos se institucionalizan los procesos de certificación desde mediados del siglo XIX, en un contexto de auge de diversas escuelas de pensamiento médico y de mayor intervención estatal para velar por la seguridad de la población y no dejar en manos de las diversas sociedades médicas el otorgamiento de las licencias.

Desde los inicios de este siglo la AMA empezó a impulsar activamente nuevos requisitos para la evaluación de la competencia profesional, a cuestionar el papel estatal y a tener un rol protagónico en estos procesos. Es así que solicita y participa del estudio de Flexner, que es un hito en el desarrollo de la llamada medicina científica. En este punto, sin embargo, el ponente enfatizó, desde su punto de vista, dos elementos que contribuyen al debate en este encuentro:

- El uso político que realizara la AMA del informe Flexner para desarrollar procesos estandarizados y universales para evaluar la competencia y la Educación Médica y la formación de posgrado médico en EEUU y Canadá (acreditación).
- La inexistencia de un modelo flexneriano de formación médica, al considerar que dicho informe no hizo más que institucionalizar tendencias educativas y de práctica ya en marcha.

Desde 1917 la AMA, por medio de organismos ad-hoc promueve y realiza exámenes estandarizados de ingreso y de competencia profesional y de revalidación (para extranjeros), basados en criterios normativos derivados de la observación previa del comportamiento de grupos control. Se trata de procesos complejos que no están exentos de cuestionamientos conceptuales y metodológicos. Es notorio el interés que en otros países concita el examen de la ECFMG, que desde 1995 incorpora elementos de evaluación de destrezas clínicas, existiendo en la actualidad algún proyecto -controvertido- de adoptarlo como criterio universal de calidad de la Educación Médica.

La evaluación de la Educación Médica que la AMA impulsa, junto a la Asociación Americana de Escuelas de Medicina en un Comité de Enlace de Educación Médica, se realiza por medio de los procesos de acreditación de programas educativos. Dicho proceso se basa en tres principios: voluntario, educativo no punitivo y realizado por pares. Al mismo tiempo es un proceso regulado por el Estado a través del Departamento de Educación, quien evalúa al organismo acreditador (el comité de enlace).

El enfoque de acreditación supone un proceso de autoanálisis y la evaluación externa por expertos nombrados por el organismo acreditador. Se realiza cada siete años y se basa en criterios normativos estrictos, revisados periódicamente, y sus resultados son de dominio público. Debe incluir la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los programas educativos, aunque hasta ahora ha estado basada en las dos primeras dimensiones. Se enfatizó el hecho que se acreditan los programas y no las instituciones, así como que la acreditación no conlleva una clasificación de las Facultades.

La acreditación no está exenta de críticas. Las más importantes se refieren al desarrollo de las normas, a la variabilidad que conlleva la modalidad de visitas de los expertos y a la falta de sanciones negativas. No obstante, el balance, en la perspectiva del Dr. Martini es positivo, calificando a este mecanismo como el mejor que existe para la evaluación de programas.

Quedó bastante claro que el proceso de acreditación que impulsa la AMA responde a las especificidades históricas, políticas, sociales y económicas de los Estados Unidos así como a la organización de la atención y la Educación Médica en ese país. Existe por tanto en Estados Unidos y Canadá una importante experiencia acumulada sobre dos modos de evaluar la formación y el desempeño médicos: los exámenes nacionales estandarizados y la acreditación de programas. La AMA, por intermedio del expositor, ofreció colaboración a los países e instituciones que tuvieran interés en desarrollar mecanismos similares.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS)

La experiencia de la CIFRHS fue presentada por el Dr. Julio Cacho Salazar. La comisión se creó por iniciativa gubernamental en 1983 con el objetivo de constituir un ámbito de responsabilidad compartida entre instituciones educativas y de salud en lo referente a la formación y capacitación del personal de salud. Sus funciones son básicamente de coordina-

ción entre ambos sectores y sus instituciones, formulación de diagnósticos sobre la formación de recursos humanos, definición de perfiles profesionales y la búsqueda de modos de adecuar la distribución del personal. En lo institucional se define como órgano consultivo de las Secretarías de Salud, de Educación y de otras instancias públicas relacionadas con el proceso de formación de personal de salud.

En ese marco sus acciones se orientan a impulsar la vinculación de la atención y la docencia, definir criterios técnicos y emitir opinión sobre apertura y funcionamiento de instituciones formadoras de las diversas categorías de personal, definir criterios de selección de alumnos de pre y posgrado, así como de docentes; proponer procedimientos de evaluación de planes y programas educativos, a promover y establecer sistemas de educación continua, y a mejorar el servicio social, adecuándolo tanto a las necesidades educacionales como de la población.

Se integra con representantes de las Secretarías de Salud y de Educación -quienes copresiden-, de Hacienda y Crédito, de los institutos de Seguridad Social, de instituciones estatales de promoción social, académicas, científicas, profesionales y gremiales. Se organiza para su funcionamiento en cuatro comités: de enseñanza de pregrado y servicio social, de posgrado y educación continua, de formación de personal técnico y de planeación de recursos humanos.

Se reseñaron los principales productos en las más importantes áreas de acción. En lo referente a programación de personal se han elaborado formularios, módulos de capacitación y criterios técnicos para programación de recursos humanos. En el área de pregrado y servicio social se han elaborado recomendaciones para racionalizar el ingreso de estudiantes a las Facultades tratando de fomentar el ingreso a las carreras de salud, recomendaciones de criterios mínimos -preparadas por un grupo intersectorial- para regular la apertura y funcionamiento de Escuelas y Facultades, normas técnicas para formar profesionales y técnicos, y sobre áreas definidas como prioritarias (uso de campos clínicos, programas de internado, servicio social, etc.).

En el área de formación de posgrado y educación continua se han formulado diagnósticos, definido criterios y guías para evaluación de programas de educación continua, para programación, organización y funcionamiento de residencias médicas.

Un logro considerado importante por el expositor ha sido el diseño concertado y el establecimiento de un examen nacional de conocimiento médicos para seleccionar los ingresantes a las residencias médicas.

La CIFRHS considera necesario continuar fortaleciendo la articulación educación-salud para el logro de un equilibrio entre oferta y demanda de personal, considerando los cambios del contexto y las tendencias emergentes. Sin embargo se hizo explícita una preocupación por orientar su acción a contribuir a resolver los problemas de calidad de la formación en salud, así como promover la formación de profesionales y técnicas en lagunas áreas críticas.

La experiencia de la CINAEM de Brasil

El Dr. William Saad, quien actualmente es Presidente de la Asociación Brasileña de Educación Médica y de la CINAEM, presentó la experiencia de cuatro años de trabajo de esta comisión, orientada a la evaluación de la Educación Médica como un medio para la promoción de cambios de acuerdo a las necesidades y especificaciones propias de cada Escuela y de su entorno social.

La CINAEM es un producto de dos procesos importantes en el campo de la salud en Brasil durante la pasada década: la reformulación de la política y del sistema de salud impulsada desde la 8va. Conferencia Nacional de Salud y el mandato constitucional de 1988, y la necesidad de adecuar la formación médica a las necesidades sociales. La cuestión educativa, configurada en mucho por la extensión de la oferta de Escuelas Médicas de los años sesenta y setenta, era enfrentada principalmente con propuestas de reformulación curricular y no daba los resultados esperados, máxime si se consideraban los dinámicos cambios en la práctica y organización de la atención médica.

La posibilidad de evaluar el proceso educativo, por medio de un examen de ordenación, fue contemplada y rechazada por ser considerada puntual, insuficiente e inadecuada, ya que sólo evalúa el producto. La búsqueda de un mecanismo más adecuado para una aproximación evaluativa integral a la formación del médico, dio por resultado la creación de la CINAEM en 1991.

La CINAEM es un organismo representativo multiinstitucional, directamente comprometido con la formación y el ejercicio de la profesión médica. Se ha conformado por la participación de la ABEM, del Consejo Federal de Medicina, la Directiva Nacional de los estudiantes, el Consejo de Rectores, asociaciones y federaciones gremiales de médicos y docentes, y por dos Consejos regionales de Medicina (Sao Paulo y Río de Janeiro).

La CINAEM, según su Presidente, ha optado por un enfoque basado en que la evaluación no es un fin en sí misma, sino un medio para impulsar los cambios necesarios. Se propuso generar instrumentos y mecanismos para frenar el crecimiento desordenado de Escuelas.

Para ello se planteó un trabajo en dos fases sucesivas: una primera de diagnóstico y una segunda de intervención. La primera fase ha consistido en un estudio de la situación de la Educación Médica, utilizando un instrumento basado en una metodología propuesta por la OPS en 1980. Este estudio abarcó el 98% de las Escuelas y produjo un cuerpo de resultados y comentarios que fue enviado a las Escuelas participantes, tratando de que dicha información se constituyera en objeto de análisis y discusión y un insumo para los cambios institucionales.

Los resultados muestran que alrededor del 50% de las Escuelas se ubican dentro de lo deseable, según los criterios definidos. En el análisis multivariado se observa que el producto final -el médico formado- posee una asociación significativa con el modelo pedagógico -y por tanto con los recursos humanos docentes- y con la estructura económico administrativa.

Estas informaciones son un insumo esencial para la segunda fase del estudio -más complejo- que se concentrará en aquellos elementos encontrados críticos para construir un proceso participativo de evaluación integral de la calidad de la Educación Médica.

II. Construcción de viabilidad.

VENEZUELA

La experiencia venezolana fue presentada por el Dr. Leonardo Montilva, Decano de la Facultad de Medicina de Barquisimeto.

Desde una perspectiva histórica, se presentó un análisis de la Educación Médica concebida como una práctica social en permanente transformación y de los desafíos que el contexto actual imprime en ella.

A partir de una revisión del camino recorrido, se definió el compromiso que las Facultades y Escuelas de Medicina venezolanas asumen en la transformación de sus procesos educativos para alcanzar una mayor coherencia entre los egresados y los requerimientos de la sociedad, utilizando como estrategia la gestión de calidad en Educación Médica.

La propuesta para dar viabilidad al proceso de desarrollo de la calidad de la Educación Médica venezolana contempla cuatro momentos: de construcción de consenso de los niveles directivos de las Facultades y Escuelas de Medicina —que incluye el análisis y definición colectiva de las categorías calidad y gestión de calidad—, de formulación de la misión de las instituciones de educación superior en salud, de establecimiento del perfil educacional del egresado acorde a la misión y, por último de delimitación de los elementos y factores necesarios para el cumplimiento del proceso de gestión propuesto.

Una segunda etapa prevé el diseño de la estrategia para la instrumentación del proceso, donde se valoran las fuerzas, se identifican los actores y sus posiciones para generar las condiciones de viabilidad necesarias.

Finalmente se propuso una instancia de aplicación y de prueba del modelo de gestión de calidad en la Educación Médica institucional e interinstitucional, a ser ejecutado y cuyo cumplimiento permitirá validar lo propuesto.

CENTROAMERICA

El Dr. Jafeth Cabrera, Rector de la Universidad de San Carlos de Guatemala, señaló que la formación del recurso humano es una tarea de gran responsabilidad, cuyos resultados se prueban frente a realidades concretas, produciendo resultados que pueden visualizarse en largos plazos, reflejando el impacto de decisiones tomadas en el pasado, que si bien no pueden ser modificadas rápidamente, deben ser consideradas y evaluadas críticamente.

Las características del recurso humano formado se ponen a prueba frente al espacio de la práctica, que muchas veces exige habilidades, conocimientos y actitudes diferentes a las que

dicho recurso posee. El momento actual, según el expositor, encuentra una concentración de médicos en las áreas urbanas, altos índices de subempleo y desempleo, creciente tendencia a la especialización relacionada a las actitudes prevalentes en los servicios de salud, predominantemente curativos y donde la práctica liberal y sus beneficios aparecen como el modelo a reproducir.

Un elemento determinante para la situación de la Educación Médica y su proyección, es considerar las políticas neoliberales y las crecientes restricciones que imponen al sector social en general y de la salud en particular.

Las Facultades de Medicina deben incluir en la formación de sus estudiantes una visión de la problemática del mercado de trabajo y las condiciones laborales a las que se expondrá el futuro profesional como información necesaria en la toma de decisiones.

Es importante, anotó, que la responsabilidad de formar un personal de salud que responda a las exigencias del contexto, la historia y la política, no es exclusiva de la Universidad, sino una cuestión de Estado.

En este contexto, y respetando el derecho a que cada país construya sus parámetros de calidad a partir del análisis de sus condiciones concretas, se propone un MEDICO PARA EL SIGLO XXI que se adapte en forma integral al contexto sociocultural y político y a la realidad local; con dedicación parcial o total a la medicina en función de la demanda real; con utilización del tiempo excedente en actividades productivas materiales e intelectuales; con éxito profesional sustentado en la calidad de la atención médica que presta; y con éxito existencial fundamentado en la congruencia de su práctica y su filosofía.

La Dra. Nila Heredia Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Andrés de La Paz, inició la presentación señalando que las referencias realizadas en dos conferencias previas en esta reunión, sobre Bolivia, sean consideradas más como expresión de una generalidad de la situación de los países latinoamericanos antes que como excepción.

La experiencia Boliviana refleja un proceso que se establece a través de momentos y espacios de trabajo colectivo de las tres Facultades de Medicina, organizadas en la Asociación Boliviana de Facultades de Medicina (ABOLFAM).

A partir de una autoevaluación universitaria se establecieron puntos comunes en la problemática institucional ante la que se estructuró una propuesta de trabajo conjunto, aplicando metodologías de análisis prospectivo y planificación estratégica.

El análisis del contexto externo muestra como elementos marcantes la influencia de la política económica y social, la necesidad institucional de concertación frente a condiciones de creciente restricción, de mejorar el conocimiento del perfil epidemiológico nacional y regional, así como de las condiciones de la práctica profesional como elementos orientadores de la formación del recurso humano de salud.

El análisis del contexto interno pone en evidencia un modelo educativo predominantemente curativo, biologicista e individual, con altas cargas de práctica intramural, y debilidad administrativa, financiera y de infraestructura.

El problema a enfrentar es la insuficiente práctica extramural y la escasa relación con la población. Frente a esto se establece, como meta central de las Facultades, mejorar el estado de salud de los sectores populares a través de la formación de recursos humanos competentes, del acceso equitativo a los servicios de salud y beneficios públicos, de la equidad en la distribución y acceso al poder, de la democratización del saber manteniendo la utopía de la salud para todos.

Se ha desarrollado un programa de intervención que consta de varias etapas. Una de ellas consiste en el acercamiento a las instituciones del sector a través de la firma de un convenio entre el Ministerio, las Universidades y el Colegio Médico, lo que ha permitido integrar esfuerzos y recursos. Otra consiste en el fortalecimiento de programas ya existentes y la elaboración y ejecución de programas de intervención a nivel formativo y de investigación.

Al momento actual, se han logrado experiencias de reforma curricular que han permitido diseñar un modelo de interacción social en ejecución en la comunidad de Viacha, se ha iniciado un proceso de reestructuración interna y trabajo interinstitucional amplio en la Universidad Mayor de San Simón y se encuentra en ejecución un proyecto de reforma educativa a través del Proyecto UNI en Universidad de San Francisco Javier.

MEXICO

La presentación estuvo a cargo del Dr. Ramiro Sandoval. El trabajo desarrollado por Mexico se ha basado en un análisis de las condiciones del contexto nacional e internacional, específicamente la desregulación económica y social, la suscripción del tratado de libre comercio de Norteamérica y sus implicaciones, el desplazamiento de objetivos hacia la calidad y productividad, así como la situación del mercado de trabajo del personal de salud y las características de la práctica médica.

Con estas consideraciones puntualizó la necesidad de crear una instancia de acreditación y de desarrollo académico no gubernamental con respeto a la autonomía de cada Escuela y la necesidad de apoyar el desarrollo académico de las Universidades.

El Programa de Fortalecimiento de la Calidad de la Educación en las Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM), es un conjunto de normas académicas técnicas y administrativas que tiene como finalidad regular, orientar y conducir la Educación Médica impartida en las Escuelas y Facultades de Mexico, a través de los cauces de la calidad y la excelencia educativas.

Esta propuesta incluye varios elementos: un planeamiento del problema, la selección de indicadores de calidad diseñados y aprobados por consenso por representantes de 45 Escuelas de Medicina, la elaboración de estándares de calidad y de instrumentos de medición de cada estándar definido, la elaboración de procedimientos y reglamentos de acreditación y la comparación y compatibilización con sistema de acreditación de otros países.

Los indicadores utilizados evalúan gobierno y orientación institucional, plan de estudios y estructura académica, evaluación permanente del proceso educativo, estudiantes, profesores, coherencia institucional, recursos financieros y de infraestructura, campos clínicos o experiencia de campo y administración. El programa se empezará a ejecutar a partir de enero de 1995 y se considera como un mecanismo para incrementar la calidad de la Educación Médica en ese país.

REPUBLICA DOMINICANA

El Dr. César Mella Mejía, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, presentó la experiencia de su país en el desarrollo de la calidad en la Educación Médica. En primer lugar, expresó que la reunión de estos días permite compartir los sentimientos de frustración y éxito de los educadores de la salud, y el impacto que la rutina, las dificultades de actualizaciones y las pésimas condiciones laborales ejercen en los recursos humanos que tienen como tarea formar otros recursos como ellos.

En este momento de crisis que afecta a nuestros países y a cada uno de nosotros como individuos, cabe preguntarse cómo buscar calidad en el quehacer de la Educación Médica sin pasar por la búsqueda de mejores condiciones de Vida para el educador y la recuperación de su liderazgo en esta compleja tarea.

Existe inconformidad con el producto que las Facultades ofrecen; se habla de una ética alienante que prepara médicos para la migración y para sectores exclusivos de la población; se ha definido a las Universidades como anarquías organizadas, que no evalúan el origen de ciertos hechos -como los altos niveles de especialización- que se originan en el propio modelo de Educación Médica autoritario, excluyente de otras profesiones de la salud, curativo e individual.

Todo lo expuesto conduce a afirmar la necesidad de una reforma global de la Universidad, que debe considerar algunas cuestiones fundamentales como la capacidad de las Escuelas de Medicina para producir servicios, el impacto de la autogestión universitaria como factor excluyente de la población de bajos ingresos, la diferencia o semejanza de conceptos como comercialización y privatización de la Educación Médica, entre otros.

Cada país deberá establecer sus criterios de calidad, reflexionar sobre su realidad concreta y sus limitaciones, encontrar espacios de participación y acción que apunten el compromiso del Estado de asegurar el Derecho a la Salud. En suma, que permitan generar las condiciones necesarias para formar un médico renovado para tiempos de crisis, más humano, con un trasfondo profundamente ético, con alto nivel técnico científico y que, en el marco de la reforma, defienda los principios de equidad y calidad.

III Estrategias nacionales para la calidad de la educación y práctica médicas. Asegurando la continuidad del proceso.

Trabajo en grupos

En esta actividad se plantearon tres cuestiones principales en forma de preguntas para la discusión de grupos reunidos por pertenencia a un país o grupos de países. Ellas fueron:

- 1 - Elementos de una propuesta de evaluación de la Educación Médica.
- 2 - Las posibilidades nacionales para el desarrollo de criterios y mecanismos de acreditación de programas de formación médica.
- 3 - Los criterios y mecanismos de acción concertada para mejorar la Educación Médica con énfasis en la calidad y los mecanismos de cooperación.

De manera general se aprecian grandes coincidencias acerca de estas cuestiones entre los diversos grupos. Esta parte del informe trata de sintetizar esas coincidencias y, en los casos necesarios, dadas las particularidades nacionales, se resaltarán las diferencias. Se consideran como anexos todos los informes de los grupos.

1. ¿Qué elementos se deberían considerar en una propuesta de evaluación de la Educación Médica en el contexto que se viene analizando en este Encuentro?

La mayoría de los grupos posee un enfoque integral y sistemático de un proceso de evaluación de la Educación Médica. Ese enfoque es integral en la medida que ubica la Educación Médica, en tanto práctica técnica y social diferenciada, en interrelación no solo con la práctica médica sino también con las necesidades de salud, en el contexto general e institucional en que ambas se integran.

Se enfatiza mayoritariamente que esta mirada integral se basa en una perspectiva histórica de su desarrollo. Se debe resaltar que varios grupos realizaron, previamente un ejercicio de identificación de problemas que dificultan un cambio positivo de la Educación Médica. Este enfoque es integral, asimismo, porque contempla otros atributos importantes:

- ser un proceso participativo, considerando no sólo a los actores institucionales de la Educación Médica (dirigentes, docentes, estudiantes, funcionarios, sino también a otros tanto del Estado como de la sociedad.
- ser un proceso de construcción colectiva de acuerdos (entre los principales, la misión institucional y el concepto de calidad que se asuma) y de condiciones favorables a un cambio que se define por determinaciones de su propio contexto y, mayoritariamente, con criterio prospectivo.

Por otro lado se identifica una concepción sistémica de la evaluación de la Educación Médica.

Así, se evidencia en varios grupos el uso de un modelo básico que resalta como dimensiones a tener en cuenta: el proceso propiamente dicho, los resultados y el impacto de la Educación Médica. Algunos grupos integran, a ese modelo básico, un componente de insumos o recursos, mientras que otros se refieren con similar intencionalidad al contexto.

En esa perspectiva se señala repetidamente, sobre la base de experiencias concretas, que los procesos de reformulación Curricular deben contemplar, también, la transformación de las estructuras académicas y administrativas y las condiciones de infraestructura educacional, para garantizar criterios mínimos de calidad de enseñanza.

Es muy interesante constatar que esta manera de concebir la evaluación está siendo puesta en práctica en varios países, con algunas diferencias de matices, niveles de desarrollo y objetivos. En casi todos esos casos -como también en otros que no se ubican en esta perspectiva- se ha hecho o se va haciendo indispensable la definición concertada de un concepto o visión de calidad.

2. Qué posibilidades existen en su país para desarrollar criterios y mecanismos de acreditación de programas de Educación Médica.?

En todos los casos, los grupos de trabajo expresan acuerdo con respecto a la necesidad de impulsar procesos de acreditación de programas de formación médica, como mecanismos de evaluación e instrumentos para impulsar la mejoría de la calidad educativa.

Sin embargo, como es razonable esperar, las diferencias se refieren a los procesos de implementación. Esas diferencias, que rescatan algunas experiencias concretas, van desde países que están en un proceso de debate acerca de la pertinencia de un determinado modelo evaluativo, pasando por otros que están definiendo concertadamente los criterios para acreditar con una periodicidad determinada, hasta países que ya tienen definidos mandatos legales y vigencia de instrumentos jurídicos en aplicación.

Es muy importante destacar que en aquellos casos— y varios grupos lo señalaron— que están en proceso de definir criterios para acreditar programas, éste se concibe como un proceso participativo del conjunto de Facultades y Escuelas de Medicina. Es de justicia resaltar el rol positivo que han jugado y vienen teniendo las asociaciones nacionales para motivar y hacer viables los acuerdos. Sin embargo, también se debe reconocer que en un buen número de casos estas iniciativas no contemplan el rol del Estado, reivindicando en este contexto la autonomía universitaria. De similar forma, plantean serias reservas a los mecanismos de evaluación externa, propiciando, por lo contrario, nuevas formas institucionales de participación de pares en la evaluación. En general se enfatiza que la evaluación debe ser realizada por los pares. Un caso especial lo constituyen los países del Caribe de habla inglesa, quienes no rechazan la evaluación externa y la recomiendan, proponiendo mecanismos subregionales —aunque conformados por miembros de los Consejos médicos de

la subregión. Es interesante que en este contexto hayan propuesto la creación de una Asociación de Facultades y Escuelas Médicas del Caribe.

Aparece con claridad el estímulo que los procesos de integración subregional- en especial NAFTA y el MERCOSUR - han imprimido sobre las iniciativas de acreditación en los países participantes. Estas iniciativas no sólo comprenden procesos de acreditación de programas de formación con fines de homologación, sino también acuerdos que hacen a la regulación de profesiones, considerando los nuevos escenarios de los mercados laborales y de la circulación de la fuerza de trabajo.

3. Proponga criterios y mecanismos de concertación de iniciativas esfuerzos y procesos orientados al mejoramiento de la calidad de la Educación Médica. ¿Qué modalidades de cooperación interinstitucional, nacional e internacional deberían ser consideradas para fortalecer esos esfuerzos de concertación?

La mayoría de los grupos coincidieron en la necesidad de generar instancias de concertación que convoquen a todos los actores involucrados en esta problemática, en especial a la población. Sin embargo, parece prevalecer una idea de concertación como un mecanismo de mayor alcance que supera los fines de evaluación, para generar poder político que permita una proyección externa y mayores posibilidades de obtener recursos o condiciones en la actual situación de crisis.

Por otro lado, permitiría articular propuestas interinstitucionales concretas y realizar los cambios internos que se requieran en pro de una mejoría de la calidad en la Educación Médica. Se plantea también la necesidad de optar por iniciativas concretas y de generar para ellas la viabilidad política y la base social que aseguren su estabilidad y continuidad.

Se ha expresado una amplia aceptación a la propuesta de gestión de calidad para la Educación Médica y se propone la necesidad de esclarecer y difundir los conceptos que la componen, para superar prejuicios, temores o desconfianza que con frecuencia acompañan a las propuestas y mecanismos de evaluación y acreditación. Aparece claramente la escasa diferenciación entre lo que se entiende por gestión de calidad, por acreditación y la relación que existe entre ellos, aunque parece fortalecerse la idea de que ambos pueden constituir factores de progreso y mejoramiento de las condiciones en que la Educación Médica se desarrolla en los distintos países.

Se plantearon, como elementos fundamentales para elevar la calidad de la Educación Médica, a profesionalización del docente, la instauración de mecanismos de certificación de su desempeño pedagógico, y el mejoramiento de las condiciones de su práctica. En lo referente a nuevos contenidos, que reflejarían una mejor calidad de la formación se incluyen los principios de una nueva ética que rescate la equidad, la multidisciplinariedad y la educación entendida como un proceso permanente. En general se planteó la necesidad de un cambio de actitud del demos universitario.

Algunos grupos manifestaron su preocupación por los aspectos éticos y de equidad en los procesos de elección de carrera y de selección de los postulantes a esa carrera: la opción por la medicina no debe estar basada enteramente en criterios de status o de incentivos económicos. Debe insistirse en la calidad de servicio social que es intrínseca a esta profesión.

Es interesante mencionar que la opinión de los grupos aun traduce una centralización del éxito de la educación en la figura del docente.

Entre los mecanismos concretos a desarrollarse se mencionan la búsqueda de modos de integración nacional, regional e internacional para el desarrollo conjunto en temas como la información científico técnica y para la gestión de la calidad, el fomento de la investigación y el intercambio de experiencias, de alumnos y de docentes. Se proponen mecanismos de organización del trabajo nacional para el mejoramiento de la calidad de la Educación Médica basados en una estructura de redes colaborativas interinstitucionales, que no solamente compartan la información o fortalezcan los procesos en marcha, sino que también permitan un mejor aprovechamiento de las posibilidades nacionales e internacionales de cooperación técnica y financiera.

En algunos grupos se manifestó con claridad la necesidad de promover esfuerzos de integración subregional para compartir y potenciar las experiencias nacionales.

DECLARACION DE URUGUAY

Las Facultades y Escuelas de Medicina, y las Asociaciones integradas en ALAFEM¹ y FEPAFEM* respectivamente, luego de un amplio debate, en el marco del *Encuentro Continental de Educación Médica*, con la participación activa de centenares de educadores médicos, representantes de los servicios de salud y estudiantes de medicina,

CONSIDERANDO: que las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciadas por la mayoría de los países del Continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de condiciones de vida de forma a promover con equidad, mejoras en la situación de salud de nuestras poblaciones.

- y que en este mismo marco el médico y el equipo de salud viene adoptando formas de ejercicios profesionales subordinadas a los mecanismos de mercado no aplicables directamente en el campo de la salud, con el agravante inaceptable de la segmentación social de la formación ajustada a diferencias del poder adquisitivo entre sectores sociales.

CONSCIENTES: de la insuficiencia de los esfuerzos desarrollados por las diferentes entidades ligadas a la educación médica que no han producido cambios concretos de la posición de las escuelas frente a los desafíos provocados por la necesidad de salud, el agravamiento del cuadro social, y el desarrollo de nuevos conocimientos, tecnologías y procesos.

EXPRESAN

UN COMPROMISO: de orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo humano sustentable y comprometido con las próximas generaciones.

¹ Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina.

* Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina.

UNA CONVOCATORIA: para la implementación de las transformaciones necesarias que aseguren una formación médica de la más elevada calidad en términos técnicos y de relevancia social y una posterior incorporación a modelos asistenciales humanizados y equitativos.

UNA DEMANDA: de movilización de la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales favoreciendo la cobertura universal y justicia social.

Punta del Este, Uruguay, 14 de octubre de 1994