

Indicadores de responsabilidad social en la educación médica (ISAT)

Herramienta y Guía de Autoevaluación



Tabla de contenidos

Introducción	3
Resumen Ejecutivo	4
Antecedentes y contexto	6
Proceso de desarrollo de la herramienta	9
Introducción a la ISAT	12
Objetivo	12
¿Quién debe usar la ISAT?	12
¿Cómo se debe utilizar la ISAT?	12
¿Cuáles son las fases de la ISAT?	13
¿Cuáles son los componentes principales de la ISAT?	14
Estudiantes	14
Reclutamiento de profesores	15
Desarrollo Docente	16
Currículum: contenido	17
Currículum: métodos de aprendizaje	17
Currículum: tipos y entornos de experiencias educativas	18
Investigación basada en la comunidad	19
Gobernanza	19
Colaboración y participación de los interesados	20
Resultados escolares	21
Impacto social	21
Otras consideraciones	22
Appendices	39
Co-developers of the tool	39
Glosario	40
References	41

Introducción

La responsabilidad social es un faro para ayudar a los actores de la salud a “responder mejor a las necesidades de salud prioritarias de las personas y la sociedad hoy y en el futuro”. A nivel mundial, demasiadas personas mueren por causas prevenibles y luchan contra la mala salud debido al acceso inadecuado a la atención adecuada. La falta y la mala distribución de la fuerza laboral de salud, así como la discrepancia entre las necesidades de las personas y las competencias y experiencias que poseen los profesionales de la salud son obstáculos para lograr el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud para todos. Está surgiendo evidencia que indica que quién se educa, qué temas estudiar, dónde y cómo se lleva a cabo su aprendizaje influye en sus elecciones de carrera y futuros lugares de práctica. El aumento de la responsabilidad social de las instituciones de formación del personal sanitario y sus graduados ahora se reconoce como un mecanismo eficaz para maximizar su impacto positivo en la salud y el fortalecimiento del sistema de salud. En respuesta, los marcos globales y la orientación de políticas están adoptando estrategias de responsabilidad social para mejorar la cantidad, calidad y relevancia de la educación del personal de salud para garantizar que los países tengan equipos interprofesionales bien capacitados, listos y dispuestos a trabajar con y en las comunidades para abordar sus necesidades de salud, dondequiera que vivan. La aplicación de los principios de responsabilidad social proporciona un mecanismo para que las instituciones aumenten la equidad en la educación, realicen investigaciones relevantes para las necesidades de salud de la población y mejoren el acceso y la calidad de los servicios de atención médica, un objetivo esencial para las instituciones socialmente responsables. Los mecanismos de responsabilidad social no solo fomentan los esfuerzos continuos para aumentar la equidad, sino también la pertinencia, la rentabilidad y, lo que es más importante, la calidad de la educación con el objetivo final de mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud para todos. Al inspirar a las instituciones para que se autoevalúan y se verifiquen como una institución de responsabilidad social, comenzaremos a abordar las inequidades en salud e incorporaremos de manera proactiva los determinantes sociales de la salud en las prácticas de salud. La Red: Hacia la Unidad para la Salud (TUFH) está dedicada a esta visión y su propósito de crear UNIDAD entre las partes interesadas clave en el sistema de salud.

Las instituciones de salud de todo el mundo aspiran a cumplir con los valores y estándares de responsabilidad social porque quieren seguir siendo relevantes y competitivos.

- La Verificación de la Responsabilidad Social ayuda a las partes interesadas, como la comunidad (beneficiarios), los consumidores (estudiantes), los inversores (ex alumnos), los medios de comunicación y los responsables de la formulación de políticas (ministerios de salud) a apoyar a las organizaciones que utilizan la Responsabilidad Social como una fuerza para el bien.
- Una evaluación de responsabilidad social evalúa cómo las operaciones y el modelo comercial de una institución impactan a sus trabajadores, la comunidad, el medio ambiente y los consumidores. Una Verificación Socialmente Responsable demuestra que una institución cumple con los más altos estándares de desempeño verificado.
- La Verificación de responsabilidad social no solo demuestra dónde sobresale su instituto ahora, sino que lo compromete a considerar el impacto de las partes interesadas a largo plazo al incorporarlo a la estructura legal de su empresa.

Las instituciones y los sistemas de salud quieren autoevaluarse y ser verificados porque están liderando un movimiento hacia un mundo socialmente más responsable, construyen relaciones con instituciones e individuos de ideas afines, atraen talento, mejoran el impacto, amplifican su voz y protegen su misión.

Para autoevaluarnos, estamos utilizando los Indicadores de la Herramienta de Responsabilidad Social (ISAT), cuyo propósito es ayudar a las instituciones y programas que forman profesionales de la salud a evaluar periódicamente su progreso hacia una mayor responsabilidad social para que sus programas estén en una posición óptima para cumplir con los requisitos actuales y futuros. necesidades del sistema de salud y, por lo tanto, aumentar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. ISAT también puede ayudar a las escuelas a establecer áreas prioritarias para la investigación y la mejora de la calidad y garantizar que sus estrategias y actividades contribuyan a aumentar la colaboración interprofesional, la equidad en salud y la calidad de los servicios. Además, permite la comparación entre instituciones y entre regiones y países.

Esta guía sirve como referencia para las instituciones (p. ej., instituciones educativas de profesiones de la salud) al completar la Solicitud electrónica de autoevaluación de responsabilidad social de ISAT. La aplicación de autoevaluación de responsabilidad social de ISAT consta de 4 secciones, cada una de las cuales incorpora una variedad de dominios que deben completarse.

Resumen Ejecutivo

A nivel mundial, muchas personas mueren por causas prevenibles y sufren de mala salud debido a la falta de acceso a la atención adecuada. La carencia y la mala distribución del personal sanitario, así como la discrepancia entre las necesidades de las personas y las competencias y experiencias que los profesionales de la salud poseen, son obstáculos para lograr el acceso universal y la cobertura sanitaria universal para todos.

Surgen evidencias que indican que quiénes se educan, los temas que estudian y dónde y cómo se desarrollan sus aprendizajes, influyen en sus opciones de carrera y en los lugares de práctica futura. Aumentar la responsabilidad social de las instituciones educativas

de los profesionales de la salud y de sus graduados está siendo reconocido como un mecanismo efectivo para maximizar su impacto positivo en la salud y el fortalecimiento del sistema de salud(1). Canadá está liderando el camino al haber incorporado ya la responsabilidad social dentro de sus normas de acreditación de la educación médica.

En respuesta, los marcos globales y la orientación de las políticas están adoptando estrategias de responsabilidad social para mejorar la cantidad, la calidad y la relevancia de la educación del personal sanitario para asegurar que los países tienen equipos interprofesionales bien

¿Qué es la responsabilidad social de la educación del personal sanitario?

“la obligación de dirigir su educación, investigación y servicio de actividades para abordar las preocupaciones prioritarias de salud de la comunidad, región y/o nación que tienen un mandato para servir. Los gobiernos, las organizaciones sanitarias, los profesionales de la salud y el público deben identificar los problemas prioritarios de salud”.

Organización Mundial de la salud, 1995

entrenados, listos y dispuestos a trabajar con y en las comunidades para atender sus necesidades de salud, dondequiera que vivan. La aplicación de los principios de responsabilidad social proporciona un mecanismo para que las instituciones aumenten la equidad en la educación, realicen investigaciones relevantes para las necesidades de salud de la población y mejoren el acceso y calidad de los servicios de salud, un objetivo esencial para las instituciones socialmente responsables. Los mecanismos de responsabilidad social no solo impulsan esfuerzos continuos para aumentar la equidad, pero la relevancia, la rentabilidad y, lo que es más importante, la calidad de la educación, con el objetivo final de mejorar la calidad de los servicios de salud para todos.

En un esfuerzo por aumentar la responsabilidad social de la educación del personal sanitario en las Américas, la Organización Panamericana de la salud (OPS) reunió líderes expertos en el campo de la evaluación de la responsabilidad social para acordar indicadores básicos para evaluar la responsabilidad social de las escuelas de medicina en las Américas. Basándose en las herramientas de responsabilidad social existentes, el grupo desarrolló los indicadores de la herramienta de responsabilidad social (ISAT). El objetivo de su desarrollo es promover programas de educación, investigación y prestación de servicios que estén alineados con las necesidades prioritarias proporcionando a las instituciones de educación del personal sanitario una herramienta para evaluar periódicamente su progreso hacia mayor Responsabilidad Social. Es un instrumento de diagnóstico relativamente sencillo que ayuda a las instituciones y a sus partes interesadas a reflexionar sobre la situación actual y a identificar las brechas y las áreas de mejora. La ISAT incluye los siguientes componentes básicos: reclutamiento, selección y apoyo estudiantil; reclutamiento y desarrollo del profesorado; qué, cómo y dónde aprenden los estudiantes; actividades de investigación; gobernanza y participación de los interesados; resultados escolares; y el impacto social. Cada componente central se divide en cuatro fases de desarrollo e incluye hitos, estándares e indicadores.

Los desarrolladores de la ISAT, son conscientes de que el contexto varía ampliamente y que algunos indicadores no son mensurables o relevantes en ciertos países o instituciones. También incluye una lista de recursos adicionales para ayudar a los interesados en unirse al movimiento mundial para transformar la educación de la fuerza laboral de salud para satisfacer mejor las necesidades de los individuos y las comunidades que sus instituciones sirven.

Antecedentes y contexto

El mundo sufre de grandes desigualdades en salud, esto es, diferencias en la salud de la población que son sistemáticas, producidas socialmente y prevenibles, y por lo tanto inherentemente injustas. Globalmente más de 400 millones de personas rara vez o nunca han visto a un trabajador de salud en sus vidas, una realidad que afecta incluso a algunos sectores en países de altos ingresos(2). De hecho, la región de las Américas sigue siendo una de las más inequitativas. Estas desigualdades de salud no sólo son inaceptables, sino también costosas, limitando así la oportunidad individual y enlenteciendo el crecimiento económico. Las Naciones Unidas estiman que si no se toma ninguna acción, la pérdida para la economía global debido solamente a las enfermedades no transmisibles podría alcanzar los \$47 billones para el año 2030 (3).

La escasez y la mala distribución geográfica de los trabajadores de la salud y la falta de adecuación entre las necesidades y las competencias sigue siendo una barrera para el acceso y la cobertura sanitaria universal, resultando en millones de personas de todo el mundo sin recibir la atención médica esencial y los servicios que necesitan. Según la cobertura de salud universal de la Organización Mundial de la salud (OMS) "...significa que todas las personas y comunidades pueden utilizar los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos que necesiten, de calidad suficiente para ser eficaces, asegurando que el uso de estos servicios no expone al usuario a dificultades financieras." La Organización Panamericana de la salud (OPS) añade el concepto de acceso universal definiéndolo como "... la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales, o de género... logradas mediante la progresiva eliminación de barreras que impiden a todas las personas a tener un uso equitativo de los servicios integrales de salud determinados a nivel nacional."

Sin embargo, la mayoría de los esfuerzos para abordar la escasez de personal de salud se han centrado en aumentar la producción, sin tener en cuenta el impacto de las estrategias institucionales y educativas en los diferentes sitios y las opciones de carrera de los médicos graduados (4). Es evidente que el aumento de la producción de profesionales de la salud no es suficiente, ya que muchos de los nuevos graduados emigran hacia entornos urbanos o de altos ingresos para hacer carreras de especialista. Por ejemplo, en los últimos treinta años, América Latina ha visto un fuerte incremento en el número de nuevas escuelas de medicina. Sin embargo, la calidad y la contribución de algunas de estas nuevas escuelas al fortalecimiento del sistema de salud es muy cuestionando (5). De hecho, la Comisión Lancet para la educación de los profesionales de la salud para el siglo XXI, sugiere que el modelo de "burbuja" biomédico

urbano y hospitalario de la educación profesional de la salud no logra producir graduados con las capacidades y las experiencias para satisfacer las necesidades del presente y del futuro (6).

En respuesta, los marcos globales y la orientación de las políticas, incluida la estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los Recursos Humanos para la Salud (7), el informe y el plan de acción de la Comisión de Alto nivel sobre el empleo en salud y crecimiento económico (ComHEEG) (8), las guías de la OMS sobre la transformación de la educación profesional en salud (9) y el *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y cobertura de salud universal 2018-2023* (10) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptan estrategias para mejorar la cantidad, calidad y relevancia de la educación de la fuerza laboral de salud para asegurar que los países tengan equipos interprofesionales listos y dispuestos a trabajar con las comunidades para atender sus necesidades de salud, dondequiera que vivan.

Fomentar el incremento de la Responsabilidad Social de las instituciones y programas de Educación de la fuerza laboral se ve cada vez más como un mecanismo eficaz para maximizar su impacto positivo en el fortalecimiento de los sistemas de salud (1). La OMS define a la educación médica socialmente responsable (RS) como aquella que cumple con "la obligación de dirigir su educación, la investigación, y el servicio de sus actividades a abordar las problemáticas prioritarias de salud de la comunidad, región y/o nación a la que tienen como mandato servir. Los gobiernos, las organizaciones sanitarias, los profesionales de la salud y los organismos públicos deben identificar las cuestiones prioritarias de salud" (11).

Aunque las escuelas de profesionales de la salud han implementado estrategias asociadas a la responsabilidad social desde al menos los años setenta, no fue sino hasta mediados de los años 2000, que un número cada vez mayor de instituciones y organizaciones educativas comenzaron a promover y/o implementar activamente iniciativas de responsabilidad social, particularmente en la educación médica. En Conferencia por la Unidad en Salud de The Network en el año 2006 "Aumento de la Responsabilidad Social" se estableció un grupo de trabajo sobre Responsabilidad Social, que en última instancia condujo al desarrollo del consenso mundial sobre la Responsabilidad Social en la educación médica en el año 2010 desarrollado por individuos y organizaciones de todo el mundo en principio a través de un proceso Delphi y culminando en una reunión en East London, Sudáfrica. Simultáneamente, en el año 2010, la Comisión Lancet sobre la educación de los profesionales de la salud para el siglo XXI incluyó la sección sobre responsabilidad social y mostró las experiencias de la red de capacitación para la equidad en salud (THEnet), una asociación de escuelas de profesionales de la salud comprometidos con la responsabilidad social (12).

Una década después, existe un crecimiento evidente del impacto positivo de este enfoque en el aumento de la disponibilidad, distribución y desempeño de los trabajadores de la salud en las regiones marginadas, así como el fortalecimiento de la salud en las regiones a las que sirven (4,13-15). Un número creciente de escuelas en la región de las Américas están adoptando un enfoque más socialmente responsable de la educación médica en la comunidad y Canadá ya ha integrado la responsabilidad social dentro de sus estándares de acreditación para sus escuelas de medicina. ComHEEG y el plan de acción acompañante exige acciones inmediatas, incluyendo la “Ampliación masiva de la educación profesional, técnica y vocacional socialmente responsable y transformadora”. Tanto el GSHRH de la OMS como el ComHEEG son apoyados por las Cuentas Nacionales de Personal Sanitario (CNPS o NHWA). El objetivo de las CNPS es facilitar la estandarización de un sistema de información sobre la fuerza de trabajo sanitario para mejorar la calidad de los datos, así como también apoyar al seguimiento de la performance de la política de Recursos Humanos para la Salud hacia la Cobertura Universal en Salud (CUS). Las CNPS son importantes para las partes interesadas nacionales, regionales y mundiales, y pueden contribuir a encontrar respuestas a los principales interrogantes y desafíos que se plantean a los Recursos Humanos para la Salud así como también optimizar su planificación. Las CNPS tienen tres módulos educativos, que incluyen indicadores niveladores del sistema que abordan la alineación de los planes nacionales de educación para los trabajadores sanitarios con planes y estrategias nacionales de salud. El módulo (3) sobre regulación y acreditación tiene dos indicadores dedicados a la responsabilidad social, uno para evaluar la inclusión de la responsabilidad social en los mecanismos de acreditación y otra para evaluar la efectividad de la aplicación.

El informe ComHEEG expone una visión mediante la cual el personal sanitario debe orientarse hacia los determinantes sociales de la salud, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención primaria y los servicios basados en las personas y las comunidades. Sin embargo, existen importantes desafíos para transformar la educación profesional en salud hacia esta visión, que requiere una mayor responsabilidad social, con una atención centrada en la educación y la formación para la equidad en salud. Dentro de estos desafíos, encontramos que las estrategias educacionales actuales se centran en la salud individual y no en las necesidades de salud de la población; en que las oportunidades de aprendizaje en atención primaria y entornos comunitarios son limitadas; la falta de enfoque en el aprendizaje interprofesional y el trabajo en equipo en entornos de atención primaria y políticas de admisión estudiantil enfocadas únicamente en el desempeño académico. ¹Un estudio reciente sobre las perspectivas latinoamericanas de responsabilidad social en la educación médica identifica varias barreras en la región: el hecho de que la mayoría de los estándares actuales de acreditación no incorporen la responsabilidad social, un valor depreciado y falta de incentivos económicos para los profesionales de atención primaria, la falta de indicadores sobre la responsabilidad social como una de las principales responsabilidades de las escuelas de medicina, menor cantidad de mentores en el Profesorado de atención primaria que en el de subespecialidades y la pobre calidad de las experiencias

1

estudiantiles en modelos de atención primaria de la salud (5). Las recomendaciones del mencionado estudio en América Latina incluyen el desarrollo de una herramienta para evaluar la responsabilidad social de las escuelas de medicina en la región, la construcción de una red regional de escuelas de medicina centrada en el tema, y la implementación de estudios que incorporen las perspectivas de otras partes interesadas, incluyendo a los estudiantes y a las mismas comunidades subatendidas.

Proceso de desarrollo de la herramienta

La OPS está comprometida con aumentar la Responsabilidad Social del sector de la educación del personal sanitario en la región como parte de un esfuerzo para aumentar el acceso y la cobertura universal de salud, y como un estrategia para reducir las desigualdades en salud. Su estrategia en Recursos Humanos para la salud universal apunta a asociarse “...con el sector de educación para responder a las necesidades de los sistemas de salud en la transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura de salud universal.” Para apoyar este objetivo, la OPS estableció el Consorcio de Responsabilidad Social en la educación de profesiones de la salud en la región de las Américas en 2017. Para evaluar la Responsabilidad Social de las escuelas de medicina de la región, La OPS determinó que era necesario desarrollar un conjunto de indicadores básicos que reflejaran necesidades y contextos en la región.

Con ese fin, en junio de 2017 la OPS reunió a los líderes de organizaciones y expertos más importantes en el campo de la Responsabilidad Social en Washington para establecer indicadores básicos de evaluación de la Responsabilidad Social de las Escuelas de Medicina en la región. La OPS invitó a los líderes del programa *Aspire* de AMEE, *THEnet: Training for Health Equity Network*, al Instituto de Fuerza Laboral de la Universidad George Washington (GW), a la Universidad del Litoral – Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicinas Públicas y la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) de Argentina, a la Fundação Universidade Aberta do DF, FUNAB y Universidade Federal de Roraima en Brasil, a la University of the West Indies, Jamaica, a la Association of Faculties of Medicine of Canada, al Interaction Institute for Social Change de Irlanda, a la United States Agency for International Development así como también a expertos de la OPS.

Basándose en las herramientas de responsabilidad social existentes desarrolladas por AMEE-*Aspire*, *THEnet* y GW, El grupo acordó sobre un conjunto de indicadores básicos denominado “*Indicators for Social Accountability Tool*” (ISAT). Las herramientas existentes tenían factores comunes aunque se desarrollaron con diferentes propósitos.

El programa Aspire fue establecido por AMEE en el año 2013 para fomentar la excelencia en la educación médica mediante el desarrollo de criterios aspiracionales para aspectos esenciales que abarcan la evaluación de los estudiantes, el compromiso estudiantil, el desarrollo del Profesorado, la simulación, la currícula y la responsabilidad social. Los criterios de responsabilidad social abarcan cuatro dominios: organización y función, educación de médicos, actividades de investigación y contribución a los servicios de salud. Para demostrar Responsabilidad Social se espera que las escuelas documenten los planes, las acciones y los impactos de su educación, investigaciones y servicios, el compromiso de sus graduados con la salud, la atención y la equidad en salud de su comunidad, región y Nación.²

El Profesorado del Instituto de Personal Sanitario de la Universidad George Washington en Washington, DC, desarrolló el The Social Mission Metrics Study (estudio de medidas de misión social), un proyecto de investigación nacional que está desarrollando herramientas de medición de misión social para los contenido educativos en medicina, enfermería y odontología.

THEnet es una Organización internacional de escuelas de profesionales de la salud que luchan en favor de la responsabilidad social. Su primer proyecto conjunto fue desarrollar e implementar un marco de evaluación integral—basándose en el modelo de conceptualización—producción—utilización desarrollado por Woollard and Boelen (16) y las estrategias exitosas de sus miembros (17,18). Identifica factores clave que afectan la capacidad de una escuela para influir positivamente en los resultados de salud, el desempeño de los sistemas de salud y para desarrollar maneras de medirlos a través de sus instituciones y contextos. El marco de trabajo de THEnet intenta mejoras en calidad de forma amplia, basándose en la sensibilidad del contexto, comprometiendo a las escuelas a trabajar con los grupos de interesados en ayudar para que éstas tomen una mirada crítica sobre su desempeño y progresen hacia una mayor Responsabilidad Social y les ayuden a establecer áreas prioritarias para la investigación y el progreso.

Los participantes en la reunión de la OPS/OMS del 6 al 7 de junio de 2017, recurrieron a las herramientas anteriores para acordar un conjunto básico de indicadores de Responsabilidad Social: Indicators for Social Accountability Tool (ISAT). La herramienta de diagnóstico está especialmente dirigida a las escuelas de la región OPS/OMS, que, si bien pueden estar implementando estrategias asociadas con la Responsabilidad Social, son nuevas en este concepto. Con esta herramienta y actividades relacionadas la OPS/OMS busca facilitar la transición desde una etapa de respuesta social a una nueva línea de base de Responsabilidad

2

Social de las escuelas de educación sanitaria de la región . El instrumento ISAT fue presentado en el IV Foro Mundial de Recursos Humanos para la Salud (Dublin-Ireland, 13th-17th November 2017) y la Conferencia Beyond Flexner 2018 (Atlanta-E.e.u.u, del 9 al 11 de abril de 2018).

Anteriormente el instrumento ISAT fue revisado en el 55 º Congreso COBEM de educación médica de Brasil (Porto Alegre-Brasil, del 12 al 15 de octubre de 2017. Dos profesores de diferentes escuelas hicieron las traducciones al portugués, seguida de una reunión para acordar una versión final. La herramienta fue revisada y validada por representantes de 18 escuelas de medicina de las cinco regiones geográficas de Brasil durante la reunión brasileña de la Asociación para la educación médica en Brasil. Los representantes se organizaron en pequeños grupos según región y se les dio una versión en portugués del ISAT. Se les pidió opinión sobre los términos utilizados para determinar la claridad y el significado común y si era aplicable y útil en sus contextos. Los resultados fueron comparados y discutidos, así como las sugerencias para la claridad de los términos y la traducción. El ISAT ha sido aplicado en tres escuelas médicas brasileñas hasta ahora, en reuniones para la evaluación curricular. El instrumento ISAT fue entregado al grupo de profesores y estudiantes por separado y los resultados fueron comparados y discutidos para identificar prioridades para la acción.

Introducción a la ISAT

Objetivo

El objetivo de la herramienta ISAT es ayudar a las instituciones y programas que educan a los profesionales de la salud en las Américas y otros países para evaluar periódicamente su progreso en responsabilidad social para que sus programas estén bien posicionados a la hora de satisfacer las necesidades actuales y futuras del sistema de salud y así aumentar el acceso y cobertura de salud universal.

La herramienta también puede ayudar a las escuelas a establecer temas prioritarios para la investigación y la mejora de la calidad y asegurar que sus estrategias y actividades contribuyan a incrementar la colaboración interprofesional, equidad de salud y calidad de los servicios. Además, permite la comparación entre las instituciones y entre las regiones y los países.

¿Quién debe usar la ISAT?

La herramienta ISAT está diseñada con la ayuda de profesores, líderes y otros actores clave en la educación de la fuerza laboral en salud. Un principio esencial de la definición de RS es identificar las necesidades en colaboración con los actores interesados. En consecuencia, el compromiso de otros actores interesados, incluidos estudiantes, proveedores de servicios, administradores de sistemas de salud y representantes comunitarios en el proceso de reflexión sobre los diversos elementos involucrados en la educación de los profesionales de la salud, es el núcleo de responsabilidad social.

¿Cómo se debe utilizar la ISAT?

La herramienta ISAT se puede utilizar de diferentes maneras y en diferentes niveles institucionales. Puede ser utilizada por líderes y/o profesores y estudiantes para hacer una evaluación relativamente rápida de en dónde se encuentra la escuela y promover la reflexión colectiva y la retroalimentación para compartir con aquellos que dirigen el programa o son responsables de las estrategias a nivel universitario. Sin embargo, idealmente, para maximizar el impacto de su aplicación, es decir, que se actúe sobre los resultados, el liderazgo de las instituciones debe estar comprometido con el proceso y los actores clave deben participar.

Antes de explorar los resultados y el impacto, también es importante que las escuelas en asociación con sus partes interesadas sean claras sobre qué es el éxito para sus instituciones y sus beneficiarios finales: los pacientes y las comunidades. Idealmente durante el proceso de implementación de la ISAT, las instituciones interesadas deben reflexionar sobre qué cambios son necesarios en términos de comportamiento individual y organizacional, actividades y relaciones para lograr los resultados y el impacto que la escuela o programa está buscando. También es una oportunidad para identificar lo que está dentro de la esfera de influencia directa e indirecta de una escuela y lo que no.

Debatir y reconocer las suposiciones y su propia "teoría del cambio" operacional puede ser útil para identificar áreas para mejorar o reformar. Por último, la herramienta puede ayudar a que las escuelas avancen y crezcan, identificando qué factores influyentes son conocidos y cuáles podrían ser las incertidumbres actuales y futuras (19). Los usuarios también se harán preguntas como: 1) ¿Cuáles son los instrumentos de medición y fuentes de datos que podrían ayudar a evaluar el progreso?; 2) ¿Cuáles son los recursos humanos, los materiales y el tiempo estimado que implica aplicar el instrumento en su versión extendida?; y 3) ¿Existen indicadores que no sean apropiados para el contexto de una escuela en particular? y, si así fuera el caso, ¿existen otros indicadores que puedan aportar valor a la determinación de la responsabilidad social?

¿Cuáles son las fases de la ISAT?

La ISAT se separa en cuatro fases para cada uno de los componentes principales descritos a continuación. La fase 1 tiene como objetivo describir la situación del programa o la escuela donde la atención a RS sea limitada o no se preste y donde estrategias asociadas no se estén empleando. La fase 2 describe una situación en la que los líderes y el profesorado se encuentran iniciando el proceso de reflexión o comenzando a implementar estrategias o políticas relacionadas con RS. La fase 3 sugiere que el programa o las escuelas están implementando estrategias relacionadas con RS, pero el programa aún no ha sido capaz de alcanzar los resultados deseados para estas estrategias. La fase 4 describe una situación en la que los procesos y sistemas están en marcha para medir el progreso y donde los programas o las escuelas pueden demostrar el impacto de las estrategias y políticas asociadas con la RS. Cabe destacar que las escuelas y los programas no siempre son capaces de controlar o influir en las actividades, estrategias o políticas debido a diversas razones. Por ejemplo, las que son nuevas no tienen tiempo suficiente para evaluar los indicadores de fase 4; o las que no pueden tomar decisiones en torno a ciertas políticas, estrategias o asignación de recursos; o que no tengan los recursos para implementar estrategias; o recursos deseados para medir los resultados; o evaluar el impacto. Por lo tanto, es probable que las escuelas y los programas estén en diferentes fases para diferentes componentes centrales y descubran que el nivel y la velocidad del progreso puedan depender de una serie de factores internos y externos. Sin

embargo, el uso del ISAT debe ayudar a las escuelas y a los programas a evaluar su situación actual, identificando las barreras y factores que impidan incrementar su Responsabilidad Social.

¿Cuáles son los componentes principales de la ISAT?

La ISAT se divide en componentes principales, que describen cada uno de los elementos clave que van a ser evaluados. Aunque cada uno de estos componentes principales sea relevante para la mayoría de las escuelas de medicina, no todos ellos pueden ser evaluados de la misma manera, ya que los contextos, las políticas y reglamentos para cada uno de estos componentes pueden variar de un país a otro y de escuela a escuela. Cada una de las secciones siguientes explican por qué el componente se considera importante para la responsabilidad social, comprendiendo que no puede ser aplicable para todos.

Estudiantes

La mayoría de las Naciones en el mundo sufren dificultades para el reclutamiento y retención de profesionales de la salud en las regiones rurales, remotas y pobres. La razón por la que se trata de un componente central de la Responsabilidad Social es que la evidencia muestra la relevancia de quienes son admitidos en la escuela de medicina. Sin embargo, cabe señalar que en algunos países las escuelas no tienen ninguna influencia sobre quién asiste a su programa porque la selección se hace a nivel nacional o como en Argentina donde no hay criterios específicos para entrada en la escuela de medicina una vez que los estudiantes se gradúan de educación secundaria en la mayoría de las facultades. En estos casos, las escuelas que intentan lograr mayor Responsabilidad Social pueden abogar por cambios de política, llegar a grupos subrepresentados y proporcionar apoyo académico, financiero y psicológico especial a los estudiantes de estos grupos rurales o subrepresentados.

En muchos países, las escuelas pueden utilizar estrategias para identificar a los estudiantes con atributos y antecedentes que sean predictivos del interés y deseo de trabajar en las áreas con necesidades, particularmente en las regiones rurales y subatendidas (20-23). Actualmente, en la mayoría de las regiones del mundo los criterios de selección estudiantil se basan principalmente en el rendimiento académico de los estudiantes. Sin embargo, los estudios han demostrado que una combinación de varios factores son buenos predictores para aumentar la motivación de los estudiantes para practicar en áreas rurales y comunidades marginadas. Tales factores incluyen el tener origen rural, y haber cursado la secundaria en áreas rurales. Las escuelas que intentan lograr mejoras en la Responsabilidad Social emplearán varias estrategias para aumentar la diversidad socioeconómica, étnica y geográfica de los estudiantes y

seleccionar a los estudiantes que consideren que más probablemente elijieran carreras y lugares de práctica en áreas de necesidad. Estas estrategias incluyen sistemas de cuotas que proporcionan una ponderación adicional al estudiante de poblaciones rurales o subrepresentadas; participación de la comunidad; estrategias de marketing de la escuela; y pruebas psicométricas basadas en la selección para evaluar atributos personales tales como fuertes habilidades interpersonales y empatía (24).

Cuando los comités de admisión o selección de estudiantes están en su lugar, las escuelas socialmente responsables incluyen a las partes interesadas como miembros de poblaciones subatendidas o marginadas en los comités. Por ejemplo, la norma de acreditación canadiense pertinente exige: "Una escuela de medicina que va de acuerdo con su misión de responsabilidad social debe tener políticas y prácticas efectivas en vigor, y se realiza actividades de reclutamiento y retención continuas, sistemáticas y focalizadas, para lograr resultados de diversidad apropiados para la misión entre sus estudiantes, profesores, altos directivos académicos y educativos, y otros miembros relevantes de su comunidad académica. Estas actividades incluyen el uso apropiado de políticas y prácticas efectivas, programas o alianzas dirigidas a lograr la diversidad entre los solicitantes calificados para la admisión a la escuela de medicina y la evaluación de políticas y prácticas, programa o asociación (12).

Reclutamiento de profesores

El reclutamiento y retención de un grupo de profesores académicos y clínicos dedicados y bien entrenados es un reto en muchos países, particularmente en zonas rurales subatendidas. En algunos países de ingresos altos como los Estados Unidos, los sistemas de valor institucional de la escuela de medicina tienden a priorizar la investigación sobre la enseñanza. Además, en las regiones más pobres del mundo la posición académica a menudo no está bien remunerada y los profesores a menudo tienen ingresos adicionales por otros medios que reducen el tiempo que dedican a la enseñanza y tutoría de los estudiantes. Las escuelas socialmente responsables buscan atraer profesores que tengan las competencias necesarias para atender las necesidades de salud y del sistema de salud de la región donde se encuentra la escuela; que vengan de diversos orígenes socioeconómicos y culturales y, si es posible, que vengan de la comunidad a la que sirven. Las escuelas también tienen como objetivo reclutar una cantidad equilibrada de profesores biomédicos, clínicos y de ciencias sociales, así como también apuntar a la paridad de género. Las escuelas rurales están en desventaja con respecto a las escuelas urbanas o peri-urbanas para reclutar profesores calificados. Sin embargo, la educación médica comprometida con la comunidad es un sello de calidad de la Responsabilidad Social y está generando nuevas

necesidades pero también las oportunidades para que las escuelas contraten a profesores con fuertes habilidades interprofesionales, capaces de trabajar interdisciplinariamente con los distintos sectores en áreas de escasez. Además, las escuelas con RS también reclutan, capacitan y apoyan a profesionales y otros proveedores de atención de la salud que practican en la comunidad como profesores/educadores adjuntos en Ciencias clínicas y sociales, expandiendo así su territorio y convirtiéndolos en preceptores comunitarios. Las escuelas rurales ofrecen oportunidades únicas para los docentes comprometidos con los cambios sociales e interesados en hacer una diferencia tangible en la salud y el bienestar de las comunidades rurales marginadas. Estas escuelas también están proporcionando la oportunidad de contribuir a la evolución transformadora de la educación médica, necesaria para producir una fuerza laboral adecuada al objetivo.

Desarrollo Docente

El mundo de la medicina y la salud está cambiando rápidamente con implicancias en la educación y la práctica médica. Estos cambios incluyen la demografía, la transición epidemiológica, los desafíos medioambientales, el énfasis en la calidad clínica y la seguridad del paciente, los desafíos financieros y los rápidos avances en la tecnología de la información y el big data. Mientras que esto varía dentro y entre los países, los profesores a menudo reciben capacitación limitada relacionada con los principios educativos, metodologías docentes, evaluaciones estudiantiles y sobre el contenido relacionado con las necesidades de prioridad local en las comunidades que la escuela sirve, como la salud pública, la comunicación y temas relevantes a los determinantes sociales de la salud.

Para aumentar el número y la calidad del profesorado y mejorar sus habilidades en educación e investigación, algunas escuelas establecen un programa de desarrollo docente, ya sea como parte del Departamento de Educación o como un programa separado. Este departamento desarrolla programas que apoyan la educación profesional continua utilizando tecnología de la información y otras herramientas de comunicación. El programa de desarrollo docente puede diseñarse a partir de los diversos recursos que otras escuelas de la misma universidad tales como Ciencias Sociales y Políticas, Ingeniería, otras escuelas de Ciencias de la Salud y Organizaciones Comunitarias puedan aportar para dar forma a un currículo integral que incluya determinantes sociales en salud y desarrollo comunitario para preparar a los estudiantes de medicina para trabajar en sus comunidades y apoyar al programa educativo de aprendizaje con compromiso comunitario. Los profesores serán instruidos en los principios pedagógicos de la educación interprofesional y el aprendizaje activo centrado en los estudiantes y el servicio

durante sus prácticas comunitarias. El programa proporcionará recursos docentes y pedagógicos a los profesionales de la comunidad reclutados como profesores adjuntos para mejorar sus cualidades/habilidades para ser mentores eficaces, maestros y preceptores.

Currículum: contenido

El desarrollo curricular se realiza a través de un proceso consultivo, basándose en recursos de otras escuelas de todo el mundo y estándares de acreditación. En asociación con la comunidad, las organizaciones comunitarias y el sistema local de salud, la escuela identifica las necesidades de salud y prioridades sociales de las comunidades a las que sirven y las integra a la base científica de la currícula en las ciencias básicas, poblacionales, clínicas y sociales para abordar integralmente todos estos aspectos de la medicina. Esto promueve un cambio de un modelo predominantemente biomédico estrecho hacia una currícula socio-biomédica diseñada para impulsar la misión docente de la escuela, basándose en la fuerza de la comunidad confrontada con las continuas necesidades evolutivas. La currícula incluye un tema longitudinal sobre los determinantes sociales de la salud entrelazados en los distintos cursos de la currícula. El Departamento de Educación actúa como un centro de recursos educativos para profesores y estudiantes proporcionando apoyo y herramientas para el desarrollo curricular, metodología de la enseñanza, evaluación de los programas educativos, evaluación de estudiantes y profesores (formativo y sumativo), con programas de simulación y de pacientes estandarizados a la vez que acompaña al estudiante durante la progresión de su curso. El currículo desarrolla cursos interdisciplinarios al contar con profesores de otras escuelas que pueden recibir citas junto a los profesores del grado.

Currículum: métodos de aprendizaje

Atender a las necesidades de los estudiantes resulta esencial para poder aumentar la Responsabilidad Social. Los métodos de aprendizaje en los programas de RS están alineados con la currícula de la escuela, a menudo mezclados, y se centran en los estudiantes y los mejores métodos disponibles para asegurar que alcancen las competencias deseadas. Durante las últimas décadas, los métodos de aprendizaje han cambiado: pasaron del modelo de “aprendiz” centrado en el maestro y el sujeto, en donde los estudiantes recibían poca formación en competencias profesionales, a un modelo centrado en el estudiante y más interactivo que proporciona a los estudiantes competencias concretas con pensamiento crítico, práctica reflexiva y de resolución de problemas y habilidades para fomentar el aprendizaje continuo. Para hacer frente a la necesidad de capacitar a equipos interdisciplinarios productivos capaces de trabajar en cualquier configuración, incluso en comunidades marginadas, un número cada vez mayor de escuelas utilizan el aprendizaje interprofesional y en equipo, el aprendizaje basado en el servicio, la experiencia, la autogestión así como enfoques de aprendizaje basados en casos y problemas. Los avances en tecnología de la información (IT) también han aumentado la capacidad de las escuelas para que los estudiantes permanezcan en las zonas rurales o configuraciones remotas durante períodos prolongados mientras continúan aprendiendo con sus compañeros de estudios

ubicados en otro lugar, así como recibiendo tutorías a distancia. La tecnología de la información también ofrece oportunidades para aprender destrezas y conocimientos a través de aplicaciones de realidad virtual, juegos y otras herramientas tecnológicas.

Currículo: tipos y entornos de experiencias educativas

El modelo de educación convencional—todavía predominante en todo el mundo—discurre sobre todo en aulas y el aprendizaje clínico ocurre principalmente en entornos hospitalarios. Ya en 1961 se señaló que basar la formación de estudiantes primariamente en hospitales universitarios es ilógica e ineficiente. (25). Los pacientes que son ingresados al hospital son frecuentemente pre-diagnosticados antes de ser ingresados y su estadía es cada vez más corta. Además, pocas escuelas de medicina proporcionan a sus estudiantes una exposición sustancial a las instalaciones de pacientes ambulatorios o de médicos generales, donde se produce la mayor parte del diagnóstico y el manejo de las enfermedades crónicas (26).

Consecuentemente, los estudiantes tienen una limitada comprensión y experimentación en los diferentes estadios de la progresión de la enfermedad y las condiciones que la generaron, incluyendo los determinantes sociales de la salud (DSS). La educación en las profesiones de la salud de RS busca proporcionar una mezcla equilibrada de experiencias clínicas en ámbitos de la atención primaria, los hospitales de segundo y tercer nivel y las oportunidades para que los estudiantes integren el aprendizaje de los determinantes sociales de la salud a su currículo. La mayoría de las escuelas con RS proporcionan alguna forma de prácticas longitudinales integradas en entornos comunitarios (27,28). Este enfoque comunitario de educación ofrece una oportunidad notable para aprender a trabajar en equipos interprofesionales y para la estrategia conjunta y aprendizaje mutuo entre la academia, las autoridades de salud local, las comunidades y las ONGs que trabajan en la comunidad. Con sus mentores, miembros de la comunidad y otros socios locales, los estudiantes a menudo realizan encuestas comunitarias, identificando las prioridades y diseñando e implementando intervenciones basadas en acuerdos con todas las partes interesadas. Por último, el estudiante evalúa los resultados del proyecto y el impacto. Las rotaciones comunitarias integran teoría y práctica y ofrecen una oportunidad única para que exista una estrecha colaboración entre las escuelas de medicina, salud pública, farmacia, las ciencias sociales y otras para trabajar en conjunto con organizaciones comunitarias locales y centros de salud para desarrollar e integrar los DSS en el currículo y desarrollar un abordaje basado en equipos interdisciplinarios dentro de los programas de salud comunitaria adaptado a las necesidades prioritarias.

Investigación basada en la comunidad

RS promueve a las escuelas a alinear sus investigaciones hacia las necesidades prioritarias de las comunidades a las que sirven y a colaborar con las comunidades en el diseño e implementación de proyectos de investigación. La asociación recíproca entre la escuela, las comunidades a las que atiende y las prestaciones del sistema de atención de salud ofrece oportunidades únicas para establecer una agenda de investigación colaborativa, llevar a cabo investigaciones sobre la equidad en salud y salud comunitaria, y entorno a cómo la escuela podría abordar mejor el sistema de salud y las prioridades de salud de sus poblaciones. También ofrece oportunidades para que la escuela investigue cómo el proceso educativo y los resultados de la educación se alineen con las necesidades del sistema de salud y las necesidades prioritarias de las comunidades. Las escuelas socialmente responsables actualmente están generando evidencia en la forma en que el programa de educación y capacitación puede influir en la escasez y la mala distribución de los profesionales de la salud, particularmente en las regiones marginadas rurales. La formación basada en la comunidad pone a los estudiantes en contacto estrecho con las comunidades marginadas en donde construyen lazos sociales y personales, viven en las mismas condiciones y experimentan el entorno sociocultural y profesional donde se espera que practiquen. Esto provee a los profesores y estudiantes de una gran variedad de temas de investigación sobre causas y factores responsables de generar desigualdades de salud en las comunidades y para desarrollar estrategias conjuntas e intervenciones correctivas. RS también estimula a que el profesorado y los estudiantes estén en sintonía con las consideraciones éticas relacionadas con la investigación comunitaria y evalúen el impacto que los hallazgos de la investigación están teniendo en las políticas, la práctica y la salud en las comunidades a las que sirve la escuela.

Gobernanza

Según la guía de AMEE sobre *Producir una escuela médica socialmente responsable*, así como otro documento clave en responsabilidad social, incorporar los principios de MS a la gobernanza de una institución o programa es un paso esencial. Esto incluye que los principios de RS y estrategias se integren en la toma de decisiones, la planificación, la evaluación, la movilización de asignación de recursos, así como también la gestión diaria (18, 29-31) Mientras que muchas escuelas incorporan principios de RS, como incluir el altruismo o el servicio a la gente y las comunidades — en sus declaraciones de visión, misión y valor, no son realmente responsables socialmente a menos que estas aspiraciones se reflejen en el contenido del programa, así como en la forma en que se rige la escuela. Esto incluye la existencia y el uso de

medidas y puntos de referencia para evaluar qué tan bien la escuela o el programa satisfacen las necesidades de las comunidades, la región y la sociedad a la que sirve. La RS también pide a las escuelas que incluyan a las partes interesadas internas, como a los estudiantes, el personal y el profesorado, así como a las partes interesadas externas, como a las comunidades marginadas, los proveedores de servicios y las autoridades locales en la toma de decisiones. Las escuelas RS que se comprometen con las comunidades a las que sirven, lo hacen en cada aspecto de su trabajo, por lo que los miembros de la comunidad son miembros de los consejos de administración u otros órganos de gobierno y asesores. El Consejo de administración de una escuela toma decisiones clave con respecto a estrategias, políticas y programas, incluyendo cómo asignar los recursos. Sin embargo, debe reconocerse que la autonomía de la escuela para tomar estas decisiones puede ser restringida considerablemente por las políticas de la Universidad provincial y/o Gobierno central.

Colaboración y participación de los interesados

La participación y la asociación con los actores involucrados en la educación de profesionales de la salud es el núcleo de la definición de responsabilidad social de las escuelas de medicina: "... los gobiernos, las organizaciones de atención de salud, los profesionales de la salud y el público deben identificar las preocupaciones prioritarias de salud (2). La innovación en el aprendizaje colaborativo a través de la participación comunitaria, es decir, un grupo impulsado por los participantes formado por miembros de las Academias nacionales de Ciencias, ingeniería y el Foro Mundial de la medicina sobre la innovación en la educación profesional de la salud en los Estados Unidos definen la educación profesional de la salud como una educación comprometida con la comunidad "...Cuando se mantienen las alianzas entre la comunidad y el ámbito académico, y se centran en el diseño colaborativo, la entrega y la evaluación de programas para mejorar la salud de las personas y comunidades que los programas sirven. Los programas y las alianzas en la educación comprometida con la comunidad se caracterizan por el beneficio mutuo y el aprendizaje recíproco, y tienen como resultado graduados que son apasionados y bien calificados para mejorar la equidad en salud (30)." Según el informe de la Comisión de alto nivel sobre el empleo y el crecimiento económico de la salud, se sugiere que los planes de estudios se desarrollen en asociación con las comunidades atendidas por la escuela y con otras partes interesadas (4). Estas incluyen a estudiantes, proveedores de servicios, organizaciones comunitarias, gobiernos y miembros de poblaciones marginadas.

Resultados escolares

“La responsabilidad de las instituciones académicas termina generalmente en la graduación o la publicación de un artículo. Rara vez se rastrean los resultados, como la inserción laboral, las prácticas y la retención de los graduados médicos en las áreas de mayor necesidad y el impacto de la política o la práctica de un proyecto de investigación.”

Dado que los programas y escuelas de RS se proponen producir graduados que elijan carreras y lugares de práctica que estén alineados con las necesidades del sistema de salud, incluyendo las necesidades de las poblaciones marginadas, es esencial que realicen un seguimiento de sus graduados. Países como Australia que luchan con la escasez de profesionales médicos en regiones rurales y remotas y que han invertido significativamente para aumentar el reclutamiento y la retención en esas áreas han establecido bases de datos nacionales para seguir a los graduados. Sin embargo, gran parte de los esfuerzos de seguimiento actuales se realizan por las propias escuelas o por terceros, como los financiadores de programas. El seguimiento de los graduados también puede mejorar los programas de educación y capacitación aprendiendo de las cuestiones que influyeron en la elección de la carrera y la localización de sus graduados. Las escuelas utilizan diversos medios para mantenerse en contacto con los graduados, realizar investigaciones para identificar los factores importantes que afectan sus elecciones y establecer sistemas y procesos para rastrear las intenciones desde sus inicios en la educación profesional de la salud hasta varios años después de graduados.

Impacto social

Para asegurar que los programas y las escuelas estén abordando las nuevas necesidades en la sociedad, las regiones y las comunidades a las que sirven, las escuelas deben evaluar el resultado de sus efectos periódicamente, así como el impacto que tienen como instituciones educativas y de investigación en los graduados y su práctica, y en última instancia, en las políticas, la práctica y el desempeño del sistema de salud y la salud en las comunidades a las que sirven. Evaluar el efecto de las estrategias educativas en los sistemas de salud y la salud de la población es claramente un reto, ya que está influenciada por una multitud de factores y condiciones complejas, interconectadas y dinámicas, muchas de las cuales no están dentro del control de la Institución educativa. En consecuencia, los investigadores deben aplicar diversas metodologías para generar evidencia para la atribución, la contribución y la responsabilidad social.³ Las escuelas que buscan mayor responsabilidad e impacto están comenzando a evaluar el impacto. Se presentaron evidencias emergentes en la publicación 2017 de la Organización

³ Palsdottir, B. (2010) “Institutional Development for Africa —Towards Greater Accountability for Results” in Return on Investment: The Long-Term Impact of Building Health Care Capacity in Africa. 2010 pp 43-50. Washington, DC: Accordia Global Health Foundation

Mundial de la salud *Empleo de la salud y crecimiento económico: una base de evidencia* y otras publicaciones a las que se hace referencia (4,13,32).

Otras consideraciones

Existe un creciente interés en ampliar el alcance de la responsabilidad social para incluir el concepto de responsabilidad medioambiental (33). Los criterios de AMEE Aspire 2018 en RS incluyen desde ahora la obligación de las escuelas médicas de asegurar que desarrollen y promuevan activamente soluciones ambientalmente sustentables para atender las preocupaciones de salud de la comunidad, la región y la nación a la que sirven. Mientras que la mayoría de la literatura de responsabilidad social se centra en los estudiantes de medicina (MD), el impacto de la educación médica de posgrado desempeña un papel vital en la producción, despliegue e impacto de la fuerza de trabajo médica. El papel de las escuelas de medicina en la prestación de educación médica de posgrado varía estructuralmente en todo el mundo, escapando al campo la herramienta ISAT que ha sido diseñada para centrarse en el papel de las escuelas de medicina.

The ISAT Tool

Herramienta y Guía de Autoevaluación

Esta guía está desarrollada para ser utilizada por instituciones (p. ej., instituciones educativas de profesiones de la salud) para completar la Herramienta de autoevaluación de responsabilidad social de ISAT. Consulte la explicación y los criterios de esta guía cuando presente y complete cada elemento de la herramienta de evaluación para garantizar una autoevaluación precisa de las funciones de responsabilidad social de su institución.

La herramienta de autoevaluación de responsabilidad social de ISAT consta de 4 secciones que se describen a continuación. Cada sección incorpora una serie de dominios que deben completarse. Se espera que las instituciones completen todos los puntos de las secciones 1 a 3 y la descripción de la sección 4. TUFH y la institución completarán el sistema de puntos de la sección 4 durante un proceso de entrevista.

Sección 1 (Identidad, contacto y detalles demográficos)

Sección 2 (Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social)

Sección 3 (Participación de las partes interesadas)

Sección 4 (Fases de mejora hacia la responsabilidad social)

Tras la selección de la fase apropiada dentro de cada dominio, la institución deberá incluir una descripción narrativa que respalde su selección y cargue cualquier documento relativo que respalde la selección.

Una vez completada la línea de base para cada dominio, se le pedirá a la institución que articule un plan de acción para pasar a la siguiente fase que incluya la participación de las partes interesadas clave (partes interesadas internas, profesionales de la salud, representantes de la comunidad, organizaciones de atención de la salud y el gobierno) en el desarrollo e implementación del plan de acción institucional.

El propósito de esta Herramienta de autoevaluación es servir como referencia para una institución. Una vez que se establece una línea de base, la institución puede desarrollar un plan de acción para pasar de la Fase I a la Fase IV durante un período de tiempo.

SECCIÓN 1. IDENTIDAD, CONTACTO Y DETALLES DEMOGRÁFICOS

Esta sección está destinada a recopilar datos sobre la identidad de la institución, el liderazgo, los datos de contacto y los datos demográficos relevantes para la herramienta ISAT.

No.	Identidad y Detalles Demográficos	Descripción
1.1	Nombre de la Institución	El nombre de la institución a la que se pretende hacer referencia en el Informe ISAT.
1.2	Liderazgo Escolar	El nombre del liderazgo de la institución (p. ej., rector, vicerrector, decano, director, director ejecutivo, etc.)
1.3	Contacto principal	El nombre de la persona a cargo de liderar la evaluación e implementación de ISAT en la institución. Esta persona será el principal recurso de TUFH cuando se comunique con la institución relacionada con ISAT.
1.4	Correo electrónico correspondiente	Las comunicaciones, notificaciones y correspondencias serán dirigidas a esta dirección de correo electrónico.
1.5	Fecha	Fecha de finalización de la herramienta ISAT por institución (se registrará automáticamente mediante la aplicación electrónica)
1.6	Delegados de Facultad	Lista de 5 delegados de la facultad incluidos en el proceso de solicitud que alinea el proceso con los principios de responsabilidad social, incluido su correo electrónico, incluido en el proceso de solicitud. Los delegados deben ser muestras de diversa antigüedad, departamento/división, género, etc.
1.7	Delegados estudiantiles	Enumere 5 estudiantes delegados, incluidos en el proceso de solicitud que alinea el proceso con los principios de responsabilidad social, incluido su correo electrónico, incluido en el proceso de solicitud. Los delegados deben ser muestras de diversa antigüedad (año/lote de estudio), programa de estudio, género, etc.

SECCIÓN 2. FASES DE DESARROLLO HACIA LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

Esta sección consta de 11 artículos en 6 dominios. Todos los elementos deben completarse. Usando los hitos de desarrollo más apropiados/realistas proporcionados en los criterios a continuación, indique dónde se encuentra su institución entre la Fase 1 y la Fase 4. Proporcione explicaciones narrativas-cualitativas para cada categoría para respaldar su elección. Puede cargar evidencia de respaldo (es decir, documentos, página web, imágenes, trabajos publicados, etc.) para justificar y elaborar más su elección.

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social				
Componentes principales	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
1. ESTUDIANTES				
1.1 Reclutamiento, selección y apoyo al estudiante	<p>Los criterios de selección de los estudiantes se centran mayormente en el rendimiento académico o la escuela no tiene autoridad para cambiar los criterios de selección.</p> <p>No se hace hincapié en apoyar a los estudiantes pertenecientes a áreas subatendidas o subrepresentadas.</p>	<p>Hitos</p> <p>La escuela está revisando los criterios de selección de los estudiantes para intentar lograr una escuela más diversa, equánime y satisfacer las necesidades locales del personal sanitario; Estos criterios aún no se están aplicando.</p>	<p>Hitos</p> <p>La escuela cuenta con criterios de selección integrados para mejorar la diversidad y equidad, y atender las necesidades de la fuerza laboral. La escuela también define el tipo de Criterios de selección relacionados con la diversidad que se incorporarán en su proceso de selección.</p> <p>La escuela recluta activamente estudiantes de áreas subatendidas o subrepresentadas.</p> <p>La escuela ofrece medios de apoyo a estudiantes de áreas subatendidas o subrepresentadas.</p> <p>Indicadores</p> <p>1. Los criterios de selección tienen como objetivo atraer a los estudiantes que representan la</p>	<p>Estándar</p> <p>El alumnado refleja las características sociodemográficas y otras de las comunidades y regiones a las que sirve la escuela, incluidas las poblaciones subatendidas y las que probablemente estén dispuestas a servir a esas poblaciones y regiones.</p> <p>Indicadores</p> <p>1. éxito de los programas de extensión/orientación para escuelas en comunidades desatendidas que incluyen estudiantes de esas comunidades y el seguimiento de los resultados de los participantes.</p> <p>2. Procesos de admisión y apoyo educativo para estudiantes de poblaciones marginadas de forma explícita y dirigida que pueden requerir apoyo adicional para su buen desempeño.</p> <p>3. Los comités de admisión tienen diversidad y participación comunitaria a todos los niveles.</p> <p>4. Equivalencia en las proporciones estadísticas de deserción, progreso y finalización de los estudiantes de poblaciones marginadas en comparación con todos los estudiantes.</p>

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social

			<p>diversidad socioeconómica, geográfica, étnica, lingüística y cultural de la región a la que sirve la escuela.</p> <p>2. Velar por el derecho al acceso a la educación profesional de salud para grupos marginados.</p> <p>1. Los comités de admisión tienen diversidad en su constitución.</p>	<p>5. La escuela cuenta con un programa integral de apoyo/asesoramiento/remediación</p> <p>6. la escuela tiene un programa dedicado a otorgar becas para estudiantes de comunidades marginadas</p>
--	--	--	---	--

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social				
Componentes principales	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
2. PROFESORADO				
2.1 Reclutamiento de profesores	La escuela recluta profesores en función de la acreditación académica y clínica “convencional” y la mayoría de los profesores clínicos	Hitos La escuela tiene una estrategia para reclutar a los profesores con las competencias necesarias para abordar los sistemas de salud y necesidades de la	Hitos La escuela enfatiza la contratación de profesores que posean competencias para abordar las necesidades del sistema de salud y la comunidad y refleja la diversidad de las comunidades a las que sirve,	Estándares La escuela emplea y promueve un profesorado que posea las competencias necesarias para abordar el sistema de salud y las necesidades de la comunidad y aquellos que reflejan la diversidad de las comunidades a las que sirve e incorpora los principios de responsabilidad social en su enseñanza. La escuela emplea, entrena y apoya a los miembros de la comunidad y a los profesionales comunitarios como pacientes

	enseñan en hospitales.	comunidad, además de impartir el currículum básico.	<p>además de impartir el currículum básico.</p> <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La escuela cuenta con una mezcla de especialistas de atención primaria, especialistas clínicos, subespecialistas, especialistas en ciencias básicas y ciencias sociales alineadas con las necesidades. 2. los procesos de selección y promoción de profesores apuntan a lograr la diversidad entre los profesionales en relación a antecedentes profesionales, culturales, sociales y comunitarios. 	<p>estandarizados y educadores de tal manera que fortalezca los servicios de salud locales.</p> <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. proporción de docentes que reflejan la paridad de género y la diversidad de las comunidades a las que sirve la universidad. 2. capacitación, uso y reconocimiento de los profesionales comunitarios y miembros del equipo de atención de la salud en las comunidades marginadas y en toda la región como profesores. 3. proporción de miembros de la comunidad y profesionales que son miembros de la Facultad y profesores adjuntos que están comprometidos con la escuela en la formación de profesionales de la salud. 4. proporción de docentes con competencias de responsabilidad social para atender las necesidades del sistema de salud y de la comunidad. 5. proporción de docentes que participan en actividades de docencia e investigación relacionadas con las necesidades de salud de la comunidad. 6. las escuelas valoran la educación y el servicio de participación comunitaria en el avance profesional.
--	------------------------	---	---	--

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social				
Componentes principales	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
2. PROFESORADO				
2.2 Desarrollo Docente (Nota: miembros de la facultad = todos los miembros del equipo de atención médica).	La escuela no tiene un programa de desarrollo docente y, si lo hay, se limita a enfoques pedagógicos y temas curriculares convencionales.	Hitos La escuela tiene un programa de desarrollo de la facultad que valora las estrategias de aprendizaje activas y centradas en el estudiante, pero en general promueve los enfoques convencionales.	Hitos 1. La escuela tiene un programa de desarrollo docente que incluye un enfoque en temas relacionados con las necesidades de la comunidad (por ejemplo, determinantes sociales de la salud, movilización comunitaria, etc.), así como principios de aprendizaje activo y centrado en el estudiante, evaluación de los estudiantes, aprendizaje basado en el lugar de trabajo y aprendizaje basado en la comunidad. Indicadores	Estándar La escuela evalúa el desempeño de la facultad y el compromiso de la comunidad; y proporciona programas de desarrollo docente alineados con los objetivos de la educación profesional de la salud socialmente responsable, incluido el aprendizaje activo, centrado en el estudiante y basado en la comunidad. Indicadores <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporción de profesores que completaron la capacitación en habilidades clínicas relevante para las necesidades de atención médica prioritarias identificadas. 2. Proporción de profesores que completaron el desarrollo profesional en la participación comunitaria efectiva. 3. Proporción de profesores que participan en educación, investigación y servicios alineados con la responsabilidad social. 4. Proporción de miembros de la facultad del personal sanitario de salud local (incluidos los profesionales y miembros de la comunidad) que han completado cursos

			<p>1. Los programas de evaluación y desarrollo docente están diseñados para actualizar y fortalecer la enseñanza y las competencias relevantes para las necesidades de salud prioritarias identificadas.</p> <p>2. Los educadores emprenden la capacitación y el desarrollo de habilidades interculturales/humildad cultural.</p>	<p>sobre metodologías de enseñanza, incluida la educación interprofesional y el servicio comunitario.</p> <p>5. Los profesores, especialmente los de grupos desatendidos, reciben desarrollo personalizado y mejoras profesionales.</p> <p>6. La escuela tiene un programa para premiar la calidad de la enseñanza y la participación comunitaria.</p>
--	--	--	---	--

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social				
Componentes principales	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 3</i>	<i>Fase 4</i>
3. Programa educativo				

<p>3.1 Contenido Curricular</p>	<p>Los programas se orientan hacia las especialidades y se centran en el manejo de enfermedades y la salud individual.</p>	<p>Hitos El programa tradicional incorpora elementos de salud pública y temas relacionados con las necesidades de la comunidad.</p>	<p>Hitos El contenido curricular refleja las necesidades prioritarias de salud, culturales y sociales de las poblaciones en el área geográfica que la escuela atiende. El currículo está basado en competencias e incluye contenido relacionado con el trabajo en equipos inter-profesionales.</p> <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> Las competencias requeridas se definen basándose en las necesidades de salud de las poblaciones y regiones a las que sirve la escuela. Proporción del currículum asignado al aprendizaje sobre la necesidad prioritaria de salud de la comunidad tradicionalmente no es parte de un currículum médico. 	<p>Estándar</p> <ol style="list-style-type: none"> El diseño del currículo, el contenido, la entrega, la apreciación y la evaluación reflejan las competencias esperadas de los graduados relacionados con la equidad de salud y la responsabilidad social. La orientación profesional se identifica a través de la evaluación de las necesidades de la zona geográfica y en las comunidades desatendidas, la escuela ofrece servicios en colaboración con las partes interesadas. Integra los principios de la atención primaria de la salud, la ciencia básica y clínica con la salud de la población y los determinantes sociales de la salud. <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> la escuela identifica las competencias de los graduados que se basan en las necesidades prioritarias de salud, culturales y sociales del área geográfica que atiende la escuela y el sistema y los servicios de salud en colaboración con los actores interesados de la comunidad. existe una fuerte alineación a lo largo de toda la duración del programa entre el contenido curricular y las conclusiones de la evaluación de necesidades y las competencias de posgrado deseadas. la evaluación estudiantil se centra en las competencias que mejor preparan a los estudiantes para satisfacer las necesidades de salud de las comunidades, con énfasis en la atención primaria de salud y el profesionalismo. el currículum es revisado regularmente por todas las partes interesadas para asegurar su calidad y que satisfaga las necesidades de la comunidad.
--	--	--	---	--

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social				
Componentes principales	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
3.2 Currículum: métodos de aprendizaje	Métodos de aprendizaje centrados en el profesor con pocas iniciativas en el aprendizaje activo (es decir, enseñanza basada en el aprendizaje (EBA), conferencias interactivas).	Hitos Los métodos de aprendizaje están centrados en el estudiante e incluyen el aprendizaje activo, pero sobre todo implementado en las aulas.	Hitos Los métodos de aprendizaje integran el aprendizaje activo y centrado en el estudiante con el aprendizaje de servicios basados en la comunidad. Indicadores 1. Los métodos de aprendizaje incluyen la resolución de problemas para atender las necesidades prioritarias en las comunidades que atiende la escuela. 2. La escuela ofrece aprendizaje interprofesional en contextos de atención primaria y los estudiantes participan activamente en equipos de atención primaria.	Estándares La escuela ofrece un currículum integrado de aprendizaje centrado en el estudiante, con programas educativos ubicados en comunidades integradas con equipos de trabajo de salud y con una visión clara de los determinantes sociales de la salud, así como el aprendizaje inter-profesional. Indicadores 1. Las metodologías de enseñanza son relevantes y apropiadas para las necesidades y el contexto del alumno. 2. La satisfacción del alumno con la metodología de aprendizaje se revisa regularmente. 3. Qué proporción del currículum se destina a la educación de los equipos inter-profesionales 4. Evaluación continua que incluye el seguimiento de la adquisición de competencias de SA.
3.3 Currículum: Tipos y entornos de las experiencias educativas (educación basada en la comunidad)	El aprendizaje se lleva a cabo principalmente en aulas y entornos hospitalarios con poco o ningún tiempo invertido en entornos comunitarios y de atención primaria.	Hitos El currículum incluye la colocación requerida en la atención primaria y en los sitios comunitarios, mientras que la mayoría del aprendizaje clínico se lleva a cabo en entornos hospitalarios.	Hitos Existe un equilibrio adecuado en la formación clínica entre el aula, la comunidad, centros de atención primaria y ambulatoria y los hospitales. Indicadores 1. El currículum asegura que los estudiantes logren una combinación adecuada de experiencias obligatorias de comunidad, atención primaria y hospital. 2. Proporción del tiempo empleado por el estudiante en la colocación de atención primaria y comunitaria. 3. El currículum proporciona una diversidad de experiencias en entornos en los que los estudiantes aprenden y abordan los determinantes sociales de la salud.	Estándares Los estudiantes son ubicados en entornos comunitarios, centros de atención primaria y hospitalarios, incluyendo comunidades marginadas, con la oportunidad de una experiencia amplia e inmersiva durante los últimos años, cuando la mayoría del aprendizaje clínico tiene lugar. Indicadores: 1. Proporción del tiempo que el estudiante dedica a la atención primaria, la comunidad y las áreas subatendidas cada año. 2. Proporción de estudiantes que eligen carreras de atención primaria, comunidad y entornos subatendidos. 3. Actores involucrados en la creación y evaluación de plazas comunitarias para estudiantes. 4. Proporciona una exposición adecuada de los alumnos a las necesidades prioritarias de salud mientras aprenden en contexto.

			4. Procesos de aseguramiento de calidad incluyendo supervisión y proceso claro para la selección del entorno	5. Las escuelas y sus actores involucrados evalúan longitudinalmente la experiencia en la comunidad. 6. Los resultados de la evaluación son equivalentes en los distintos espacios de prácticas.
--	--	--	--	---

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social				
Componentes principales	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
4. Investigación				
4.1 Investigación basada en la Comunidad.	Investigación limitada o no centrada en las cuestiones prioritarias de las comunidades a las que sirve la escuela.	Hitos Un número de profesores individuales, que por iniciativa propia, realizan investigaciones que son relevantes para la equidad de salud, salud de la comunidad y necesidades de la fuerza laboral.	Hitos La Escuela tiene un programa específico de investigación basado en la comunidad apoyado principalmente por miembros de la facultad con participación irregular de estudiantes, trabajadores de salud y miembros de la comunidad Indicadores 1. Proporción de proyectos de investigación que tienen un componente traslacional que es	Estándares La escuela cuenta con un programa de investigación integrado basado en la responsabilidad social, con la participación de estudiantes, profesores, trabajadores de la salud y miembros de la comunidad. La Escuela tiene un Programa de investigación integrado en todos los departamentos educativos que se centra en la equidad de salud, paridad de género y las necesidades de salud comunitaria. Indicadores 1. Resultados de la investigación presentados regularmente a la comunidad, con impacto demostrable en la salud local.

			relevante para las comunidades a las que sirven.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Proporción de proyectos de investigación comunitarios que involucran a miembros de la comunidad y a otras partes interesadas. 3. Impacto demostrado de investigación sobre los servicios de salud, política y práctica
--	--	--	--	--

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social

Componentes principales	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
5. Gobernanza				
5.1 Gobernanza	<p>Ningún perfil de responsabilidad social en la visión, misión y valores de la escuela.</p> <p>Toma de decisiones a través de consejos representados únicamente por los profesores.</p>	<p>Hitos</p> <p>La contemplación de un perfil de responsabilidad social en la visión, misión y valores de la escuela está en marcha.</p> <p>Consejos escolares representados por los docentes y los estudiantes.</p>	<p>Hitos</p> <p>1. El perfil de responsabilidad social en el plan estratégico, misión, visión y valores de la escuela.</p> <p>2. Toma de decisiones a través de asociaciones y consejos que representan a las partes interesadas internas y externas, incluyendo las comunidades.</p>	<p>Estándares</p> <p>Un mandato de responsabilidad social en la visión, misión y valores de la escuela que está completamente definido, con mediciones y puntos de referencia, y que se esté implementando.</p> <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las decisiones importantes de la escuela reflejan el aporte de los actores clave, incluyendo educadores, líderes, estudiantes y comunidades. 2. Evidencia de que la educación, la investigación y el servicio son diseñados, implementados y consensuados por partes interesadas externas.

5.2 Colaboración y participación de las partes interesadas	Las decisiones son tomadas por las autoridades universitarias y/o de la facultad sin tener en cuenta la responsabilidad social o la participación de las partes interesadas, incluidos los socios comunitarios.	Hitos Las decisiones son tomadas por las autoridades universitarias y/o de la facultad con un respeto limitado a la responsabilidad social o la participación formal de los interesados.	Hitos Las decisiones se toman a través de consultas con participación formal de las partes interesadas en algunos, pero no en todos los comités y procesos. Indicadores 1. Las decisiones se toman con insumos de actores específicos con influencia diversa. 2. La escuela tiene la política y los procesos en marcha para buscar y consultar con las partes interesadas en la toma de decisiones.	Estándares La escuela se asocia activamente con los estudiantes, docentes, los actores involucrados del sector de la salud, los responsables políticos y las comunidades para diseñar, administrar y evaluar la educación, y las actividades de investigación que abordan las necesidades prioritarias de salud y sociales de las comunidades que la escuela sirve. Indicadores 1. Las decisiones que afectan el perfil de responsabilidad social de la escuela reflejan consistentemente el aporte de los actores clave, incluyendo educadores, líderes, estudiantes, proveedores de servicios, pacientes y comunidades 2. Pruebas de que las partes interesadas externas de la comunidad participan activamente en el diseño, la implementación y la evaluación de la educación, la investigación y el servicio. 3. Proporción de proyectos y convenios que involucren a comunidades y proveedores de servicios de salud.
---	---	--	---	--

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social				
Componentes principales	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 3</i>	<i>Fase 4</i>
Resultados escolares e impacto social				

6. 1 Resultados escolares	La escuela no rastrea a sus graduados.	Hitos La escuela está desarrollando sistemas y procesos para rastrear la ubicación y la práctica de sus egresados.	Hitos La escuela sigue a sus graduados y está comenzando a medir su influencia en la ubicación y práctica de los graduados. Indicators 1. Elección de posgrados y la ubicación de su práctica. 2. Investigación sobre los factores educativos que influyen en la ubicación y las opciones profesionales.	Estandares Un número apropiado de los graduados de la escuela trabajan donde se necesitan en la región geográfica en la que la escuela sirve. Indicadores 1. Existe un sistema de seguimiento continuo de los graduados de la escuela y de la relevancia de su formación con su práctica. 2. La escuela utiliza la retroalimentación de sus graduados para ajustar sus programas como parte de la mejora continua de la calidad. 3. Las opciones de práctica de los graduados reflejan las necesidades de la región a la que la escuela sirve para la atención primaria y especialidades. 4. La ubicación de los graduados refleja estrechamente la distribución geográfica de las necesidades de salud en las comunidades y regiones en las que la escuela y sus egresados sirven. 5. La escuela trabaja estrechamente con programas de formación vocacional de posgrado/residencia para desarrollar el aprendizaje continuo. 6. Proporción de graduados que practican en áreas de alta necesidad y orientaciones profesionales como atención primaria.
----------------------------------	--	--	--	--

Fases de desarrollo hacia la responsabilidad social				
Componentes principales	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 3</i>	<i>Fase 4</i>
SCHOOL OUTCOMES AND SOCIETAL				

<p>6.2 Impacto social</p>	<p>La escuela no mide el impacto que tiene en la región a la que sirve.</p>	<p>Hitos La escuela está desarrollando una medición sistemática de su impacto social.</p>	<p>Hitos La escuela implementa investigaciones para medir sistemáticamente su impacto social</p> <p>Indicadores 1. Los docentes implementan investigaciones para evaluar el impacto de la implementación de estrategias de responsabilidad social en la región geográfica de influencia.</p>	<p>Estándares La educación de la escuela, la investigación, sus graduados, el servicio de salud y las alianzas tienen un impacto positivo en el cuidado de la salud, la equidad de salud y salud de las comunidades/regiones que la escuela y sus graduados sirven.</p> <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medición sistemática del impacto de la escuela. 2. Los egresados contribuyen a mejorar la calidad y equidad del acceso a la salud en las comunidades a las que sirven. 3. Los programas educativos de la escuela forman parte de sistema de salud regional. 4. La escuela se vincula a través de convenios con organizaciones, municipios y comunidades en busca de favorecer el acceso a la salud de poblaciones subatendidas 5. La escuela y sus graduados se dedican activamente a mejorar los sistemas de salud, en defensa de las poblaciones marginadas y el aumento de la equidad sanitaria. 6. Los resultados de las investigaciones informan las políticas y prácticas para mejorar la salud y la atención médica en la región a la que sirve la escuela.
----------------------------------	---	--	--	---

SECCIÓN 3. PARTICIPACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

Esta sección consta de 5 artículos. Todos los elementos deben completarse. Esta sección tiene como objetivo comprender en qué medida las instituciones involucran a las partes interesadas en la planificación de avances, políticas y decisiones. Usando las descripciones de desarrollo más apropiadas/realistas proporcionadas en los criterios a continuación, indique dónde se encuentra su institución entre la Fase 1 y la Fase 4:

Fases	Partes interesadas involucradas
Fase 1	Participación de las partes interesadas internas (es decir, miembros de la facultad y estudiantes) en la realización de planes de acción y autoevaluación para avanzar a la siguiente etapa.
Fase 2	Participación de las partes interesadas internas y los profesionales de la salud y los representantes de la comunidad en la realización de la autoevaluación y los planes de acción para avanzar a la siguiente etapa.
Fase 3	Participación de las partes interesadas internas, los profesionales de la salud, los representantes de la comunidad y las organizaciones de atención de la salud en la realización de la autoevaluación y los planes de acción para avanzar a la siguiente etapa.
Fase 4	Participación de las partes interesadas internas, los profesionales de la salud, los representantes de la comunidad, las organizaciones de atención de la salud y el gobierno en la realización de la autoevaluación y los planes de acción para avanzar a la siguiente etapa.

SECCIÓN 4. FASES DE MEJORA HACIA LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

Esta sección consta de 11 artículos en 6 dominios. Todos los elementos deben completarse. Usando los hitos de desarrollo proporcionados en los criterios a continuación, indique el plan de acción de su institución para pasar a la siguiente fase. Articule el plan para involucrar a las partes interesadas, incluidas las partes interesadas internas, los profesionales de la salud, los representantes de la comunidad, las organizaciones de atención médica y el gobierno. Puede cargar una evidencia de respaldo (es decir, documentos, página web, imágenes, trabajos publicados, etc.) para justificar y elaborar más sus planes de acción.

Fases	Partes interesadas involucradas
Fase 1	El plan es concreto y realista para llevar a la institución a la siguiente fase en 2 o 3 años e involucra a las partes interesadas internas (es decir, miembros de la facultad y estudiantes) en la realización de planes de acción y autoevaluación para avanzar a la siguiente etapa.
Fase 2	El plan es concreto y realista para llevar a la institución a la siguiente fase en 1 o 2 años e involucra a las partes interesadas internas, los profesionales de la salud y los representantes de la comunidad en la realización de la autoevaluación y los planes de acción para avanzar a la siguiente etapa.
Fase 3	El plan es concreto y realista para llevar a la institución a la siguiente fase en 1 o 2 años e involucra a las partes interesadas internas, los profesionales de la salud, los representantes de la comunidad y las organizaciones de atención médica en la realización de la autoevaluación y los planes de acción para avanzar a la siguiente etapa.
Fase 4	El plan es concreto y realista para pasar a la institución a la siguiente fase en 6 meses a 1 año e involucra a las partes interesadas internas, profesionales de la salud, representantes de la comunidad, organizaciones de atención médica y el gobierno en la realización de planes de acción y autoevaluación para avanzar a la próxima etapa.

Appendices

Co-developers of the tool

Dr. André-Jacques Neusy, Senior Director, THEnet: Training for Health Equity Network

Dr. Björg Pálsdóttir, Chief Executive Officer, THEnet: Training for Health Equity Network

Dr. Tomlin Paul

Ms. Katie Qutub

Prof. James Rourke, Chair (2013-2018) AMEE ASPIRE-to-Excellence Panel on Social Accountability, Dean of Medicine (2004-2016) Memorial University of Newfoundland, Canada

Dr. Sarita Verma

Dr. Erica Wheeler

Dr. Sonal Batra

Dr. Mourad Belaciano

Dr. Larisa Carrera

Dr. Jean-Jaques Frere

Marcela Lic. Groppo

Dr. Troy Jacobs

Dr. Louise O'Meara

Dr. Noora Alhajri

Dr. Fernando Menezes

Dr. Jose Francisco Garcia

Ms. Karen Gladbach

Dr. Ruy Silveira de Souza

Glosario

Estándar: La descripción de la aspiración a la excelencia en responsabilidad social en referencia a un elemento particular de la educación médica.

Indicador: Es una medida, cuantitativa o cualitativa, del progreso de una escuela hacia la responsabilidad social. Un indicador mide el progreso hacia el estándar.

Hito: Describe una etapa significativa en el progreso de un programa hacia la responsabilidad social.

Educación médica convencional: En este documento el término se refiere a la educación médica que tiende a ser orientada a la disciplina y didáctica. El curriculum tiende a centrarse en la atención médica, con el aprendizaje clínico que se lleva a cabo principalmente en los entornos de atención terciaria. El contenido no está alineado sistemáticamente con las necesidades cambiantes y la educación tiende a estar centrada en el maestro más que en el aprendiz, con oportunidades limitadas para el aprendizaje auto-dirigido y de servicio.

Calidad: El grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales actuales. Estos servicios de salud deben ser prestados de manera tal que satisfagan de forma óptima tanto las normas profesionales como las expectativas de la comunidad.

Equidad: El estado en el que las oportunidades de beneficios para la salud están disponibles para todos. La salud es un producto social y un derecho humano. La equidad en salud (que es la ausencia de desigualdad sistémica entre los grupos de población) y los determinantes sociales de la salud deben ser considerados en todos los aspectos de la educación, la investigación y las actividades de servicio. Esto incorpora los principios de la justicia social, o aborda la distribución desigual de los recursos, y el acceso universal a la educación.

Relevancia: El grado en que se abordan primero los problemas más importantes y relevantes localmente. Esto incorpora el valor de la respuesta a las necesidades de la comunidad. Además, incorpora los principios de sensibilidad cultural y competencia. La competencia cultural se define como el proceso de eliminación de las barreras a una comunicación efectiva y abierta al servicio de un paciente.

Profesionalismo: Se entiende como el conjunto de conocimientos, habilidades, principios y valores que apoyan una práctica ideal de la medicina en el marco de los más altos estándares de calidad científica, ética y humanitaria y el conocimiento de las necesidades sociales.

Eficiencia/Costo-eficiencia: Esto implica producir el mayor impacto en la salud con los recursos disponibles destinados a atender las necesidades prioritarias de salud e incorpora el principio de rentabilidad.

Educación interprofesional: Según la OMS/OPS, la educación interprofesional se produce cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden entre sí para permitir una colaboración eficaz y mejorar los resultados de salud.

Aprendizaje de servicio: Es "una forma de educación basada en la experiencia en la que [los alumnos] participan en actividades que abordan las necesidades humanas y comunitarias, con oportunidades estructuradas de reflexión diseñadas para alcanzar los resultados de aprendizaje deseados."⁴

Partes interesadas: las partes interesadas en la educación del personal sanitario son todos aquellos que tienen algún interés en el éxito de una estrategia, programa o escuela. Pueden ser individuos u organizaciones a los que el éxito o fracaso del esfuerzo les impacta directa o indirectamente. Las partes interesadas Incluyen estudiantes, funcionarios del gobierno, miembros de la comunidad, proveedores de servicios, administradores y profesores.

References

1. Pálsdóttir B, Barry J, Bruno A, Barr H, Clithero A, Cobb N, et al. Training for impact: the socio-economic impact of a fit for purpose health workforce on communities. *Human Resources for Health BMC* 2016, 14 (1). Available from <http://doi.org/10.1186/s12960-016-0143-6>
2. World Health Organization; World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: WHO; 2015. Available from http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S., Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, et al. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011. Available from https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
4. Pálsdóttir B, Cobb N, Fisher J, Gilbert JHV, Middleton L., Reeve C, et al. Enabling universal coverage and empowering communities through socially accountable health workforce education. In: Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva: World Health Organization; 2017: Chapter 13, 307-341. Available from http://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf
5. Püschel K, Riquelme A, Moore P, Rojas V, Perry A, Sapag JC. What makes a medical school socially accountable in Latin America? A report from a Latin American panel based on a qualitative approach. *Medical Teacher* 2017;39(4):415-421. Available from DOI: [10.1080/0142159X.2017.1296119](https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1296119)
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58. Available from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
7. World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 [Internet]. 69th World Health Assembly; Geneva: WHO; 20-28 May 2016.

⁴ Jacoby B (1996) aprendizaje de servicio en la educación superior: conceptos y prácticas. Jossey-Bass. 1ª edición.

- (Resolution WHA69.19). [Cited 2018 Jun 6] Available from: http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1
8. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth: investing in the health workforce [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 July 8]. Available from: http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/en_comheegfinalreport.pdf
 9. World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization Guidelines 2013. Geneva: WHO; 2013. (Cited 2018, Jun 29] Available from <http://whoeducationguidelines.org/>
 10. Plan Of Action On Human Resources For Universal Access To Health And Universal Health Coverage 2018-2023. 162nd Session of the Executive Committee, Washington, D.C. 2018 June 18-22. ([Resolution CE162/16](#)) Available from <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49213>
 11. Boelen C, Heck JE & World Health Organization, Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995 [cited 2018 Jul 8] Available from <http://www.who.int/iris/handle/10665/59441>
 12. Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools. CACMS Standards and Elements Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. Ottawa: 2017; CACMS. Available from https://cacms-cafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS_Standards_and_Elements_-_AY_2018-19.pdf
 13. Woolley T, Halili SD, Siega-Sur JL., Cristobal, FL., Reeve C, Ross SJ, et al. [Socially accountable medical education strengthens community health services](#). *Medical Education* 2017; 52(4): 391-403. Available from <https://doi.org/10.1111/medu.13489>
 14. Siega-Sur JL., Woolley T, Ross S J, Reeve C & Neusy AJ. The impact of socially-accountable, community-engaged medical education on graduates in the Central Philippines: Implications for the global rural medical workforce. *Medical Teacher* 2017; 39(10): 1084-10911. Available from <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1354126>
 15. Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L., Halili S, Cristobal F, Siega-Sur JL et al. [The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature](#). *Medical Teacher* 2017; 39(1): 67-73 . Available from <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1231914>
 16. Boelen C, Woollard R. Social accountability and accreditation: A new frontier for educational institutions. *Medical Education* 2009;43(9):887–894. Available from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x>
 17. Ross S, Preston R, Lindemann I, Matte M, Samson R, Tandinco F. et al. The training for health equity network evaluation framework: A pilot study at five health professional schools. *Education for Health* 2014;27(2):116. Available from <https://doi.org/10.4103/1357-6283.143727>
 18. Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandinco FD, et al. on behalf of the Training for Health. Measuring social accountability in health professional education: Development and international pilot testing of an evaluation framework.

- Medical Teacher* 2013; 35(1):32–45. Available from <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.731106>
19. Palsdottir B. "Institutional Development for Africa —Towards Greater Accountability for Results" in *Return on Investment: The Long-Term Impact of Building Health Care Capacity in Africa*. 2010; pp 43-50. Washington, DC: Accordia Global Health Foundation
 20. Winn CS, Chisholm BA, Hummelbrunner JA, Tryssenaar J, Kandler LS. Impact of the Northern Studies Stream and Rehabilitation Studies programs on recruitment and retention to rural and remote practice: 2002–2010. *Rural and Remote Health* 2015;15(3126) Available from PMID:26163882.
 21. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf
 22. Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural and Remote Health* 2016;16(4033). Available from http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_4033.pdf,
 23. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practicing in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;6:CD005314. Available from doi:10.1002/14651858.CD005314.pub3.
 24. Larkins S, Michielsen K, Iputo J, Willems S, Cristobal FL, Samson R, et al. Impact of selection strategies on representation of underserved populations and intention to practise: international findings. *Medical Education* 2015;49:60–72. Available from doi:10.1111/medu.12518
 25. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.
 26. Kenneth M. The international challenges to medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 2003: 114. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2194491/pdf/tacca00002-0301.pdf>
 27. Worley P, Couper I, Strasser R, Graves L, Cummings B-A, Woodman R, Stagg P, Hirsh D on behalf of the CLIC Research Collaborative. A typology of longitudinal integrated clerkships. *Medical Education* 2016; 50(9): 922-932. Available from DOI: 10.1111/medu.13084
 28. Strasser R, Hirsh D. Longitudinal integrated clerkships: transforming medical education worldwide? *Medical Education* 2011; 45: 436–437
 29. Rourke J. Social Accountability: A Framework for Medical Schools to Improve the Health of the Populations They Serve *Acad Med*. 2018 Aug;93(8):1120-1124. Available from <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201808000-00019>
 30. Talib Z, Palsdottir B, Briggs M, Clithero A, Miniclier Cobb N, Marjadi B, et al. Defining community-engaged health professional education : a step toward building the evidence. *NAM Perspectives* 2017. Available from <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Defining-Community-Engaged-Health-Professional-Education-A-Step-Toward-Building-the-Evidence.pdf>

31. Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, et al. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109, *Medical Teacher* 2016; 38(11):1078-1091. Available from DOI:10.1080/0142159X.2016.1219029
32. Woolley T, Cristobal F, Siega-Sur JJ, Ross S, Neusy A, Halili SD, Reeve C. Positive implications from socially accountable, community-engaged medical education across two Philippines regions . *Rural and Remote Health* 2018; 18: 4264. Available from <https://www.rrh.org.au/journal/article/4264>
33. Pearson D, Walpole S, Barna S. Challenges to professionalism: Social accountability and global environmental change. *Med Teach*. 2015;37:9,825–830
34. Jacoby B (1996) *Service learning in higher education: Concepts and practices*. Jossey-Bass. 1st edition.