

Estándares para la acreditación de carreras de Medicina: el proceso de revisión

MARÍA EUGENIA BRISSÓN, AMANDA GALLI, MARÍA ISABEL MORERA

Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo de la Investigación Médica

* ✉ Virrey del Pino 1507 8B- Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mebrisson@gmail.com

RESUMEN

La Ley de Educación Superior introdujo en 1995 la acreditación para las carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado que comprometieran el interés público, posteriormente más conocidas como “carreras de riesgo”.

En diciembre de 1996, la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA), como órgano de consulta considerado en la mencionada Ley, inició el proceso de elaboración de los patrones y estándares de acreditación para las carreras de medicina. Hacia fines de 1999, elevó al Consejo de Universidades su propuesta, que con pocas modificaciones, fue aprobada y reflejada en la Resolución del Ministerio de Cultura y Educación 535/99.

Culminando el año 2002, la Asociación comienza la revisión de patrones y estándares de acreditación de las carreras de medicina. Esta se inicia porque: a) se habían encontrado dificultades en su interpretación y aplicación y b) la Resolución lo establecía una vez que se completara el primer ciclo de acreditación.

Se realizaron actividades conducentes a relevar información y opiniones, aportar nuevos elementos conceptuales y lograr consensos. Se prepararon documentos de trabajo que fueron objeto de iterativas consultas a las carreras de medicina de la AFACIMERA, a la Comisión de expertos y a los Decanos y de refinamiento en talleres. Se contó con contribuciones del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, de la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Salud de la Nación. La propuesta final, unánimemente consensuada, fue elevada al Consejo de Universidades, aprobada hacia fines de 2006 y luego sancionada como Resolución Ministerial 1314/07.

Palabras claves: evaluación - acreditación - escuelas de medicina - estándares de acreditación - revisión de estándares - validez de los estándares de acreditación

INTRODUCCIÓN

En el año 1995 fue sancionada la Ley de Educación Superior (LES) que estableció un nuevo marco regulatorio para el sistema universitario argentino. Uno de los principales puntos en relación con la enseñanza de la medicina fue la introducción de la acreditación para las carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado que comprometieran el interés público, posteriormente conocidas como “carreras de riesgo”.

En diciembre de 1996, la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA), en función de su carácter de órgano de consulta considerado en la LES, inició el proceso de elaboración de los patrones y estándares de acreditación para las carreras de medicina. Y, luego de aproximadamente tres años de trabajo, hacia fines de 1999, la AFACIMERA eleva al Consejo de Universidades su propuesta. La misma, con pocas modificaciones, fue aprobada y reflejada en la Resolución del Ministerio de Cultura y Educación (MCYE) 535/99¹.

Tales patrones y estándares de acreditación fueron aplicados por primera vez en las convocatorias voluntaria (1999-2000) y obligatoria (2000-2001).

Culminando el año 2002, AFACIMERA comienza la primera revisión de los mismos.

Esta experiencia de revisión se produce porque: a) a la luz de las experiencias concretas de acreditación se encontraron dificultades en su interpretación y aplicación y b) en el artículo 8vo de la norma se establecía que, una vez completado el primer ciclo de acreditación de las carreras, se realizara la revisión de los anexos aprobados (*). En esa oportunidad, el entonces Secretario de Políticas Universitarias solicitó a AFACIMERA que emprendiera dicha revisión.

* Anexos de la Res. MCYE 535/99: I Contenidos Básicos y Carga Horaria Mínima Total de las Carreras de Medicina, II Criterios de Intensidad de la Formación Práctica para las Carreras de Medicina, III Actividades Profesionales Reservadas Exclusivamente al Título de Médico y IV Estándares para la Acreditación de las Carreras de Medicina.

PROCESO DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES Y APLICACIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE FACULTADES DE MEDICINA EN LA AFACIMERA Principales hitos (Años 1995-2002)										
Promulgación de la Ley de EDUCACIÓN SUPERIOR (LES)		Elaboración de patrones y estándares AFACIMERA (Órgano de consulta de la LES)				Aplicación de los patrones y estándares FACULTADES DE MEDICINA			Revisión AFACIMERA	
Medicina Profesión Regulada por el Estado => Carrera de "Riesgo"	Carreras de Riesgo = Acreditación	TRABAJO DE ELABORACIÓN: Actividades de consulta, consenso y refinamiento iterativo de las propuestas				Fines de 1999 elevación de propuesta al Consejo de Universidades y aprobación con Resolución del MCYE 535/99	PRIMER CICLO DE ACREDITACIÓN Con trabajo de autoevaluación de las Facultades de Medicina y acreditación por la CONEAU aplicando los estándares y patrones aprobados por Resolución del MCYE 535/99			Fines de 2002 AFACIMERA comienza la primera REVISIÓN de patrones y estándares
ago-95		dic-96	1997	1998	1999	dic-99	2000	2001	2002	dic-02

Gráfico 1. Síntesis histórica.

La revisión que se inicia en el año 2002 finaliza a mediados de 2006, período en el cuál en las sucesivas convocatorias de acreditación continuaron aplicándose los patrones y estándares de la Res. MCYE 535/99.

El proceso fue conducido por una Comisión de Revisión de Patrones y Estándares de la AFACIMERA que tuvo diferente composición en cada una de las dos etapas en las que el proceso de revisión se desarrolló. En ambas etapas, los miembros de la Comisión fueron designados por el plenario de la AFACIMERA.

La propuesta final, con consenso unánime de la AFACIMERA, fue elevada al Consejo de Universidades, órgano autorizado a conferir la aprobación². Este la aprobó hacia fines de 2006 y, en septiembre del año 2007, su contenido incluido en la Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología 1314/07.

MATERIAL Y MÉTODO

Para sistematizar la experiencia se realizó un análisis de todos los registros y documentos producidos. Se analizaron proceso y productos. Se complementó con consultas a informantes claves que participaron en las distintas instancias. En todas ellas los ejes fueron: el proceso como memoria histórica, los instrumentos y procedimientos utilizados y comentarios generales.

RESULTADOS

El proceso de revisión involucró dos etapas. La primera (2002-2003), fue coordinada en forma mixta: por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (MECYT) y la AFACIMERA. Se contó con la colaboración financiera del MECYT para la realización de los talleres y de la Organización Panamericana de la

Salud (OPS), a través de la contratación de un consultor y de sus aportes a la realización de las reuniones de los Decanos en las que fue debatida y aprobada la planificación general de actividades y, finalmente, los documentos resultantes. En la segunda etapa (2004-2006), la coordinación estuvo exclusivamente a cargo de la AFACIMERA. El Ministerio de Salud de la Nación fue crucial en el financiamiento, tanto para la contratación de consultores como para la realización de los talleres de expertos. La OPS continuó contribuyendo a las reuniones de Decanos.

Las actividades principales que proveyeron elementos a la revisión fueron: búsqueda bibliográfica, análisis de los dictámenes de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), realización de un estudio comparativo entre el año 1996 (antes de implementarse la acreditación) y la situación hacia el año 2002, consulta de opiniones a informantes claves y, finalmente, talleres de síntesis y consenso tanto de expertos convocados como, posteriormente de los Decanos de las carreras nucleadas en AFACIMERA. Todas ellas orientadas por las recomendaciones de Cumbres, Conferencias y organismos técnicos especializados en Educación Médica y los avances en la materia en los niveles regionales e internacionales.

a – Revisión bibliográfica

Se condujo una revisión de la literatura en el tema para orientar el proceso de revisión de los estándares de acreditación³⁻¹⁴. A partir de ella se realizó la planificación de las distintas actividades y el desarrollo de instrumentos de recolección de información y opiniones que fueron autorizados en distintas reuniones de la AFACIMERA.

b – Sistematización de las experiencias de autoevaluación y acreditación

A través de talleres de reflexión con Decanos, autoridades y miembros de comisiones de autoevaluación de todas las facultades de la Asociación se sistematizaron las experiencias de la primera autoevaluación y acreditación de las carreras de medicina desde la perspectiva de estos actores. En el primer taller, se puntualizaron los beneficios obtenidos de la acreditación, las dificultades observadas en los instrumentos y/o procedimientos para la autoevaluación, las vicisitudes acaecidas en las visitas de pares, los problemas con los dictámenes de la acreditación y, los obstáculos y facilitadores en la adopción de estrategias efectivas para alcanzar los patrones y estándares, entre los principales. También se hicieron sugerencias para la revisión de los mismos.

El producto de esta actividad fue un documento en el que, de manera unánime se reivindican los esfuerzos sostenidos por las distintas gestiones de la AFACIMERA y de las carreras que la componen, que desde 1994, han desarrollado actividades en pos del fortalecimiento de los procesos de autoevaluación y acreditación como instrumentos para el mejoramiento de la formación en medicina.

Los señalamientos principales en relación con los patrones y estándares de acreditación fueron:

- Algunos estándares reiterados, poco precisos, mal formulados, difíciles de interpretar.
- La transformación en la práctica de los “debería” y “puede” en estándares de cumplimiento obliga-

torio pese a que estaba explicitado en la norma el carácter de los mismos: recomendable y opcional respectivamente.

- La expresión exhaustivamente detallada de los contenidos mínimos en la Res. MCYE 535/99 provocó que éstos fueran incorporados textualmente en cursos específicos lo que significó un aumento del número de materias y una mayor segmentación del currículo.
- Las competencias del médico, aunque enunciadas en el documento, no habían sido explicitadas para poder organizar el proceso de enseñanza y los contenidos en función de ellas.

El segundo taller tuvo como objetivo acordar el marco de referencia para la revisión de los patrones y estándares de acreditación. Las consideraciones realizadas en los talleres fueron sintetizadas en un documento preliminar al que se le incorporaron elementos conceptuales y posicionales respecto a los procesos de autoevaluación y acreditación, profundizando y refinando lo expresado en el documento final del primer taller. Este informe fue girado a las Facultades para su discusión y con los distintos aportes recibidos se consolidó un documento marco que luego orientó la revisión de patrones y estándares¹⁵.

c – Análisis de dictámenes de la CONEAU: experiencias voluntaria y obligatoria

Se analizaron los dictámenes publicados por la CONEAU en su página Web. Se caracterizó la situación de las carreras en relación con: tipo de

PRIMERA ETAPA DE REVISIÓN (Años 2002-2003)						
Coordinación	MECYT y AFACIMERA (Miembros designados por plenario de AFACIMERA)					
Actividades	Revisión Bibliográfica	Sistematización de experiencias de autoevaluación y acreditación			Consulta de opinión de informantes claves	Refinamiento de patrones y estándares por la Comisión y elaboración de consensos
		Talleres de Reflexión (Decanos y comisiones de autoevaluación)	Análisis dictámenes CONEAU 2002	Estudio Comparativo Situación pre y post acreditación años 1996-2002		
Años	2002			2003		
Resultado	Propuesta preliminar conjunta MECYT - AFACIMERA de estándares y patrones					
Descripción	Anexos carga horaria mínima total y criterios de intensidad de la formación práctica: se eliminaron e incorporaron en los estándares, Contenidos básicos y Alcances del título de médico: mantuvieron la formulación inicial Estándares de acreditación: se redujeron de 126 a 69 a partir de supresión de redundancias y superposiciones					

Gráfico 2. Síntesis primera etapa.

acreditación, años de validez de la acreditación y compromisos establecidos tanto para describir el comportamiento del conjunto como para analizar a través de los informes la aplicación práctica de los patrones y estándares. Los compromisos se tomaron, no sólo, como indicadores de aspectos a ser tenidos en cuenta en el refinamiento de los estándares, sino también como iluminadores de temas emergentes a considerar, ya fuera para su incorporación o exclusión.

Pueden sintetizarse los siguientes puntos claves:

- La mayoría de las carreras acreditaron por tres años. Sólo dos de las que se presentaron acreditaron por seis años. Una no acreditó. Una obtuvo la acreditación provisoria (*).
- Gran heterogeneidad de situaciones englobadas en la categoría “acreditado por tres años” (incluía diecisiete carreras con un rango de compromisos entre 0 y 32).
- Los compromisos, de muy distinta índole, variaban desde la conformación de estructuras de control y seguimiento, el desarrollo de actividades de capacitación docente y de investigación a la revisión curricular para la incorporación de los contenidos básicos o la implementación de la Práctica Final Obligatoria (PFO), entre otras.
- Algunos de los compromisos correspondían a la conversión en obligatorio de estándares planteados como “debería” (por ejemplo: ofrecimiento de materias optativas, existencia de un seguimiento del desempeño estudiantil y un registro y análisis periódico de las tasas y causas de la deserción, cronicidad y egreso, etc.) y /o de aspectos no contemplados en los estándares (por ejemplo: la selección docente por mecanismos de pares evaluadores, la conformación de cuerpos colegiados de gestión, la creación de determinadas estructuras organiza-

tivas, etc.). Esto también se observó en las algunas recomendaciones/requerimientos de los pares.

- Los compromisos se concentraban en orden decreciente en las dimensiones: Plan de Estudios y Formación, Contexto Institucional, Cuerpo Académico, Alumnos y Graduados, Infraestructura.
- Se encontró, en general, observación del cumplimiento de la carga horaria mínima total y de la PFO, de los contenidos básicos; de la adecuación a los ámbitos de formación práctica aunque, la asignación de las cargas horarias y de la carga horaria práctica según áreas de formación es analizada en forma dispar en los dictámenes.
- No hay evidencias del análisis de algunos estándares (por ejemplo: existencia de normas de acreditación de ámbitos asistenciales en función de los requerimientos docentes, existencia de normas en relación a la exposición de los estudiantes a riesgos infecciosos y ambientales, la especificación de los contenidos mínimos en el sentido que especifica el estándar, etc.).
- Los juicios evaluativos fueron emitidos para cada una de las dimensiones definidas por la agencia de evaluación y acreditación nacional a posteriori de la Resolución 535/99. Estas difieren de los capítulos planteados en la Resolución MCYE 535/99 (*).

d – Estudio comparativo: situación de las carreras en la línea de base (1996) y en el año 2002

Para ello fue necesario conducir un relevamiento de información ad – hoc realizado con la misma metodología al que fuera finalizado en el año 1997. Dicho estudio, iniciado a fines de 1996, permitió establecer la línea de base en cuanto a la situación general de las carreras de medicina en relación a los parámetros enunciados en la LES en su artículo 43 (carga horaria mínima total, criterios de intensidad de la formación práctica, contenidos básicos y alcances del título) y aportó elementos a la formulación de tales parámetros y estándares. En esta segunda oportunidad, lo que se intentaba era analizar el grado de avance de las carreras en el alcance de los patrones y estándares, una vez realizada la primera acreditación y avanzada la ejecución de los planes de mejoramiento. Se consideraron: la duración en años y en horas, la distribución de horas por ciclo, la distribución de materias,

* CONEAU considera (www.coneau.edu.ar):

a) Acreditación por un período de seis años, para aquellas carreras que cumplan con el perfil previsto por los estándares.

b) Acreditación por un período de tres años para aquellas carreras que:

- Reúnan el perfil previsto pero no tengan un ciclo completo de dictado y, por lo tanto carezcan de egresados;
- A pesar de no haber logrado el perfil previsto por los estándares, presentan elementos suficientes para considerar que el desarrollo de los planes de mejoramiento permitirá alcanzarlo en un plazo razonable;
- Frente a los requerimientos expresos de los pares efectuados en ocasión de la visita, formule planes de mejoramiento que conduzcan a delinear compromisos que permitan alcanzar el perfil de calidad previsto en un plazo razonable.

c) No acreditación, para aquellas carreras que:

- No cumplan con los criterios de calidad previstos y cuyos planes de mejoramiento sean considerados no factibles o insuficientes para poder alcanzar el perfil de calidad fijado en la resolución ministerial
- Efectuados los requerimientos del caso en ocasión de la vista, formulen planes de mejoramiento no satisfactorios para el logro de los objetivos en un plazo razonable.

* Las dimensiones de CONEAU son: Contexto Institucional, Plan de estudios y formación, Cuerpo docente, Alumnos y Graduados, Infraestructura y Equipamiento. Los capítulos de la Res. MCYE 535/99 son: Contexto institucional, Misión institucional y objetivos, Gestión (incluye Admisión), Formación, Investigación y extensión, Recursos humanos docentes, Servicios asistenciales y otros ámbitos de enseñanza, Centro de información y documentación, Servicios y facilidades de estudios, Infraestructura y recursos materiales y Patrimonio y recursos financieros.

la distribución y carga en las materias optativas, la distribución de horas según tipo de actividad y criterios de asignación de su intensidad práctica y los contenidos mínimos. La recolección de los datos se hizo vía fax, con un formulario y su correspondiente instructivo. Fue respondido por el 100% de las carreras que integraban la AFACIMERA¹⁶ y arrojó los siguientes principales hallazgos:

- Observación de la carga horaria mínima total por todas las carreras así como de la distribución en las áreas básicas y clínicas y en la PFO. Se encontraron algunas situaciones críticas, que indicarían alguna fragilidad en la planificación de la PFO, tales como: se consignan las horas correspondiente a la PFO y luego en el plan de estudios con horas para las actividades prácticas y las actividades teóricas, no se las considera y el plan termina con las materias y sin algún tipo de PFO o, finalmente, no se presentan contenidos básicos para la misma.
- Problemas en la incorporación de las materias optativas tales como: se excedía el máximo establecido, se les asignaban contenidos y cargas pero luego no formaban parte del plan de estudio, no estaba clara la carga horaria asignada, etc.
- Dificultad en la presentación de los contenidos básicos de acuerdo a lo establecido por la normativa, es decir, como contenidos esenciales/mínimos y acompañados con la especificación de los ámbitos de aprendizaje, la metodología para la enseñanza y el tipo de práctica correspondiente.
- En cuanto a los criterios de asignación de la intensidad práctica más de la mitad de las carreras no cumplían completamente con el requisito, ya sea porque no alcanzaban el mínimo o porque no especificaban los criterios. Por otro lado, los datos no presentaban en su mayoría consistencia interna revelando una dificultad en la asignación e identificación precisa de las cargas horarias prácticas. Se encontró positivamente que las prácticas ofrecidas guardaban relación con lo explicitado en los estándares específicos en cuanto a su vinculación con los distintos ámbitos (hospitalarios, centros de salud y comunitarios) y la articulación con actividades de las distintas áreas de formación. Se observaron problemas para la asignación de cargas horarias prácticas según años, ciclos y/o tipo de actividad.
- Los principales problemas se encontraron en lo que respecta a la asignación de la carga horaria mínima para la práctica final obligatoria y para las actividades optativas, la consideración de los criterios de intensidad de la formación práctica para las distintas áreas de formación y la formulación de los contenidos básicos (Anexos I y II de la Res. MCYE 535/99) y en la observación de los estándares más relacionados, fundamentalmente del capítulo "Formación" (Anexo IV de la Res. MCYE 535/99).

e – Consulta de opiniones sobre importancia y claridad de los estándares a informantes claves

Posteriormente, se inició una consulta para analizar la pertinencia de los estándares de acreditación de las carreras de medicina¹⁷. El estudio de carácter exploratorio, realizado considerando la metodología aplicada por Kassenbaum y col. (1998)¹³, tuvo los siguientes objetivos:

- relevar opiniones acerca de la importancia y claridad de cada uno de los estándares.
- contar con sugerencias para decidir: a) su permanencia tal como están formulados, b) su reformulación o c) su exclusión.
- recoger propuestas de inclusión de nuevos patrones y estándares que, a la luz de las experiencias vividas, resultaran necesarios.

Se entendió que debían ser consultados en calidad de informantes claves decanos y / o directores de carrera, miembros de las comisiones de autoevaluación o de cambio curricular, profesores de los distintos ciclos, estudiantes avanzados en la carrera, graduados y personal no docente, de modo de tener una mayor amplitud de perspectivas. La decisión final sobre a quién consultar en cada una de las carreras estuvo a cargo de los Decanos.

A cada informante designado se le entregó un instructivo y el correspondiente formulario diseñado ad hoc con los 126 estándares ordenados según los capítulos de la norma, en papel y en formato electrónico. Siguiendo a Kassenbaum y col.¹³, los aspectos analizados para cada estándar fueron importancia y claridad y las categorías fueron muy importante-moderadamente importante-ninguna importancia y, muy claro – moderadamente claro – incomprensible respectivamente para cuya calificación se empleó una escala de Lieckert. Esto implicó que el informante consultado explicitara su percepción acerca de la "Importancia" como un indicador de calidad de la formación de grado en medicina y de la "Claridad" según la cual el contenido del patrón o estándar fuera expresado, adjudicando alguna de las categorías y calificaciones respectivas. En el caso de los comentarios se solicitaban en formato narrativo aclaraciones y otras opiniones.

Podría haberse realizado una selección de algunos estándares para reducirlos a una cantidad más manejable pero, teniendo en cuenta las recomendaciones de los talleres previamente realizados, se consideró que era esencial la opinión sobre cada uno de los 126 estándares.

Todas las carreras que conformaban en ese momento la Asociación enviaron las opiniones de los informantes designados pero, en menor medida que lo previsto (aproximadamente un 47,5% de las res-

puestas esperadas). Los resultados obtenidos fueron considerados como orientadores para identificar capítulos o estándares en los que centrar la revisión y para coleccionar sugerencias para su reformulación.

Surgió de la consulta como consideración principal que, todos los estándares en conjunto, fueron considerados importantes y claros por los informantes de la comunidad consultada (y afectada por su aplicación) para el estudio y seguimiento de la calidad de la formación en medicina. Es decir, se encontró un núcleo amplio de estándares de coincidencias en la calificación por los informantes en cuanto a su claridad e importancia.

En el acápite de los comentarios narrativos, casi todos los informantes proveyeron observaciones sobre distintos aspectos de los estándares. Los temas recurrentes fueron:

- combinación de demasiados elementos
- lenguaje ambiguo o impreciso (por ejemplo: inadecuado, temprano, ideal, etc.)
- diferentes definiciones de un mismo criterio (por ejemplo la carga horaria para las materias optativas se encuentra expresada como porcentaje de la carga horaria mínima total y como porcentaje de la carga de las áreas de formación básica y clínica)
- superposiciones
- sugerencias para la reformulación

Se encontró que el capítulo “Formación” era el que mostraba mayor divergencia de opiniones, concentración de calificaciones en “ninguna importancia” y “no respuesta”, con un correlato similar en “claridad”. También era el que reunía la mayor cantidad de comentarios. Esto fue tomado como un indicador de la necesidad de una revisión cuidadosa de dicho capítulo, tanto en su organización, como en la formulación del contenido global y de los estándares que lo componían. Estos hallazgos fueron concordantes con los encontrados en sistematización de los compromisos y en el relevamiento realizado.

Las respuestas recibidas sobre los contenidos básicos no aportaron propuestas próximas a un “core curriculum” y reiteraron la organización de contenidos en las materias usualmente presentes en las carreras de medicina. Aspecto también coincidente con lo encontrado en el relevamiento como dificultad de expresión de los contenidos básicos de acuerdo a lo establecido en la norma.

f – Revisión y discusión de hallazgos por la Primera Comisión de Revisión y elaboración de la primera propuesta de patrones y estándares refinados.

Posteriormente se inició una fase de revisión y discusión de los documentos por parte de la Comisión de

Revisión. La Comisión (*) se dedicó a la consideración de la siguiente documentación:

- la legislación vigente¹⁸, en general y la Res. MCYE 535/99¹ en particular, los estándares internacionales elaborados por la Federación Mundial de Educación Médica, las propuestas en discusión del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) los estándares utilizados en la actualidad el Liaison Committee on Medical Education las recomendaciones de cumbres y organismos técnicos^{8,14, 19-32}.
- los instrumentos elaborados por la CONEAU y sus dictámenes de acreditación^{33,34}
- las líneas del Ministerio de Salud de la Nación con referencia a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud³⁵⁻³⁸.
- los documentos de trabajo producidos en los talleres, la sistematización de los dictámenes de acreditación, los resultados del estudio comparativo y de la consulta.

Posteriormente, la Coordinación elaboró una primera propuesta de trabajo sobre los patrones y estándares basada en todos los hallazgos y documentos previos³⁹. La misma fue sometida a consulta de los miembros de la Comisión en sucesivos ciclos iterativos a través de correo electrónico. Finalmente, en septiembre 2003, se acordó un documento conjunto MECYT – AFACIMERA conteniendo una primera propuesta preliminar de nuevos patrones y estándares que fue aprobada como documento de trabajo para la siguiente etapa⁴⁰. El mismo presentaba las siguientes características:

- los anexos “Carga Horaria Mínima Total y Criterios de Intensidad de la Formación Práctica” fueron eliminados y su contenido fue incorporado en el texto de los estándares.
- los contenidos básicos y Alcances del Título de Médico mantuvieron la misma formulación que en la Res. MCYE 535/99.
- los estándares de acreditación fueron reformulados precisándose su expresión y reducidos a 69 (de 126) a partir de la supresión de redundancias y superposiciones.

Se inició en el año 2004, que estuvo destinado a la planificación de las actividades necesarias para completar la elaboración de la propuesta final y a la búsqueda de financiamiento.

* La Primera Comisión fue conformada por: Alejandro Barceló (IUCS BARCELO), Samuel Bluvstein (U.N Nordeste), M. Eugenia Brissón (consultor de la AFACIMERA, coordinador de la Comisión.), Osvaldo Cardozo (U. DEL SALVADOR), Dra. Inés Ceroni (U.N Córdoba), Roberto Cherjovsky (U. ABIERTA INTERAMERICANA), Carlos Fernández (U.N Tucumán), Amanda Galli (asesora pedagógica, AFACIMERA), Norma Magnelli (U.N Cuyo), Carlos J. M. Martini (experto internacional), María Isabel Morera (SPU – MECYT, coordinador de la Comisión), Abraam Sonis (U. MAIMONIDES).

SEGUNDA ETAPA DE REVISIÓN (Años 2004-2006)				
Coordinación	AFACIMERA (Miembros designados por plenario de AFACIMERA)			
Actividades	Revisión de propuesta preliminar	Elaboración de nuevos documentos: competencias y "core curriculum"	Análisis de documentos y consolidación de aportes	REALIZACIÓN DE TALLERES: discusión de propuestas, consolidación de sugerencias y elaboración de consensos
Años	2004		2005	2006
Resultado	Propuesta final unánimemente consensuada por AFACIMERA			
Descripción	Carga horaria mínima total y criterios de la intensidad de la formación básica: incorporados en estándares. Contenidos básicos expresados como "core curriculum" y orientados por las competencias explicitadas. Alcances del título: mantiene la misma formulación. Estándares de acreditación: se continúa su refinamiento y se reducen a 67.			

Gráfico 3. Síntesis segunda etapa.

g – Revisión de propuestas y elaboración de consensos por la II Comisión de Revisión.

Hacia el año 2005, la AFACIMERA retomó la revisión de los patrones y estándares. Se convocó a una nueva Comisión (*).

La Coordinación distribuyó el documento consensuado por el MECYT y la AFACIMERA en el año 2003. Se solicitaron aportes a las distintas carreras de medicina que fueron consolidados en una nueva propuesta.

En esta oportunidad, la coordinación consideró necesario elaborar un documento "competencias del médico" orientado a identificar la "meta" a alcanzar (el profesional a formar) y, en consecuencia analizar los requisitos que debería cumplir la carrera de medicina para formar el producto deseado y facilitar la selección de los contenidos esenciales⁴¹. El mismo se basó en un consolidado de conclusiones de talleres organizados por AFACIMERA durante 2001 y 2002 para la definición de la organización y los objetivos específicos de la Práctica Final Obligatoria (internado y pasantía) que fuera revisado por docentes responsables de la PFO de varias carreras de medicina⁴². Este informe y otros aportes puntuales⁴³⁻⁴⁵ fueron trabajados por la Coordinación para producir el documento preliminar sobre "competencias del médico". El mismo fue

girado a todas las carreras de la AFACIMERA para su análisis y comentarios, con una guía para ordenar el proceso de elaboración y consolidación de sugerencias. La Coordinación sistematizó los aportes poniéndolos a consideración de los miembros de la Comisión, vía correo electrónico. Con sus comentarios se produjo una nueva versión del documento.

En septiembre de 2005, los integrantes de la Segunda Comisión se reunieron en un Taller con el propósito de discutir y consensuar ambos documentos ("competencias" y documento final primera etapa). Una vez incorporadas las contribuciones que se hicieron en el taller, la versión corregida fue enviada por correo electrónico para una nueva revisión por parte de las carreras de medicina de la AFACIMERA. La misma contemplaba 70 estándares y las competencias acordadas.

Considerando dichas competencias, la coordinación preparó un documento preliminar sobre "contenidos básicos" bajo la perspectiva de un "core curriculum" entendido como el conjunto de contenidos de enseñanza que son obligatorios y comunes para todos los alumnos⁴⁶⁻⁴⁷. El concepto fue vinculado con la noción de flexibilidad curricular; cuyo eje principal es que los contenidos comunes y obligatorios deben ser ampliados, profundizados y/o complementados con otros contenidos que son elegidos por el alumno. Por otra parte, de acuerdo a las regulaciones existentes, cada carrera de medicina también puede ampliar, profundizar o complementar los contenidos básicos obligatorios con otros contenidos de enseñanza de acuerdo a su marco de referencia educacional, a las particularidades del perfil de egresado que se propone formar y a la disponibilidad de diferentes recursos.

* La Segunda Comisión fue conformada por: Juan José Barboza (U. del ACONCAGUA), Alejandro Barceló (IUCS BARCELO), M. Eugenia Brissón (consultor de la AFACIMERA, coordinador de la Comisión.), Soledad Campos (U. AUSTRAL), Osvaldo Cardozo (U. DEL SALVADOR), Roberto Cherjovsky (U. ABIERTA INTERAMERICANA), Ricardo Donna. (U.N Cuyo), Carlos Fernández (U.N Tucumán), Carlos Gatti (U. CATÓLICA DE CÓRDOBA), Amanda Galli (asesora pedagógica, AFACIMERA, coordinadora de la Comisión), Alfredo Martínez Marull (U.N Córdoba).

Cuadro 1

Características principales de la formulación inicial de patrones y estándares de acreditación de las carreras de medicina (1999) y versión de AFACIMERA (2006)

Res. MCYE 535/99	Propuesta AFACIMERA 2006
<p>Anexos: Cuatro (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contenidos básicos y carga horaria mínima total (anexo I) - Criterios de intensidad de la formación práctica (anexo II) - Alcances del título de médico (anexo III) - Estándares de acreditación (anexo IV). 	<p>Documentos: Tres (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contenidos básicos esenciales - Alcances del título de médico - Estándares de acreditación <p>Anexo (1) Competencias del médico (40 competencias) organizadas en cuatro dimensiones (práctica clínica, pensamiento científico e investigación, profesionalismo, salud poblacional y sistemas sanitarios) que incluyen componentes y actividades.</p> <p>Las cargas horarias, los criterios y muchas de las recomendaciones fueron incluidos en estándares específicos.</p>
<p>Contenidos mínimos: listado exhaustivo de contenidos organizados por nombres de materias⁴³. Contiene en cada caso una síntesis y los contenidos básicos desarrollados. Síntesis: incluye y describe de manera resumida los conocimientos, el ámbito de aprendizaje, estrategias recomendadas, el tipo de práctica y otros que se consideren pertinentes de la asignatura / área / curso / módulo / disciplina / u otras denominaciones. Responde a las preguntas: ¿qué se enseña–aprende?, ¿cómo se enseña – aprende?, ¿dónde se enseña–aprende?.</p>	<p>Contenidos mínimos: orientados por el concepto de “<i>core curriculum</i>” y las competencias del médico. Se distribuyeron según los siguientes ejes: a) Fundamentos científicos de la atención del paciente, b) Proceso salud-enfermedad-atención en las distintas etapas del ciclo vital y c) Medicina hombre y sociedad. Se asignaron a las siguiente unidades temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuerpo humano, • Desarrollo y crecimiento humano, • Mecanismos de integración y regulación, • Mecanismos de agresión, adaptación defensa y respuesta, • Acción y utilización de fármacos, • Generales (aplicables a cada grupo del ciclo vital), • Clínica médica, • Clínica quirúrgica, • Tocoginecología, • Pediatría, • Proceso de salud – enfermedad y atención, • Ejercicio profesional, • Condiciones de salud de la población, • Organización de los servicios de atención, • Introducción a la Investigación, • Práctica final obligatoria.
Alcances del Título de Médico	
Se mantiene la misma formulación	
<p>Estándares: Once (11) capítulos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto institucional 2. Misión institucional y objetivos 3. Gestión (incluye Admisión) 4. Formación 5. Investigación y extensión 6. Recursos humanos docentes 7. Servicios asistenciales y otros ámbitos de enseñanza 8. Centro de información y documentación 9. Servicios y facilidades de estudios 10. Infraestructura y recursos materiales 11. Patrimonio y recursos financieros 	<p>Estándares: Nueve (9) capítulos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto institucional (incluye misión y objetivos institucionales). 2. Gestión 3. Admisión 4. Formación 5. Cuerpo Académico 6. Centro de información y documentación 7. Servicios y facilidades de estudios 8. Infraestructura y recursos materiales 9. Patrimonio y recursos financieros
<p>126 estándares Los estándares están formulados en tres formas: debe, debería y puede.</p>	<p>67 estándares. Los estándares están formulados en una sola forma: debe.</p>

COMPARACION DE PATRONES Y ESTANDARES MCYE 535/99 Y NUEVA PROPUESTA DE AFACIMERA: (Principales aspectos)							
Características Principales	Carga horaria minima total	Criterios de intensidad de formación práctica	Contenidos Mínimos	Alcances del Título	Estándares		
Patrones y estándares MCYE 535/99	En Anexo	En Anexo	Listado Exhaustivo	Formulación inicial	11 Capítulos	126 Estándares	Formulación: " Debe, Debería y Puede"
Propuesta Final	Incluida en estándares	Incluidos en estándares	Concepto de "core curriculum"	Se mantiene la misma formulación	9 Capítulos	67 Estándares	Formulación: " Debe"

Gráfico 4. Síntesis diferencias y similitudes.

El documento de “contenidos básicos” fue analizado por los miembros de la Comisión produciéndose un nuevo consolidado luego de una ronda de consultas.

Finalmente, se integraron las Competencias del médico, los Contenidos Básicos Esenciales y los Estándares, en una propuesta integral. El documento producido fue girado a los decanos para su debate en las facultades. Durante las diferentes etapas intermedias de discusión se reiteró el proceso de consulta y de consolidación de aportes y acuerdos.

Resultado del trabajo de la comisión y en los talleres de expertos fue una propuesta preliminar elevada al plenario de la AFACIMERA para su consideración. La misma fue aprobada por unanimidad el 8 de junio de 2006 en una reunión regular de la Asociación cuya agenda estuvo centrada en un taller de Decanos para su tratamiento.

Esta propuesta fue elevada al Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología para su consideración por el Consejo de Universidades. En septiembre del año 2007, el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología sanciona la Resolución 1314/2007 en la que se aprueban los nuevos patrones y estándares de acreditación de las carreras de medicina. En dicha Resolución se mantiene la organización en anexos de la Res. 535/99 y los estándares se organizan según las dimensiones de la CONEAU⁴⁸.

Las características principales y también diferenciales con respecto a la Res. MCYE 535/99 pueden apreciarse en el Cuadro 1.

DISCUSIÓN

La sistematización de experiencias, el análisis de los dictámenes, el estudio comparativo y la consulta de opiniones proveyeron distintos tipos de elementos que contribuyeron a la identificación de problemas y temas emergentes de la aplicación de los patrones y estándares. Los aportes diferenciales permitieron ampliar el alcance de la revisión y la incorporación de nuevos temas a considerar en cuanto a su pertenencia

para su inclusión o exclusión. Los aportes confluyentes contribuyeron a mejorar el foco en determinados aspectos de la norma. Por otra parte, a lo largo del proceso de ajuste de propuestas y elaboración de consensos se demostró la utilidad de los procesos consultivos como herramientas de:

- diseminación de información y, en consecuencia, de mejoramiento del conocimiento por parte de los distintos actores involucrados de regulaciones, procedimientos y herramientas de la acreditación,
- refinamiento de los instrumentos de acreditación,
- facilitación de la implementación de los cambios necesarios.

Los temas sobre los cuales aun resta discusión para las autoras son:

- la reorganización de los estándares con el objeto de su utilización práctica en la acreditación que plantea juicios evaluativos sobre objetos de evaluación diferentes a los de su formulación original.
- la definición de las categorías acreditado (por seis y por tres años) e identificación de los estándares cuyo cumplimiento definiría la pertenencia a cada categoría.
- el desarrollo de descripciones técnicas para cada uno los estándares de modo mejorar su interpretación y aplicación, así como también la formulación de estrategias y planes de mejoramiento.
- la definición de “patrones y estándares” que, prácticamente resulta equívoca, dado que según el diccionario de la Real Academia Española⁴⁹, en su acepción 9, “patrón” significa: “Modelo que sirve de muestra para sacar otra cosa igual” y, según la misma fuente: estándar se define en sus acepciones 1 y 2 como: “Que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia o Tipo, modelo, patrón, nivel”.

Mucho se ha avanzado en la utilización de los patrones y estándares como herramientas para el mejoramiento de las carreras de medicina pero aún es necesario continuar investigando y debatiendo acerca de los aspectos en los cuáles se pone el foco de la evaluación y las cuestiones procedimentales de soporte a los ejercicios de autoevaluación y acreditación.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Cultura y Educación. Resolución 535 /99. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Cultura y Educación; 1999. Disponible en Internet: www.coneau.edu.ar
2. Ministerio de Cultura y Educación. Ley de Educación Superior N° 24.521 y decretos reglamentarios. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Cultura y Educación – Secretaría de Políticas Universitarias; 1997.
3. Boelen Ch., Bandaranayake R., Bouhuijs P, Page G., Rothman A. Towards the assessment of quality in medical education. Geneve, Zuitzerland: World Health Organization; 1992.
4. Boelen Ch., Des Marchais J, Dohner Ch., Kantrwitz, M. Developing protocols for change in medical education. Geneve, Suizterland: World Health Organization; 1992.
5. Boelen Ch., Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneve, Switzerland World Health Organization; 1995.
6. Bryant J. Formación de los médicos del mañana. Foro Mundial de la Salud 1993 14: 217-230. “Cumbre mundial de educación médica. Declaración Edimburgo 1993”. Revista Cubana de Educación Medica Superior 2000;14(3): 270-83. Federación Mundial De Educación Médica. Recomendaciones. En: Cumbre Mundial de Educación Médica: Edimburgo. Montevideo, Uruguay: Facultad de Medicina, Universidad de la República; 1994: 458-478.
7. Gastel B., Marjorie P, Boelen Ch. Eds. Towards a global consensus on quality medical education: serving the needs of population and individuals. Academic Medicine 1994 70;7: S21-S27.
8. Instituto para la Educación Médica Internacional. Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica. Educación Médica 2003; 6(S2): S11-S19.
9. Kassembaum D., Eaglen R., Cutler E. The influence of accreditation on medical educational change in U.S. medical schools. Academic Medicine 1997 December 72(12):1128-1133.
10. Kassembaum D., Eaglen R., Cutler E. The objectives of medical education: reflections in the accreditation looking glass. Academic Medicine 1997 July 72(7):648-656.
11. Kassembaum D., Eaglen R., Cutler E. On the importance and validity of medical accreditation standards. Academic Medicine 1998 Mayo 73(5):550-564.
12. Liaison Committee on Medical Education. Functions and structure of a medical school. Standards of accreditation of Medical Education Programs Leading to M.D. Degree. Documento disponible en la página del LCME: www.LCME.org [último acceso Junio 2003].
13. Asociación de Facultades de Ciencias Medicas de la Republica Argentina. Marco de Referencia sobre la Acreditación para la Revisión de los Estándares para las Carreras de Medicina de Grado. Documento de trabajo. No publicado. Buenos Aires, Argentina: AFACIMERA; 2002.
14. Brissón M.E. Carreras de medicina que conforman la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina.: principales aspectos analizados con relación a la normativa (Res. MCYE. 535/99) luego de las primeras experiencias de acreditación voluntaria y obligatoria.” Documento de trabajo. No publicado. Buenos Aires, Argentina: AFACIMERA; 2002.
15. Brissón M.E. Consulta sobre la pertinencia de patrones y estándares de acreditación de las carreras de medicina: metodología, hallazgos y comentarios. Documento de trabajo. No publicado. AFACIMERA; 2003.
16. Ministerio de Cultura y Educación. Legislación Universitaria Argentina. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Cultura y Educación; 1994
17. Brissón M.E., Galli A., Morera M.I Análisis comparativo de patrones y estándares de acreditación de las carreras de medicina de la Argentina y los propuestos por la World Federal Medical Education. Educación Médica Revista de la Sociedad Española de Educación Médica 2002 Septiembre - Octubre 5(3):143-154.
18. Consejo Superior De Medicina. Estándares para la acreditación de las Escuelas de Medicina. Documento de Trabajo. Chile: Consejo Superior de Educación; 1998.
19. Consejo Nacional De Acreditación. Lineamientos para la acreditación de programas (versión preliminar). Serie de documentos CNA N3. Bogotá, Colombia. ISSN 0122-7874.
20. Estándares MERCOSUR. Documento de trabajo del MERCOSUR Educativo. No publicado.
21. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la Acción de Toronto: 2006-2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Ontario, Canadá: OPS/OMS; 2005. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Toronto/LlamadoAccion_esp1.pdf [último acceso 26 de mayo de 2006].
22. Organización Mundial De La Salud. Towards the assessment of quality in medical education. Geneva, Switzerland: OMS; 1992.
23. Organización Mundial De La Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario. 56ª Asamblea Mundial De La Salud WHA56.6. Disponible en la página Web de la OMS: http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA56/sa5627.pdf [último acceso abril 2003].
24. Organización Panamericana De Salud. Marco de referencia para el desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe. Publicación Científica N° 483. WDC: OPS / OMS; 1985.
25. Organización Panamericana De Salud. Análisis prospectivo de la Educación Médica. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N° 72. OPS / OMS; 1986.
26. Organización Panamericana de la Salud. Encuentro continental de educación médica. Montevideo, República del Uruguay: Facultad de Medicina de la Universidad de la República - OPS / OMS; 1994.
27. Organización Panamericana de la Salud. Recursos humanos en Salud en Argentina. Publicación N° 53. Buenos Aires, Argentina: OPS / OMS; 2001.
28. Rodríguez, MI. Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en Educación Médica. En: OPS Encuentro continental de educación médica. Montevideo, Republica Oriental del Uruguay: OPS/OMS - Universidad de la República, Facultad de Medicina; 1995: 153-178.
29. La Declaración de Granada. Revista Educación Médica 2002, 5 (1):3-5.
30. Asociación Colombiana De Facultades De Medicina.

- Conferencia Mundial de Educación Médica. Memorias. Santa Fe de Bogotá, Colombia: ASCOFAME; 1995.
31. Comisión Nacional De Evaluación y Acreditación Universitaria. Guía de evaluación de los pares. Convocatoria voluntaria (1999-2000) y obligatoria (2000-2001). Documento de trabajo. No publicado.
 32. Comisión Nacional De Evaluación y Acreditación Universitaria. Dictámenes de acreditación de las carreras de medicina de la CONEAU. Primeras experiencias de acreditación voluntaria y obligatoria. Disponibles en: www.coneau.edu.ar [último acceso agosto de 2002].
 33. Ministerio De Salud De La Nación. Convenio Marco Entre El Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Disponible en: www.msal.gov.ar [último acceso junio 2003].
 34. Ministerio De Salud De La Nación. Atención Primaria De La Salud: Marco Conceptual. Disponible en: www.msal.gov.ar [último acceso junio 2003].
 35. Ministerio De Salud De La Nación. Qué queremos decir cuándo hablamos de Atención Primaria de la Salud? Disponible en: www.msal.gov.ar [último acceso junio 2003].
 36. Ministerio De Salud De La Nación. Plan Nacional de Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud. Disponible en: www.msal.gov.ar [último acceso junio 2003].
 37. Brissón M.E., Morera M.I. Revisión de Estándares de Acreditación de las carreras de medicina. Documento de trabajo. No publicado. Buenos Aires, Argentina: AFACIMERA; 2003.
 38. Ministerio De Educación, Ciencia y Tecnología – Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina. Revisión de estándares de acreditación de las carreras de medicina: propuesta preliminar. Documento de Trabajo. No publicado. Buenos Aires, Argentina: AFACIMERA; 2003.
 39. Brissón Me, Galli A. Competencias profesionales del médico. Documento de Trabajo. No publicado. Buenos Aires, Argentina: AFACIMERA; 2005.
 40. Galli A. Competencias profesionales. Seminarios-Taller sobre PFO. Documento de trabajo de la AFACIMERA. No publicado. Buenos Aires, Argentina: AFACIMERA; 2005.
 41. Universidad De La República, Facultad de Medicina. Las competencias del médico general. Montevideo, Republica Oriental del Uruguay: Universidad de la República, Facultad de Medicina; 1994.
 42. Metz J.C.M., Stoelinga GBA, Pels Rijcken EH, Van Den Brand Vinken BEM. Blueprint 1994: training of doctors in The Netherlands. Objectives of undergraduate medical education in the Netherlands. The Netherlands: University Publication Office, University of Nijmegen; 1994.
 43. Schwarz Mr, Wojtezak A. Una vía hacia la educación médica orientada a las competencias: los requisitos globales esenciales mínimos. Educación Médica 2003 6 (S2):S/5-S10.
 44. Galli A. Core Currículum. Documento de Trabajo. No publicado. Buenos Aires, Argentina: AFACIMERA,
 45. Brissón Me, Galli A. (2005) “Contenidos básicos. Propuesta preliminar” Documento de Trabajo. No publicado.
 46. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Resolución 1314/2007. Apruébense los contenidos curriculares básicos, los criterios de intensidad de la formación practica, los estándares de acreditación de las carreras de las carreras de medicina así como la nomina de actividades profesionales reservadas a aquellos que hayan obtenido el titulo de medico. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología; 2007.
 47. Diccionario de la Real Academia Española (22° edición) (Disponible en <http://rae.es>; último acceso el 10/11/2009).