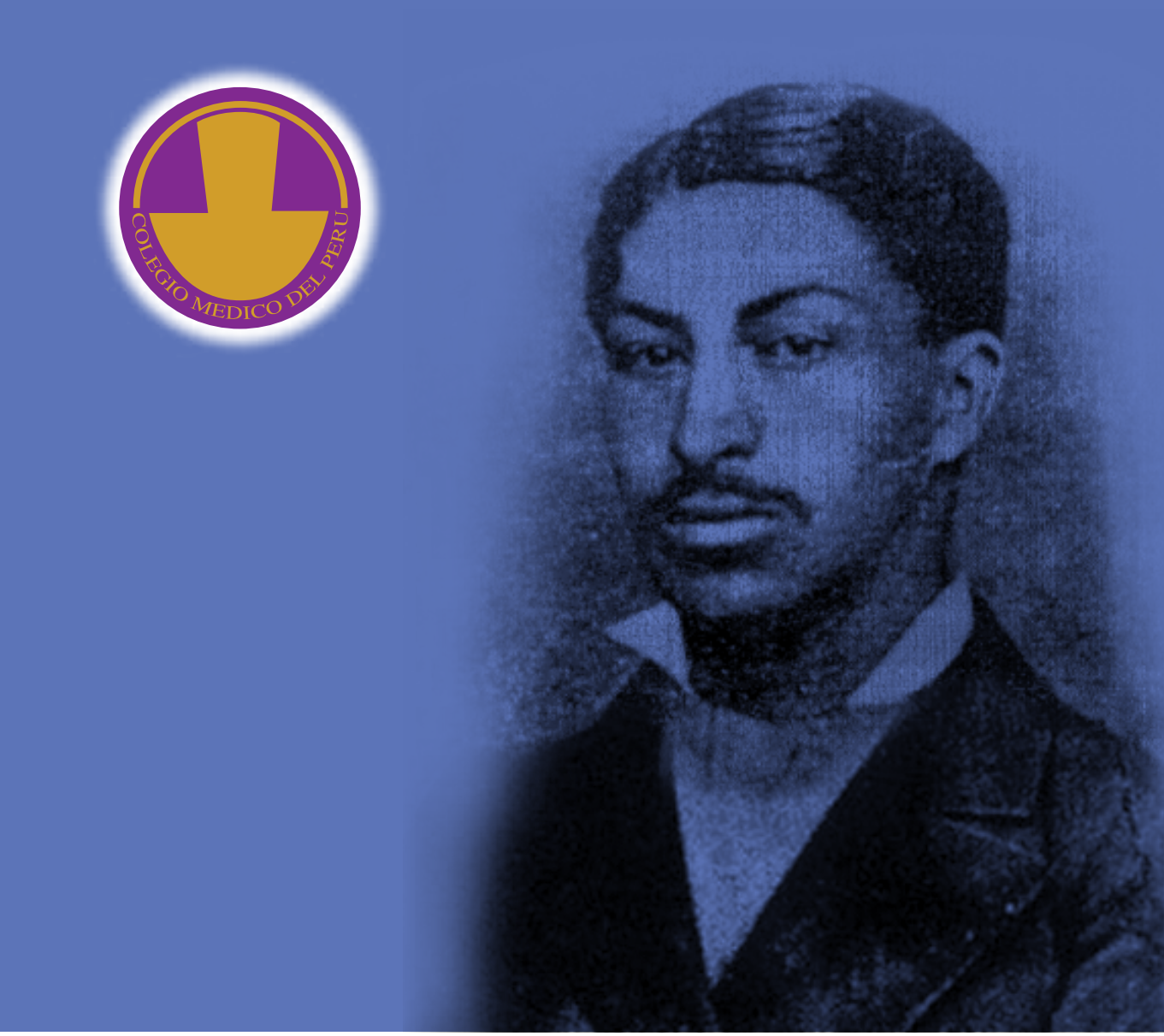


Cuadernos de Debate en Salud

"Calidad de la educación en la formación médica"

Octubre 2010

CONSEJO NACIONAL
COMITÉ EJECUTIVO

DIRECTIVA 2010 – 2011

Decano	Dr. Ciro Peregrino Maguiña Vargas
Vicedecana	Dra. Carmen Constanza Fajardo Ugaz
Secretario del Interior	Dr. Juan Octavio Villena Vizcarra
Secretario del Exterior	Dra. Cecilia María Bedoya Velasco
Tesorero	Dr. Pablo Bernardino Céspedes Cruz
Vocales	Dr. Alfonso Ricardo Mendoza Fernández
	Dr. Dante Añaños Castilla
	Dra. María del Rosario Jiménez Alva
	Dr. Jorge Luís Escobar Chuquiray
Accesitarios	Dra. Virginia Garaycochea Cannon
	Dr. Antonio Percy Gamarra Benavente

DECANOS DE LOS CONSEJOS REGIONALES

Dr. Juan Namoc Medina	CR I	Trujillo
Dr. Javier Vásquez Vásquez	CR II	Iquitos
Dr. Vladimir Alberto Gayoso Villaflor	CR III	Lima
Dr. Fernando Adrián Mendoza Canales	CR IV	Huancayo
Dr. Fernando Farfán Delgado	CR V	Arequipa
Dr. Ernesto Roberto Cazorla Cornejo	CR VI	Cusco
Dr. Eugenio Eduardo Pozo Briceño	CR VII	Piura
Dr. Juan José Cruz Venegas	CR VIII	Chiclayo
Dr. Fernando Carranza Quispe	CR IX	Ica
Dr. Héctor Lizardo Rodríguez Cuadros	CR X	Huánuco
Dr. Jorge Eduardo Mezarina Valverde	CR XI	Huaraz
Dr. Renán Neira Zegarra	CR XII	Tacna
Dr. Raúl Figueroa Tenorio	CR XIII	Pucallpa
Dr. Víctor Villar Gonzáles	CR XIV	Puno
Dr. Felipe Santiago Vela Orihuela	CR XV	San Martín
Dr. Juan Rondinelli Zaga	CR XVI	Ayacucho
Dr. Diómedes Malca Hernández	CR XVII	Cajamarca
Dr. Juan Godoy Junchaya	CR XVIII	Callao
Dr. Oscar Urdaniga Loayza	CR XIX	Chimbote
Dr. Yosell Rafael Galindo Simuin	CR XX	Pasco
Dr. Julio Fajardo Espinoza	CR XXI	Moquegua
Dr. Edwin Carlos Urquizo Contreras	CR XXII	Apurímac
Dra. Edith Solís Castro	CR XXIII	Tumbes
Dr. Oscar Justo Miguel Tapia Salinas	CR XXIV	Huancavelica
Dr. Carlos Milton Chuquizuta Ramos	CR XXV	Amazonas
Dr. Enrique Sánchez Villasante	CR XXVI	Madre de Dios
Dr. Wilder Alberto - Díaz Correa	CR XXVII	Lima Provincias

Cuadernos de Debate en Salud

"Calidad de la educación en la formación médica"

Octubre 2010

Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú

CUADERNOS DE DEBATE
"CALIDAD EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN MÉDICA"

Presidente : Dr. Guillermo Quiroz Jara
Director Ejecutivo : Dr. Fernando Osores Plenge
Director Científico-Ético : Dr. Oscar Frisancho Velarde
Director Científico-Ético : Dr. Carlos Morales Paitan
Secretario : Dr. Jorge Gonzalez Mendoza

Esta publicación es posible gracias al apoyo del Colegio Médico del Perú a través de Fondo Editorial Comunicacional.

El contenido de esta publicación sólo compromete a los autores y no refleja necesariamente la opinión del Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, quien tampoco es responsable de la utilización que se le pueda dar a la presente publicación.

Esta publicación no podrá ser reproducida en su totalidad ni parcialmente sin autorización previa del Fondo Editorial Comunicacional del Colegio.

Corrección Editorial : Periodista Beatriz Gonzales La Rosa

Diseño, diagramación e impresión:
ImpresionArte Perú EIRL. - raulpeliz@gmail.com
Av. Arnaldo Márquez 1899 - Jesús María
Telefax: 2615621 - 261 5624

ISBN: FALTA
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº FALTA

Impreso en Lima- Perú, octubre 2010
Tiraje: 3,000 ejemplares

Contenido

PRÓLOGO
Fondo Editorial y Comunicacional del CMP. 5

PRESENTACIÓN
Calidad de la Educación en la Formación Médica. 7

Los nuevos roles del docente y su aporte a la calidad de la Educación Médica. 10

Ética, obligaciones y mística del docente en el proceso de enseñanza - aprendizaje de la medicina. 16

¿Con qué perfil y competencias debe egresar el médico en los próximos años en el Perú?. 23

¿Qué perfil de egresado médico requiere el Perú en los próximos diez años?. 27

La investigación en la calidad de la formación médica: ¿Obligación o no?. 32

La evaluación del discente al docente ¿Mejora la formación del futuro médico?. 35

¿Qué rol debe cumplir la Asamblea Nacional de Rectores? 42

La acreditación de las facultades de medicina en el Perú. 46

La experiencia en acreditación de las facultades y escuelas de medicina en el Perú: ¿Cuánto hemos avanzado?. 51

La responsabilidad en la calidad formativa de las universidades con facultades de medicina ante la sociedad. 58

El nuevo SISTCERE: Adecuación orgánica y operativa al DS 018-2007-ED (Reglamento del SINEACE). 63

Fondo Editorial y Comunicacional del CMP

*Dr. Guillermo Quiroz Jara**

A iniciativa de la actual Junta Directiva del CMP y en particular de su Decano Dr. Ciro Maguiña, gestor y propulsor de la idea, el Consejo Nacional aprobó la creación del Fondo Editorial Comunicacional del CMP por Resolución N° 8427-CN-CMP-2010, como órgano nacional que articule los proyectos y programas editoriales que se generen al interior de los Consejos Regionales y sus respectivos comités.

La responsabilidad es grande, por tener que canalizar la producción científica de los profesionales, la creatividad y experiencia que resulten de su actividad de investigación, docente y asistencial, su interés por la problemática sanitaria del país y sus vertientes, incorporando además otros tópicos y autores que aporten al desarrollo de la ciencia y del país con sus conocimientos tecnológicos y humanísticos, en suma, facilitando una adecuación a las necesidades y demandas de la sociedad dentro del mejor marco posible.

Su misión atesora difundir responsablemente los aspectos de salud, ética, identidad médica, recuperación y superación de los valores inherentes a la profesión médica que el CMP se preocupa en fortalecer. Y todo ello, dentro de los más elevados estándares de calidad y pulcritud.

Superior la tarea que hoy iniciamos con el primer número de los Cuadernos de Debate, publicación que recoge la opinión multicéntrica y sapiente de diversas personalidades universitarias sobre la "Calidad Educativa en la Formación Médica", tema de primerísima actualidad e importancia por los desafíos que nos presenta el rumbo universal del nuevo milenio, que exige -con impresionante avidez- la excelencia y calidad académicas, los mejores recursos humanos e infraestructura. La acción debe iniciarse obligadamente luego de repasar nuestra realidad universitaria, las variables que intervienen en su desenvolvimiento, el modelo pedagógico, sus trabas y grandezas, sus limitaciones y necesidades, cuya evaluación y atendimiento permitan conseguir y aplicar con fundamento los más avanzados instrumentos que garanticen una gestión académica superior, con metodologías modernas, intercambio fluido, competitividad, incorporación de créditos, etc, que al final confluirán en la calidad del egresado y su actuación futura en la comunidad. Se trata de un *continuum* que no debe detenerse, revisarse cada cierto tiempo, con el aporte de quienes conocen nuestra realidad, algunos de los cuales hoy comparten páginas en estos Cuadernos, que pretenden enriquecer el debate en el campo de la docencia universitaria en medicina.

Nos es particularmente grato poner en manos de los miembros de la Orden nuestra primera publicación.

* Médico Cardiólogo. Presidente del Fondo Editorial del Colegio Médico del Perú.

Calidad de la Educación en la Formación Médica

La Educación Médica fue, es y será un asunto de política pública plenamente instalado en la agenda de la orden médica. Por su naturaleza, concita la atención e involucramiento de múltiples actores: entidades formadoras, docentes, discentes, expertos, organismos reguladores y reafirmando lo dicho es también preocupación central de nuestro Colegio en tanto representante de la Orden.

La calidad de formación de los profesionales médicos es un asunto complejo y controversial pues está determinada por diversos factores, algunos de ellos son ampliamente conocidos y buscan ser abordados en mayor o menor medida, tal es el caso de los modelos educacionales que se expresan en formales planes curriculares y que son motivo de reformas periódicas, otros factores han sido escasamente estudiados en nuestro medio como "aquellas cosas que los alumnos aprenden a través de la experiencia de acudir a la escuela más allá de los objetivos educacionales", nos referimos al curriculum oculto y que probablemente explicaría buena parte de la inconsistencia cuando no claro divorcio entre el "debe ser" y el "es" de nuestro ejercicio profesional, principalmente en lo concerniente a sus dimensiones éticas. Junto a ellos existen otros factores que a simple apariencia poco o nada tendrían que ver con la calidad de la educación médica pero que a la postre resultan determinantes, por ejemplo las estructuras de poder y su estrecha vinculación con la educación médica que en más de una ocasión sirvió para echar por tierra los intentos de mejorar la calidad de la educación médica. Un ejemplo de lo mencionado fue el establecimiento de la acreditación de facultades de medicina como mecanismo de garantía de la calidad de la educación que pronto se vio mediatizada en sus decisiones por cuestionables mandatos judiciales y otras manifestaciones del abuso del poder.

Sin duda el camino de la calidad de la educación médica en nuestro país es y será difícil y cargado de vicisitudes sin que por ello nos gane el desánimo, por el contrario esta situación debe constituirse en un acicate para persistir en esta tarea, así lo ha comprendido el Colegio Médico y por ello su empeño en afianzar el debate sobre la situación de la educación médica, a fin de contribuir en la generación de nuevas y mejores alternativas frente a este problema.

Para el presente número de Debates de Salud hemos convocado a un selecto grupo de expertos, representantes de las organizaciones formadoras y reguladoras para abordar este importante asunto en sus diferentes aristas. En la primera sección dos distinguidos profesores y expertos en el campo abordan la educación médica desde la perspectiva del docente, la profesora Dra. Graciela Risco de Domínguez pone en debate los nuevos roles del docente de medicina,

relieva a la docencia como una especialidad médica de manera similar a otras latitudes donde se ha avanzado a la profesionalización de la labor docente, señalando que ha llegado a ser tan valorada como la investigación científica en muchas instituciones. Domínguez se pronuncia positivamente sobre el modelo de calidad que sustenta la acreditación de la carrera de medicina diseñado por el CONEAU y resalta los desafíos que supone su implementación para las facultades de medicina, sobre todo en lo referente a la capacitación y evaluación de sus docentes. Esta misma orientación tiene el artículo "Ética, obligaciones y mística del docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina" del profesor Dr. Alfonso Mendoza quien incide acuciosamente sobre la dimensión ética del proceso de enseñanza de la formación médica recordándonos que no es casual el parentesco existente entre los ejercicios profesionales del médico, del sacerdote o del juez, para luego interrogarse sobre si es posible mejorar el "carácter moral" de los estudiantes de medicina y de cuán capacitados se encuentran sus docentes para promover la reflexión ética con sus estudiantes, finalmente advierte sobre las competencias que, desde una postura ética, debiesen reunir los médicos que ejercen la docencia.

La siguiente sección está dedicada al análisis del perfil del médico egresado. Abordan este asunto, de un lado el Profesor Dr. Salomón Zavala, quien levanta un conjunto de competencias que debiesen caracterizar al médico, poniendo certeramente como la característica primordial su solidez ética. En esta misma línea reflexiva se pronuncia el profesor Dr. José Piscoya, asumiendo una perspectiva histórica en su análisis. Estas valiosas disquisiciones encuentran complemento en la ponencia de los profesores Drs. Homar Villaverde y Carlos Seas, quienes abogan por asumir el desafío de desarrollar la investigación como aspecto medular de la formación médica, asunto crucial que pone en el centro del debate el carácter mismo de la medicina como ciencia. Culmina esta sección una sugerente presentación de la profesora Dra. Teresa Castillo sobre la evaluación del desempeño docente desde el punto de vista del estudiante, enfoque metodológico que por su importancia requiere reunir criterios de significación y validez.

La tercera y última sección recoge la opinión de decisores representantes de organismos directamente involucrados con la calidad de la educación a nivel nacional o específicamente con la educación médica. De un lado el profesor Dr. Iván Rodríguez, Presidente de la Asamblea Nacional de Rectores emite su opinión sobre la calidad de la educación médica y el rol que cumple la Asamblea Nacional Rectores en este cometido, rol sumamente laxo pues está centrado en promover la calidad educativa entre la universidades, cuando bien se sabe que la situación exige acciones mucho más enérgicas. Por su parte los profesores Dr. José María Viaña Pérez y Dr. Víctor Carrasco, Presidente del Directorio y Director de Evaluación y Certificación del Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria- CONEAU, respectivamente, abordan el complejo asunto de la acreditación de las facultades de medicina en el Perú. El primer autor hace un recuento de los hitos internacionales sobre la materia e incide luego sobre el modelo de calidad que debe sustentar un sistema de acreditación de la educación superior, el segundo asumiendo una perspectiva diacrónica da cuenta de la experiencia en acreditación de las facultades y escuelas de medicina en el país, realizando un balance que señala con claridad los avances y limitaciones en este indispensable proceso; recuerda, tal vez nostálgicamente, la creación y el funcionamiento de la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina- CAFME, iniciativa que califica como un importante avance ya que movilizó importantes esfuerzos y recursos en muchas universidades por mejorar la calidad de la educación médica impartida, lamentablemente esta iniciativa no contó con el acompañamiento de la Asamblea Nacional de Rectores ni del Ministerio de Salud cuando se solicitó tomar las medidas de regulación consideradas en la ley.

Dan cuenta también del tránsito –¿inconcluso?- hacia un sistema que garantice la calidad educativa en el Perú, el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa - SINEACE. A continuación el profesor Dr. Manuel Huamán y la Dra. Dolores Villanueva, Presidente y asesora respectivamente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina-ASPEFAM desarrollan la responsabilidad que le cabe en la calidad de la educación médica a las universidades que tiene facultades de medicina. Finalmente El Dr. Pedro Mendoza Arana, Director Ejecutivo del SISTCERE hace una síntesis detallada del nuevo SICTCERE y su adecuación orgánica y operativa al DS 018-2007-ED (Reglamento del SINEACE).

Con esta primera entrega de ponencias que analizan la calidad de la educación médica en el Perú, el Colegio Médico inicia un periodo de debate que involucra a los miembros de la Orden y a otros tantos actores sanitarios en la construcción de alternativas sobre aquellos asuntos de relevancia para la política pública en salud y medicina de nuestro país.

Octubre 2010

Dr. Ciro Maguiña Vargas
Decano Nacional del CMP

Dr. Oswaldo Lazo
Asesor del Comité Salud Pública

Los nuevos roles del docente y su aporte a la calidad de la Educación Médica

Graciela Risco de Domínguez*

Introducción

El concepto de que *basta ser un buen médico para ser un buen docente* está muy arraigado en las escuelas de medicina del mundo. Se considera que la docencia es una consecuencia casi espontánea de una buena experiencia clínica. No es raro por ello encontrar entre los docentes de medicina rechazo o escepticismo ante las ofertas de capacitación en docencia universitaria. Más aún, por lo general, los requisitos de promoción académica de los docentes no valoran la docencia y en cambio privilegian principalmente la labor de investigación.

Sin embargo, la valoración de la calidad de la labor docente está cambiando radicalmente en vista de los profundos cambios que se están dando en la educación médica y las exigencias establecidas por los organismos internacionales que velan por la calidad de la educación médica[1]. Otro factor importante a considerar es que los sistemas de salud en el mundo están siendo cuestionados, los países plantean la necesidad de efectuar cambios radicales en ellos y para hacerlos realidad requieren contar con personal de salud con una nueva mentalidad. En este contexto surge el cuestionamiento a la calidad de la educación médica, ¿las escuelas de medicina están formando médicos capaces de liderar el proceso de cambio? Los organismos internacionales han definido los requisitos globales mínimos que deben caracterizar a un médico y han propuesto nuevos modelos de educación acordes con ellos[2]. En los últimos 20 años la educación médica ha experimentado importantes cambios: la educación por competencias es el modelo prevalente, la educación centrada en el estudiante, la metodología activa, el aprendizaje basado en problemas (ABP), el aprendizaje centrado en la comunidad, el uso de la simulación clínica y otras metodologías, son parte sustancial de la actividad docente de la escuelas de medicina de calidad[3,4]. Se transfiere cada vez más a los propios estudiantes la responsabilidad por su aprendizaje, ello se ve facilitado por el desarrollo de destrezas en el uso de los recursos informáticos. La evaluación del aprendizaje también ha cambiado, de estar centrada en la repetición memorística de contenidos a estar centrada en la evaluación del desempeño, como es el caso de la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (OSCE)[5]. Hoy en día hablamos de la Medicina Basada en Evidencias (EBM) y de la Educación Médica Basada en Evidencias (EBME). En este contexto de transformaciones el rol del docente también se ha transformado,

* Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Lima, Perú.

ya no se le pide ser únicamente un excelente trasmisor de contenidos, ahora se le pide además ser un facilitador del aprendizaje. Se ha hecho evidente la necesidad de capacitación de los docentes en educación superior, inclusive hay la tendencia en países desarrollados a requerir una acreditación en educación a los docentes de medicina y han tomado importancia los departamentos o unidades de educación médica[1].

En este artículo nos referiremos a la gran transformación que ha sufrido el rol del docente de medicina y a la necesidad de que éste sea capacitado para lograr su óptimo aporte a la calidad e innovación de la educación médica.

Los nuevos roles del docente de medicina

Harden y Cosby[6] han identificado los roles que debe desempeñar el docente de medicina en la actualidad:

1. Docente proveedor de información, tanto en clases teóricas como en clases prácticas y clínicas:

Este es el rol más tradicional del docente, cuya importancia sigue vigente, a pesar del desarrollo de diversos recursos de información, escritos o electrónicos. El buen docente es capaz de dar a los estudiantes en una clase magistral, una visión amplia de un determinado tema, resaltando los puntos de mayor importancia, de acuerdo a su experiencia y motivando a los estudiantes a continuar estudiando en forma independiente. Pero este no debe ser el único recurso de aprendizaje, ya que se corre el riesgo de transformar al estudiante en un receptor pasivo, que reconoce como única fuente válida de información lo que dice el profesor. La tendencia en el mundo es a reducir el número de horas de clases magistrales y reemplazarlas con metodologías que promueven la participación activa del estudiante.

2. Docente como modelo de comportamiento, en el aula y en el ambiente clínico:

Este rol es considerado como el más poderoso para influenciar a los estudiantes en aspectos como: la adopción de conductas, actitudes y valores y la elección de la especialidad. Cobra gran importancia en el caso de la docencia clínica en servicio, en la que el estudiante aprende no sólo de lo que el docente dice, sino también de la observación de lo que este hace y como lo hace en su práctica diaria: habilidades clínicas, trato a los pacientes, normas de conducta, actitudes y valores. En la opinión de los estudiantes las principales características del buen docente clínico, reconocido como modelo de comportamiento son: trasmite entusiasmo por su especialidad, demuestra un excelente razonamiento clínico, establece una muy buena relación médico paciente y comprende al paciente integralmente. En nuestra realidad en que las escuelas de medicina, por lo general, no cuentan con un hospital docente, sino que por el contrario, llevan a cabo la docencia clínica en diferentes sedes, cada una con un clima laboral, una cultura y normas de conducta particulares, se hace muy difícil trasmitir a los estudiantes una cultura y valores propios de la institución formadora. Más aún si consideramos que generalmente un mismo profesional hace docencia en varias universidades. Como es evidente, esta situación puede afectar negativamente la calidad de la formación del médico en nuestro país y es difícil de contrarrestar, aún con esfuerzos sostenidos de capacitación.

3. Docente como facilitador del aprendizaje:

En este caso el docente deja de ser el centro del proceso de enseñanza aprendizaje y pasa a ser un motivador y conductor de la participación activa de los estudiantes para el logro de su aprendizaje. Este es el rol predominante del docente en la metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y en otras metodologías de aprendizaje en pequeños grupos. En estos casos el foco del

proceso de enseñanza aprendizaje no es lo que el docente dice o hace sino lo que el estudiante hace y aprende. Por ello no es raro encontrar que docentes de larga trayectoria en el modelo de educación tradicional sienten que pierden protagonismo y tienen grandes dificultades para adaptarse a este nuevo rol. No se debe creer que el rol de facilitador es el de un simple observador del trabajo de los alumnos, muy por el contrario es un conductor del mismo. El facilitador debe incentivar la participación de todos los integrantes del grupo, conducir sin imponer, el rumbo que sigue el grupo, supervisar el logro de los objetivos de estudio, evaluar los conocimientos y el logro de las competencias genéricas por los estudiantes (comunicación, pensamiento crítico, creatividad; etc.) debe motivar el estudio individual y dar retroalimentación a los estudiantes. La formación de un buen facilitador requiere capacitación y seguimiento.

4. El docente como evaluador:

La evaluación de los estudiantes es una de las tareas más difíciles de un docente. Muchos docentes invierten mucho esfuerzo y tiempo en preparar una clase y dejan para último minuto la evaluación del aprendizaje. Una buena evaluación requiere planificación para lograr que sea justa, válida y congruente con los objetivos de aprendizaje. En la actualidad en que la educación por competencias es el modelo predominante, ya no se trata sólo de evaluar conocimientos se trata principalmente de evaluar el desempeño del estudiante y el logro de las competencias de su perfil profesional. Ello requiere la elaboración de tablas de chequeo (rúbricas) y el uso de medios, métodos y recursos adecuados para este tipo de evaluación y por ende capacitación del docente en esta nueva forma de evaluar a los estudiantes.

El docente no sólo debe evaluar el aprendizaje de los estudiantes, es también su responsabilidad evaluar la calidad de su docencia, de su curso y del programa educativo. Esta evaluación debe ser sistemática, planificada y sus resultados deben conducir a la mejora del proceso de enseñanza aprendizaje. La evaluación del currículo debe involucrar la opinión de los estudiantes, de los egresados y la evaluación externa del egresado por los empleadores y todos aquellos interesados en la calidad de sus servicios. Estas actividades son parte de la autoevaluación y la retroalimentación que son la base de los procesos de acreditación de las carreras.

5. El docente como planificador del currículo:

El currículo es mucho más que una secuencia de cursos y evaluaciones. "El currículo, ampliamente definido, incluye las metas de aprendizaje del estudiante (habilidades, conocimientos y actitudes); los contenidos (la materia sobre la cual versa el aprendizaje); la secuencia (el orden en que los conceptos son presentados); los sujetos que aprenden; los métodos y actividades instruccionales; los recursos para el aprendizaje (materiales y escenarios); la evaluación (métodos utilizados para evaluar el aprendizaje del estudiante); y los ajustes a los procesos de enseñanza y aprendizaje, en base a la experiencia y a la evaluación"[7]. Diseñar o reformular un currículo o un curso, requiere un cuidadoso proceso de planificación[8]. Este proceso requiere que la facultad de medicina en formación o aquella que va a reformular su currículo, cuente con docentes debidamente capacitados capaces de comprender y conducir un proceso de esta naturaleza, de no ser el caso los docentes se constituyen en el principal obstáculo a la reforma y a la innovación. Ello ha dado origen a la expresión "es más fácil mover un cementerio que cambiar un currículo".

6. El docente como desarrollador de recursos para el aprendizaje:

La implementación de un currículo moderno que incluya cursos integrados, metodología ABP, simulación, entre otras innovaciones, requiere poner al alcance del estudiante materiales de estudio adecuados para el

aprendizaje. Se requiere contar con guías de estudio, nuevos textos, casos clínicos, guías de práctica, guías de procedimientos y otros materiales. La educación virtual o semipresencial ha incrementado la necesidad de producción de nuevos materiales y el contar con recursos informáticos la facilita. Para producir estos materiales se requiere contar con docentes expertos en contenidos y en metodología de enseñanza, así como con expertos en diseño gráfico y materiales educativos para el aprendizaje a distancia. Este es otro rol del docente para el cual requiere estar capacitado.

Es casi imposible pretender que cada docente sea capaz de desempeñar todos y cada uno de los roles antes mencionados, por el contrario, cada docente según sus intereses y disposición debe estar en capacidad de desarrollar uno o más de ellos. La institución educativa debe tratar de contar con una variedad de docentes capaces de desempeñar en conjunto todos los roles antes señalados, tomando en cuenta la dedicación de cada docente y su nivel de responsabilidad en el proceso educativo.

La capacitación y desarrollo docente

Como consecuencia de este gran número de roles y responsabilidades del docente, la docencia universitaria se ha convertido en una especialidad, equivalente a cualquier otra en el campo de la medicina. No es pues extraño que hoy se hable de la *profesionalización* de la labor docente y que hayan tomado gran importancia los programas de capacitación docente y los centros de educación médica que existen en muchas facultades de medicina[9,10, 11]. Se ha propuesto un conjunto de competencias que debe desarrollar el docente de medicina el cual sirve de marco de referencia para el diseño de programas de formación y para la evaluación de los docentes[12]. Las competencias antes señaladas plantean un enfoque holístico de la formación docente, ya que no sólo incluyen aspectos técnicos de la docencia (enseñar a grupos grandes y pequeños, enseñar en ambientes clínicos, planificar el aprendizaje; etc.) si no también incluyen competencias del campo intelectual, emocional y creativo (comprensión de los principios de la educación, las actitudes, la ética y los aspectos legales) y competencias de desarrollo personal (profesionalismo). Por eso hoy en día se habla de programas de "desarrollo docente" más que de programas de capacitación docente.

Señalamos algunos puntos importantes sobre el concepto actual del desarrollo docente y su importancia[13]:

- El desarrollo docente no es un lujo. Es una obligación para toda escuela de medicina.
- El desarrollo docente debe ser sistemático, planificado y evaluado.
- Los logros planteados para los programas de desarrollo docente deben ser realistas y medibles.
- Deberían estimular el aprendizaje basado en la experiencia, la reflexión y ser de aplicación inmediata.
- Se debe incluir grupos multidisciplinarios y trabajo en equipo.

Como puede apreciarse no nos referimos aquí a cursos cortos eminentemente teóricos ni a cursos aislados de capacitación docente, los cuales está demostrado que cumplen una finalidad muy limitada y que generalmente no se traducen en una aplicación y mejora de la calidad académica. Nos referimos a programas bien estructurados y planificados, articulados con la cultura de la organización que los imparte, con objetivos claramente definidos, orientados a producir mejoras verificables en la actividad docente y que son evaluables. Ello exige que la Facultad o Escuela de Medicina proporcione el ambiente académico y la oportunidad para la aplicación de las mejoras planteadas por los docentes, de otro modo la formación no cumple con sus objetivos y puede producir un efecto negativo en los docentes capacitados que ven frustradas sus iniciativas.

Para implementar estos programas en muchas instituciones se crea un Departamento o una Oficina de Educación Médica. Los

Departamentos de Educación Médica han tenido un gran auge en los últimos años y son cada vez más frecuentes en las Escuelas de Medicina en Europa, Norteamérica y Asia. Las funciones de un departamento de Educación Médica comprenden la investigación en educación médica, la docencia y la formación de docentes para las carreras. Un Departamento de Educación Médica debe estar integrado por un equipo multiprofesional que incluye médicos y educadores y para tener éxito deben tener un respaldo fuerte del Decano[14].

Otra alternativa para la implementación de un programa de desarrollo docente es la creación de una Oficina de Desarrollo Docente que coordina, pero no imparte, el programa de educación médica. La Facultad de Medicina de la Universidad de McGill, Montreal, Quebec, tiene un programa muy interesante de este tipo[15]. Los Programas de Desarrollo Docente están dirigidos a docentes que desempeñan cargos académicos importantes en la Facultad o que tiene potencial para asumirlos. Han tenido excelentes resultados en cuanto a elevar el nivel de la plana docente, la satisfacción de los participantes y numerosos proyectos de investigación educacional que mejoran el nivel docente de la facultad.

Conclusiones

La docencia ha llegado a ser tan valorada como la investigación científica para efectos de la promoción docente en muchas instituciones. El aporte de los docentes a la calidad de la educación médica es fundamental, pero ello requiere el reconocimiento, por las autoridades y los docentes, de los nuevos roles que debe desempeñar el docente universitario y sus necesidades de capacitación y desarrollo. La Federación Mundial de Educación Médica (WFME) ha establecido nueve Estándares Globales para la Mejora de la Calidad de la Educación Médica[16]. En lo que se refiere a la selección del cuerpo docente la WFME establece que una escuela de medicina **debe** tener una política de reclutamiento que determine el tipo, las responsabilidades y el balance de docentes requeridos para impartir el currículo en forma adecuada y cuyas responsabilidades **deben** estar explícitamente especificadas. Señala además que la escuela de medicina **debe** contar con una política docente que se oriente a lograr un adecuado balance entre académicos capaces de desempeñar funciones de docencia, investigación y servicios y que asegure un reconocimiento de las actividades académicas meritorias, con un énfasis tanto en los logros en investigación como en las calificaciones en docencia. En nuestro país el Modelo de Calidad para la Acreditación de la Carrera Profesional Medicina (CONEAU)[17], establece entre los criterios referidos a la labor de docencia y tutoría (criterio 5,1) el siguiente: "El ingreso y la promoción de los docentes implican la evaluación de su capacidad para ejercer el cargo y la valoración del desempeño académico y profesional. Se evalúa periódicamente a los docentes, considerando entre otros aspectos su interés por emprender y desarrollar métodos de enseñanza más efectivos y su labor en la formación de recursos humanos". Y entre los estándares de calidad de este criterio se señala que la facultad o escuela implementa y evalúa programas de perfeccionamiento pedagógico.

Como podemos apreciar, las Facultades o Escuelas de Medicina deberán evaluar y capacitar a sus docentes para cumplir con los requisitos de acreditación, pero más importante aún, para asegurar la calidad e innovación de la educación que están obligadas a brindar a sus estudiantes. Hay dos factores principales que hacen que las Facultades de Medicina sean resistentes al cambio y la innovación, estos son: la organización fragmentada, por departamentos académicos unidisciplinares, y los docentes que se resisten a cambiar la forma tradicional de su docencia. Esta última resistencia se puede vencer mediante la capacitación.

Debo mencionar dos áreas de la educación médica que deben concitar el mayor interés de las Facultades o Escuelas de Medicina

de nuestro país: la docencia clínica y la investigación en educación médica. La docencia clínica es la que menos ha incorporado los nuevos conceptos y metodología en educación médica, lo cual es motivo de preocupación en el mundo[18, 19, 20, 21]. En el Perú dada la variedad de campos clínicos en que se imparte la docencia y las características heterogéneas de los docentes, se hace muy necesario poner especial énfasis en la capacitación de los docentes clínicos.

En cuanto a la investigación en educación médica esta es muy escasa en América Latina y casi inexistente en el Perú, mientras que en el mundo el número de revistas y publicaciones en este campo es cada día mayor. Hacer investigación en educación médica es una necesidad en nuestro país si queremos elevar su calidad y aportar a la innovación adecuada a nuestra realidad educativa.

Referencias Bibliográficas

1. Simpson D, Boyd R, Fincher R. M, Rosenfeld G, Hafler J, Viggiano T., et. al.. Advancing educators and education: defining the components and evidence of educational scholarship. 2007. Disponible en: http://www.aamc.org/members/gea/educ-scholar.pdf.
2. Schawarz, M. R. y Wojtczak, A. Global Minimum Essential Requirements: a road towards competency oriented medical education. Medical Teacher, 2002; 24 (2).
3. Harden R.M; Sowden S; Dunn WR: Some educational strategies in curriculum development: The SPICES model. ASME Medical Education Booklet number 18. Med Educ 1984; 18:284-297.
4. Risco de Domínguez G. Educación médica: Nuevas tendencias, desafíos y oportunidades. Anales Academia Nacional de Medicina, Perú 2006; 80-88.
5. DAVIS, M.: OSCE: the Dundee experience. Medical Teacher, 2003; 25: 255-261.
6. Harden R.M, Crosby J. AMEE Education Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. Medical Teacher 2000; 22: 334-347.
7. Dezure D. Innovations in the Undergraduate curriculum. Disponible en: http://education.stateuniversity.com/pages/1896/Curriculum-Higher-Education.html
8. Harden R.M. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. Med Ed 1986; 20: 356-365.
9. Fincher R, Simpson D, Mennin S, Rosenfeld G, Rothman A, Cole M. et. al. Scholarship in teaching: an imperative for the 21st century. Acad Med 2000; 75: 887-94.
10. Rosselot E. Hacia el médico que nuestros países necesitan: énfasis en la comunicación y en la formación de los docentes. Rev Méd Chile 2003; 131: 331-337.
11. Steinert Y, McLeod P.J. From novice to informed educator: the teaching scholars program for educators in the health sciences. Acad Med 2006; 81: 969-974.
12. Hesketh E.A, Bagnall G, Buckley E.G, Friedman Goodall M, Harden RM, Laidlaw JM, Leighton-Beck L, McKinlay P, Newton R, Oughton R. A framework for developing excellence as a clinical educator. Med Ed 2001; 35: 555- 564.
13. McLean M, Cilliers F, Van Wyk J. AMEE Education Guide No 36: Faculty development: yesterday, today and tomorrow. Med Teach 2008; 30: 555-584.
14. Davis M. H., Karunathilake I, Harden R.M.. AMEE Education Guide No 28: The development and role of departments of medical education. Med Teach 2005; 27: 665-675.
15. Steinert Y, Nasmith L, McLeod P. J., Conochie L. A teaching scholars program to develop leaders in medical education. Acad Med 2003; 78: 142-149.
16. WHO/WFME. WHO/WFME Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education 2003. Disponible en: http://www.ifmsa.org/scome/wiki/index.php?title=WHO/WFME_Guidelines_for_Accreditation_of_Basic_Medical_Education
17. Modelo de calidad para la acreditación de la carrera universitaria de medicina. Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (CONEAU) Perú, 2009.
18. Triviño X, Sirhan M, Moore P, Reyes C. Formación en educación de los docentes clínicos de medicina. Rev Méd Chile 2009; 137: 1516-1522.
19. Yeates P, Stewart J, Barton R. What can we expect of clinical teachers? Establishing consensus on applicable skills, attitudes and practices. Medical Education 2008: 42: 134–142.
20. Conigliaro R,Stratton T. Assessing the quality of clinical teaching: a preliminary study. Medical Education 2010; 44: 379–386.
21. Educating Doctors to Provide High Quality Medical Care A Vision for Medical Education in the United States. Washington D.C.: Association of American Medical Colleges, 2004.

Ética, obligaciones y mística del docente en el proceso de enseñanza aprendizaje de la medicina

*Alfonso Mendoza Fernández**

Introducción

Al reflexionar sobre la ética en la práctica de la medicina interna, Jonsen A.[1] cita al Dr. Walsh Mc Dermott quien, en las primeras ediciones del Tratado de Medicina Interna de Cecil, decía que la medicina tenía tres responsabilidades: generar conocimientos científicos y enseñarlos, utilizar esos conocimientos para promover y cuidar la salud individual o colectiva, y juzgar la corrección de cada acto médico. Añadía que la ciencia y el arte de la medicina se impartían a los estudiantes junto con imperativos éticos implícitos en la realización de la praxis profesional, y que los estudiantes -identificándose con sus maestros- internalizaban y hacían suyos esos principios.

Pero, la antigua deontología médica, con todo su valor, no parece adecuada para hacer frente a las nuevas situaciones que confronta hoy la profesión. Ello explica el relanzamiento de la ética médica, fortalecida con el aporte de la naciente bioética que, como bien anota Martínez B-G, V[2] emerge "como un espacio de reflexión social sobre el impacto del desarrollo científico y tecnológico en la naturaleza y en la vida de las personas, con el propósito de impulsar su desarrollo y mejoramiento". (op. cit., pg. 90).

El marco normativo en el ejercicio de la docencia

La Ley Nº 15173 del 16 de octubre de 1964[3], por la cual se crea el Colegio Médico del Perú establece -en su Art. 5º- que son fines de la Orden, entre otros, el velar para que el ejercicio profesional se cumpla de acuerdo con las normas deontológicas contenidas en el Código de Ética que el propio Colegio dicte; contribuir al adelanto de la ciencia médica, cooperando con las instituciones universitarias y científicas; y cooperar con los Poderes Públicos en la defensa de la salud, procurando que la asistencia sanitaria alcance a todo el país.

En el Título I de la Declaración de Principios, el nuevo Código de Ética y Deontología[4] de la Orden, del 2007, que va más allá de la deontología en su texto al incorporar los principios de la bioética y el respeto a los derechos de los pacientes, precisa que la medicina, en tanto profesión científica y humanista, se orienta al respeto a la vida y al

* Presidente del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú.
Profesor Principal del Departamento de Psiquiatría y Miembro del Instituto de Ética en Salud de la UNMSM.

logro de la más alta calidad de la misma, y encuentra su fundamento en el reconocimiento de la dignidad, la autonomía y la integridad de las personas.

En la misma Declaración se enfatiza que la ética médica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, a buscar lo ideal y la excelencia, agregando que la deontología establece lo que deben y no deben hacer los médicos.

En el aspecto del trabajo docente, el Código subraya que la docencia constituye un componente esencial de la práctica médica; que ella tiene como propósito la transmisión de conocimientos, el adiestramiento en habilidades y competencias, la formación de actitudes, el desarrollo del espíritu crítico y la libertad de pensamiento, es decir, la formación integral del educando, que haga posible un ejercicio profesional de elevado tono moral. (Art. 39º).

En el Art. 40º se señala explícitamente que la relación docente - alumno se inscribe en el cuadro de las normas morales establecidas en el Código, por lo que la conducta del médico que ejerce la docencia debe ser ejemplo para sus alumnos.

Finalmente, en este tema, el Código puntualiza que, en el accionar docente, el médico debe cautelar los derechos de los pacientes siendo indispensable la aplicación del Consentimiento Informado (Art. 41º).

Ética y moral. Definiciones

La reflexión ética no está reservada al filósofo moral. El hombre es un ser moral porque constantemente se interroga acerca de la moralidad de sus actos, aún cuando corresponde al eticista la reflexión y sistematización crítica acerca de la moral, buscando establecer racionalmente los fundamentos que subyacen a una determinada acción y construir así una teoría coherente.

El término ética proviene del griego **ethos**, que se nos presenta en dos acepciones. Una como **uso, hábito, costumbre** (moralmente buena), y otra como hábito invariable, es decir, como **carácter**, que mueve al sujeto a cuestionarse acerca de su comportamiento para actuar, en cada caso, como él crea conveniente desde su inteligencia y reflexión, sin aceptar de modo acrítico lo que las convenciones sociales obligan, pero buscando siempre la norma perfecta.

La palabra latina **mos (mores** en plural) es una traducción de los dos conceptos griegos de **ethos,** significando así tanto buena costumbre como carácter, de ahí que en el lenguaje corriente ética y moral se puedan usar indistintamente. Sin embargo, se acepta que la ética, en tanto filosofía de la moral, examina todos los problemas relacionados con la moral en un plano más general, más de principio, en tanto que la moral se sitúa en un plano más concreto y se revela como el conjunto de normas que, en una determinada comunidad y en un determinado momento histórico, nos indican lo que se debe y lo que no se debe hacer. En términos más sencillos podría afirmarse que si la moral nos dice lo que es bueno, la ética nos dice cómo es que algo se llega a considerar bueno.

De lo que acabamos de exponer, siguiendo a Pieper, A.[5], se desprende que la enseñanza de la ética debe orientarse al cumplimiento de tres objetivos:

- El esclarecimiento de las acciones humanas en lo concerniente a su cualidad moral.
- El entrenamiento en la argumentación y fundamentación ética que haga posible el desarrollo de una conciencia crítica, y
- La promoción de la idea de que la acción moral no es algo arbitrario, sino la expresión de una cualidad imprescindible del ser en tanto persona: la humanidad.

La dimension ética de la enseñanza – aprendizaje

Según la eticista Pieper, A.[6], para Platón es Sócrates quien encarna al maestro moralmente

modélico. En el pensamiento socrático, la virtud no es algo que se puede "enseñar", pero lo que si se puede hacer es ayudar a que cada quien llegue por sí mismo a formular las preguntas pertinentes, y a tratar de hallar sus propias respuestas vía el razonamiento y el diálogo -método dialéctico-, sin limitarse a aceptar meras definiciones de la virtud, aún cuando provengan de una "autoridad" y nos impresionen por su revestimiento retórico.

Gracia, D.[7], lo remarca. Para él, Sócrates no quiere imponer nada al sujeto, sólo ayudarlo a sacar lo mejor que él tiene en su interior. Esta transformación -o conversión- constituye un alumbramiento, un alumbramiento de lo más profundo que reside en lo más hondo de cada ser. Para Gracia esta conversión está en la base de lo que denominamos profesión, y que en el mundo antiguo aludía a la confesión pública de alguien- y su reconocimiento por la sociedad- de su propósito de consagrar su vida a una actividad social valiosa. Ello explica el parentesco de la profesión médica con el sacerdocio y la magistratura.

En las últimas décadas la medicina, fascinada por el desarrollo tecnológico se ocupó –tal vez demasiado- de los medios más sofisticados orientados al diagnóstico y la terapia, olvidándose un tanto de sus fines. Hoy se aprecia una saludable recuperación y en este movimiento juega un papel importante la reflexión ética, al recordarnos que en la formación del médico, el desarrollo de una adecuada actitud en el trato con las personas y la búsqueda de la excelencia constituyen el núcleo mismo de la profesión.

La dimensión ética en la formación médica

En un artículo reciente, Mendoza, A.[8], ha abordado el tema de la fundamentación de la enseñanza de la ética médica y la bioética clínica. En él subrayaba la necesidad de dotar a los futuros médicos de las herramientas conceptuales y procedimentales que les permitan encarar los nuevos problemas éticos que plantea la profesión. Habría que agregar que dicha tarea no puede ser únicamente encomendada a los encargados de las asignaturas correspondientes. Más aún, todo ese esfuerzo sería inútil si no se conjugase con el **"currículo oculto"**, vale decir el conjunto de valores, actitudes y presupuestos implícitos que promueve la propia facultad o escuela de medicina, y que encuentra su expresión en el clima organizacional; y con el "**currículo informal**", que alude a ese cambio de actitudes o transformación individual que se da como consecuencia de las interacciones humanas no estrictamente académicas.

Obviamente, una adecuada formación médica requiere de un equilibrado diseño del proceso educativo, a fin de que se alcancen las competencias inherentes al perfil académico profesional deseado, pero como hemos puntualizado antes, conviene no olvidar el objetivo de la transformación individual, que haga posible que egresen profesionales no solamente competentes técnicamente sino también humanos y compasivos.

No hay duda que esa tarea es hoy más difícil. En otro trabajo he señalado cómo es que la fascinación por la técnica y la introducción de las leyes del mercado en el campo de la salud, que han conducido a una distorsión de la visión y la misión de los establecimientos de salud en desmedro de la ética institucional, han contribuido a una cierta deshumanización en la atención de la salud y a un desdibujamiento de la profesión médica, sometida por la sociedad a un severo cuestionamiento. En este contexto las organizaciones asistenciales caen muchas veces en la insensibilidad y la cosificación de la persona humana, que se convierte en una suerte de pieza operante de la "máquina" social, pieza que hay que reparar para devolverla cuanto antes al trabajo en aras de una mayor productividad. Pero, en ese mismo escenario, también los médicos se sienten excesivamente presionados, se desmotivan y merman su competencia, víctimas de la desesperanza y el desgaste emocional. Esta es una razón más en pro de una redefinición del pacto social entre el médico y el paciente, que se expresa en

los intentos por precisar lo que se denomina el **nuevo profesionalismo**. Para tantas veces citado Gracia, D.[9] dicho profesionalismo implicaría tres componentes esenciales.

- La **devoción,** es decir un compromiso de entrega generosa y abnegada al servicio de la salud de las personas.
- El **reconocimiento** por parte de la sociedad del valor de la profesión médica, otorgándole a la par que un elevado estatus, las mejores condiciones para el desarrollo de su actividad, el privilegio de una autorregulación regida por sólidos valores morales, y
- El **compromiso social**, por el cual los médicos asumen el deber de velar por una asistencia sanitaria de calidad, y luchar por otros valores importantes, como por ejemplo el respeto a los derechos fundamentales de la persona humana y la superación de la injusticia social.

¿Es posible mejorar el carácter moral de los estudiantes de medicina?

Muchos piensan que no, por cuando los valores y las actitudes primarias de las personas se forman en los primeros años de la infancia, pero es también cierto que, como reconoce Sánchez, M.[10], el desenvolvimiento moral no tiene porqué detenerse en la edad adulta, y si la psicología social nos informa del efecto deletéreo que sobre el comportamiento de los individuos tienen los sistemas disfuncionales, como en los casos de anomia social (recordemos los estudios sobre la personalidad en la cultura de la pobreza que realizara en nuestro medio el Dr. Humberto Rotondo); es igualmente cierto que cuando -vía la acción social-, los sistemas se reorganizan y se tornan funcionales, los individuos pueden ser "recuperados", como es el caso de algunas experiencias exitosas con jóvenes pandilleros en determinados distritos limeños, o el de aquellos establecimientos de salud que apostaron por el cambio institucional apelando a los procesos de mejora continua de la calidad, y que vieron incrementarse no solamente el optimismo y el rendimiento del personal sanitario y administrativo, sino también, y primordialmente, los niveles de satisfacción de los usuarios, razón de ser de la profesión médica y de las organizaciones de salud. Esta mejora de la calidad y la excelencia constituyen la mejor respuesta, desde la ética, a las legítimas expectativas de las personas.

Mas, retornando al dominio de la formación médica, muchos docentes podemos dar fe de cómo, cuando se adopta un modo de actuar que se asemeja al que Sócrates preconizaba, los resultados suelen ser satisfactorios, y habiendo sido testigos de cambios significativos en el modo de ser de nuestros alumnos.

Y en el plano personal, remitiéndonos a nuestra época de estudiantes, cómo olvidar a Carlos Lanfranco, con su ejemplo de disciplina y férreo sentido del deber; o a Carlos Alberto Seguín, quien nos deslumbró con su disertación sobre la relación médico-paciente y su énfasis en el eros psicoterapéutico, o a Hugo Pesce, con su apertura a la dimensión social y su profunda cultura humanística; o a mi maestro, Humberto Rotondo, eximio conocedor del alma humana y audaz innovador de la enseñanza de la psiquiatría, quien desdeñó la posibilidad de una "praxis áurea", al decir de Javier Mariátegui, otra figura paradigmática de nuestra medicina, para optar por una práctica asistencial a la que le dio un aliento humanitario, transformando el hospital psiquiátrico en un sistema de puertas abiertas, centrado en la persona y la familia, y operando bajo los principios de la denominada comunidad terapéutica. Todos ellos dejaron honda huella en quienes tuvimos la suerte de tenerlos como auténticos forjadores de nuestra personalidad, y representan una prueba de que es posible esa transformación en el curso de los años formativos.

¿Están capacitados los docentes de las escuelas de medicina para promover la reflexión ética?

Hoy casi todas las facultades o escuelas de medicina incluyen en sus planes de estudio

los cursos de ética y deontología médica, cursos que por lo general se dictan durante el periodo clínico y ninguno durante el internado, momento que para muchos eticistas sería el más apropiado para la realización de los seminarios ético-clínicos.

En la mayor parte de las facultades existe una predominancia de clases y evaluaciones teóricas, dedicándose poco tiempo a los aspectos éticos de la investigación. A partir de esta constatación, Alarcón, J.[11], y cols, recomendaban instaurar discusiones de casos con un enfoque transdisciplinario, incluir temas de ética institucional, y realizar talleres sobre bioética dirigidos a los profesores que no dictan estos cursos.

Perales, A., Ortiz, P. y Norberto, V.[12], realizaron una investigación con dos objetivos: el primero, evaluar en los profesores de la Escuela de Medicina de la UNMSM el nivel de conocimientos sobre ética, deontología y bioética clínica; y el segundo, identificar los problemas más frecuentes en la relación profesor-alumno, y aquellos percibidos en las sedes asistenciales docentes.

En lo concerniente al primer objetivo, se pudo determinar que el 59% de casi 240 profesores encuestados no habían llevado cursos formales sobre temas éticos; que el 71% no conocía adecuadamente el Código de Ética y Deontología del CMP; y que un 58% no conocía bien ni los propósitos ni las funciones de un Comité de Ética Asistencial.

Los problemas éticos generales más citados fueron aquellos relativos a la anticoncepción, el aborto, los transplantes de órganos, la eutanasia, la terapia con células embrionarias, entre otros. Y en lo referente a los problemas más relacionados con la actividad docente se mencionaron los celos y malas relaciones interpersonales entre los profesionales y docentes, el maltrato a los residentes e internos, el ejercicio abusivo de la autoridad en el plano administrativo, la impuntualidad, la falta de vocación docente, y el maltrato a los pacientes.

Tales resultados motivaron la organización de talleres sobre estos temas, dirigidos a los docentes de la facultad y a todo el personal de una sede hospitalaria docente. No analizaremos en detalle este trabajo. Sólo mencionaremos que los autores se sorprendieron de la potencialidad para el cambio que significó la realización de estos talleres (aun cuando sólo comprendieron un total de seis horas). Ellos habían pensado que tales experiencias únicamente llenarían una deficiencia cognoscitiva, pero hallaron que ese modo de "enseñar" centrado en casos, interactivo y dialogante, generó comentarios dignos de tomarse en cuenta. Muchos expresaron que los talleres los habían ayudado a pensar en valores y en la necesidad de aplicarlos a su vida personal y laboral; a ser más prudentes y respetuosos de los valores y derechos de los pacientes en la toma de decisiones; a comunicarse mejor con los pacientes; y a comprender la importancia de mejorar la organización del sistema hospitalario. En suma, se comprobó lo que un procedimiento dialógico puede hacer para favorecer un trato más respetuoso de los derechos humanos en el ámbito docente asistencial.

Competencias del médico en el ejercicio de la actividad docente

La actitud tolerante y respetuosa del médico ante las personas, sean pacientes o no; su visión del mundo; su consagración al servicio de quienes requieren de su atención profesional, su integridad y su carisma, en suma todo lo que hace del médico un auténtico profesional constituye el instrumento más importante en el proceso de enseñanza - aprendizaje.

La labor del docente no es únicamente transmitir conocimientos. Ya hemos visto que lo fundamental es generar un cambio de actitud en el educando, que haga posible el despliegue de sus potencialidades a fin de que llegue a ser un profesional competente y consciente de su compromiso social.

Estimular la curiosidad del estudiante, su capacidad para interrogarse e interrogar

constantemente la realidad en toda su complejidad, incluyendo por tanto los factores propios de las organizaciones sanitarias y del entorno social, y buscar las respuestas más apropiadas para resolver los problemas que confronta; instarlo a utilizar el método científico, pero manteniendo su disposición a revisar críticamente su propio conocimiento y formularse nuevas hipótesis, representan un propósito insustituible de la actividad docente.

Ciertamente, en tanto docente, el médico debe conocer los temas de la asignatura que enseña; debe saber planificar las experiencias de aprendizaje para el logro de los objetivos educacionales; y debe saber organizar los grupos, utilizando eficientemente el tiempo, los espacios y los recursos disponibles.

Para Gracia, D.[13] laborar en pro del perfeccionamiento de actitudes requiere: "trabajar con grupos pequeños, de modo absolutamente interactivo y participativo, con un estilo más práctico que teórico, a través de la discusión continua, utilizando el debate como método, durante periodos de tiempo prolongados, y poniendo más énfasis en el análisis y la mejora de la actividad cotidiana que en la resolución de situaciones excepcionales, sin perder de vista que un objetivo primordial es la promoción de la excelencia" (op. cit, pg.81).

Todo ello será posible si se alienta la tolerancia, la escucha atenta y el respeto por las opiniones de los estudiantes, el reconocimiento de los límites del método científico y el despliegue de su capacidad de argumentación racional, sin desdeñar los sentimientos, las creencias socioculturales ni los valores en juego; y desalentando siempre el reduccionismo y el dogmatismo.

En la discusión de un caso quizás el objetivo primordial de un auténtico docente sea el de alentar y mantener la tensión reflexiva entre las diferentes personas implicadas, tensión que permita alcanzar –vía el diálogo transubjetivo-, la más sensata y prudente solución, sustentada en argumentos suficientemente sólidos como para que ella pueda ser defendida públicamente, aceptando que los problemas éticos planteados por la medicina contemporánea son tantos y de tal complejidad que no siempre resulta fácil definir una línea de acción que armonice los valores en juego y las consecuencias de dicha acción, y que -además- satisfaga a todas las partes. Humildemente tenemos que aceptar que en el campo de la ética médica -como en la clínica- no hay certezas absolutas, y que las mejores soluciones nos dejan siempre un margen de incertidumbre, al punto que podemos decir que la reflexión ética es tan complicada como los nudos que contribuye a desatar.

Palabras finales

En el bello opúsculo "Tú y la Medicina" que Carlos A. Seguín[14] escribiera para su hijo, quien lamentablemente falleciera poco tiempo después de graduarse como médico víctima de una severa miocarditis, Seguín habla de los maestros. No he hallado un mejor texto para concluir este artículo: "Busca a tus maestros, selecciona a tus maestros, oye y respeta a todos pero prefiere a los que pueden ofrecerte algo más que conocimientos; a los que pueden despertar en ti inquietudes y estimular anhelos; a los que sean capaces de dar y darse… (Ellos) son los hombres que crean, aman y ríen… los que buscan incansablemente, los que, en esa búsqueda, saben hallar. Son los que ante el enfermo, te enseñan además de la actitud de la ciencia, el arte de la actitud. Son los que se acercan al paciente a darle no sólo medicamentos, sino amor, comprensión humana y respeto por su doble condición de hombre y de hombre sufriente".

Referencias Bibliográficas

1. Jonsen, Albert R. La ética en la práctica de la medicina interna. Bioética para clínicos. Azucena Couceiro (ed.), Triacastela. Madrid, 1999; 223-232.
2. Martínez Bullé – Goyri, Víctor. Bioética, Derecho y Derechos Humanos. Perspectivas de bioética. Juliana Gonzáles Valenzuela, Coordinadora. Fondo de Cultura Económica. México, 2008; 90-107.

3. Colegio Médico del Perú, Consejo Nacional. Ley de Creación y Modificación. Estatuto. Reglamento. Código de Ética y Deontología. Trabajo Médico, Ley y Resolución. Ley General de Salud. Lima, 2008.
4. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología, 2007.
5. Pieper, Annemarie. Ética y Moral. Una introducción a la filosofía práctica. Crítica Barcelona, 1991.
6. Pieper, Annemarie, op. cit.
7. Gracia, Diego. La enseñanza de la bioética en España. Un enfoque socrático. Separata de la Maestría Internacional de Bioética. Lima, 2002-2003.
8. Mendoza Fernández, Alfonso. Fundamentación de la enseñanza de la ética médica y la bioética clínica. Acta Médica Peruana. Lima. 2009; 26(2): 131-134.
9. Gracia, Diego. Nuevos desafíos en la ética de las profesiones sanitarias. Ética: Como arqueros al blanco.Triaca stela. Madrid, 2003; 267-288.
10. Sánchez, Miguel. Las interrogantes fundamentales en la enseñanza de la bioética: un análisis de la experiencia española. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, Concepción Chile. 1995; 41-57.
11. Alarcón V., Jorge, Piscoya, Julia, Gutiérrez, César, Reyes, Mary. Perfil de la enseñanza de bioética en las Escuelas de Medicina del Perú. Separata del Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM.
12. Perales, Alberto, Ortiz, Pedro, Nolberto, Violeta. Estudio de moralidad – inmoralidad de una escuela de medicina y un hospital público: aplicación de una estrategia de moralización. An. Fac. Med. Lima. 2008; 69(2): 97-103.
13. Gracia, D. La enseñanza de la bioética en España. Un enfoque socrático., op. cit.
14. Seguín, Carlos Alberto. Tú y la Medicina. UNMSM. Lima, 1995.

COLEGIO MEDICO DEL PERU

Al servicio de todos los Médicos del Perú

Cuadernos de Debate en Salud

Estimulando la publicación médica nacional de nuestros colegiados

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú

www.cmp.org.pe

¿Con qué perfil y competencias debe egresar el médico en los próximos años en el Perú?

*Salomón W. Zavala Sarrio**

¿Qué ha cambiado en los años recientes que justifique plantearnos una pregunta como el título, para el ejercicio de una de las profesiones más antiguas y bien reglamentadas por normas, usos y costumbres?

Trataremos de hacer un análisis de cada uno de los aspectos que consideramos debe delinear el perfil del egresado.

El futuro médico en el Perú debe reunir, en nuestra opinión, las siguientes características:

a) Éticamente sólido

b) Técnicamente competente

c) Buscador de la verdad

d) Comunicador entrenado

Merecedor de un reconocimiento social y económico adecuado.

A) Éticamente sólido

La profesión médica es la que a lo largo del tiempo siempre ha liderado la exigencia ética como requisito para su ejercicio. Desde el juramento hipocrático hasta las modificaciones posteriores como en el caso específico, del Juramento de la Asociación Médica Mundial, no hay ejercicio médico correcto sin norma ética que lo respalde.

¿Por qué hemos colocado en el primer lugar del perfil el requisito ético?

La respuesta es simple y conocida: porque los médicos desarrollan su trabajo con el "bien de bienes", es decir con la vida humana, y si no hay algo más valioso para el hombre, es lógico que se le proteja con la aplicación de normas, principios y valores que distinguen nuestra especie de las demás y que son expresión del más alto valor y desarrollo humano.

Esta explicación puede parecer insuficiente para muchos y tienen razón. La evolución del conocimiento y de la estructura de las sociedades, ha creado nuevas situaciones que el médico tiene que enfrentar diariamente, relativas a la vida y la muerte[1].

Se considera que en los últimos 50 años, se ha producido un desarrollo del conocimiento y la tecnología médica mayor que en el resto de la historia de la medicina[2,3].

* Instituto de Ética en Salud.

La capacidad de sustituir funciones vitales: ventiladores mecánicos, marcapasos, diálisis renal, nutrición parenteral y otras, hacen que el médico tenga que enfrentar situaciones donde tiene que tomar decisiones para las cuales requiere de sólidas normas o estrategias éticas, por encima de las normas legales.

¿Qué hacer con una gestante en estado vegetativo persistente? ¿Cuándo retirar un ventilador mecánico?¿A quién dializar si hay dos pacientes y un solo equipo? ¿Prescribir un fármaco aún en fase experimental? Podríamos seguir enumerando una serie de situaciones pero creo que como ejemplo bastan.

Al haber adquirido la salud, el carácter de derecho a ser garantizado por el estado, se crean situaciones de conflicto entre lo legal y lo ético, argumento adicional para exigir una sólida formación ética al médico.

Pero hay una razón más importante aún y es el resultado de los movimientos de la sociedad civil en pro de los derechos humanos que culmina con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el establecimiento de la Organización de Naciones Unidas. Esto crea condiciones para que los pacientes exijan ser tratados de otro modo en su relación con los médicos.

Diego Gracia[4] señala "los pacientes han comenzado a emanciparse y a exigir ser tratados como mayores de edad; lo cual si por una parte es un evidente logro, por otra plantea una nube de problemas".

Todo esto se concreta con algo que suelo denominar "La revolución del siglo XX" en la relación médico-paciente, y es la exigencia de cumplir con el proceso de obtención del Consentimiento Informado. Es decir la participación directa del paciente en las decisiones clínicas previa información por parte del médico de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos no centrándose exclusivamente en los beneficios sino también en los riesgos de toda intervención.

El médico debe asumir esta tarea no como una obligación legal, que lo es, sino como expresión genuina de su respeto al otro admitiendo que pese a sus diferencias en cuanto a conocimientos, destrezas y habilidades, su relación con el paciente es "inter pares", entre iguales en su condición de seres humanos y así lo demanda la ética.

B) Técnicamente competente

Como ya hemos señalado, el ritmo creciente de nuevos conocimientos y tecnologías que, casi a diario, se incorporan en la práctica médica, el desarrollo de procedimientos terapéuticos y de diagnóstico invasivos, ha generado la necesidad de dividir el aprendizaje y aplicación creando la especialización y ultra especialización.

¿Es entonces indispensable que todos los médicos se tornen en especialistas? ¿Qué lugar tiene el médico general que al término de siete años de preparación sale con el título de médico-cirujano y se supone que debe estar en capacidad de resolver el 80 % de las necesidades de los pacientes en las cuatro grandes especialidades: medicina, pediatría, cirugía y gíneco obstetricia?

Existe una grave distorsión en nuestro país que ha pintado de colores la especialización como meta preciada de los egresantes, que ignora por completo las necesidades del Perú y se ha priorizado la medicina hospitalaria sin tener en cuenta que es a nivel de la atención primaria que se debe dar la lucha por mejorar la situación de salud del país.

Cuando decimos técnicamente competente, no estamos refiriéndonos solo a la preparación del especialista sino fundamentalmente a la del médico general que tiene la ventaja de tener una visión integral del paciente y no lo ha fragmentado o segmentado como aquel "que cada vez estudia más de cada vez menos y al final lo sabe casi todo de casi nada " y es un médico de un órgano enfermo.

Técnicamente competente no quiere decir caer en lo que denomino el "deslumbramiento tecnológico" sino buscar un equilibrio para no hacer uso inadecuado de la tecnología. El 70% de las TAC solicitadas son normales, me refería un imagenólogo, evidenciando que hay por lo menos un exceso en su indicación, lo que incide negativamente en los costos de la atención.

A esto debe sumarse el que nos tomará algún tiempo aprender a interpretar los hallazgos de las imágenes modernas para saber si tienen un significado patológico o solo corresponden al proceso natural del envejecimiento.

En las escuelas de medicina los especialistas pelean los espacios para introducir más temas en el pre-grado lo que en realidad corresponde al residentado médico.

La competencia técnica exige otro requisito y es haber cambiado el paradigma de "curar enfermos" como la tarea del médico por el "cuidado de la salud" como su verdadera labor, esto permitirá incorporar en su práctica diaria el enfoque preventivo-promocional. Es decir, la capacidad de explicar en cada contacto con el público, pacientes y sanos, las tareas que el cuidado de la salud demanda antes de que la patología haga su aparición, es decir, todas aquellas estrategias de despistaje y detección temprana, según edad y sexo.

Un acápite especial merece el tema de la informática como parte esencial de las destrezas necesarias para el médico.

Las últimas promociones de ingresantes sin duda ya traen una preparación suficiente en el uso de la computadora y tal vez sólo se debe complementar el capítulo de la búsqueda bibliográfica específica; pero es innegable que ya no se puede prescindir de esta tecnología y más bien habrá que estar atentos a los vicios que viene generando como la superficialidad en el estudio, el plagio y otras.

C) Buscador de la verdad

Es una pena que gente que no tiene idea de lo que debe ser la educación superior haya introducido diversas modalidades de titulación eliminando el requisito indispensable de la elaboración de una tesis. Esto aseguraba que por lo menos una vez en su vida profesional, el médico enfrentara el proceso de investigación e interiorizara en la metodología de la búsqueda de nuevo conocimiento y el rigor científico.

Esto ha tenido tan graves repercusiones que es una causa importante para que apenas el 5% de los estudiantes de posgrado, de maestrías y doctorados se titulen por la exigencia de investigar y elaborar una tesis.

Sólo la obligatoriedad de la tesis como requisito de titulación entrenará a nuestros médicos para ser "buscadores de la verdad" confirmando el dicho de que en ciencia, la verdad está en la búsqueda.

En la medida en que se realice este proceso, la universidad recuperará su rol como productora de nuevo conocimiento teniendo la ventaja de poder elegir aquellas áreas de importancia para el país donde se requiere de investigación.

D) Comunicador entrenado

Desde el año pasado, he venido preguntando personalmente, a por lo menos 1 500 médicos peruanos si en el pregrado habían recibido un curso sobre como informar a los pacientes. Es decir un curso de comunicación.

Sólo obtuve una respuesta positiva, era una colega que había estudiado en Australia.

Es inexplicable esta situación ya que se sabe que hasta el 80% de las quejas de los pacientes frente a los médicos, es por una deficiente información.

Me aventuro a pensar que esto es el resultado de una relación médico/paciente de tipo vertical, paternalista, en que el médico ordenaba y el paciente obedecía sin mayor o con una mínima explicación.

Definitivamente, esto tiene que cambiar, no tanto en función o razón de los juicios de mala práctica sino más bien como expresión de haber incorporado el principio de autonomía como fundamental en nuestra relación con el paciente.

Esta horizontalización de la relación médico/paciente se expresa claramente en la obligatoriedad de seguir el proceso de obtención del Consentimiento Informado para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de diversa naturaleza.

La jerga médica tendrá que ser reservada para hablar entre nosotros ya que una participación de los pacientes en las decisiones clínicas exige asegurarnos de una cabal comprensión de los hechos por parte de ellos.

Decimos comunicador entrenado, puesto que la comunicación es una materia que tiene sus propias teorías y métodos y su aplicación exige un nivel adecuado de conocimientos.

Es obligación de las Facultades de Medicina cubrir este vacío a la brevedad posible, de otro modo seguiremos perdiendo nuestro lugar ante la opinión de la sociedad a la cual pretendemos servir y mantener o recuperar la confianza que está en un nivel, ciertamente, insatisfactorio.

E) Merecedor de un reconocimiento social y económico adecuado

De la "reina de las profesiones liberales" a un asalariado más, así podríamos describir, con cierta crudeza el curso seguido por la profesión médica en el último medio siglo en nuestro país.

Un paciente, de nacionalidad chilena, a quien atendíamos con un colega cirujano nos dijo lo siguiente; "veo que aquí, los médicos no están tan cerca de Dios". Sorprendidos por la frase le pedimos nos explicara a qué se refería y nos dijo "en Chile, después de Dios, el médico. Acá yo veo que los médicos son más campechanos, visten de manera no tan formal, conversan con el paciente".

Ciertamente, no pretendemos estar tan cerca de Dios, pero tampoco tan lejos.

Lo que necesitamos es un reconocimiento a nuestra tarea que bien ejercida tiene un costo, pero no tiene precio, por eso seguimos hablando de "honorarios", algo simbólico.

Un manejo correcto de la verdad en nuestra relación con los pacientes, y la difusión del concepto de que la medicina no es una ciencia exacta sino más bien probabilística, permitirá retomar nuestra ubicación justa en el concierto social.

Ser cumplidos en nuestro rol dentro de la sociedad nos permitirá exigir una compensación acorde con nuestras justas expectativas y responsabilidades.

Referencias Bibliográficas

1. Warnock M. Guía ética para personas inteligentes. Fondo de Cultura Económica 2002.
2. Gracia D. Fundamentación de la enseñanza de la bioética. El Buho, Colombia, 2000; 175-194.
3. Drane J.F. Como ser un buen médico. San Pablo 1991, Bogotá, Colombia.
4. Gracia D. La práctica de la medicina. Bioética para clínicos, Madrid. Edcit Tarantela 1999; 95-1081.

¿Qué perfil de egresado médico requiere el Perú en los próximos diez años?

*José Leonardo Piscoya Arbañil**

El ejercicio de la medicina ha cambiado notablemente por el dinamismo científico tecnológico, el impacto de las guerras mundiales, la polarización ideológica, la globalización, los cambios políticos, sociales, económicos y ambientales y todo ello con su necesaria repercusión en la relación médico paciente desmitificada a partir de valores referidos al costo beneficio económico, desplazando a la tradición hipocrática y osleriana de privilegiar la relación médico paciente. En este entorno desarrollo la propuesta asignada en el simposio convocado por Acta Médica segmentando con fines didácticos en a) Hitos Históricos b) Perfil del Médico c) Análisis internacional d) Propuesta

A. Hitos históricos

La revolución Flexneriana (Flexner 1910) transformó radicalmente la educación médica en Estados Unidos e irradió con matices a todo el mundo desarrollado. El cambio de la enseñanza memorística al "aprender haciendo", con requisitos para la admisión a las Escuelas de Medicina. Recordemos que a mediados del siglo XIX los estudiantes de medicina debían leer a Hipócrates para saber clínica, en el siglo XX los libros quedaban rezagados e iban incorporándose las revistas, hoy son una inevitable necesidad las bases de datos electrónicas para poder estudiar por problemas y con la mejor evidencia posible[1-10].

Con matices todo el siglo XX tuvo un diseño multivariado si debían privilegiarse las ciencias básicas, o debían ser éstas antes de las clínicas o mejor era la enseñanza modular o si requerían cursos transversales, decantando en las últimas dos décadas de ese siglo a la enseñanza basada en problemas emulando a la propuesta de Mc Master y privilegiando la Medicina basada en la evidencia acogiendo la propuesta de Sackett.

B. Perfil del médico

Los médicos debemos ser capaces de tomar decisiones regularmente en situaciones de alta complejidad e incertidumbre creciente. Un referente internacional –asimilable a nuestra realidad– es el que postula el Libro Blanco de Titulación en Medicina que se basa en la premisa de una formación similar en la Comunidad Económica Europea, con una formación básica del médico que comprenderá, en total, por lo menos seis años de estudios o

* Médico Reumatólogo, Profesor Principal de Reumatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú

5 500 horas de enseñanza teórica y práctica impartida en una Universidad o bajo el control de una universidad . Además dispone que la formación básica del médico garantizará que se adquieran conocimientos y competencias similares en todas las entidades formadoras.

En estrecha relación con lo señalado a propósito de la revisión histórica, se enmarca en lo que se ha dado en llamar el eclipse del individualismo en la medicina por el privilegio de la tecnología; la desatención a una aproximación racional se objetiva en la revisión de los 58 tópicos del Liaison Committee for Graduate Medical Education del 2008, ya que en ninguno de ellos aparece la palabra tecnología. Logrando el efecto negativo de ésta, cuando los médicos no son capaces de valorar su impacto económico, organizacional, social.

Variables necesarias a considerar son el estudio de oferta y demanda de médicos, habiendo múltiples estudios, algunos ya clásicos, pero todos aproximaciones que no documentan la garantía de un censo, dando lugar a equívocas apreciaciones, requiriéndose por ejemplo características demográficas, ubicación en los diferentes sectores, niveles de actividad, remuneraciones y condiciones de trabajo, que nos permitan tener una visión de conjunto para tomar decisiones racionales.

El currículo por definición es la planificación de eventos educacionales que incluya objetivos de aprendizaje, métodos educacionales y evaluación, habiendo consenso en la educación médica que la enseñanza debe ser en base a competencias que incluyen: conocimiento, actitudes, habilidades y objetivos conductuales.

Una aproximación a la planificación curricular debe considerar algunos aspectos que inciden en la formación final del médico:

En referencia al cuidado de los problemas de salud: ¿Cómo se afectan los pacientes, los profesionales de la salud, los educadores médicos y la sociedad?. ¿Cómo se afectan los resultados clínicos, la calidad de vida, el trabajo y la productividad, el costo del cuidado de la salud y la función social?

En referencia a los alumnos y empleadores: ¿Cuál es la correlación de los contenidos y el requerimiento de los empleadores?. ¿Cuáles son las facilidades para completar la formación profesional, inmediatamente después del egreso?

En referencia a las instituciones formadoras: ¿Cuáles son los métodos educacionales?. ¿Cuál es el análisis comparado de los diferentes currículos?. ¿Hay disposición de métodos de evaluación curricular?[11-20]

C. Análisis internacional

El mundo en el cual los médicos se desenvuelven en el mundo entero está cambiando y también cambian las formas del ejercicio y los retos para éste, condicionándose un drástico cambio a lo que ocurrió en los últimos 150 años, donde la variación fue mínima tanto en la educación como en la práctica.

En los últimos diez años el reto para la formación ha sido bastante explícita, con preguntas reiterativas sobre las responsabilidades de la profesión, la selección de los estudiantes, el entrenamiento, el monitoreo y la regulación de los médicos en el nuevo mundo.

El Real Colegio de Médicos del Reino Unido señala que en el día a día del trabajo de los médicos deben rescatarse: su integridad, compasión, altruismo, mejora continua, excelencia en la práctica, trabajo en equipo con otros miembros del equipo de salud- siguiendo el Proceso de Boloña- una visión global para el futuro de la Educación Médica.

De indudable impacto en los procesos de enseñanza desde tiempos inmemoriales y repotenciado con la globalización está el tema de la Bioética. Debemos responder a las preguntas: ¿los profesionales de la atención a la salud sólo tienen obligaciones, pero no

derechos?; ¿los pacientes tienen derechos pero no responsabilidades, considerando entre otras, que cada individuo es el primer responsable del cuidado de su salud y no los médicos?; ¿es legítimo exigir en los profesionales de la atención a la salud un comportamiento ético, o por lo menos moral, en circunstancias de ejercicio que no lo hacen posible?; ¿se debe exigir al profesional que se comprometa «solemnemente» a «consagrar su vida al servicio de la humanidad» «como señala la Declaración de Ginebra», desconociendo que también tiene responsabilidades familiares y como ciudadano?; ¿hasta dónde un profesional de la atención a la salud, puede poner en riesgo su vida en aras de la vida de los demás?; ¿procede convertir ideales morales en deberes estrictos, cuando hay obligaciones exigibles y factibles de cumplir como la de actualizar los conocimientos, asumir una actitud de tolerancia, respeto y apertura hacia el paciente en un clima de equidad, civilidad y madurez, entre otras muchas?

Antecedente importante es el de los analistas que vaticinaron en los 80 y 90 que Estados Unidos de América tendría un sustancial exceso de médicos al empezar el siglo XXI, por lo que las organizaciones reguladoras aconsejaron reducir el número de médicos formados por las escuelas de medicina; sin embargo estas predicciones fueron erradas en función de las nuevas formas del ejercicio de la medicina. Por ello insisto en la necesidad perentoria de determinar mediante la metodología censal la brecha entre la oferta y la demanda a nivel nacional[15-24].

Con la experiencia internacional y la muy disímil experiencia nacional debemos preguntarnos y preguntarles a los responsables de la Educación Médica, para dar respuesta a la pregunta que plantean los organizadores del simposio ¿Qué perfil de egresado médico requiere el Perú en los próximos 10 años?:

1. ¿Existe acuerdo sobre la Normalización de competencias del Médico General?
2. ¿Todas las Escuelas de Medicina deben enseñar en Base a Problemas, por Competencias específicas homologables, en base a la mejor evidencia posible?
3. ¿Debemos formar un médico general que sólo podrá ejercer cuando tenga una especialidad?
4. ¿Formamos médicos para qué nivel de atención, privilegiamos la atención ambulatoria o la de alta complejidad?

Cambios en la cultura médica entre el informe Flexner 1910 y el 2010*

El médico del siglo XX	El médico del siglo XXI
Acumulación del conocimiento	Adquisición y uso del conocimiento
Trabajo individual con erudición	Equipos de investigación interdisciplinaria
Autónomo	Colaborador
Cooperativo	Responsabilidad compartida
Realización individual	Equipos interdisciplinarios
Expertos (centrado en el médico)	Coordinación del cuidado (centrado en el paciente

Academic Medicine, Vol 85, N° 2 /February 2010

D. Propuesta

El médico del siglo XXI tiene una diferencia radical respecto al cuidado de la salud, el cuidado de los pacientes y la investigación, respecto a la centuria previa. Hoy en día necesariamente el trabajo es interdisciplinario con equipos de salud; por ello los programas educacionales necesitan incorporar la teoría y práctica de los equipos y del trabajo en equipo. Este entrenamiento ha sido relevante por años en las escuelas de negocios y ha hecho que las empresas sean exitosas, efectivas y productivas. Una característica enfatizada en la publicación de Lucian Leape (Error en medicina) es el comparar el ejercicio

de la medicina (con vidas humanas) y la industria aeroespacial, así como sus esfuerzos notables por enseñar en escenarios simulados con lo que han logrado dramáticos cambios en los resultados esperados, disminuyendo notablemente los errores y mejorando la seguridad. Todas estas experiencias nos orientan inequívocamente a la necesidad de cambiar el modelo de la enseñanza de la medicina –prevalente por cien años– en la propuesta universalmente aceptada de aprendizaje en base a problemas, en pequeños grupos y centrada en el estudiante, con el profesor como facilitador; este nuevo paradigma puede ser graficado según el análisis comparado de Tuckman.

Análisis de categoria y dimensión en los grupos de trabajo

Trabajo individual	Trabajo de grupos	Trabajo en equipo
Liderazgo individual	Fuerza con foco en el líder	Roles de liderazgo divididos
Responsabilidad individual	Responsabilidad individual	Responsabilidad individual y mutua
Propósitos identificados por el individuo	Propósito del grupo es el de la misión institucional	Propósito específico del equipo que el equipo decide
Productos del trabajo individual	Productos del trabajo individual	Productos del trabajo colectivo
Trabajo a su propio ritmo	Trabajo programado con eficiencia	Discusión abierta y programada para resolver problemas
Valoración del rendimiento individual	Medida indirecta del rendimiento por influencia de otros	Rendimiento directamente valorado en función del trabajo colectivo
Trabajo por propia decisión	Discusión, decisión y delegación	Discusión, decisión y trabajo juntos

El futuro de la educación médica requiere procesos innovadores tanto de la enseñanza de la medicina como de las otras ciencias de la salud, por su repercusión indirecta, pudiendo distinguirse dos factores en esta nueva dinámica: Primero, que el conocimiento previo basado en la memoria está ahora disponible en cualquier computadora conectada a internet. La difusión de esta información fortalecerá a los miembros del equipo. Segundo, la complejidad del cuidado médico a ofrecer, incluye un complejo monitoreo hemodinámico, una vasta cantidad de fármacos y productos biológicos, una inconmensurable cantidad de técnicas imagenológicas y todo ello conducirá a la alta especialización que ningún individuo podrá proveerla por si solo.

Sin embargo la agenda sigue abierta, pues es necesario convocar a los grupos de interés (incluyendo educadores médicos, capacitadores, investigadores de servicios de salud y de educación médica, líderes de los sistemas de salud y representantes de los pacientes), para proponer un nuevo currículo. Tarea en que nos llevan la delantera los países desarrollados comprometidos con una educación médica de calidad acorde con el estado del arte.

Referencias Bibliográficas

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York, NY: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
2. Brotherton SE. US graduate medical education, 2003 – 2004. JAMA. 2004; 292:1032-1037.

3. Ludmerer KM. Learning to Heal: The Development of American Medical Education. New York: Basic Books; 1985.
4. De Angelis C. Curriculum for the Twenty-first Century. The Jhons Hopkins University press. 200.
5. Tosteson D. New Pathways to Medical Education. Harvard University Press. 1994.
6. Grant J. and Swanwick T. Understanding Medical Education 2008.
7. 8th International Medical Workforce Collaborative - October 6, 2004, Washington: OECD Human Resources in Health Care Project – Update.
8. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2000; 61(2).
9. Guía de la OMS / WFME para la acreditación de la formación médica de grado. Educ. méd. Barcelona sep. 2006; 9(3).
10. Bioética y ética médica: Un análisis indispensable. Joaquín Ocampo Martínez1Rev Fac. Med. UNAM Enero-Febrero, 2007; 50(1).
11. OECD Human Resources in Health Care Project – Update - 8th International Medical Workforce Collaborative October 6, 2004, Washington.
12. The Physician Workforce: Position Statement. Association of American Medical Colleges. February 22, 2005.
13. César Lip, Amador Vargas, Willy Zeballos, John Longa y Jorge Hurtado. Situación del Profesional Médico Cirujano a Ocho Años de Iniciada la Reforma de la Salud y la Seguridad Social Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2000; 61(2).
14. Economic Expansion Is a Major Determinant of Physician Supply and Utilization HSR: Health Services ResearchApril 2003; 38(2).
15. Ricse Carlos. OPS Análisis de Recursos Humanos en Salud OPS 2000.
16. Fernández H. El Médico del Siglo XXI, Medicina Universitaria, julio-septiembre, 2004; 6(24).
17. McKimm J The current state of undergraduate medical education in New Zeland Medical Teacher 2010; 32:456-460.
18. Kalet A Mew Measures to establish the Evidence Base for Medical Education: Identifying Educationally sensitive Patient Outcomes Academic Medicine, May 2010; 85(5).
19. The Bologna process, medical education and integrated learning Medical Teacher. 2010; 32: 316-318.
20. The Bologna process A global vision for the future of medical education Medical Teacher 2010; 32: 305-315.
21. The Bologna process and its implications for medical education Medical Teacher 2010; 32: 302-304.
22. Levenson R. Understanding Doctors Royal College of Physicians King´s Fund 2008.
23. Tomorrow´s Doctors Outcomes and standards for undergraduate medical education General Medical Council September 2009.
24. Teaching professionalism Medical Teacher Number 5 May 2010; 32: 357-371.

La investigación en la calidad de la formación médica: ¿Obligación o no?

*Homarh Villaverde**
*Carlos Seas***

El conocimiento es uno de los principales impulsadores del desarrollo y crecimiento de un país, por tanto, la generación del mismo se convierte en una necesidad imperativa de la sociedad moderna y nace de un proceso denominado investigación.

La investigación en salud, está dirigida a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, y su importancia está basada en la generación de información, identificación de problemas en salud, planteamientos de estrategias sanitarias y planes de prevención de enfermedades prevalentes[1,2]. Uno de los principales indicadores que mide la actividad de la investigación y la calidad de la formación médica son las publicaciones científicas.

A nivel de Latinoamérica, el Perú ocupó el octavo lugar en producción científica con un total de 4 052 publicaciones durante el periodo 1996 al 2003, comparado con Brasil, que registra 68 093 publicaciones; mientras que para el 2009, Perú registra 125 publicaciones en LILACS, mientras que Brasil encabeza la lista a nivel latinoamericano, con 13 361 publicaciones. A nivel mundial, según la base PubMed, la producción científica del Perú registra 1 509 artículos durante el 2009, comparado con los 33 088 de Brasil y los 875 265 de EEUU.

Sillicani menciona "….*el conocimiento creado es temporal y sustituido por otro, el cual también es temporal; es decir que la ciencia evoluciona por el camino de sus ruinas..*" [3]. Una de las principales fuentes de generación de investigación, es la que se lleva a cabo en las facultades de medicina. Un estudio demuestra que el 77% de los estudiantes de medicina han realizado algún proyecto de investigación y el 75% refiere haber concluido los estudios universitarios, con algún proyecto[4]. A pesar de la promoción de sociedades científicas estudiantiles y la exigencia en la mayoría de universidades de un proyecto de tesis para la obtención del grado, la participación de los estudiantes de medicina en la publicación de artículos científicos es mínima, llega sólo a 4,5% de las publicaciones indizadas en SciELO-Perú[5]. Esto demuestra que la mayoría de proyectos de investigación a nivel de pre-grado, son presentados en diversos eventos científicos o libro de resúmenes, y no llegan a concretarse en su publicación final[6]. El 97% de estudiantes de medicina conocen de la importancia y contribución de la investigación, evidenciando determinación y vocación creativa, sin embargo

* Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt". Universidad Peruana Cayetano Heredia.
**Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

sólo el 30% valoran como buena o muy buena la capacitación en metodología de la investigación por parte de la universidad, mientras que el 60% refiere que la capacitación es deficiente en el proceso de publicación y lectura crítica[6]. Por otro lado, es llamativo que el 60% de estudiantes de medicina decidan graduarse por una opción diferente a la de realizar una tesis, por percibir deficiencias en los conocimientos de metodología de la investigación, además de trámites engorrosos, falta de tiempo y recursos financieros[16].

La investigación es un objetivo primordial de las universidades, siendo vital en el proceso educativo de los alumnos de medicina, quienes sumarán al innato pensamiento crítico, los conceptos necesarios para su desarrollo. Los grupos estudiantiles forman sociedades científicas y buscan exponer sus trabajos a través de congresos nacionales y regionales, sin embargo, sólo el 40% utiliza análisis inferencial[7]. Sólo dos facultades de medicina humana han desarrollado revistas científicas que se publican con periodicidad y se encuentran indizadas en SCIELO-Perú [5,8,9], siendo sólo el 40% de sus publicaciones trabajos originales[9]. La educación médica universitaria, debe ser capaz de generar capacidades de liderazgo y crecimiento profesional a través de la investigación, así como mostrar las oportunidades que facilitan su desarrollo[10]. Además de impartir conocimiento en cómo investigar, es necesario conocer cuál es la problemática de salud del país, de modo que los resultados de las investigaciones puedan generar soluciones y mejoras al sistema de salud[2].

Un importante concepto es la investigación formativa, que sustenta la enseñanza a través de la investigación dirigida por un profesor, siendo los propios estudiantes los responsables de su aprendizaje[11]. Está demostrado que los estudiantes que ganan experiencia en el campo de la investigación durante el pre-grado, además de ser un predictor de un desempeño exitoso en el campo académico[12], tendrán más oportunidades de desarrollarse independientemente en el campo de la investigación, obtener recursos para desarrollar investigaciones y exponer sus resultados en publicaciones, en revistas reconocidas[13, 14]. De otro lado los alumnos que participan de cursos de metodología en investigación serán más proclives al desarrollo de la misma[15].

La investigación en salud es crucial en el proceso del cuidado de la salud, y es una labor conjunta entre el gobierno, las universidades y los estudiantes. Es inevitable que los profesionales de salud se pregunten el por qué o el cómo de los eventos, sin embargo muchas veces no tenemos los suficientes instrumentos académicos y físicos para responderlos. La inclusión de los cursos de investigación en la dinámica de la currícula académica y su promoción es más un deber que una obligación para el desarrollo social y económico sostenido, así como para la generación de conocimiento con el fin de mantener los estándares de salud en un nivel óptimo.

Referencias Bibliográficas

1. Word Health Organization. Review of regional work of WHO on health research 2004-2005.
2. Sillicani A. Diagnóstico e investigación. Rev Med Hered 1997; 8(4): 159-62.
3. Los Medicine Editors. Improving health by investing in medical education. PLoS Med 2005, 2(12): e424.
4. Díaz C, Manrique L, Galán E, Apolaya M. Características, actitudes y prácticas en investigación de los estudiantes de pregrado de facultades de medicina del Perú. Acta Med Per 2008; 25(1): 9-15.
5. Huamaní C, Chávez P, Maya P. Aporte estudiantil en la publicación de artículos científicos en revistas médicas indizadas en SciELO-Perú, 1997-2005. An Fac Med 2008; 69(1): 42-45.
6. Molina-Ordoñez J, Huamaní C, Mayta P. Apreciación estudiantil sobre la capacitación universitaria en investigación: estudio preliminar. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2008; 25(3): 325-329.
7. Galán E, Manrique N, Villavicencio E, Yilatopa E, Peralta M, De la Cruz W. Producción científica de los investigadores del pregrado de medicina humana en el Perú, 1993-2003. CIMEL 2005; 10(1): 41-48.

8. Pamo O. Estado actual de las publicaciones periódicas científicas médicas del Perú. Rev Med Hered 2004; 16: 65-73.
9. Huamaní C, Pacheco-Romero J. Visibilidad y producción de las revistas biomédicas peruanas. Rev. Gastroenterol. Perú 2009; 29(2): 132-139.
10. Tavakol M, Murphy R, Rahemei-Madeseh M, Torabi S. The involvement of clinicians in medical education research. Quality in Primary Care 2008; 16: 335-340.
11. Miyahira J. La investigación formativa y la formación para la investigación en el pregrado. Rev Med Hered 2009; 20(3):119-122.
12. Brancati F, Mead L, Levine D, Martin D, Margolis S, Klag M. Early Predictors of Career Achievement in Academic Medicine. JAMA 1992; 267(10):1372-1376.
13. Reinders J, Kropmans T, Cohen-Schotanus J. Extracurricular research experience of medical students and their scientific output after graduation. Med Educ 2002; 63(3): 191-200.
14. Segal S, Lloyd T, Houts PS, Stillman PL, Jungas RL, Greer RB 3rd. The association between students' research involvement in medical school and their postgraduate medical activities. Acad Med. 1990; 65(8): 530-533.
15. Hren D, Lukić IK, Marusić A, Vodopivec I, Vujaklija A, Hrabak M, Marusić M. Teaching research methodology in medical schools: students' attitudes towards and knowledge about science. Med Educ 2004; 38(1): 81-86.
16. Ramos-Rodríguez M, Sotomayor R. Realizar o no una tesis: razones de estudiantes de medicina de una universidad pública y factores asociados. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2008; 25(3): 322-324.

COLEGIO MEDICO DEL PERU

Al servicio de todos los Médicos del Perú

Cuadernos de Debate en Salud

Estimulando la publicación médica nacional de nuestros colegiados

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú

www.cmp.org.pe

La evaluación del discente al docente ¿Mejora la formación del futuro médico?

*Teresa Castillo Rosales**

Dentro del contexto de la calidad educativa en la formación médica, la pregunta que se plantea nos obliga a analizar previamente conceptos relacionados con la evaluación de la calidad y la calidad del trabajo docente.

Como afirma Barnett[1] "la educación superior ha pasado de ser una institución en la sociedad a ser una institución de la sociedad". La universidad ya no ejerce el monopolio del conocimiento experto. El conocimiento no sólo se ha expandido a organizaciones externas a la institución universitaria, sino que la misma educación superior se está también desarrollando fuera de ella.

En Europa desde hace más de una década se ha creado el Espacio Europeo de Educación Superior, un plan ambicioso puesto en marcha con la finalidad de favorecer la convergencia europea en materia educacional. Su objetivo es hacer compatibles los sistemas de educación superior dentro de la diversidad. Se inició en 1999 con la declaración de Bolonia y participan gobiernos, universidades, estudiantes, agentes sociales y económicos, así como la Comisión Europea. Con este plan se pretende garantizar la calidad de la enseñanza y un sistema de titulaciones organizado en tres ciclos. Tras diez años del comienzo del Plan Bolonia, los países integrantes del Espacio Europeo de Educación Superior se han reunido en Viena para plantear los nuevos retos de cara a 2020. En Europa hay consenso en que la educación y la formación son fundamentales y su estrategia es colocar el conocimiento en el corazón de un crecimiento económico sostenible. Y en este marco las universidades tienen una importante misión, como templos del saber y entidades responsables de transferir sus hallazgos.

En nuestro país desde mediados de la década de los 90 se ha iniciado un movimiento orientado a la mejora de la calidad en los distintos niveles educativos, que garantice ante la sociedad la calidad de las instituciones de educación. La acreditación de la calidad de la educación se inicia con la promulgación de la Ley General de Educación y se incluye en el Proyecto Educativo Nacional. Cuando se promulga la Ley No. 28740 se abre el camino a la acreditación de la calidad de las instituciones educativas, la misma que es competencia del Consejo Nacional de Evaluación, Acreditación, Certificación de la Calidad de la Educación Universitaria – CONEAU.

* Docente Universitaria. Doctor en Medicina. Gastroenteróloga.

La evaluación del docente es actualmente una de las prioridades de las universidades inmersas en mejorar la calidad de la enseñanza en la formación médica, más aún cuando se introducen modelos más complejos en el proceso de enseñanza-aprendizaje y la sociedad exige de la universidad su máximo rendimiento.

En casi todas las universidades la evaluación del trabajo docente se hace a través de la aplicación de encuestas a los estudiantes en las que se solicita opinión sobre la actividad docente, cumplimiento de labores, metodología de enseñanza y otros aspectos relacionados. Constituye un proceso de evaluación de carácter individual, puntual y básicamente informativo.

¿Qué significa ser un docente de calidad?

Ken Bain en su libro menciona que el buen profesor es aquel que consigue que sus alumnos valoren el aprender, obtengan un pensamiento crítico, se enfrenten con creatividad y curiosidad a la resolución de problemas, mantengan un compromiso ético, además de amplitud y profundidad en el conocimiento específico. Se interesan en su propia evaluación, comprobando sus resultados cuando evalúan a sus estudiantes, por lo que evita sistemas arbitrarios para examinarlos. Todo profesor tiene dos tareas: Ayudar a los estudiantes a aprender, y evaluarlos (decirle a la sociedad cuánto aprendizaje ha conseguido). Para ayudar a los estudiantes hay que hacerles conocer sus errores antes de cada examen. Por tanto, para la evaluación del docente hay que usar la evaluación *objetiva* de los estudiantes: "la única forma de determinar niveles de aprendizaje es mirar con detalle los resultados reales de los estudiantes: los escritos que entregan, las preguntas que son capaces de responder, los problemas que pueden resolver o el rendimiento que pueden dar"[2].

La actividad del docente además de dictar o preparar clases, consiste en realizar un seguimiento de cómo sus estudiantes reciben y valoran los nuevos conocimientos y que este proceso sea continuo[3].

De acuerdo a Rodríguez Espinar un buen profesor debe tener las siguientes competencias: dominar su disciplina, ser reflexivo, investigador acerca de su práctica docente, dominar las herramientas de diseño, colaborar con el equipo docente en la planificación y gestión del currículo, ser innovador, ser facilitador de aprendizaje, trabajar en equipo, ser tutor del proceso de aprendizaje del estudiante, ser profesionalmente ético: asumir un compromiso institucional y social, cumplir sus obligaciones contractuales y ser justo en los juicios sobre las personas[4].

La evaluación docente

El concepto de evaluación tiene diversos enfoques, desde el más general que la conceptúa como un juicio de valor, hasta los más específicos que la consideran como un proceso de análisis, reflexión o de retroalimentación que permite establecer estrategias para mejorar: Ralph W. Tyler, considerado el padre de la evaluación científica, fue quien acuñó el término de evaluación educacional en torno a los años 40. Su sistema ha tenido marcada influencia durante el siglo XX. Basado en sus conceptos, en los años 50 se consideró la evaluación como un proceso cuya finalidad es determinar en qué medida se lograron los objetivos propuestos, estableciendo un juicio de valor sobre la información recogida[5-7]. Otros autores también comparten esta definición o la consideran como un proceso que suministra información para la toma de decisiones[8-9].

La evaluación debe concebirse como un proceso enriquecedor, crítico, responsable, donde interesa reconocer las ventajas que se pueda obtener, de tal manera que lleve a los responsables de la toma de decisiones y a los docentes a la auto reflexión, la crítica, y la innovación en concordancia con los objetivos de la educación, con las funciones propias de la docencia y el aprendizaje de los alumnos.

En el caso de la evaluación del docente universitario, el procedimiento es complejo

porque desempeña diversas funciones académicas; por ello es recomendable implementar evaluaciones de tipo multi referencial o integral, de manera que se pueda contar con la información suficiente que permita una visión más amplia de la práctica que el docente desarrolla para una efectiva retroalimentación y revalorización de su función, asumiendo el compromiso hacia el cambio y hacia una práctica de calidad[10].

Existe la idea que la evaluación docente es un acto fiscalizador y alrededor de ello se teje una serie de comentarios negativos, se crea un sentimiento de rechazo y se adopta actitudes defensivas. Esto puede ser resultado de la poca información sobre los objetivos y fines del proceso de evaluación docente.

El sistema evaluativo debe ser racional y justo que permita valorar el desempeño del docente de manera objetiva, profunda y justa. La evaluación docente no debe ser una estrategia de vigilancia jerárquica de las actividades de los docentes, sino una estrategia para identificar sus fortalezas y sus debilidades y a partir de ello generar políticas educativas de perfeccionamiento.

La evaluación docente es parte de la garantía de la calidad que las instituciones educativas adoptan para certificar que su plana docente está calificada y es idónea en el puesto que ocupa y que cuenta por lo menos con un nivel mínimo de competencia[11].

Para este propósito cada institución debe contar con una Unidad de Gestión de Calidad o similar, que haga el seguimiento de todo el proceso y así diseñar su propio modelo de evaluación.

Existe variada información sobre las estrategias que utilizan las instituciones educativas para evaluar el desempeño docente:

La evaluación del docente para que sea justa debe contar con distintas fuentes de información: primero del propio docente que debe autoevaluarse, luego de los responsables académicos de la institución universitaria y por último de los estudiantes. El proceso de evaluación debe realizarse con una adecuada estrategia que incluya la Planificación (organización, coordinación), el Desarrollo (evaluación del cumplimiento del programa académico) y los Resultados (verificación de cumplimiento de los objetivos formativos). Con relación a la planificación, una de las primeras interrogantes que se debe plantear es el *¿Para qué se evalúa?* Diferentes autores coinciden en que los propósitos más corrientes de una evaluación docente utilizando a los estudiantes son: a) Diagnóstico y retroalimentación a los profesores sobre su desempeño o efectividad docente; b) Control administrativo-docente, en cuanto se usa como medida de la efectividad docente para ser empleada en decisiones sobre mantenimiento o promoción del cargo; c) Investigación sobre los resultados y procesos docentes[12-14].

Las instituciones deben formular claramente los objetivos y fines de la evaluación, los mismos que deben ser congruentes con la misión que cada institución declara. Debe plantearse objetivos generales y derivar de ellos objetivos más específicos, claros, precisos, alcanzables y evaluables.

Decidir también *¿Qué evaluar?* ¿Se evalúa al docente, la asignatura que imparte o ambos? Hay que definir las dimensiones de la evaluación y los indicadores a emplear. Comúnmente se incluye criterios como: conocimientos, habilidades, actitudes, competencias del docente, conocimiento pedagógico, estrategias metodológicas, cumplimiento del programa, si investiga en el aula para solucionar problemas de aprendizaje, su relación con los estudiantes, etc. Si la elección del indicador, o el nivel de medición del mismo no es el apropiado para la dimensión en estudio, este tipo de análisis puede llevar a obtener resultados a veces no del todo satisfactorios[15-16].

¿Cómo evaluar? ¿Con qué instrumentos?

Es decir cuál es la metodología que se va a emplear, cuál es la técnica y cuáles los instrumentos de evaluación. Los sistemas de evaluación internacional utilizan diferentes técnicas e instrumentos que se adaptan a condiciones específicas: registros o guías de observación, técnica de muestreo, técnica de dinámica de grupo, encuestas abiertas, pruebas de desempeño, escalas de valoración, entre otras.

La encuesta a estudiantes para la evaluación de los docentes, es un instrumento de uso masivo en instituciones educativas y en la mayoría de los casos constituye el único medio de valorar la calidad del profesor. Se considera a Hernán Remmers de la Universidad de Purdue como el creador del primer cuestionario de evaluación, elaborado en 1927. Desde entonces y hasta 1960, Remmers y su equipo fueron los únicos investigadores que realizaron estudios sobre los resultados de este instrumento. En México, su uso comenzó en 1971 en universidades públicas y gran parte de la investigación está enfocada al diseño y la validación del instrumento[17]. Según Feldman la práctica de evaluar docentes mediante la opinión de los estudiantes en Estados Unidos se remonta a la década de 1920[18].

Existen varias propuestas metodológicas para evaluar el desempeño docente[19-20] pero en suma, el instrumento debe adaptarse a evaluar la calidad del docente y diseñarlo apropiadamente para que sea válido y confiable

Actualmente, casi todas las universidades evalúan la actividad docente a través de la aplicación de cuestionarios a sus alumnos. Se trata de un proceso de evaluación puntual y personalizado de la actividad docente de los profesores, pero no de la calidad.

La encuesta docente tiene como objetivo que los alumnos califiquen a sus profesores en todos los aspectos de la docencia; desarrollo del programa, desarrollo de las clases, metodología, claridad, fomento de la participación, puntualidad y cumplimiento. Este sistema nunca ha gozado de gran aceptación entre los docentes ni ha tenido mucha repercusión en cuanto a sus resultados y es insuficiente para los objetivos de calidad que se persigue, sobre todo porque una evaluación negativa no tiene mayores consecuencias.

Sin embargo una encuesta bien estructurada y orientada, realmente puede aportar mucha información sobre cómo el estudiante valora al docente y puede ser incluso más relevante, si se las compara con resultados obtenidos en años anteriores, porque permitiría un seguimiento del desempeño de los docentes. Obtener esta información no es suficiente, debe establecerse la utilidad de la misma y qué actitudes tomarán los responsables de la calidad educativa con los resultados.

La preparación de los instrumentos de evaluación debe ser realizada por un equipo de expertos en evaluación de instituciones de educación superior, estableciendo claramente los aspectos a evaluar, los objetivos y el tipo de indicadores que se empleará.

Existen diversos sistemas internacionales de evaluación que utilizan diferentes técnicas e instrumentos: recopilación y análisis de datos, análisis estadístico de resultados, interpretación cuantitativa, guías de observación, técnica de dinámica de grupo, entrevista con observador, encuestas abiertas, escalas de valoración, pruebas de desempeño, entre otras.

De acuerdo con Wilson[21], no hay una manera perfecta de recolectar datos. La elección de los instrumentos depende de varios factores como la naturaleza de las preguntas, las preguntas específicas que son necesarias formular y del número necesario de personas que van a ser encuestadas. Por lo que el autor considera razonable el uso de dos tipos de instrumentos para el recojo de información: un cuestionario y una entrevista estructurada.

Cada universidad puede adoptar un modelo de encuesta acorde con las características de la misma, con la finalidad que la evaluación del docente se haga de manera objetiva y uniforme.

Las preguntas deben formularse de tal manera que las respuestas de los estudiantes permitan tener una visión de conjunto y obtener una medida de asociación entre ellas. Las preguntas abiertas pueden incluirse siempre que se decida el procesamiento de las mismas y se interpreten adecuadamente.

Debe unificarse las escalas de medición, optando quizás por la ordinal tradicional (Malo a Excelente) de cinco puntos.

También debe considerarse el análisis estadístico de los datos, el procesamiento de los mismos, la medición de los niveles de validez y confiabilidad, y las formas de presentación de los resultados[22]. Este análisis permitirá medir el nivel de satisfacción de los estudiantes con la actividad docente recibida, así como el nivel de dispersión asociado al nivel de satisfacción.

¿El estudiante universitario cuenta con criterios adecuados para evaluar al docente?

La opinión del estudiante sobre las actividades del docente resulta en un criterio de valor puesto que se encuentra directamente involucrado. Los estudiantes buenos o malos saben reconocer cuánto influyó el docente en su formación y cuánto aprendió de él. Pueden tener criterios preconcebidos para evaluar a un profesor, desde los relacionados con sus propios conceptos de calidad, el impacto de la personalidad del docente, la estrategia metodológica, la influencia en su propio aprendizaje, la claridad de los conceptos que imparte, hasta aquellos que puedan utilizarla como herramienta de catarsis para expresar su discomfort por el trato recibido de parte del docente.

Una encuesta con respuestas cerradas limita la opinión del estudiante porque se ha estructurado sobre la base de objetivos definidos por los responsables de la calidad educativa; por tanto la elaboración de este tipo de encuestas conlleva una gran responsabilidad de los ejecutores, para que los resultados reflejen una visión lo más cercana a la realidad, del desempeño docente.

También los estudiantes deben ser sensibilizados y motivados para que participen en la encuesta. Se les debe explicar los aspectos reglamentarios incluidos en los estatutos universitarios, la utilidad de la encuesta y cómo sus resultados van a influir en el desempeño docente, e invitarlos a que su participación sea responsable, honesta, sin presiones ni revanchas.

La actitud de los encuestados es un factor que limita la calidad de los datos obtenidos y esto limita la utilidad de una encuesta[23-25] y es que responder una encuesta institucional no es una tarea simple, involucra complejos procesos psicológicos, por lo que es importante considerar la disposición de los estudiantes para responder las encuestas[26].

El valor de la opinión de los estudiantes es importante, pero para que pueda ser confiable debe estimarse el tamaño de una muestra representativa, lo que requiere del uso de fórmulas apropiadas para calcularla[27].

Otros factores a considerar son la oportunidad en que se aplica la encuesta y el medio que se utiliza. Las encuestas generalmente se toman al final de cada semestre, etapa en la que los estudiantes están abocados en la preparación de sus exámenes finales y pueden responder la encuesta sólo por formulismo y con poca convicción. La oportunidad en la aplicación de la encuesta debe fijarse de antemano y disponer de un momento apropiado para su desarrollo. El medio utilizado, tanto para la encuesta impresa o a través de internet, tiene simpatizantes y detractores, sin embargo se relaciona más con las facilidades que se tengan para el manejo y procesamiento de los resultados.

Una baja tasa de respuesta a la encuesta resulta un muestreo sesgado de los miembros de una organización. Las conclusiones basadas en datos sólo de los que respondieron no se pueden generalizar a la población investigada[28]. Son muchos los factores involucrados en la indiferencia para participar en una encuesta: desinformación, falta de tiempo al final de cada semestre, disconformidad con el tipo de encuesta, falta de acceso a una computadora,

tipo de personalidad, percepción de que hay indiferencia de los docentes y de las autoridades de la opinión de los estudiantes, entre otras[29].

El estudiante que opina en las encuestas, y desea que la enseñanza mejore, tiene el deber de ser responsable en su aprendizaje para que pueda exigir calidad en la docencia.

¿Cuál es el impacto de los resultados en docentes y alumnos?

Luego de procesadas las encuestas, los resultados deben remitirse a los docentes evaluados para que conozcan la visión que los alumnos tienen de ellos y de esa manera hacer los ajustes necesarios. Por otro lado los responsables de la calidad educativa, adoptarán las medidas pertinentes para, en el caso que la evaluación resulte insatisfactoria, realizar las medidas de corrección. Este aspecto es importante pues siempre existen justificaciones para explicar los resultados y de acuerdo a ellas conseguirse ajustes importantes como el de la capacitación en aspectos pedagógicos para cuando la asignatura se vuelva a programar. Los cambios son parte de un proceso, que se da lentamente y a largo plazo.

No está claramente definido si hay vinculación entre el comportamiento docente y el rendimiento de los alumnos. Tejedor[30] señala que las valoraciones de las encuestas desarrolladas por los estudiantes no señalan la calidad de la enseñanza sino el grado de satisfacción del estudiante y su actitud hacia la asignatura; considera que al alumno le falta juicio objetivo para indicar si es adecuada la enseñanza recibida y le falta criterio para evaluar a corto plazo la labor docente, cuando la efectividad real es en el largo plazo.

En el otro ámbito, los estudiantes desconfían de la utilidad de las encuestas y del uso que se da a los resultados pues desconocen las consecuencias que se derivan. Teniendo en consideración que los cambios o ajustes que se puedan dar no le va a corresponder al grupo que evalúa en un momento determinado, sino que se darán en los grupos siguientes, se les debe enfatizar que su participación implica su compromiso con la comunidad universitaria y su responsabilidad hacia la institución a la que pertenecen, pues su opinión va a redundar en beneficio de quienes vienen en semestres subsiguientes[31].

¿La opinión de los estudiantes acerca del desempeño docente mejora la calidad educativa?

Desde el punto de vista personal considero que la evaluación del desempeño docente a través de encuestas realizadas a los estudiantes es uno de los pilares que contribuye a mejorar la calidad educativa, siempre que el instrumento utilizado –habitualmente la encuesta estudiantil- esté adecuadamente estructurada, se sensibilice al estudiante para que participe a conciencia, se constituya una unidad de garantía de la calidad que las procese adecuadamente y que las autoridades responsables del mejoramiento de la calidad educativa tomen las medidas correctivas, no de manera punitiva, sino realizando los ajustes necesarios y el seguimiento de los mismos, de esa manera se puede hacer críticas constructivas que reformarán y afianzarán la metodología del docente lo que redundará en la calidad educativa. Si las premisas no se cumplen poco o nada se logrará.

Referencias Bibliográficas

1. Barnett Ronald. Los límites de la competencia. El conocimiento, la educación superior y la sociedad. Barcelona: Gedisa; 2001.
2. Ken Bain. Lo que hacen los mejores profesores universitarios. 2ª edición, Valencia: Universidad de Valencia; 2007.
3. Marcellán Español Francisco: Criterios de garantía de calidad en educación superior: praxis europea. Educatio Siglo XXI 2005; 23: 15-32.
4. Rodríguez Espinar, S. La nueva formación del profesorado universitario. Nuevos retos de la pedagogía social: la formación del profesorado. Salamanca: Sociedad Ibérica de Pedagogía Social 2002; 59-76.
5. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University of Chicago Press; 1950.

6. Tyler RW. Changing concepts of educational evaluation. In: RE Stack (Comp.), Perspectives of curriculum evaluation. AERA Monograph Series Curriculum Evaluation, 1. Chicago: Rand Mc Nally; 1967.
7. Tyler R W. (Ed.) Educational evaluation: New roles, new means. Chicago: University of Chicago Press; 1969.
8. Nevo D. Conceptualization of educational evaluation: an analytical review of literature. In: House E.R. eds. New directions in educational evaluation. London: The Falmer Press; 1989.
9. Cronbach, Lee J et al. Toward reform of program evaluation. San Francisco: Jossey-Bass; 1980.
10. Astin Alexander W ¿Porqué no intentar otra formas de medir la calidad? Revista de Educación Superior 1991; 78 (Abril-Junio): 71-88.
11. Miguez M, Loureiro S. Evaluación docente. La experiencia en la Facultad de Ingeniería de la Universidad de la República. Rev Iberoam Educ 2006; 40: 1-6.
12. Loredo Enríquez Javier. Evaluación de la práctica docente en Educación Superior. Coedición Universidad Anáhuac - Editorial Porrúa; 2001.
13. De La Garza-Vizcaya E. La evaluación educativa. Rev Mex Invest Educ 2004; 9: 807-816.
14. Rizo HE. Evaluación del docente universitario. Una visión institucional. Rev Iberoam Educ 2004; 34: 1-15.
15. Cánovas Laura L, Fasciolo Graciela. Evaluación del desempeño docente. Valoración de la situación funcional . Rev. FCA UNCuyo Tomo XXXVI (N° 1) 2004; 69-78.
16. Cánovas Laura, Joaquín Llera, Herrera María Cristina, Martinengo Nora, Paparini Claudia, Maure Eva. Informe final de Investigación: Desempeño Docente: elementos conceptuales, indicadores y estrategias de la encuesta a estudiantes de la U.N.Cuyo". 2007-2009 http://bdigital.uncu.edu.ar/2994.
17. García Garduño, José María. Las dimensiones de la efectividad docente, validez y confiablidad de los cuestionarios de evaluación de la docencia: síntesis de investigación internacional. En: Evaluación de la Docencia: Perspectivas Actuales. Rueda Beltrán, M. y Díaz Barriga Arceo, F.(comps.). México: Ediciones Paidós; 2000.
18. Feldman KA. Consistency and variability among college students in rating their teachers and courses: A review and analysis. Res High Educ 1997; 6: 223-274.
19. Pulido San Román Antonio, Pérez García Julián. Propuesta metodológica para la evaluación de la calidad docente e investigadora: Planteamiento y experimentación. Cuadernos del Fondo de Investigación Richard Stone. Instituto Klein - Centro Stone Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2003, No.8 (Junio)
20. Fernández Camino Iván. Evaluación de la calidad de la docencia por los estudiantes: una propuesta. Revista cubana de educación superior 2001; 21(3):104.
21. Wilson M. Asking questions. Data collection and analysis. London: Sage publications; 1996: 94-120
22. Ruiz-Maya L, Martí Pliego Montero y Uriz Tome. Análisis estadístico de encuestas: datos cualitativos. Madrid: Editorial AC; 1995.
23. Rogelberg SG, Luong M, Sederburg E & Cristol D. Employee attitude surveys: Examining the attitudes of noncompliant employees. Journal of Applied Psychology 2000; 85: 284-293.
24. Rogelberg SG, Fisher GG, Maynard D, Hakel MD & Horvath M. Attitudes Toward surveys: Development of a measure and its relationship to respondent behavior. Organizational Research Method 2001; 4: 3-25.
25. Rogelberg SG, Conway J, Sederburg E, Spitzmüller C, Aziz S & Knight W. Profiling active and passive nonrespondents to an organizational survey. Journal of Applied Psychology 2003; 88: 1104-1114.
26. Yáñez Gallardo Rodrigo, Pérez Villalobos María Victoria, Díaz Mujica Alejandro, Neira Troncoso Daniel. La Confianza como Determinante de la Actitud de los Estudiantes Universitarios hacia la Encuesta de Evaluación del Desempeño de sus Docentes. Universidad de Concepción, Chile. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology 2005; 39(3): 375-382.
27. Bailey Kenneth D. Methods of social research. 3rd Ed. New York. London: Free Press, Collier Macmillan; 1987.
28. Tomaskovic-Devel D, Leiter J & Thompson S. Organizational Survey nonresponse Administrative Science Quarterly 1994; 39: 439-457.
29. Morgan D, Sneed J & Swinney L. Are student evaluations a valid measure of teaching effectiveness: Perceptions of accounting faculty members and administrators. Management Research News. 2003; 26: 17–33.
30. Tejedor FJ, Jato E y Mínguez C. Evaluación del profesorado universitario por los alumnos de la Universidad de Santiago. Studia Pedagógica 1988; 20: 73-134.
31. Villavicencio Judy Elena. Evaluación del desempeño docente: la experiencia del Programa Académico de Odontología de la Universidad del Valle, 2005-2007 Cali. Colombia. ISSN 1657-9534.

¿Qué rol debe cumplir la Asamblea Nacional de Rectores?

*Iván Rodríguez Chávez**

A modo de referencia histórica

El Perú sigue exportando médicos. Lo hace por la fama ganada desde mucho tiempo atrás. Si bien la formación universitaria del médico tiene la misma edad que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, (459 años), la calidad la ha alcanzado desde las reformas promovidas por **Hipólito Unanue (1755-1833),** quien introdujo, entre otros, el uso del anfiteatro y el conocimiento del clima en su influencia sobre la salud así como las propiedades de las plantas en su potencial curativo. Igualmente unificó la medicina con la cirugía y le acordó verdadera importancia a la práctica. Todas estas innovaciones serán institucionalizadas al crearse el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando (1810), al final de la colonia, con la propia aprobación del virrey y posteriormente del rey.

Otra gran figura de la formación médica en el Perú es **Cayetano Heredia** (1797-1861), quien continuará esta nueva línea, convocando a los mejores profesionales como docentes y estableciendo becas hacia Europa a favor de los mejores alumnos. Esta mística puede haber decaído en algunos momentos pero nunca como para perder la calidad que hasta la fecha mantiene.

La formación actual

Medicina fue impartida en sus orígenes sólo en San Marcos. Esta especie de monopolio académico fue mantenido durante toda la colonia y parte de la República. El Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando fue transferido a San Marcos (1856) como consecuencia de los Reglamentos de Instrucción Pública dictados por Ramón Castilla, que definieron la nueva organización de la universidad, con sus nuevas facultades.

En la primera década del siglo XXI, son numerosas las facultades de medicina, distribuidas en Lima y provincias y a cargo tanto de universidades nacionales como privadas, las que vienen formando médicos en el Perú.

No obstante la existencia de estilos y matices, hay coordenadas académicas básicas comunes como por ejemplo el **ciclo de cultura general** que, en algunas universidades, abarca tres o cuatro semestres previos o responde a una inclusión transversal en todo su plan de estudios. El **ciclo de formación profesional** pasa por una etapa de ciencias básicas para ingresar al tramo de la formación clínica, que se desarrolla en los hospitales. Pone cima al proceso formal de enseñanza-aprendizaje un año cronológico

* Presidente de la Asamblea Nacional de Rectores y Rector de la Universidad Ricardo Palma

de **internado rotatorio**, que comienza el 1º de enero hasta el 31 de diciembre, totalmente en sede hospitalaria. Venciendo académicamente estas exigencias, el estudiante puede optar el título profesional sustentando una tesis o con la aprobación de los cursos extraordinarios de titulación, ya que el bachillerato, de acuerdo a la ley, se adquiere automáticamente. Los dos **ciclos: cultura general** y **profesional,** se cumplen en un total de siete años, organizados en semestres académicos o en años. El estudiante que satisface todos los requisitos académicos previstos en el plan de estudios y los administrativos y reglamentarios, queda en aptitud de recibir, sucesivamente, su grado académico de bachiller y su título profesional de médico-cirujano. ¿Termina aquí su formación el médico? – Claro que no. Ella continúa con los estudios de **especialización** mediante el **residentado**, con un promedio de tres años, sin contar la maestría y el doctorado, con diferentes menciones, en medicina. A la especialización puede sumarse la **sub-especialidad**, que le implicaría alrededor de otros dos o tres años. En buena cuenta, el médico más que cualquier profesional, estudia toda su vida, sin contar los congresos, reuniones científicas, cursos de actualización y la lectura permanente, incluyendo las conexiones y los viajes al exterior.

¿Es suficiente la tradición académica y la organización actual para obtener la calidad en la formación del médico?

Por supuesto que no. La tradición académica conservada es un factor, pero no el único. Se debe tener en cuenta otros, distribuibles en dos grandes campos: a) el institucional; y, b) el personal.

a. Los factores institucionales

Traigamos a colación algunos como:

• *Los profesores*

En la actividad educacional tenemos dos sujetos fundamentales: el **alumno** y el **profesor**, quienes constituyen el binomio de la enseñanza-aprendizaje. Resulta decisivo que la facultad disponga de buenos profesores no sólo en el aspecto médico sino, también, en el profesoral. Se acerca al ideal un docente que domine su materia y la metodología de la comunicación pedagógica. Que tenga buen trato sin que por ello se relaje la disciplina; que motive y estimule. Que sus clases siembren interés para que cada alumno amplíe por autoaprendizaje su conocimiento. Que sea justo en la evaluación y la promoción del estudiante no sea resultado de la antipatía o la simpatía. Se trata, en resumen de un profesor humano, bien preparado y consciente de su función magisterial. Un profesor de acciones y reacciones antipedagógicas hace daño, crea traumas, desalienta y hasta puede ocasionar frustraciones. El buen profesor, sólo con su ejemplo, se convertirá en un modelo y predispondrá al alumno a ser una buena persona y un buen profesional.

• *El alumno*

Es el sujeto y protagonista de su propio aprendizaje y su personal formación. Debe, en primer lugar, sentir verdadera vocación por su carrera. No puede acceder a ella por la seducción de la ganancia o por cualquier otro objetivo social y económico. La **medicina** es una **profesión de servicio**, que no está ligada al lucro. Su naturaleza de servicio no niega que la medicina, como profesión, sea el medio que le permita ingresos económicos para una vida digna y la de su familia. Como podrá apreciarse, ésta profesión requiere consagración y clara conciencia de servicio. En la época de estudiante requiere la inversión de su tiempo, afán de búsqueda, el desarrollo del sentido humano, hacerse de la convicción que el **paciente no es un cliente**, sino una persona que necesita la calidad de vida que proviene de su salud. Requiere desarrollar su **voluntad**, sus **afectos** y cultivar los **valores** para que su conducta como profesional sea efectivamente la de un ser humano cabal y de bien, a toda prueba.

• *El plan de estudios* que, como planificación de la formación, debe prever la formación integral que se persigue, debiendo incluir las líneas de las ciencias, las técnicas, el arte y las humanidades; la combinación entre teoría y práctica; la enseñanza grupal y la pedagogía personalizada. La dosificación y cumplimiento de los sílabos es vital. Debe reflejar el trabajo real y efectivo en las aulas, laboratorios y hospitales.

• *Los materiales educativos*

La educación sistemática siempre recurrió al auxilio de la didáctica y los materiales didácticos. Tiempo atrás, los materiales se elaboraban artesanalmente y muchos de ellos en las propias clases. Actualmente se ha implantado el uso de **equipos electrónicos**, que no pueden faltar. Alcanzan verdadera importancia los **laboratorios de simulación** aplicables en la fase de aprestamiento y que ahora ya no se pueden soslayar.

• *La infraestructura*, determinada por los ambientes físicos edificados con la **arquitectura pedagógica** a fin de que el espacio responda a la función y a la actividad a desarrollarse. La repercusión de la infraestructura es que crea condiciones para el trabajo de la enseñanza-aprendizaje que corresponden al orden de la comodidad, el estar bien y sentirse bien. Una buena infraestructura que proporcione luz y ventilación adecuadas; espacio conveniente; mobiliario requerido, facilitará la comunicación pedagógica tanto en su emisión como en su recepción. Por el contrario, una infraestructura inadecuada demandará mayor esfuerzo y no se obtendrá la eficacia ni el aprovechamiento deseado.

• *Las bibliotecas*

Un recurso infaltable en la universidad es el de las bibliotecas. La formación se apuntala en el libro. Junto a la biblioteca especializada tiene sitio la biblioteca general. De la misma manera la facultad debe estar adscrita a los grandes centros de información a través de las bibliotecas virtuales. Los libros y revistas deben actualizarse para que alumnos y profesores cuenten con los materiales bibliográficos y hemerográficos indispensables.

b. Los factores personales

Sin el aporte de ellos, no se podrá alcanzar la calidad profesional deseada. Se trata de la **vocación**, totalmente indispensable. Esta pone la base de todo el edificio de la formación. A ella se agrega el **interés** por aprender. Éste es un valor que el alumno debe tener activo permanentemente. Sin él, no se alcanzará la calidad, mucho menos, la excelencia. El **esfuerzo**, en tanto como la disposición de ánimo permanente para el aprendizaje.

La **disciplina**, como la actitud de sostener su **dedicación** al estudio enfrentando y venciendo las dificultades que se presenten. Sin la **dedicación** constante, sostenida poco se puede lograr. Dejando de enumerar otros, mencionaría finalmente la **honestidad** y la **responsabilidad**. La honestidad le permitirá una búsqueda franca y automotivada del saber. Proponerse conocer bien, con solidez, con consistencia. No engañar ni menos autoengañarse. Desarrollar y aplicar la **responsabilidad**, es uno de los objetivos esenciales ya que se trata del valor más significativo para el aprendizaje y el ejercicio de la medicina. En buena cuenta, no sólo se debe impartir conocimientos de alto nivel, sino construir una formación ética; es decir, al médico hay que familiarizarlo con la ejercitación cotidiana de los valores y de manera muy enfática, en todo lo que respecta a la **honestidad** y **responsabilidad**, en razón de depender de sus servicios y su pericia profesional la salud y la vida humanas.

¿Cómo se aprecia la calidad?

La calidad será apreciada por el alumno, el profesor, la sociedad y el Estado.

Hay una percepción de la calidad en la **institución** y en la **persona**.

Ahora, con la **acreditación** no sólo se percibe, sino se mide y se certifica.

Una facultad ofrece servicios de calidad si satisface los indicadores que están ligados a la evaluación de los profesores, la infraestructura, la empleabilidad de los egresados, atención a los alumnos, publicaciones, vínculos con otras facultades, movilidad al exterior, planes de desarrollo, etc. que se acreditan en los procesos correspondientes y a cargo de cuerpos o entidades fijadas por normas legales. La experiencia de acreditación en medicina más reciente, es la de CAFME, cuyas funciones han sido transferidas, mediante ley, al CONEAU.

El contacto con la calidad y el beneficio de ésta, los tendrá finalmente el usuario del servicio. En el caso de los médicos, serán los pacientes los directamente beneficiados o no de la calidad humana y profesional de esta persona. Los indicadores institucionales son referencias sujetas al buen aprovechamiento del estudiante. Por eso pensamos que la calidad auténtica del médico se palpará individualmente, en el ejercicio profesional de cada uno. Si bien juega un papel importante la calidad institucional de la facultad en la cual ha estudiado, no resulta menos cierto que ella solo influya positivamente y bien, pero, a la vez, no pueda negarse que ese alto grado de calidad profesional contiene la suma de las cualidades personales del médico. Este binomio institución-persona, explica que médicos que se formaron en facultades sin fama, también, por sus aportes individuales a su formación llegan a ser excelentes profesionales. De tal manera que la verdadera calidad se deberá apreciar en las características personales de quien ejerce la medicina.

¿Qué rol debe cumplir la Asamblea Nacional de Rectores?

Hasta este punto se ha abordado este asunto en los planos de la **universidad** y la **persona.** Ha llegado el momento de referirnos a la Asamblea Nacional de Rectores.

Ésta, es un órgano suprauniversitario constituido por los rectores de las universidades nacionales y particulares, con autorización definitiva de funcionamiento. Su función es la de coordinar la actividad universitaria del Perú en razón que cada universidad es autónoma. Dentro de este rol de coordinación y en lo que respecta a la calidad, la Asamblea Nacional de Rectores ha asumido la realización de activos programas de promoción de la calidad de los servicios educativos de las universidades, comprendiendo capacitación docente como evaluadores, asistencia especializada, asesoramiento y la más amplia colaboración en la creación de la cultura de la calidad entre los docentes y las comunidades universitarias. La Asamblea Nacional de Rectores viene trabajando desde años atrás en actuar como centro de fomento de la autoevaluación como paso previo a la evaluación externa y la acreditación. Para ello asume el papel de facilitadora de relaciones, intercambios de experiencias, acercamiento de especialistas nacionales y extranjeros, ayudando a las universidades y complementando al CONEAU en los aspectos que no signifiquen invadir sus atribuciones.

Tras de estas enumeraciones específicas, la Asamblea Nacional de Rectores tiene el vivo interés y, por lo tanto se pone a la cabeza de todas la universidades, en razón que consideramos que, por necesidad nacional, los servicios de calidad pasarán a considerarse una obligación institucional de todas las universidades peruanas.

A modo de conclusión decimos que la Asamblea Nacional de Rectores es la primera institución interesada en la calidad y consciente de ello, de acuerdo a su rol institucional, promueve y fomenta la cultura de la calidad en alumnos, profesores y comunidad universitaria así como en la sociedad peruana.

La acreditación de las facultades de medicina en el Perú

*José María Viaña Pérez**

Antecedentes

Los procedimientos y criterios para la evaluación de la formación médica tienen una larga tradición que se remonta a los Estados Unidos, así entre los años 1876 y 1903 representantes de las Escuelas de Medicina tomaron los primeros pasos para crear un registro calificado de Escuelas de Medicina que previamente cumplieran con estándares de calidad, por esos años la American Medical Association (AMA) estableció un Consejo de Educación Médica y en 1905 desarrolló sus propios sistemas de clasificación basado en estándares como el de exigir un mínimo de formación académica para el acceso a la carrera y que incluyeran estudios de física, química y biología, además exigían que las escuelas de formación de médicos tuvieran un plan de estudios que incorporara estudios de anatomía, fisiología, patología y farmacología, así como experiencia clínica con pacientes en los hospitales[1]; convirtiéndose este tipo de evaluación en la primera experiencia de acreditación de carreras en el mundo; cabe resaltar que los resultados obtenidos fueron publicados, lo que causó gran impacto en los programas de entrenamiento médico que existían hasta ese momento[2].

Otro hito, acaso el más trascendente para la formación médica, sacude a comienzos del siglo pasado, cuando la AMA encarga a la fundación Carnegie la evaluación del sistema de educación médica de Estados Unidos y Canadá que se encontraba en una situación lamentable[3]. La Fundación contrató a Abraham Flexner para hacer esta investigación y que concluyó en el estudio de las 155 escuelas médicas, en base a los siguientes indicadores[4]: población, número de médicos, relación médicos / población, estado, población y número de escuelas, relación escuela –universidad, requisitos de ingreso, número de admitidos, cuerpo de profesores–categorías, recursos para mantenimiento, facilidades de laboratorio, facilidades clínicas, hospital (número de camas), biblioteca, entre otros.

Los resultados de esta evaluación publicados en 1919 y conocidos posteriormente como *El Informe Flexner* consolidó en Norteamérica una corriente de pensamiento, un nuevo paradigma de la medicina, la medicina científica y una nueva estructura a nivel de formación universitaria que fue iniciada primero por las carreras de medicina y luego imitada por las demás carreras universitarias.

* Médico Oftalmólogo. Presidente de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), Lima, Perú.

Junto a esta revolución *flexeriana*, la acreditación se consolidó como una tradición dentro del campo de la formación médica, generalmente de carácter voluntario, sin embargo, y a través del tiempo como menciona Barón: "la tendencia actual se orienta hacia la obligatoriedad, lo cual se sustenta en el fenómeno de la globalización, de la movilidad de los profesionales de la Medicina y, naturalmente, en la función de estos profesionales que es la salud y bienestar de los ciudadanos y de la sociedad"[4]. Sin embargo, hasta la actualidad, sólo una minoría de las más de 1 600 facultades de medicina en todo el mundo, según datos de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME), están sujetas a procesos de evaluación externa y acreditación. Este déficit es causa de preocupación dado que la necesidad de una reforma está ampliamente documentada. Por esta razón instituciones de este tipo promueven procesos de evaluación y acreditación a fin de establecer criterios comunes para la evaluación de la calidad de formación: "una parte central de la estrategia de la WFME da prioridad a la especificación de los estándares internacionales y a las pautas de educación médica, englobando tanto las instituciones como sus programas educativos. La adopción de los estándares internacionales ofrece un nuevo marco a las facultades para autoevaluarse. Además, los estándares aceptados internacionalmente podrán ser utilizados como base para el reconocimiento nacional y regional, y para la acreditación de los programas educativos de las facultades" [5].

La acreditación de la educación médica

La acreditación es el reconocimiento formal de la calidad demostrada por una institución o programa. El proceso de acreditación es público y temporal, el mismo que es voluntario y periódico, se inicia con la autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la formación del pregrado, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función[6].

En el Perú, en julio de 1999 se promulgó la Ley Nº 27154 que institucionalizó la acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina y creó la Comisión de Acreditación de facultades y Escuelas de Medicina (CAFME); iniciándose así la primera experiencia oficial de acreditación de carreras profesionales.

Tabla 1. Resultado del proceso de acreditación de Facultades de Medicina a diciembre de 2007

Año 2007				
Nº de fem	**Acreditadas**	**No acreditadas**	**Vencidas**	**Total**
Públicas	13	1	2	16
Privadas	10	1	1	12
Total	23	2	3	28

Fuente: CONEAU

El proceso de acreditación de las carreras de medicina en el Perú durante el tiempo de vigencia de la CAFME (1999-2006) logró formalizar e institucionalizar la formación médica, iniciando con ello una cultura de autoevaluación y evaluación externa que continúa presente en las diferentes carreras evaluadas, evidenciándose a través del número de carreras acreditadas (Tablas 1 y 2).

Tabla 2. Resultado del proceso de acreditación de facultades de medicina para el periodo 2010-2012

N° de fem	Acreditadas (2010-2012)
Públicas	3
Privadas	6
Total	9

Fuente: CONEAU

Logros de la CAFME, pueden ser resumidos en los siguientes: 1) Haber incorporado a las 28 facultades y escuelas de Medicina, a los principales colectivos de médicos y a instituciones de salud, al proceso de elaboración de los instrumentos de evaluación y acreditación, que, además, están prolijamente desarrollados; 2) Impulsar la cultura de la calidad en los medios de formación médica; 3) Haber puesto en la agenda política y universitaria la necesidad de acreditación; y, 4) Haber desarrollado criterios y procedimientos que pueden servir de antecedentes para la extensión de la práctica de la acreditación a otras áreas profesionales.

Al margen de la experiencia oportuna de CAFME, se observa que la Ley Universitaria vigente Nº 23733, no dice nada sobre acreditación ni sobre evaluación; lo único que establece (artículo 25) es que las universidades están obligadas a mantener sistemas de evaluación internos para garantizar la calidad de sus graduados y de sus profesionales. La ausencia de normativas precisas ha hecho que la calidad de la oferta de educación superior quede librada a la voluntad y al buen criterio de las propias universidades.

Entre las iniciativas realizadas para paliar esta ausencia legal, la Asamblea Nacional de Rectores (ANR) constituyó en febrero de 2002 la Comisión Nacional de Rectores para la Acreditación Universitaria (CNRAU) que además de revisar y de hacer propuestas de estándares de acreditación y evaluación, y facilitar y promover que se instalen mecanismos permanentes de evaluación. Para ello, la CNRAU apoya las actividades de las universidades dirigidas a mejorar la calidad de la educación que imparten, propicia y promueve talleres de motivación para incorporar la cultura de la autoevaluacion, contando para ello, con el apoyo de la dirección General de Investigación y Calidad Universitaria.

En simultáneo con los avances de la ANR en materia de promoción de la calidad universitaria, las universidades peruanas han comenzado a movilizarse para difundir la cultura de la calidad, y preparar las condiciones necesarias destinadas a iniciar los procesos de autoevaluación y de evaluación externa para la mejora continua, trabajo que se reconoce como antecedente de la labor y encargo recibido desde la promulgación de la Ley Nº 28740, el 19 de mayo del 2006 que crea el Sistema Nacional de Evaluación, acreditación del Certificado de la Calidad Educativa (SINEACE) y que entra en funcionamiento desde su instalación el 3 de diciembre del 2008.

El Estado al promulgar estas normas, ordena los procesos de evaluación, acreditación y certificación de la calidad educativa, definiendo su participación a través del SINEACE, que como sistema, es el conjunto de organismos, normas y procedimientos estructurados e integrados funcionalmente a través de sus órganos operadores: Consejo de Evaluación.

Acreditación y Certificación de la Calidad de la Superior No Universitaria (CONEACES) y el instituto Peruano de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Básica (IPEBA), quienes garantizan la independencia, la imparcialidad e idoneidad de los procesos de evaluación; encargados de definir y establecer los criterios, estándares y procesos de evaluación, acreditación y certificación a fin de asegurar los niveles básicos de calidad que deben brindar las instituciones educativas y promover su desarrollo cualitativo.

Esta competencia que le asigna la ley son bajo los principios de: Transparencia, Eficacia, Responsabilidad, Participación, Objetividad e Imparcialidad, Ética y Periodicidad. De ahí, que entre las principales funciones tenga: a) Aprobar las normas que regulan la autorización y funcionamiento de las entidades evaluadoras con fines de acreditación, y de las entidades certificadoras; b) Definir los estándares e indicadores de evaluación, para el proceso de acreditación de las instituciones y programas de educación superior universitaria; c) Aprobar

los estándares y criterios de certificación de competencias profesionales, elaborados en concordancia con la Asamblea Nacional de Rectores y los colegios profesionales correspondientes; d) Promover la evaluación de las instituciones de educación superior universitaria y de sus filiales a cargo de entidades evaluadoras autorizadas y registradas por el CONEAU; e) Publicar los resultados de las acciones de evaluación y acreditación; f) Supervisar las actividades de las entidades evaluadoras y certificadoras y proponer sanciones en caso de infracción; g) Autorizar y registrar a las entidades evaluadoras con fines de acreditación y a las certificadoras[7].

Modelo de calidad para la acreditación de la carrera profesional universitaria de medicina

Desde la promulgación de la ley el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (CONEAU), viene promoviendo a nivel nacional desde hace 2 años el desarrollo de los procesos de evaluación a nivel nacional, a fin de alcanzar los niveles óptimos de calidad en los procesos, los servicios y los resultados; y, como tal, hemos definido los Estándares para la Acreditación de carreras profesionales de Medicina, documento publicado el 28 de noviembre del 2009 en el diario oficial El Peruano.

El modelo de Calidad ha sido consensuado en permanente coordinación y diálogo a través de consultas técnicas con las Facultades de Medicina, Colegio Profesional, Asociaciones y expertos en la materia, el mismo que ha sido aprobado por el Directorio del CONEAU, a través del acuerdo Nº 100 de la sesión 076, de fecha 10 de agosto del 2009.

Asimismo, para el área de Ciencias de la Salud, se han publicado en el diario oficial El Peruano, los estándares de calidad para las carreras profesionales de: Obstetricia, Tecnología Médica, Farmacia y Bioquímica, Enfermería, Ciencias Biológicas y Odontología; la Guía de Procedimientos para la Autorización y Registro de Entidades Evaluadoras con Fines de Acreditación; la Guía para la Acreditación de Carreras Profesionales Universitarias del CONEAU. Encontrándose en trámite de publicación los estándares de las carreras de Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Química, Medicina Veterinaria e Ingeniería Sanitaria.

El modelo de calidad del CONEAU, aplica los principios de sistemas y enfoque de procesos. Este marco estructural, promueve el orden, la sistematización, la evaluación y la autorregulación de la carrera al facilitar la interacción de los procesos seleccionados que tienen lugar en unidad académica y que le permiten alinearse al cumplimiento de los compromisos adquiridos por la institución con la sociedad en cuanto al conocimiento creado, los profesionales formados y los servicios entregados a la comunidad, expresados en la cantidad de graduados y titulados socialmente realizados, las publicaciones y la percepción de la sociedad sobre la calidad del servicio ofrecido y recibido.

A través del enfoque de procesos, los objetivos planeados pueden alcanzarse más fácilmente ya que los recursos y las actividades relacionadas están gestionadas como procesos y aplican el ciclo de Deming: planificar, hacer, verificar y actuar, es decir, la mejora continua, otro de los principios de calidad total.

El modelo del CONEAU tiene 03 dimensiones, 09 factores, 16 criterios, 98 estándares, con sus correspondientes fuentes de verificación referenciales, y 134 indicadores de gestión. Como dimensiones: gestión de la carrera profesional, formación profesional y servicios de apoyo para la formación profesional; dimensiones que permiten diferenciar los niveles de actuación y facilitan su aplicación sin menoscabo de la importancia de cada factor a evaluar.

La gestión de la carrera profesional está orientada a evaluar la eficacia de la gestión institucional y administrativa, incluyendo mecanismos para medir el grado de coherencia y cumplimiento de su misión y objetivos, así como también el desarrollo de aquellos que promuevan la mejora continua. En tanto que, la formación profesional, que materializa las funciones de la universidad, está orientada a evaluar la actividad formativa del estudiante en los procesos de enseñanza-aprendizaje, investigación, extensión universitaria y proyección social, así como sus resultados que están reflejados a través de su inserción laboral y su desempeño. Y la tercera dimensión, referida al apoyo para la formación profesional, constata la capacidad de gestión y participación de los recursos humanos y materiales como parte del desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje.

De hecho, las universidades y las diferentes carreras profesionales están comprometidas en la implementación de las oficinas de evaluación, así como de los sistemas de gestión de calidad. Por ello, el proceso de acreditación de carreras profesionales universitarias en método de trabajo, que se replica en la mayoría de países, y está compuesta de autoevaluación externa, y acreditación propiamente dicha, pasos que han sido establecidos y reconocidos ya hace más de 50 años por diversos organismos acreditadores en el mundo.

Referencias Bibliográficas

1. Skochelak S. Commentary: A Century of Progress in Medical Education: What Abaut the Next 10 Years? Academic Medicine. 2010; 85(2): 197-200.
2. E. EK. Accreditation in the USA: origins, developments and future prospects. 1 st ed. Planning IifE, editor. Paris: UNESCO; 2010.
3. Grande Covián F. Las tres raíces de la universidad norteamericana. Cuenta y razón. 1988; (39).
4. Flexner A. Medical Education in the United Status and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Advancement of Teaching. 1st ed. Press TM, editor. Boston: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
5. Barón M. A razón de ser de la Acreditación de las Facultades de Medicina. Educación Médica. 2003; 6(3).
6. Federación Mundial de Educación Médica (WFME). Estándares globales en educación médica de la WFME. Educación Médica. 2004; 7(2).
7. Presidencia de la República. Decreto Supremo Nº 018, Reglamento de la Ley del SINEACE. 2007.

COLEGIO MEDICO DEL PERU

Al servicio de todos los Médicos del Perú

Cuadernos de Debate en Salud

Estimulando la publicación médica nacional de nuestros colegiados

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú

www.cmp.org.pe

La experiencia en acreditación de las facultades y escuelas de medicina en el Perú: ¿Cuánto hemos avanzado?

*Víctor Carrasco Cortez**

Introducción

El tema de la acreditación de las Facultades y Escuelas de Medicina, es parte del tema de la calidad de la formación y del ejercicio profesional médico, el que está relacionado con el contexto sociosanitario nacional y las políticas de desarrollo de recursos humanos en salud.

Así entendido el tema, podemos identificar cuatro brechas en la formación médica.

La primera entre la ***formación y las necesidades de salud*** de la población. Esto se expresa en una sobreoferta de médicos, que se agrava con una distribución centralista e inequitativa.

La segunda entre la ***formación y la complejidad epidemiológica*** de nuestro país. Es conocido que la formación superespecializada no responde al perfil epidemiológico nacional y por regiones.

La tercera entre la ***formación y la respuesta social organizada para la atención de salud***. Los modelos de atención integral de salud requieren énfasis en lo preventivo promocional mientras que la formación hace énfasis en lo recuperativo hospitalario.

La cuarta, entre la ***formación y las expectativas de la sociedad***, referidas principalmente a calidad, seguridad, satisfacción del usuario y buen trato.

El cierre de estas brechas implica una política de desarrollo de recursos humanos que pueda garantizar una conducción estratégica que oriente el desarrollo de recursos humanos en salud en función al acceso universal a la atención integral de salud de calidad y segura, que articule educación, trabajo y sociedad; que favorezca una planificación concertada, que incluya cuotas de ingreso y egreso de estudiantes de medicina y su distribución; que articule docencia, investigación y servicios de salud; que establezca criterios comunes de formación y estándares compartidos de acreditación tanto en el pregrado como en el postgrado (residencia médica); que establezca los criterios de regulación de la calidad del ejercicio profesional, entre otros.

Queda claro entonces que el tema de la acreditación de facultades o escuelas de medicina es uno, importante claro está, de los temas que hay que abordar para enfrentar

* Profesor Principal. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Director (e) de Evaluación y Certificación del Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria - CONEAU.

el problema de la calidad y pertinencia de la formación médica en el Perú.

La calidad de la educación médica: "viejos vinos en nuevos odres"

La preocupación por la calidad y la pertinencia de la formación médica es un tema antiguo y recurrente en nuestro país y en la experiencia internacional. En un estudio publicado por el Colegio Médico del Perú[1] se hizo referencia a las conclusiones del famoso informe Flexner, publicado hace exactamente un siglo y donde se planteaban prácticamente los mismos problemas que enfrentamos ahora, relacionados "con la superproducción de médicos mal capacitados y el exceso de malas escuelas de medicina", y con que "la proliferación de escuelas de medicina obedece principalmente a razones económicas y políticas" (Ver Tabla 1).

Tabla 1. "La Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá. Un Informe a la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza" Abraham Flexner, publicado en 1910

Conclusiones:

Existe superproducción de médicos mal capacitados y hay exceso de malas escuelas de medicina.

La superproducción de malos médicos no ha mejorado la distribución espacial de los médicos.

Un médico superfluo generalmente es un mal médico.

En la educación médica el bajo nivel tiende a desplazar al alto nivel.

Los bajos estándares y el mal entrenamiento no deben constituir el método usual para proveer de médicos a las comunidades.

El mejoramiento de la educación médica no puede ser antagonizado con el argumento de que se puede terminar con algunas escuelas y disminuir la producción de médicos. ¡Esto es precisamente lo que se necesita!

El país necesita menos y mejores doctores.

La proliferación de escuelas de medicina obedece a razones principalmente económicas (y políticas).

Surgimiento e institucionalización de la acreditación en medicina

La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) fundada en 1964 fue la pionera en el país, como señala Piscoya[2], en el tema de la acreditación. El Primer Seminario de Acreditación de Facultades de Medicina, se desarrolló en Arequipa en 1992 bajo la organización de ASPEFAM y con la participación de todos los organismos involucrados en el sistema educativo, asesorados por la OPS. Luego de este esfuerzo inicial el tema mantuvo permanente vigencia en las principales universidades con Facultades o Escuelas de Medicina. Es en 1998 que el Ministerio de Salud, acogiendo la preocupación expresada por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Academia Nacional de Medicina, ASPEFAM y el Colegio Médico; convoca a un grupo de trabajo para que presente una propuesta de Ley de Acreditación de Facultades de Medicina.

El 12 de mayo de 1999 en la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, se sustentó el Proyecto de Ley 4391-98-CR, señalando la necesidad de racionalizar el número de Facultades de Medicina y el número de vacantes a ofertar anualmente, basados en el marco de la calidad de la educación médica y de todo lo avanzado en el tema de acreditación a nivel internacional. Incluida la propuesta en el debate parlamentario, se discutió luego de la Conferencia la conformación del Comité de Acreditación.

El 11 de julio de 1999, mediante Ley Nº 27154 se institucionalizó la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana del país para garantizar la calidad e idoneidad de la formación académico profesional de los médicos y de la atención de salud a la comunidad.

Esta Ley creó la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), presidida por un representante del Ministerio de Salud, e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo

para la Autorización del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú; la cual se encargó de la conducción y gestión del proceso.

El proceso, según CAFME[3], se caracterizó por ser autónomo, impulsado por el nivel gubernamental, representativo, único, sin afán de lucro, obligatorio y autosuficiente.

Tabla 2. Surgimiento e institucionalización de la acreditación en medicina

1992: Seminario ASPEFAM sobre acreditación de Facultades de Medicina.
1998: Ministerio de Salud convoca a comisión para trabajar Ley de Acreditación de Facultades de Medicina.
1999: Se promulga Ley Nº 27154 que institucionaliza acreditación de Facultades de Medicina y crea Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina - CAFME.
2000: Se aprueba Reglamento de la Ley Nº 27154.
2001: Se aprueban Estándares Mínimos para la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (Resolución Suprema N° 013-2001-SA).

Evolución del proceso de acreditación de facultades de medicina

Se pueden identificar tres momentos en la evolución del proceso de acreditación de Facultades de Medicina en el Perú, a saber: i) Soporte técnico normativo, ii) Implementación de la acreditación, iii) Tránsito al sistema de acreditación de la calidad educativa.

Primer momento: Soporte Técnico Normativo

Luego de aprobada la Ley y el Reglamento, se aprobaron los estándares mínimos de acreditación (RS N° 013-2001-SA). Los aspectos considerados fueron la organización académica, el currículo, los procedimientos de admisión, la plana docente, la prevención de riesgos de salud, la evaluación de las competencias adquiridas, las metodologías de evaluación y medición del aprendizaje, la organización administrativa, los servicios académicos complementarios y la infraestructura física y equipamiento. Estos aspectos se evalúan mediante 16 estándares, que a su vez se desagregaron en 61 variables y 143 indicadores como se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3. Estándares Mínimos de Acreditación CAFME 2001

ASPECTOS	Número Estándares	Número Áreas	Número Variables	Número Indicadores
A: Organización académica	02	--	07	11
B: Currículo	03	--	05	13
C: Procedimientos admisión	01	--	02	05
D: Plana docente	02	--	04	14
E: Prevención de riesgos de salud	01	--	02	05
F: Competencias adquiridas	02	07	24	48
G: Metodología evaluación y seguimiento aprendizaje	02	--	02	06
H: Organización administrativa	01	--	03	09
I: Servicios académicos complementarios	01	--	03	07
J: Infraestructura física y equipamiento	01	--	09	25
TOTAL	**16**	**07**	**61**	**143**

Se aprobó el Manual de Procedimientos CAFME (RM N° 196-2002-SA/DM) que incluyó los siguientes procedimientos:

Procedimiento 1: Primera Acreditación.

Procedimiento 2: Acreditación Periódica.

Procedimiento 3: Verificación que la Facultad o Escuela de Medicina mantiene los estándares mínimos de acreditación.

Procedimiento 4: Primera Evaluación.

Procedimiento 5: Evaluación periódica para Facultades de Medicina de universidades con autorización de funcionamiento definitivo pero sin promoción de egresados.

Procedimiento 6: Evaluación Periódica para Facultades de Medicina de universidades con autorización de funcionamiento provisional.

Procedimiento 7: Evaluación de los Proyectos de nuevas Universidades, fusión de Universidades o ampliación de Facultad o Escuela de Medicina.

Procedimiento 8: Evaluación de CAFME previa a la creación de una Facultad o Escuela de Medicina Humana en Universidades con autorización de funcionamiento definitivo.

Los procedimientos y plazos para la acreditación establecieron que las Universidades con autorización de funcionamiento definitivo y Facultades o Escuelas de Medicina con una o más promociones de egresados (17 en total), deben solicitar su acreditación a CAFME. El período de acreditación es de cinco años.

Las universidades con autorización de funcionamiento definitivo con Facultades o Escuelas de Medicina sin egresados (09 a cargo de CAFME) y las Universidades con autorización de funcionamiento provisional (02 a cargo del CONAFU), deben informar anualmente a CAFME o CONAFU, según corresponda, sobre el cumplimiento de estándares mínimos de acreditación de acuerdo al grado de desarrollo o implementación de la carrera.

Segundo Momento: Implementación de la Acreditación

Durante el año 2000 se capacitaron y certificaron a los expertos verificadores CAFME, encargados de realizar las visitas de verificación de cumplimiento de estándares de acreditación.

En el 2001 se aprobaron seis dictámenes con los resultados de igual número de visitas de verificación, en el 2002 se aprobaron 30 dictámenes.

El año 2002 se actualizaron, de acuerdo a la normatividad vigente, los estándares mínimos de acreditación, quedando aprobados 16 estándares, 65 variables y 154 indicadores. Igualmente se capacitaron y certificaron 39 nuevos expertos verificadores.

El primer comunicado CAFME sobre acreditación, en julio 2002, da cuenta de la acreditación de 4 Facultades de Medicina, 13 se encontraban en período de adecuación dentro de los plazos establecidos, correspondientes Facultades con egresados de las universidades con autorización de funcionamiento definitivo. También, 4 Facultades de Medicina cumplieron los estándares para el período de adecuación de la carrera y 4 no cumplían, correspondientes Facultades sin egresados de las universidades con autorización de funcionamiento definitivo. Respecto a las Facultades de Medicina de universidades con autorización de funcionamiento provisional, 1 cumplió y 1 no cumplió con los estándares.

En abril del 2003 se emitió un nuevo reporte de resultados del proceso de acreditación, en el cual participaron las 28 Facultades o Escuelas de Medicina (FEM), los resultados dan cuenta de 5 facultades de medicina acreditadas (Tabla 4).

Tabla 4. Resultado Proceso de Acreditación de las Facultades de Medicina, Abril 2003

Resultado	FEM de Universidades Públicas	FEM de Universidades Privadas	Total de Facultades o Escuelas de Medicina
Acreditan	5	3	8
No Acreditan	8	1	9
Cumplen EMA (*)	0	7	7
No Cumplen EMA	3	1	4
Total	16	12	28

(*) Cumplen estándares mínimos de acreditación para el grado de desarrollo de la carrera.
Fuente: Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina.

De acuerdo a lo establecido en la Ley y el Reglamento, CAFME solicito a la Asamblea Nacional de Rectores (ANR), la suspensión de la inscripción de nuevos alumnos mientras dure el proceso de adecuación. Al respecto, la ANR ha señalado su imposibilidad de suspender el ingreso a Facultades o Escuelas de Medicina que no cumplen los estándares mínimos por su carácter coordinador y el respeto a la autonomía universitaria (aunque estos puntos no contaban con el sustento formal y legal correspondiente y fueron cuestionados por la asesoría legal del MINSA y del CMP). Pese a la insistencia no se obtuvieron los resultados deseados.

Frente a esta situación CAFME, en coordinación con ASPEFAM, aprobó que se solicite al MINSA y por su intermedio a todas las instituciones del sector salud la suspensión de campo clínico a Facultades o Escuelas de Medicina que no acreditan o no cumplen estándares mínimos de acreditación de acuerdo al grado de desarrollo de la carrera. Tampoco se obtuvo resultados concretos.

A finales del 2003, 26 de las 28 Facultades de Medicina estaban acreditadas o cumplían los estándares de acuerdo al grado de desarrollo de la carrera.

En el 2004 se inició la verificación del mantenimiento de estándares a medio período de la vigencia del certificado de acreditación.

Tercer momento: Tránsito al sistema de acreditación de la calidad educativa

Con motivo de la promulgación de la Ley General de Educación, en julio del 2003, CAFME emitió un pronunciamiento titulado "Hacia un sistema nacional de acreditación universitaria técnicamente fundado y académicamente aceptado", en él se señaló lo siguiente:

La mejora de la calidad de la educación universitaria y los procesos de autoevaluación y acreditación que contibuyen a la misma han ganado un importante consenso en la comunidad académica y en la sociedad y han merecido una importante atención de diferentes organismos públicos y privados en estos últimos meses.

La Ley General de Educación, promulgada el 28 julio del 2003, estableció la creación de Organismos del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (Artículo 15) y para el caso de la Educación Superior, un organismo que será creado y normado por ley específica.

Es en este marco legal que cualquier iniciativa de conformación de organismos de acreditación universitaria debe canalizarse. Resulta importante, en consecuencia, debatir y tomar iniciativa legislativa respecto a afirmar lo avanzado en lo que a acreditación se refiere, explorar los mejores caminos para extender el proceso a todas las instituciones y carreras universitarias y fortalecer la institucionalidad del proceso.

En el Perú, la más importante experiencia de acreditación, por su fortaleza técnica y compromiso de todas las instituciones académicas involucradas, es la de las Facultades o Escuelas de Medicina, institucionalizada en Julio de 1999 (Ley Nº 27154) a cargo de la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana (CAFME).

Desde esta experiencia, consideramos imperativo que el proceso de acreditación universitaria en el Perú se fortalezca a partir de la confluencia de todas las iniciativas en curso, que logren un sistema técnicamente fundado y académicamente aceptado. Planteamos la creación, por Ley específica, de un Consejo Nacional de Acreditación Universitaria, autónomo y sostenible, que cumpla sus funciones a través de comités ad-hoc que agrupen a carreras similares. Los Comités ad-hoc tendrán como tarea inicial construir estándares para cada una de las carreras universitarias en el menor tiempo posible, para luego validarlos y concomitantemente deben garantizarse las fuentes de financiamiento.

Para todos los pasos señalados, la experiencia CAFME estará a disposición de la comunidad universitaria nacional.

La Ley Nº 290740, que crea SINEACE (Mayo 2006) estableció en su Octava Disposición Complementaria, Transitoria y Final que una vez iniciadas las funciones de los órganos del SINEACE, toda institución que esté realizando actividades vinculadas con las funciones a que se refiere esta ley deberá sujetarse a las normas reglamentarias que para cada caso dictará el órgano operador correspondiente. Dicho órgano operador dictará las normas que resulten necesarias para reconocer o adecuar, de ser el caso, a sus procedimientos, los procesos de acreditación realizados por la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina – CAFME, creada mediante Ley Nº 27154, transferirá el acervo documentario acompañado del correspondiente informe sobre procesos en marcha, los que serán asumidos por CONEAU.

Igualmente, el DS Nº 018-2007-ED: Reglamento Ley SINEACE (Julio 2007) en su Segunda Disposición Complementaria Transitoria establece que CAFME cesará en sus funciones a la entrada en vigencia del presente Reglamento. De acuerdo con lo establecido por la Octava Disposición Complementaria, Transitoria y Final de la Ley, transferirá, al CONEAU, el acervo documentario que obre en su poder, incluido el relativo a los procedimientos que se encuentren en trámite ante ella, acompañado del correspondiente informe. Los procedimientos de acreditación de las Facultades o Escuelas de Medicina que se encuentren en trámite ante la CAFME, se suspenderán a la entrada en vigencia del presente Reglamento, hasta que el CONEAU culmine la aprobación de los estándares, criterios, indicadores y procedimientos para la evaluación y registre a entidades evaluadoras autorizadas. Al reiniciarse estos procedimientos de acreditación se adecuarán a lo aprobado por el CONEAU.

Tabla 5. Evolución del proceso de acreditación de facultades de medicina

2001: Se inician las visitas de verificación.
2003: Se aprueba Código de Ética de verificadores e integrantes de CAFME (Resolución Ministerial 652-2003-SA).
2003: Se aprueba actualización de Estándares Mínimos de Acreditación (Resolución Suprema N° 004-2003-SA).
2003: La Ley General de Educación crea Organismos del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa y para el caso de la Educación Superior, un organismo que será creado y normado por ley específica.
2006: Se aprueba actualización de Estándares Mínimos de Acreditación.
2006: Se aprueba Ley Nº 28740 que crea el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad educativa a cuya normatividad deberá ajustarse CAFME.

¿Cuánto hemos avanzado?

Al momento del cese de funciones de CAFME, en julio del 2007, el estado de la acreditación de FEM fue el siguiente:

Tabla 6. Resultado. Proceso de Acreditación de las Facultades de Medicina, Julio 2007

Nº de FEM*	Acreditación vigente el 2007	No acreditó	Acreditación vencida 2007	Total
Públicas	13	1	2	16
Privadas	10	1	1	12
TOTAL	23	2	3	28

* No se incluye Escuela de Medicina UPC autorizada para funcionar en octubre 2006.

Actualmente son 9 las Facultades o Escuelas de Medicina las que mantienen vigente su acreditación, la misma que vence entre el 2010 y el 2012:

Tabla 7. Vigencia de Acreditación de las Facultades de Medicina, Julio 2007

Nº de FEM	Acreditación vigente 2010/ 2012
Públicas	3
Privadas	6
TOTAL	9

CAFME tuvo un funcionamiento ininterrumpido de ocho años, desde su creación en 1999 hasta el cese de sus funciones en julio del 2007.

Se logró incorporar al sistema de acreditación a las 28 Facultades o Escuelas de Medicina existentes al momento de su creación y se autorizó el funcionamiento de una nueva en octubre del 2006.

Un balance preliminar presentado en el estudio del Colegio Médico del Perú anteriormente referido señala que si bien se reconoce que se impulsó una cultura de calidad en las Facultades de Medicina, y que este proceso sirvió de referencia para la creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad educativa - SINEACE y la generalización del proceso de acreditación a todas las carreras universitarias, se produjeron algunos hechos preocupantes, entre los que destacan:

- Facultad de Medicina no acreditada, por amparo del Poder Judicial, continúa funcionando.
- Facultades sin autorización han empezado a funcionar, incluida una filial en provincia.
- Se autorizó la creación de una nueva Facultad de Medicina.

El período transcurrido entre la desactivación de CAFME y el funcionamiento práctico del Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria – CONEAU (órgano operador de SINEACE) creó un vacío de regulación, aprovechado para que se produzca una "nueva ola" de creación de Facultades o Escuelas de Medicina.

Todo esto sucede cuando existe un consenso en que existen problemas de cantidad, distribución y calidad de la formación y el ejercicio de los profesionales médicos.

En el 2009 CONEAU aprobó, en consenso con ASPEFAM, los estándares para la Acreditación de la Carrera de Medicina Humana. En el 2010 se ha aperturado el registro de entidades evaluadoras con fines de acreditación, pero hasta el momento ninguna institución ha solicitado su autorización, por lo que no se ha desarrollado la implementación práctica de la acreditación.

Se espera que esta nueva etapa contribuya a:

- Fortalecer el proceso de acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina, retomando y potenciando la experiencia CAFME, para que conduzca a cambios significativos en las estructuras, organizaciones y dinámicas de la profesión médica.
- Articular acciones de mejoramiento de la calidad entre las instituciones formadoras de profesionales médicos y los establecimientos de salud.

Referencias Bibliográficas

1. Carrasco, V; Lozano, E; Velásquez, E. Análisis actual y prospectivo de necesidades, oferta y demanda de médicos en el Perú 2005 - 2011. Colegio Médico del Perú. Lima, 2007.
2. Piscoya, J. CAFME: Historia, Perspectiva actual y futura. Boletín CAFME, Enero 2002; I(1).
3. Carrasco, V. El proceso de acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina en México. Apreciación desde la experiencia peruana. Boletín CAFME Año II Nº 4, Julio – Diciembre 2003.

La responsabilidad en la calidad formativa de las universidades con facultades de medicina ante la sociedad

*Manuel Huamán Guerrero**
*Dolores Villanueva Zambrano***

La formación médica en nuestro país viene experimentando profundos cambios, a propósito de la aparición de nuevas normas que obedecen al proceso evolutivo de nuestra sociedad, por ejemplo la informática en el ejercicio de la medicina va invadiendo espacios lo cual se considera como efecto de la globalización mundial.

Estos cambios se vienen expresando desde la etapa formativa hasta el desempeño profesional, que cada vez exige más calidad en las capacidades y competencias para evitar caer en las llamadas "negligencias médicas".

En este sentido, los médicos que dieron sus servicios en el pasado tuvieron un relativo "ejercicio libre", porque históricamente siempre ha existido en la formación médica y el ejercicio profesional una exigencia universal mediante, el Código de Hammurabi, el Juramento Hipocrático, el Juramento Médico actual y en el caso de la medicina peruana, el Código de Ética y Deontología que promulga el Colegio Médico del Perú, además de la Ley General de Salud, que ubica a los médicos en su auténtico rol de una profesión de servicios, sujetos a brindar una atención de calidad, donde el paciente es lo esencial, sin distinguir clases sociales, etnias, religiones, etc.

Todos estos documentos mencionados son expresiones de exigencia social, que hacen que la profesión médica asuma responsabilidades que superan a otras profesiones.

Este requerimiento obliga a las universidades con facultades de medicina, a compromisos que deben asumir, pues formar profesionales médicos es una tarea educativa muy delicada, no solo por el conocimiento impartido sino por el humanismo que debe ser parte de su formación. Es bueno reflexionar sobre la responsabilidad que asumimos cuando aprobamos exámenes u otorgamos el diploma de médicos confiando que alguien, en un futuro próximo, completará el proceso que nosotros no pudimos o no supimos cumplir totalmente. Asimismo el médico es un profesional cuyas funciones se desenvuelven en varias etapas como: promover, prevenir,

* Médico Cirujano General. Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina Humana (ASPEFAM)
** Médica Cirujano. Secretaria Ejecutiva de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina Humana (ASPEFAM)

tratar y rehabilitar al paciente; desconocer alguna, atentaría contra la ética de formación, recayendo responsabilidad en la universidad que así lo hiciera,

En esta perspectiva educativa, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), fundada el 11 de Enero de 1964, es la institución representativa de las facultades médicas del Perú. Es integrante de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina - FEPAFEM, la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina – ALAFEM, la Red Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina y el Consejo Internacional de Acreditación de Programas de Facultades de Medicina (CIDAFAM). En la actualidad está integrada por 24 facultades. Es dirigida por un Consejo Directivo, elegido por un periodo de 2 años, y desarrolla sus actividades a través de Comisiones Permanentes y una Secretaría Ejecutiva.

De acuerdo a sus Estatutos, son fines de ASPEFAM:

A. Gestionar el progreso de la educación médica, promoviendo y coordinando el desarrollo de las instituciones que la integran, hacia la calidad académica, en función a las necesidades de salud del país y los adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la medicina a nivel mundial.
B. Promover el intercambio permanente de conocimientos, experiencias, investigaciones, planes de estudio, aspectos curriculares, sistema de trabajo docente; promoviendo el intercambio de profesores y acciones de apoyo entre sus miembros y otras instituciones afines.
C. Gestionar la colaboración de Instituciones Nacionales e Internacionales para el estudio y solución de los problemas relacionados con la Educación Médica.
D. Prestar asesoría a sus miembros, así como a los organismos del área de la educación médica que lo soliciten.
E. Coordinar con las universidades y las instituciones prestadoras de servicios del sector salud, los programas y actividades de integración docente - asistencial en el área académica y médica.
F. Coordinar y asesorar a las instituciones responsables de la autorización del funcionamiento de nuevas facultades de medicina, para que se asegure la calidad e idoneidad de las mismas.
G. Promover el desarrollo de programas de educación médica continua en las universidades del país, con la participación del Colegio Médico del Perú y otras instituciones afines.
H. Promover proyectos de investigación predominantemente en el área de Proyección social y en el campo de la Educación Médica, a nivel de las universidades, en las sedes hospitalarias y en la comunidad.
I. Constituirse en el espacio de análisis y de orientación en los diversos temas relacionados con el desarrollo de las actividades de Educación Médica en el Perú y formular opinión y propuestas al respecto.
J. Velar por la integridad de las actividades académicas dirigidas a la formación de los médicos.

En el marco de estos objetivos, **ASPEFAM,** el 14 de diciembre del 2003 realizó por primera vez en el Perú, el Examen Nacional de Medicina – ENAM 2003, en una iniciativa en la que coincidieron el esfuerzo de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina y de múltiples instituciones nacionales y personas, con el compromiso de las facultades de medicina por promover una cultura de la calidad en la formación de los médicos en el Perú. En este esfuerzo confluyen los procesos de acreditación de facultades y escuelas de medicina, la educación médica continua, la certificación y recertificación profesional, los procesos de acreditación de programas de segunda especialización en medicina humana, y la propuesta de conformar el Comité Nacional del Pregrado en Medicina.

Así, entendemos que el control de la calidad de la educación médica se concreta e instrumentaliza fundamentalmente mediante dos procesos:

- Acreditación de las Facultades y Escuelas de Medicina, en el que se evalúa las condiciones de enseñanza y el propio proceso de formación, buscándose garantizar la existencia de las condiciones mínimas para formar médicos de buen nivel.
- Evaluación de los aprendizajes y competencias desarrolladas por los estudiantes al final del proceso de formación, es decir la evaluación del producto.

En nuestro país, ASPEFAM, viene impulsando acciones como el haber generado el primer SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE FACULTADES DE MEDICINA en el Perú, mediante el CAFME, (Comité de Acreditación de Facultades de Medicina), como una forma de exigir requisitos mínimos de acreditación y de esta manera garantizar la formación médica, esta experiencia motivó que el Estado Peruano, promulgue la Ley de Autoevaluación – Acreditación y Certificación, universitaria, recayendo en el SINEACE la responsabilidad específica para las universidades, pero con la obligatoriedad en las profesiones médicas y educación, todo ello como una exigencia de elevar el nivel de formación profesional.

En ASPEFAM, estamos convencidos de que las exigencias que presenta un proceso de acreditación y certificación de Facultades de Medicina permite cierta confianza en que el egresado cumple con criterios de calidad profesional y de competencias, sin olvidar que es un primer nivel y que cada profesional debe necesariamente complementar su formación mediante especialidades, sub especialidades, maestrías y doctorados o actualizar sus conocimientos mediante educación médica continua y diplomados.

Las discusiones iniciales más estructuradas se generaron en el año 2002, a propósito de la realización de los 4 Seminarios Talleres Internacionales "Nuevas Tendencias en la Educación Médica Peruana", en los cuales participaron más de 200 profesores de las facultades de medicina de todo el país. Estos eventos, que contaron con la valiosa intervención de destacados expertos internacionales, como José Venturelli de la Universidad de Mc Master, Mario Rovere de OPS/OMS-Argentina, Alejandro Díaz Toledo de la Universidad de Concepción y Humberto Giraldes de la Universidad Católica de Chile, nos permitieron reafirmar como Asociación la percepción de que la carencia del sistema de evaluación antes descrito se constituía en una debilidad fundamental de la educación médica peruana.

ASPEFAM, organiza anualmente el Examen Nacional de Medicina (ENAM), con la finalidad de:

1. Evaluar el conocimiento clínico y de salud pública obtenido por el estudiante de medicina próximo a graduarse, con el fin de establecer mecanismos que autorregulen y promuevan el mejoramiento de la Educación Médica.
2. Promover mecanismos institucionales que faciliten el desarrollo de contenidos curriculares específicos, tales como el funcionamiento permanente de la Comisión de Evaluación Curricular, la revisión crítica del perfil de formación y la promoción de una cultura de evaluación del desempeño institucional en la formación de los médicos generales.
3. Promover la autorreflexión sobre la praxis de evaluación de los aprendizajes y generar acciones para mejorarla e innovarla.
4. Establecer un referente nacional de evaluación válida y objetiva de conocimientos médicos, reconocido por instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud.

El Examen Nacional de Medicina, se organiza en varias etapas y cada una de ellas comprende una serie de actividades que se llevan a cabo con la participación de representantes de todas y cada una de las facultades de medicina miembros de ASPEFAM:

1. Tomar en cuenta el perfil de competencias del profesional médico en el Perú.
2. Establecer la Tabla de Especificaciones como base de la construcción de preguntas.
3. Talleres Macroregionales.
4. Revisión de preguntas, por grupos de expertos por cada examen.
5. Elaboración de Banco de preguntas.
6. Inmersión de la comisión de prueba.
7. Distribución de Exámenes.
8. Realización del examen .
9. Lectura de Pruebas.
10. Publicación de resultados.

Asimismo, cada una de las actividades se desarrolla teniendo en cuenta la seguridad necesaria para la transparencia del proceso, más aún en diferentes etapas existen veedores de varias instituciones que pueden participar con el solo compromiso de cumplir las indicaciones de seguridad.

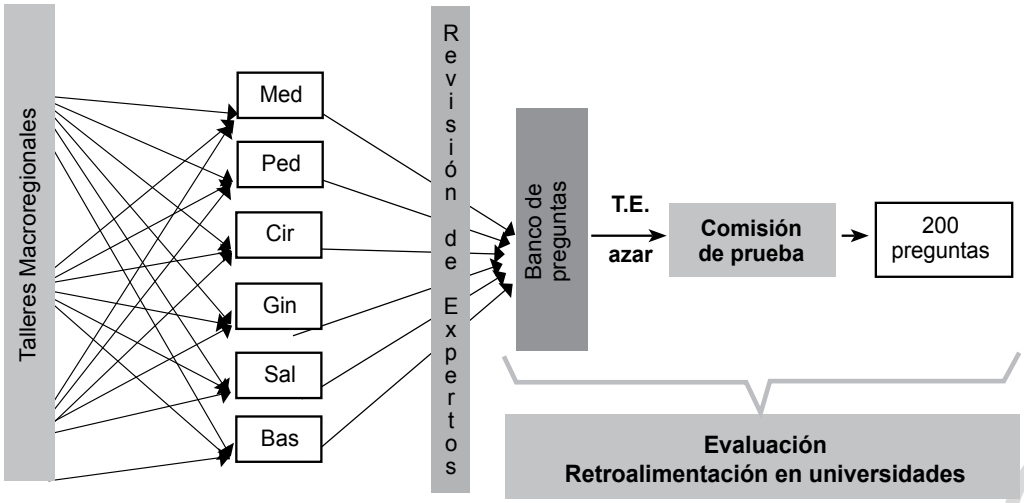
Como es conocido es cada vez más amplio y más complejo el campo del conocimiento médico, que exige de los educadores y de los responsables de las instituciones formativas, un gran esfuerzo de selección de contenidos, de metodologías educativas y de criterios de evaluación dirigidos a la formación del médico general que esperamos egrese de nuestras aulas.

De pronto un organismo de control y evaluación de desarrollo y resultados es necesario para el monitoreo del proceso en su conjunto, para la corrección de sus desviaciones y para la propuesta de modificaciones cuando las circunstancias lo requieran.

La flexibilidad y el dinamismo, que deben ser características de los planes de estudio, exigen un permanente seguimiento por organismos idóneos con capacidad de decisión. Son ellos los que impulsan periódicamente la autoevaluación participativa de sus Facultades en profundidad.

Algunas condiciones fundamentales se requieren para llevar a cabo este proceso: en primer lugar una firme decisión política universitaria e interuniversitaria de los niveles de conducción, para llevarlo a la práctica; en segundo lugar un cuerpo docente de calidad entrenado en este sistema de evaluación y en tercer lugar una organización sujeta a una planificación rigurosa.

Es por estos motivos que **ASPEFAM,** expresa su preocupación por las llamadas negligencias que la prensa propaga frecuentemente sin el debido proceso, con riesgo de aceptar opiniones como verdades absolutas, cuando en el Perú no hay profesión más comprometida con la exigencia de la calidad que la profesión médica.



El nuevo SISTCERE:
Adecuación orgánica y operativa al DS 018-2007-ED (Reglamento del SINEACE)

*Pedro Mendoza Arana**

Antecedentes

De acuerdo con su Reglamento (Resolución 4409-CN-2004), el SISTCERE es el organismo técnico administrativo del Colegio Médico del Perú encargado del proceso de evaluación continua y permanente del conocimiento, habilidades, destrezas, actitudes y valores del profesional médico mediante la certificación y recertificación.

Como sabemos, a nivel organizativo el SISTECERE se estructuró en tres organismos de tipo Comité: Un Comité Directivo Nacional de dieciséis miembros, un Comité Ejecutivo formado por cinco miembros, y los Comités de Especialidad.

El SISTCERE fue un paso más que reforzaba el largo camino de liderazgo del Colegio Médico del Perú, en la defensa de la autoregulación de la calidad del ejercicio profesional. La experiencia que ha desarrollado en sus diez años de vigencia, es fundamental para cualquier propuesta que se trabaje.

El 23 de mayo del 2006 se publicó la Ley 28740, Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE), que en su artículo 11 establece la certificación como el reconocimiento público y temporal de las competencias profesionales, y que es otorgada por el colegio profesional correspondiente, previa autorización. El órgano del SINEACE encargado de la calidad educativa en el ámbito profesional, es el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (CONEAU).

El Reglamento de la Ley 28740, aprobado por Decreto Supremo 018-2007-ED, precisa en sus artículos 21 al 23 que la certificación de los profesionales de la salud es obligatoria, así como las exigencias a ser cumplidas por un colegio profesional para ser autorizado a certificar, las mismas que son las siguientes:

1. Instrumentos de evaluación basados en análisis funcionales.
2. Respaldo económico.
3. Infraestructura (Convenios para las Sedes de Evaluación de Desempeño)
4. Norma Legal de Creación (Copia de la Ley 15173, del 16 de Octubre de 1964)

* Director Ejecutivo SISTCERE

5. Listado de evaluadores de competencias certificados por el CONEAU.
6. Manual de Organización y Funciones, Reglamento, y Manual de Procedimientos del SISTCERE (documentos actualizados).
7. Relación documentada de Directivos del CMP y del Equipo de Gestión del SISTECERE.
8. Padrón actualizado de médicos por recertificar.

De esta manera, se varía de manera sustantiva el concepto mismo de la certificación y recertificación médica en el país: De ser una actividad voluntaria, se hace obligatoria, y centrada ya no en la asistencia a actividades de educación continua, sino en la demostración de competencias profesionales.

Esto implica un desafío organizativo y de capacidad operativa para el Colegio Médico del Perú, el mismo que requiere adecuarse para dar cumplimiento a este mandato. En ese sentido, tenemos el honroso encargo del Señor Decano de organizar el nuevo SISTCERE.

Visión

Visualizamos al nuevo SISTCERE como el organismo operador de la certificación periódica de competencias profesionales para los médicos cirujanos y médicos especialistas, dependiente del Colegio Médico del Perú, con autonomía técnica, administrativa y financiera.

En su visión al 2015, se propone establecer un sistema capaz de certificar anualmente el 20% de los médicos (aproximadamente 3 900 médicos especialistas y 6 800 médicos cirujanos por año).

Conceptos de la Certificación periódica de Competencias Profesionales

CONEAU define la certificación de competencias como el proceso mediante el cual la entidad certificadora reconoce formalmente las competencias profesionales demostradas por una persona natural en la evaluación de desempeño, de acuerdo a lo establecido por el ente rector del SINEACE.

Por lo tanto, la certificación periódica implica la demostración de que el médico mantiene o ha desarrollado las competencias que le permiten, en el momento de la evaluación, demostrar un desempeño competente. A efectos de asegurar objetividad, esto implica contar con una norma de desempeño, que se operacionaliza en un "mapa funcional", documento que describe las competencias a ser evaluadas.

De lo avanzado a la fecha, se cuenta con mapas funcionales del médico cirujano y de cinco especialidades: Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Anestesiología, lo cual nos permitiría recertificar al 80% de nuestros colegiados. Queda la gran tarea de trabajar mapas funcionales para todas las demás especialidades.

El mapa funcional, a su vez, debe ser traducido en Normas de Competencia, los que señalen de manera inequívoca el desempeño esperado del profesional, y sean empleados por los evaluadores y por los evaluados, como una guía objetiva de los aspectos que se tomarán en consideración.

Finalmente, de las Normas de Competencia se derivan los Instrumentos de Evaluación, los mismos que se aplicarán en una de tres modalidades:

Evaluación de Desempeño.

Evaluación de Conocimientos.

Evaluación de Productos.

Modelo de Evaluación de Competencias

Ajustándonos a las directivas del CONEAU, la certificación periódica del médico se realizará cada cinco años, empleando como criterios de evaluación el examen de conocimientos, con un 20% del puntaje total, y la evaluación de desempeño (incluyendo los productos), con un 80% del puntaje total.

La evaluación de conocimientos se llevará a cabo mediante exámenes escritos, fundamentalmente bajo la modalidad de casos.

La evaluación de desempeño implicará que un jurado, conformado por médicos cirujanos o especialistas, para el caso de los médicos cirujanos, y por pares de la respectiva especialidad, para el caso de los médicos especialistas, presenciará el desempeño del médico en las circunstancias previstas por las normas de competencia, para verificar su desempeño competente.

La evaluación de productos contempla que se calificará no solamente lo presenciado por los evaluadores, sino elementos tangibles que el evaluado genere, como por ejemplo una hoja de interconsulta correctamente llenada para un paciente.

A la fecha, el Colegio cuenta ya con el mapa de competencias, las normas de competencia y los instrumentos de evaluación para los médicos cirujanos, y con los mapas de competencias para las cinco especialidades ya indicadas. En el proceso de desarrollo del sistema, se deberá ir generando las normas de competencia e instrumentos para estas especialidades, y además ir generando todos los documentos mencionados, para todas las especialidades.

Además, se evaluará un Portafolio, que es un expediente que demuestra que determinadas competencias han sido ya ejercidas por el evaluado, tales como trabajos de investigación o publicaciones, registros operatorios, etc.

Estrategia de progresividad

Consideramos responsable un avance que permita desarrollar la experiencia completa del proceso, antes de expandirla ya sea de manera geográfica o temática. En tal sentido, la recertificación por competencias se desplegará en tres etapas: Una primera etapa, de inicio inmediato en cuanto CONEAU autorice al Colegio Médico, será la referida a recertificar a los profesionales médico cirujanos que ejercen en Lima. Una segunda etapa, que se prevee será en el segundo año de operación, será la recertificación de los especialistas de las principales cinco especialidades (ya mencionadas), en Lima; además, en este segundo año se iniciará la recertificación de los médico cirujanos en el resto del país, a cargo de equipos certificados en los Consejos Regionales; y una tercera etapa, la recertificación de las especialidades restantes.

Universo de Intervención

Al 04 de Mayo de 2010, la Base de Datos del CMP contabiliza 53 507 médicos colegiados vivos; de ellos, 28 740 están registrados en el Consejo Regional III, que se convierte en el de mayor carga de trabajo y 24 767 en los demás Consejos Regionales.

De este total nacional de profesionales, 33 709 (63%) no tiene especialidad registrada y 19 798 si la tiene.

De los 28 740 médicos registrados en el Colegio Regional III, 11 030 (38%) no tienen especialidad registrada, y 17 710 médicos (62%) tienen registro de especialista.

De los 24 767 médicos registrados en los demás Colegios Regionales, 22 679 no tienen especialidad registrada y 2 088 si la tienen.

Como ya se ha expuesto, en la primera etapa el objetivo sería, recertificar como médicos cirujanos, a la quinta parte de los médicos sin especialidad registrada, pertenecientes al Consejo Regional III.

Si asumimos que el valor de la certificación inicial y de las subsecuentes recertificaciones es de cinco años, esta necesidad de recertificación afectaría a los Médicos Cirujanos Colegiados a partir del 1ro. de enero del 2006, a medida que vayan cumpliendo los cinco años de la fecha consignada en su respectivo Registro o eventualmente en su última recertificación.

Operación

El nuevo SISTCERE deberá ser capaz de recertificar anualmente el 20% de los médicos especialistas (aproximadamente 3 900 médicos por año), en su instancia nacional, y con capacidad operativa descentralizada para recertificar a los médicos cirujanos a nivel de los Consejos Regionales (aproximadamente 6 800 médicos por año). Para el caso de Lima, implicaría una carga operativa de aproximadamente 2 200 médicos cirujanos por año.

Este tipo de operación ya no es propia de Comités, sino de una organización ejecutiva con una plantilla de personal dedicado, tanto a efectos de dirección como de operación.

El costo de la evaluación será de quinientos (S/. 500,00) nuevos soles por cada médico, a ser abonado en el momento de solicitar su recertificación.

Formalización

A la fecha de redacción del presente artículo, ya el Colegio Médico del Perú ha cumplido con presentar el expediente de solicitud de autorización al CONEAU, compuesto por los documentos que se indicaron en la sección antecedentes del presente artículo, y nos encontramos a la espera de la autorización, la misma que permitirá iniciar una nueva etapa en la garantía de la calidad profesional de los miembros de la orden.

COLEGIO MEDICO DEL PERU

Al servicio de todos los Médicos del Perú

Cuadernos de Debate en Salud

Estimulando la publicación médica nacional de nuestros colegiados

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú
www.cmp.org.pe

CONTENIDO

- PRÓLOGO
  Cuadernos de debate: “Calidad de la Educación en la Formación Médica”.
- PRESENTACIÓN
  Calidad de la Educación en la Formación Médica.
- Los nuevos roles del docente y su aporte a la calidad de la Educación Médica.
- Ética, obligaciones y mística del docente en el proceso de enseñanza aprendizaje de la medicina.
- ¿Con qué perfil y competencias debe egresar el médico en los próximos años en el Perú?.
- ¿Qué perfil de egresado médico requiere el Perú en los próximos diez años?.
- La investigación en la calidad de la formación médica: obligación o no?.
- La evaluación del discente al docente ¿Mejora la formación del futuro médico?.
- ¿Qué rol debe cumplir la Asamblea Nacional de Rectores?.
- La acreditación de las facultades de medicina en el Perú.
- La experiencia en acreditación de las facultades y escuelas de medicina en el Perú: ¿cuánto hemos avanzado?.
- La responsabilidad en la calidad formativa de las universidades con facultades de medicina ante la sociedad.
- El nuevo SISTCERE: Adecuación orgánica y operativa al DS 018-2007-ED (Reglamento del SINEACE).

Colegio Médico del Perú

Malecón Armendáriz 791, Miraflores, Lima 18, Perú
Teléfono 213 1400 Anexo: 2601
www.cmp.org.pe