

### CANTIDAD, PERFIL Y CALIDAD EN LA FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

#### III. EL CONCEPTO Y EL RECONOCIMIENTO DE LA CALIDAD PROFESIONAL

Cuad. Méd. Soc. XLI, 1-2, 2000/ 5-12

*Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo\**

#### RESUMEN

La apreciación de la calidad de los profesionales de la salud es actualmente un indicador exigible por la sociedad, para tener confianza en los sistemas de salud y en las acciones desempeñadas por los diversos prestadores. En el ejercicio de la atención sanitaria abarca todos los aspectos de la relación médico-paciente sin perjuicio de su relevancia para la efectividad de sus cometidos. La revisión de cómo se ha ido imponiendo el concepto de calidad en salud y su trascendencia, y de algunas de las medidas previstas y en desarrollo en nuestro país para la regulación, control y sostenimiento de este elemento esencial de la formación profesional, son la base de este tercer capítulo sobre el recurso profesional para la salud en Chile.

Palabras clave: educación médica, calidad de la atención de salud, acreditación.

#### ABSTRACT

From the viewpoint of society, indicators of the quality of health professionals are nowadays essential for providing confidence in health care systems and in the activities of the various health care providers. Besides being relevant in respect of their effectiveness they should refer to all aspects of the patient-physician relationship. This third paper on human resources for health in Chile is a review of how the concept of quality has merged into health delivery action and of the procedures implemented in order to regulate, control and sustain quality specially through learning and training experiences in health professionals' schools.

Key words: education, medical, quality of health care, accreditation.

#### INTRODUCCION

Hace, probablemente, no muchas décadas, a nadie se le hubiera ocurrido dudar de la calidad de un acto médico, basado en el axioma de que tal acción, ejecutada por un profesional habilitado, social y legalmente, gozaría de las propiedades

intrínsecas que, casi por definición, se pretende encontrar en ese ejercicio. Hoy pocos discuten la procedencia de establecer o evidenciar, con responsabilidad, las razones o fundamentos para confiar en la idoneidad de un acto, ya no más dádiva, sino servicio debido al usuario que lo demanda. Así, el acierto con que se refiere A. Squella (1) al

---

\* Director de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

cambio en el paradigma universitario<sup>1</sup> no hace sino que expresar, en ese ámbito, lo que se percibe en diversas esferas del conocimiento y, desde la perspectiva que abordamos en este trabajo, en el ejercicio de la medicina.

Es que progresivamente se han ido desplazando el significado y la trascendencia de los actos sanitarios desde quienes los realizan hacia quienes reciben sus efectos y, sin que esto suceda en desmedro del proveedor ni en pérdida del sentido y valor de aquéllos, se hace exigible garantizar su idoneidad antes que el destinatario experimente sus efectos. Lo que está en juego es, simplemente, el mejor y más pleno reconocimiento de que el beneficiario es una "persona" de igual dignidad que quien produce la acción, y de donde se cristaliza, en realidad, la consideración de la legítima autonomía de los pacientes.

Esta noción, claramente, se inscribe en un marco ético que abarca todas las áreas atinentes a la salud, como es reconocido y asumido en diferentes ámbitos de su ejercicio (2, 3) y que no hace sino dar mayor relevancia a la importancia de la calidad en la formación y a su acreditación en el personal de salud, respecto a sus acciones profesionales y el otorgamiento de sus servicios.

Por otra parte, tal como lo hemos planteado en las dos sucesivas ponencias precedentes (4, 5), creemos que la formación del recurso humano es quizás el elemento más crítico y determinante para establecer la orientación de la atención de salud en el ámbito donde se provee de tales servicios. Es de ese recurso de quien depende, fundamentalmente, lograr la mayor parte de los objetivos de la atención de salud o los que son más propios del ejercicio amplio de la medicina, siendo evidente que el no cumplimiento de los objetivos que justifican una acción es la referencia primaria a la falta de calidad de un producto o de un servicio.

Destacar este aspecto capital nos parece absolutamente necesario, en el contexto de las generalizadas modificaciones o reformas en los sistemas de atención de salud a que obligan en el presente los procesos globales de transición epidemiológica, la rápida evolución cultural y valórica, el inusitado desarrollo científico y tecnológico, los impredecibles cambios socioeconómicos y políticos, y las transformaciones organizacionales y metodo-

lógicas en las instituciones y en los procesos de comunicación, educación y formación. Es así tanto más cuanto que, tal vez por obvio, se dedica a esta materia ocasional e insuficiente espacio o mínima consideración, incluso por quienes más discurren o manejan las propuestas de renovación en salud pública y sus organizaciones (6-9). Más que una tesis, nos parece evidente que los fracasos en implementar modelos innovadores de atención, cuya supuesta eficacia y efectividad los hace promisorios, reside en la falta de adecuación del recurso humano previsto para tales propuestas, porque su formación no es consistente con el modelo, lo que determina, por su parte, tanto una resistencia intrínseca al cambio como una imposible sustentabilidad del sistema.

Revisemos, por consiguiente, los aspectos que son más relevantes, en nuestro medio, en relación a la formación de profesionales de la salud dotados de calidad, y describiremos los caminos que se están tomando o deberían emprenderse para enfrentar las situaciones que se señalen. Pero antes, para acotar la materia, precisemos en qué criterios basaremos el diagnóstico de calidad.

## CALIDAD EN LA ATENCION DE LA SALUD

En cierto modo, hemos aludido ya a la falta de calidad con que se ejerce la tarea profesional (5), porque los roles y atributos, especialmente de los médicos de que dispone el sistema, no son consistentes con las necesidades y demandas de especialización y, por lo tanto, no se satisfacen algunos objetivos de la formación.

Pero, además, esta característica se extiende desde el desempeño individual al modo como se ejerce el servicio colectivamente. Así, no puede concluirse sino que hay déficit de calidad al determinar que se cumple insatisfactoriamente en nuestro país la atención de salud por problemas de distribución del recurso profesional o carencias de insumos o tecnologías básicas o imprescindibles; porque existen perversiones del sistema que atentan contra la equidad en la asignación de medios diagnósticos o terapéuticos y en el acceso a facilidades asistenciales, o porque existe un porcentaje de personas, indigentes médicos, que carecen de atención de salud efectiva. Por consiguiente, debemos colegir que también inciden en el criterio de calidad aspectos de diseño, organización, administración, accesibilidad, eficiencia, etc., del sistema general de salud o de la atención, que pueden no referirse directamente a la formación del

<sup>1</sup> "Las universidades ya no pueden proclamar su excelencia por el solo hecho de llamarse universidades. La sociedad exige pruebas de esa excelencia y las universidades no tienen más alternativa que dárselas".

recurso humano aun cuando, en alguna medida, sean la consecuencia o tengan relación con los contenidos enseñados o aprendidos en las instituciones responsables.

Por otra parte, es indudable que la mayor parte de los aspectos señalados modulan o influyen la relación entre el profesional y el beneficiario, clima esencial para inducir cambios efectivos en los resultados de la acción de salud. Por lo tanto, no puede separarse tajantemente el producto directo de la acción profesional de la influencia que tiene en sus resultados el amplio entorno en que se genera el servicio, porque ambos factores inducen variables en el grado en que se satisfacen los objetivos del proceso sanitario.

Además, en cierto sentido, aunque se fuerce el concepto hacia un quizás exagerado purismo, no puede dejar de considerarse como calidad insatisfactoria la de una medicina que no logra erradicar patologías que irrumpen incontroladamente, y se hacen endémicas por fallas de prevención o mal manejo sanitario<sup>2</sup>. Puede ser que el umbral de calidad con que pretendemos medir estos comportamientos sea demasiado utópico e inalcanzable por la mayor parte de los países del mundo, independientemente de su desarrollo. Desde luego ya ha quedado demostrado que los propósitos, más que metas, de la declaración de Alma Ata (1978) (7, 11) se han frustrado<sup>3</sup>, aun cuando los criterios ahí enunciados no parecerían desorbitados si se circunscribieran a objetivos de salud realmente atinentes y no se tomaran por beneficios de salud procedimientos accesorios o subalternos que pervierten el sentido de las acciones médicas. Pero si hay un valor que requiere parámetros exigentes es el de la salud, frente a políticas de asignación de recursos que, a menudo, privilegian otros propósitos, incluidos los de administración, lucro empresarial, eficacia y satisfacción, que sin duda pueden ser pertinentes pero no prevalecer sobre los beneficios propiamente sanitarios con un alto significado vital, personal y ético (12).

Sin temor a ser reiterativo, queda en pie el hecho de que la calidad aquí se cumple cuando se satisfacen los objetivos de la medicina y si ella se define como la que dispone "salud para todos" (contemplando la acepción y ciertos reparos al término y al concepto), el fiel de la calidad no puede ser sino que lo que permite alcanzar tales características, en la realización de un servicio que es expresión, asimismo, de un derecho de todos los individuos (13-14).

En su sentido más restrictivo, sin embargo, la calidad de la medicina se refiere a la forma como el profesional desarrolla su cometido específico y, en el ámbito de todas las profesiones de la salud, a cómo realizan las acciones de salud que les son propias los profesionales que ejercen las disciplinas correspondientes.

De lo anterior se desprende que la calidad profesional resulta, por consiguiente, de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, cuya evaluación deberemos efectuar tanto a través de quienes experimentaron ese proceso, para constituirse en agentes personales de salud, como de las instituciones que los forman.

## HITOS EN LA CONSIDERACION DE LA CALIDAD

Hay quienes piensan que la consideración por la calidad de la medicina es propia de esta profesión desde, por lo menos, la formulación del código hipocrático (9). La discusión al respecto es irrelevante; pero, en aras de una mayor precisión conceptual, valdría la pena argüir que el tono de ese ancestro es más bien de precepto conductual (una de cuyas consecuencias podría ser elevar la calidad de los actos médicos); pero sin intencionalidad expresa en dicho sentido.

La calidad en medicina, como valor que debe ser buscado y sostenido, surge apenas, explícitamente, a comienzos del siglo pasado, a raíz de la preocupación de Flexner (15-16) por determinar las características de la educación médica en los Estados Unidos de Norteamérica (1910). No sería aventurado postular que si hubo alguna consideración previa sobre la calidad de la profesión, ello fue más bien en su condición de arte y no de ciencia, o en su dimensión de efectividad y calidad humana más que de excelencia de servicio o intervención técnica. Por otra parte, es interesante que estas mediciones se hayan generado en el campo de la salud y de la educación médica mucho antes que hicieran su irrupción y logran apogeo

<sup>2</sup> En los últimos años, aunque la medicina chilena se anota éxitos epidemiológicos certeros en mortalidad infantil, erradicación del sarampión y vinchuca patógena, entre otros, rehúsa controlar expansión del SIDA —como en la mayor parte del mundo—, enfrenta creciente exposición y contaminación de virus hanta, mantiene riesgo elevado de infección por cólera, descuida aspectos sustantivos de la salud ecológica. Cada una de estas situaciones, ¿no traduce, simultáneamente, una falla de calidad y una responsabilidad bioética? (10).

<sup>3</sup> En referencia 8, convergen en esta opinión, por lo demás universal, las ponencias de Solimano, G.; Vergara, M. e Isaacs, S. (pág. 60), y Bustelo, E. (pág. 255).

las ideas de control de calidad en la industria y en la producción de bienes y servicios, que en realidad no se empezaron a generalizar antes de los años cincuenta (9).

Puesta desde esta nueva mirada, donde debe reconocerse la premura de resolver sobre la pertinencia de procedimientos influyentes en la sobrevivencia de las personas y en la satisfacción de sus valores, no sorprende la sucesión de diversas iniciativas de control y regulación de la profesión médica destinadas a determinar la calidad de esos actos o, por referencia, de sus actores o medios involucrados. La proliferación de las especialidades fue un significativo detonante para este proceso. En 1908, ya se había proclamado, por Vail D.T., en su discurso presidencial en la Academia Americana de Oftalmología y Otorrinolaringología, la necesidad de que la "oftalmología sea enseñada como debiera ser", demandándose "cierta cantidad de educación y entrenamiento preliminar antes de licenciar a un individuo para practicar la oftalmología" (17). La institucionalización del proceso se concretó con la creación del Advisory Board (1934), posteriormente American Board of Medical Specialties (1969), por una parte, y la unión de la Association of American Medical Colleges y el Council on Medical Education de la American Medical Association, para constituir el Liaison Committee on Medical Education (1942) (18). Así se completó el marco regulador de la formación y el ejercicio de la medicina y sus especialidades en ese país. Paralelamente, surgieron iniciativas similares en el resto del mundo, específicamente en Canadá y países europeos.

Sólo en las últimas dos décadas, un movimiento similar ha tomado curso en los países latinoamericanos, exacerbado por políticas generales de globalización y los pactos subregionales de comercio y servicios (19-24). Como en el resto del mundo, progresivamente se ha ido completando el panorama de regulación de la calidad del recurso humano al implementarse procesos de control de calidad de las instituciones formadoras y sus programas, tanto en el pregrado y postgrado como en lo referido a la formación continuada. Ha abarcado, además, la certificación de los egresados en cuanto a las diferentes competencias adquiridas en los diversos niveles formativos y, poco a poco, se afianzan los criterios de acreditación periódica o de recertificación, que estimulan la sustentación de la calidad y la vigencia de la garantía de idoneidad profesional que estas medidas traducen (25-26).

Por último, también en el ámbito regional se advierte el interés de incorporar en los procesos

evaluativos de calidad la acreditación de todas las organizaciones sanitarias que tienen actividad pública, muy especialmente los hospitales, aunque no impliquen responsabilidades docentes asignadas (27). La amplia influencia que todo el sistema y las estructuras de salud tienen en la práctica asistencial, como escenarios y modelos inevitables de todo proceso formativo para las carreras de la salud (28), establece una obvia dependencia mutua que debe ser, también, resguardada en su calidad y competencia. No debemos olvidar que las experiencias de trabajo integrado entre servicios de salud y universidades, como lo fue durante décadas la colaboración de ambas instancias en nuestro país (29), han logrado desarrollar modelos de atención y formación coherentes y comprensivos, aproximándose o superando, a nuestro juicio, en eficacia, cobertura y satisfacción social otros esquemas de organización que igualmente promueven y usufructúan de esa duplicidad de función (30-31). Así como la experiencia norteamericana en las otras instancias ha sido relevante para estimular y orientar los procesos con que se está asumiendo el control de calidad en Latinoamérica, el trabajo de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (27) deberá ser asimilado paulatinamente para procurar los estándares de calidad que la asistencia de la salud demanda.

Es destacable el hecho de que en la mayoría de los países latinoamericanos, exceptuando Cuba (32), los procesos de formación de los profesionales de la salud están en manos del Ministerio de Educación, lo que en primera instancia parece razonable por lo trascendente de la instancia educativa en el logro de los pertinentes objetivos. No obstante, sin duda que, si como se denuncia explícitamente, las relaciones entre salud y educación para la conciliación de intereses son débiles, inefectivas o hasta inexistentes, como suele ocurrir en nuestras latitudes, es necesario para conseguir consistencia entre propuesta de reforma de salud y formación profesional, convenir entre los organismos implicados una planificación conjunta y objetivos compartidos, incluso con las instituciones de educación superior independientes del sistema público.

En el horizonte, se advierte la intención y la posibilidad real de obtener un impacto en la calidad que signifique, además, reducir la heterogeneidad mundial en la formación profesional y en la provisión de servicios sanitarios a quienes los requieren y en torno a materias de vigencia compartida (33-35). Esta es una tarea compleja, que requiere decisiones políticas y consensos amplios,

pero que parece indispensable acometer para avanzar efectivamente hacia los logros esperados en salud (7, 11) y para tener consecuencia con las definiciones y avances que se han estado generando en el ámbito sanitario, en el transcurso del siglo XX.

Aclara esta visión y su sentido pensar que el elemento clave en la conformación de un sistema de salud es el recurso humano que lo activa y sostiene. De modo que las características del sistema, y entre ellas su calidad, dependerán de la calidad de ese recurso, el que será a la vez expresión de la calidad de su formación, en el amplio sentido que le hemos atribuido a ese concepto. Como lo ha expresado comprensivamente Fauser (36), citando el informe *Practitioners for 2005*, de la *Pew Health Professions Commission*: “Modificando las destrezas, actitudes y valores de los trabajadores de la salud”... “todo el sistema de cuidados de la salud puede ser modificado” considerando que “el tipo de cuidado que estos profesionales proporcionan, cómo lo hacen, qué es lo que valoran y cómo interactúan entre ellos, determina, en gran medida, la calidad y el costo de la atención de salud”... “La Comisión cree que las escuelas profesionales de las carreras de la salud pueden cambiar las actitudes del personal de la salud modificando el currículum para abordar problemas actuales y emergentes. A través de una reorientación interna y de reformas en las escuelas, los profesionales de la salud pueden ser educados no sólo para contribuir y progresar en un ambiente diferente, sino que para participar en el cambio y superación del sistema”. Específicamente, en esta perspectiva, la recomendación va a que se convenga en sistemas de acreditación con estándares referidos a las competencias propuestas para el horizonte 2005, que comprenden fundamentalmente los atributos enumerados en la Tabla N° 1, los que sin duda representan, para todos los efectos y siempre que se adquieran, rasgos definidos de calidad profesional.

En otro contexto, la revisión de los estándares de acreditación utilizados por el ya mencionado Liaison Committee on Medical Education, en relación a su importancia para decidir sobre la enseñanza, el aprendizaje y las evaluaciones en las escuelas de medicina, ha puesto de manifiesto su validez como indicadores de calidad de la educación de pregrado, respecto especialmente a las cualidades de los estudiantes, de la instrucción y de la asignación de recursos. No obstante, el mayor beneficio de su aplicación puede residir en que permiten afinar los procesos para disponer de me-

canismos certeros y válidos de aseguramiento de la calidad, como las necesidades futuras en la formación de profesionales de la salud lo requieren (37).

#### PROCURANDO VERIFICACION Y SOSTENIMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CHILE

El control de la calidad profesional ha sido prerrogativa tradicional de las Universidades en nuestro país desde su constitución republicana. Por largo tiempo, la acreditación de títulos profesionales –manifestación de esa presunta calidad o idoneidad para el ejercicio de las capacidades obtenidas– radicó, casi sin excepción, en la Universidad de Chile, pero fue expandiéndose a otras instituciones similares a medida que se liberalizó y amplió el espectro de los organismos de educación superior responsables de la formación profesional. Así fue, al menos, para las más clásicas disciplinas de la salud.

TABLA N° 1

Competencias exigibles a los profesionales de la salud\*#

1. Habilidad para hacerse cargo de la salud de la comunidad.
2. Proveer cuidados de salud contingentes.
3. Asegurar cuidados apropiados y costo-efectivos.
4. Promover estilos de vida saludables.
5. Proporcionar consejo en materias de bioética.
6. Actuar en una sociedad pluralista (con diversidad racial y cultural).
7. Capacidad de aprendizaje permanente.

\* De acuerdo al Informe *Healthy America: Practitioners for 2005, an Agenda for Action for US Health Professional Schools*, de la *PEW Health Professions Commission*, Durham, NC.-Shugars DA, O'Neil EH y Bader JD, eds. (citado en Ref. 35).

# Traducción no estrictamente literal, de acuerdo a realidad nacional (especialmente lo expresado en competencia 6).

Sin perjuicio de la tradición regulatoria del Estado en Chile (38), la importancia que tuvieron los colegios profesionales en la regulación de la actividad de sus miembros se traducía en la necesaria inscripción de los egresados de las carreras correspondientes en los registros de cada Orden; pero es notorio que, fuera de habilitar este acto para el ejercicio profesional en la jurisdicción territorial correspondiente acreditando la posesión de un título profesional, no había en ello reconocimiento alguno de competencias que no le hubiera otorgado la misma universidad de origen. Por períodos, a lo menos el Colegio Médico ha establecido registros de especialistas con el solo expediente de una inscripción voluntaria, lo que no representa constatación real de competencia. Empero, en la tutoría ética de estos colegios sobre sus miembros podría identificarse un esbozo de control de calidad si es que consideramos esos rasgos también, como nos parece pertinente, entre los atributos del profesionalismo. Sin embargo, tales atribuciones de estos organismos se esfumaron progresivamente con el advenimiento del gobierno militar.

Desde la década de los 80 se hizo imperioso establecer sistemas explícitos para determinar la calidad del ejercicio profesional, evaluada esencialmente en los proveedores individuales de esos servicios. La razón para tal iniciativa no ha sido sólo el deseo de incorporar procesos que han demostrado ser convenientes en la experiencia de países modelos, que puede ser una tónica de nuestra cultura relativamente provinciana. Desde entonces, pero relevantemente en los últimos años, han coincidido a lo menos tres dinámicas sociales para, efectivamente, impulsar medidas de control de calidad a nivel tanto institucional como de los programas y de los profesionales que, en ellas y con ellos, se forman: 1. la proliferación de especialidades con competencias que requieren garantía pública (39); 2. la escalada de nuevas facultades universitarias ofreciendo diversas y heterogéneas opciones de formación a profesionales de la salud (4, 5, 40), y 3. la emergencia de situaciones críticas de transferencia internacional de profesionales, lo que exige evaluar capacidades y resguardar la equidad en el ejercicio y en el acceso a los servicios de salud<sup>4, 5</sup> (22, 40).

<sup>4</sup> Sólo en el año 1999 llegaron a Chile 1.039 médicos extranjeros (el 84% proveniente de Ecuador) mediante convenios bilaterales, los que sólo se registran en el Ministerio de Relaciones Exteriores. Los médicos egresados ese año de las universidades nacionales fue-

Respecto al primer aspecto, la formalización de los sistemas de educación de postítulo (genéricamente incluidos entre las actividades de formación de postgrado), con programas ofrecidos por los organismos de postgrado de las Facultades de Medicina, y evaluados por la Comisión Nacional de Acreditación de Postgrado de ASOFAMECH<sup>6</sup> (41) más la acción de certificación emprendida por CONACEM<sup>7</sup> (40), se ha logrado implementar un proceso confiable de formación en las especialidades médicas. Junto a las políticas de educación continua (42), debieran responder adecuadamente a los requerimientos de mejoría de calidad de este nivel del ejercicio profesional. En el resto de las carreras de la salud se carece de organismos reguladores.

En relación a la calidad de la educación de pregrado y, en lo específico, a la aplicación de procedimientos que cautelen una excelencia mínima de los programas, la detección de deficiencias y el apoyo de procedimientos costos efectivos que sostengan y mejoren esa calidad, caben señalar las iniciativas que están haciéndose cada vez más generales y que, en el área de la salud, también han sido impulsadas fuertemente por la ASOFAMECH.

Esta gestión se refiere, fundamentalmente, a fomentar los procedimientos de autoevaluación que hoy forman parte de la agenda de la mayor parte de los sistemas de educación superior en el mundo y que se traducen, formalmente, en el reconocimiento o acreditación de la calidad de los programas y de las instituciones que los imparten. La Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado (CNAP) ha asumido en nuestro medio esta tarea

ron 466, equivalentes al 44,8 % de los extranjeros) y, por lo tanto, no más de 1/3 de estos profesionales incorporados al nuevo contingente de médicos del país en el año. (Fuente: Ministerio de Relaciones Exteriores). A través de trámite regular de reválida, que supone examinación, ingresaron ese año sólo 46 médicos. Entre 1995 y 1999, por otra parte, ingresaron por convenio bilateral 1.621 médicos extranjeros y con algún tipo de examinación 502 (total 2.123). (Fuente: Comisión de Reválida y Oficina de Comunicaciones de la Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Mayo de 2000).

<sup>5</sup> Para los próximos años se ha anunciado la formación en Cuba, en base a un convenio entre ese gobierno y la Corporación de Desarrollo y Comunicaciones Mapuche Xeg Xeg, de Temuco, de 250 médicos en programas que no son oficialmente conocidos y que debieran adscribirse a algún sistema de acreditación regular para los profesionales que retornen. (Fuente: Diario El Mercurio, C6, 1 de marzo de 2001).

<sup>6</sup> Asociación de Facultades de Medicina de Chile.

<sup>7</sup> Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas.

que puede considerarse preliminar y que, en su expresión actual, representa un proceso voluntario, abierto a todos los organismos de educación superior autónomos centrado en las carreras, de carácter cíclico y validado por pares externos. Como variante de este modelo, puede consignarse el que algunas carreras, sin perjuicio de adscribirse al proceso general, se han sometido también a procedimientos de acreditación externa por agentes internacionales, buscando un estándar, si no diferente, con connotaciones agregadas<sup>8</sup>.

Se supone que antes del término del año 2001 las seis Escuelas de Medicina tradicionales del país estén autoevaluadas, acreditadas si procede, o en vías de completar tales procesos. Las decisiones que, en consecuencia, adopte el resto de la Escuelas de Medicina nacionales pueden ser variables, fundamentalmente en base a posiciones ideológicas opuestas a los procedimientos de evaluación externa; por estimar irrelevante el diagnóstico atinente; por no asumir la responsabilidad de rendir cuenta pública de sus actividades o estado, o por no atreverse a competir con transparencia en un ambiente académico cada vez más exigente y requerido de demostraciones fehacientes sobre la calidad de los productos, las aptitudes y los servicios.

Paralelamente, se está trabajando en establecer un sistema que facilite, a futuro, la transferencia de capacidades y, eventualmente, de fuerzas de trabajo profesional entre países del área (v.gr. MERCOSUR educativo). Se espera así no distanciarse excesivamente de los progresos alcanzados en este aspecto, por ejemplo, por los países europeos, frente a la idea del libre desplazamiento regional de personas, sus bienes y los servicios que proveen o demandan (43).

Respecto al resto de las carreras de la salud, existen iniciativas aisladas que luego tenderán a hacerse más numerosas, a medida que cada institución y carrera se convenga de los beneficios que tienen, para el propio análisis de la gestión interna, la planificación y el logro de los objetivos de su misión específica, el procedimiento de autoevaluación y la consiguiente acreditación.

En una cultura universitaria no impregnada aún del sentido de la evaluación permanente ni de la

importancia de los sistemas de control continuo de calidad, será más tarde que temprano el conseguir aplicar globalmente estos criterios para sostener la competencia de sus profesionales para un ejercicio idóneo de su actividad. En el área de la salud este es un problema acuciante sobre el cual todos los actores —profesionales, instituciones formadoras, organismos proveedores y reguladores, y relevantemente los usuarios cuya fe pública debe ser garantizada— tienen que tener especial preocupación.

## REFERENCIAS

1. Squella, A. Sobre Acreditación Universitaria. *Calidad en Educación*. 1998; diciembre: 42-45.
2. Hope, T.; Hicks, N. *et al.* Rationing and the health authority. *BMJ* 1998; 317: 1067-1069.
3. Rosselot, E. Aseguramiento de la Calidad Profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la Medicina. *Rev. Méd. Chile*. 1999; 127: 1375-1383.
4. Rosselot, E. Cantidad, Perfil y Calidad en la formación de profesionales para la salud en Chile. I. La aporía numérica. *Cuad. Méd. Soc.* 1999; XL (2): 55-66.
5. Rosselot, E. Cantidad, Perfil y Calidad en la formación de profesionales para la salud en Chile. II. La adecuación de las aptitudes a los objetivos. *Cuad. Méd. Soc.* 1999; XL (3-4): 5-15.
6. División de Salud de las Personas. MINSAL. Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. *La Reforma Programática Chilena*. 1997.
7. Boelen, C. Adapting health care institutions and medical schools to societies' needs. *Acad. Med.* 1999; 74: S11-S20.
8. Solimano, G. y Isaacs, S. La Salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos. Editorial Sudamericana Chilena. Santiago. 2000.
9. De Azevedo, A. y Korycan, T. Transformar las organizaciones de salud por la calidad. *Parnassah*. Santiago. 1999.
10. Piz Diez, G. Bioética y antropología en América Latina. En: Lolas, F.; Florenzano, R. *et al.* *Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas*. Ed. Universitaria. Santiago, 1992, pág. 255.
11. World Health Organization (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (Geneva, WHO).
12. Bustelo, E. En debate a la ponencia sobre "El rol del Estado, del mercado y de la sociedad civil en la seguridad social en salud", de Celedón, C. y Oyarzo, C. *Op. cit.* Ref. 8, pág. 155.
13. Rosselot, E. Derechos del paciente en el marco de la calidad de la atención médica. *Rev. Méd. Chile*. 2000; 128: 904-910.

<sup>8</sup> La Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Santiago se sometió en 1997 a un procedimiento de acreditación internacional. Similar trámite han efectuado, por ejemplo, la Escuela de Arquitectura de la Universidad de Chile, y la Escuela de Enfermería de la Universidad de La Serena.

14. Rosselot, E. El derecho a una atención médica de buena calidad. *Rev. Méd. Chile*. 2000; 128: 1385-1388.
15. Ober, K.P. The Pre-Flexnerian reports: Mark Twain's criticism of Medicine in the United States. *Ann. Int. Med.* 1997; 126: 157-163.
16. Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation. New York. 1910.
17. American Board of Medical Specialties. Annual Report and Reference Handbook, 1983.
18. Liaison Committee on Medical Education. Functions and Structure of a Medical School. Accreditation and the Liaison Committee on Medical Education. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree. 1998.
19. Hernández, G. La calidad de la Educación Médica en México. FES Zaragoza. UNAM. 1997.
20. El impacto de la Globalización en la Educación Superior Chilena. División de Educación Superior. Ministerio de Educación. República de Chile. 1998.
21. Morera, M.I. y Brissón, M.E. Carreras de Riesgo. El Caso de Medicina. AFACIMERA. La Prensa Médica Argentina. 1998.
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Calidad y regulación de la educación y del ejercicio profesional en Medicina. Revisión del tema y análisis de situación en seis países de América Latina. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*. 21. Noviembre 1999.
23. Yarzabal, L., Vila, A. y Ruiz, R. Evaluar para transformar. Ediciones IESAL/UNESCO. 1999.
24. Rosselot, E. Evaluación y acreditación universitaria en medicina. La experiencia de Chile. Serie de Documentos Académicos. División de Extensión Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 1999; 1: 59-71.
25. Rosselot, E. Recertificación de Especialistas. *Rev. Méd. Chile* 1993: 1437-1440.
26. Langsley, D.C. Recredentialing. *JAMA*; 1991: 265: 772.
27. Armas-Merino, R. Acreditación de Centros Asistenciales. *Bol. Acad. Chilena Med.* 1999; 36: 133-141.
28. Hamilton, J.D. Engaging in joint reform in medical education and medical practice. Global Conference sobre: International Collaboration on Medical Education and Practice. University of Illinois College of Medicine y Organización Mundial de la Salud. 1994.
29. Goic, A. Ensayo sobre la Educación Médica en Chile. 1933-1990. Ed. Universitaria. Santiago. 1992.
30. George, C.F. Measuring social responsiveness: a view from the United Kingdom. *Acad. Med.* 1999; 74: S53 - S58.
31. Neufeld, V.R.; Maudsley, R.F.; Pickering, R.J. *et al.* Educating future physicians for Ontario. *Acad. Med.* 1998; 73: 1133-48
32. Guerra de Macedo, C. Modelos de gestión y eficacia de las reformas de salud en América Latina, en *op. cit.* Referencia 8, págs. 169-191.
33. Gastel, B. Toward a global consensus on quality medical education: serving the needs of populations and individuals. *Acad. Med.* 1995; 70: S73-S75.
34. WFME Task Force on defining International Standards in Basic Medical Education. Report of the Working Party, Copenhagen, 14-16, October 1999. *Med. Educ.* 2000; 34: 665-675.
35. Cohen, J.J. Defining international standards in basic medical education: the World Federation for Medical Education has initiated a timely discussion. *Med. Educ.* 2000; 34: 600-601.
36. Fauser, J.J. Accreditation of allied health education. Assessing for educational effectiveness. *JAMA*. 1992; 268: 1123-1126
37. Kassebaum, D.G.; Cutler, E.R. y Eaglen, R.H. On the importance and validity of Medical Accreditation Standards. *Acad. Med* 1998; 73: 550-563.
38. Quiroga, R. Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. División de Recursos Humanos. Ministerio de Salud de Chile. 2000.
39. Valdivieso V. Certificación de especialistas en la medicina chilena. *Bol. Acad. Chilena Med.* 1998; 35: 135-137.
40. Estévez, A.; Mateluna, E. y Rosselot, E. Autorización para el ejercicio profesional médico en Chile. Experiencia de la Comisión de Reválida de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Período 1984-1999. *Rev. Méd. Chile* 2000; 128: 1053-1060.
41. Velasco, C. Acreditación de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos. La experiencia chilena. Serie de Documentos Académicos. División de Extensión Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 1999; 1: 73-87.
42. Toro, C. Educación continuada de postítulo para médicos en Chile. Serie de Documentos Académicos. División de Extensión Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 1999; 1: 88-96.
43. Ayarza, H. Reconocimiento de estudios superiores y diplomas en Europa. *Calidad en la Educación*. 2000; 2º sem.: 8-14.