



AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

La responsabilidad social de las facultades de Medicina. Una exigencia inaplazable para adaptarse a las necesidades de la población



María Teresa Alfonso Roca^{a,*} y Milagros García Barbero^b

^a *Unité de Pédagogie Médicale, Faculté de Sciences et de Médecine. Université de Fribourg, Friburgo, Suiza*

^b *Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante, España*

PALABRAS CLAVE

Responsabilidad social;
Facultades de Medicina

Resumen La responsabilidad social (RS) es una filosofía, que empieza a permear en las facultades de Medicina y que conduce a replantearse cuál es su misión en la sociedad y cómo contribuir al desarrollo de la misma, desde unos valores de igualdad, participación, colaboración y bienestar social. Hablamos de un estado de conciencia de los deberes de las facultades de Medicina para satisfacer las necesidades de la sociedad, como expresa el consenso mundial sobre RS. En algunos países y en especial en los países anglosajones, Reino Unido, EE. UU., Australia y Canadá, se han desarrollado ya modelos de RS. En Europa su implantación es todavía incipiente, salvo algunos casos muy concretos en Francia y Bélgica gracias al impulso de la Red Francófona para la Responsabilidad Social en Salud. Para algunos autores nos enfrentamos a un cambio de paradigma en el campo de la educación médica que puede tener efectos similares a los del informe Flexner en 1910 que condicionó un cambio radical, tanto en la formación de médicos como en la práctica profesional, orientando ambas hacia la especialización en detrimento de la medicina general.

Este artículo pretende clarificar el concepto, los antecedentes y sus implicaciones para las facultades de Ciencias de la Salud, así como dar a conocer los principales modelos desarrollados hasta el momento, todos ellos basados en una orientación a la Atención Primaria y la comunidad, cuya debilidad la pandemia de la COVID-19 ha puesto en evidencia.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Social accountability;
Medical schools

The social accountability of medical schools. An urgent requirement to adapt to the needs of the population

Abstract Social responsibility (SR) is a philosophy which starts to permeate the medical schools and drives the need to revise their mission in society and how to better contribute to its development for equity, participation, collaboration and social welfare values. We speak of the fact that medical schools must become aware of their obligations to satisfy the needs of society, as expressed by the global consensus in SR. In some countries, especially in the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.alfonso@unifr.ch (M. T. Alfonso Roca).

Anglo-Saxon ones, USA, Australia and Canada SR where has already being implemented. In Europe its implementation is still limited, except for some very specific cases in France and Belgium due to the Francophone Network. For some authors we are facing a change in the medical education paradigm which may have similar impact as the Flexner report in 1910, when a radical change took place, both in the training of the doctor and in the professional practice, which led to specialization and detriment of general medicine.

The aim of this article is to clarify the concept, background and implications of SR in health science schools, as well as to present the main models developed up to now, all of them oriented to Primary and Community Care, a weakness that the COVID-19 pandemic has highlighted.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El objetivo de este trabajo es clarificar el concepto, los antecedentes y las implicaciones de la responsabilidad social (RS) para las facultades de Ciencias de la Salud, así como conocer los principales modelos desarrollados hasta el momento.

El concepto de RS, aplicable a las facultades de Medicina, fue objeto de un consenso mundial en 2010¹ y a partir de ahí se ha ido incorporando en algunos países, en especial en países anglosajones como Reino Unido, EE. UU., Australia y Canadá, que han desarrollado sus propios modelos de RS, adaptándolos a su contexto social. En Europa, su implantación es todavía incipiente, salvo algunos casos muy concretos en Francia y Bélgica gracias al impulso de la Red Internacional Francófona para la Responsabilidad Social en Salud (RIFRESS)².

Algunos países han ido más lejos y han incorporado la RS como un criterio para la acreditación de las facultades³. La Educational Commission for Foreign Graduates (ECFMG), que evalúa la preparación de los graduados extranjeros en medicina para realizar la residencia en EE. UU., ha declarado que «a partir de 2023, los médicos que soliciten la certificación del ECFMG deberán ser graduados de una facultad de Medicina debidamente acreditada con un enfoque de RS»⁴.

El concepto de responsabilidad social para las facultades de formación en Ciencias de la Salud

Según el Consenso Mundial sobre RS (2010)⁵, el concepto de RS implica para las facultades de Medicina la responsabilidad y la capacidad de medir e informar sobre el logro de los objetivos fijados en relación con las necesidades actuales y futuras de la sociedad, es decir, un compromiso explícito de lograr resultados mediante sus acciones de formación, la investigación y servicio, y de verificar sus efectos en los pacientes, la población en general y la sociedad en su conjunto¹.

Este concepto se basa en 10 ejes estratégicos:

1. Anticipación a las necesidades de salud de la sociedad.
2. Creación de asociaciones entre el sistema de salud y otras partes interesadas.

3. Adaptación a nuevas funciones de médicos y otros profesionales de la salud.
4. Formación basada en los resultados esperados.
5. Establecimiento de un gobierno institucional responsable y que rinda cuentas.
6. Redefinir las normas de funcionamiento básico de las facultades, educación, investigación y prestación de servicios.
7. Mejora continua de la calidad de la educación, la investigación y la prestación de servicios.
8. Institucionalización de los mecanismos de acreditación.
9. Adhesión a los principios universales y adaptación al contexto local.
10. Definición del papel de la sociedad.

Como vemos, el concepto actual de responsabilidad o imputabilidad social va más allá de lo que convencionalmente se daría por asumido, no solo en el mundo sanitario, sino en todas las profesiones.

Las facultades de Medicina se ven afectadas por la cultura, la ideología y la situación política de cada país, pero hoy en día, al igual que el resto de las instituciones, se encuentran inmersas en un contexto político y económico a nivel mundial. El problema surge cuando los intereses de esas políticas globales no se corresponden con los intereses reales de la sociedad local.

La RS invita a las facultades de Ciencias de la Salud a aproximar los currículum a las necesidades de salud de la población y a tomar conciencia de que la medicina hospitalaria, la medicina convencional que se imparte en las facultades más tradicionales, solo contribuye en un 10% a la salud de la población y el 90% es debido a un conjunto de determinantes sociales, vivienda, trabajo, educación, saneamiento, nivel económico, etc., que no figuran u ocupan una porción mínima de los currículum.

La RS es el mandato que obliga a comprender las poblaciones en su contexto, adaptarse a las necesidades reales de la población a la que una facultad de Medicina debe responder, y medir el impacto de sus servicios en la población a la que supuestamente deben servir. Esta responsabilidad local se ve, sin embargo, entorpecida en un mundo cada vez más globalizado, multicultural, con una gran movilidad de productos y personas, incluidos los profesionales sanitarios,

que emigran buscando mejores condiciones sociales y laborales a otros países. Hay incluso algunos países, cuyas facultades de Medicina se dedican principalmente a formar médicos para exportarlos a países más desarrollados⁶.

El COVID-19 nos está dando algunas lecciones sobre la importancia de empezar a construir esta ruta de RS. El coronavirus ha sido el exponente máximo de la globalización, no respeta fronteras, ni situaciones económicas o culturales y ha afectado a todo el mundo por igual, independientemente de las medidas que se hayan tomado en los distintos países para paliar su expansión. Por otra parte, estamos en un mundo más incierto que nunca, vamos en caída libre hacia un futuro donde los algoritmos, los simuladores cuánticos, las nanotecnologías y el paradigma del transhumanismo se están implantando cada vez más en nuestras vidas. Actualmente en 2 universidades suizas (Zúrich y Lausana) los estudiantes de medicina ya pueden optar por un grado en ingeniería, los 3 primeros años de carrera y los 3 últimos en medicina. No cabe duda de que el médico del futuro debe tener suficiente formación en lógica de máquinas, es decir, en informática e inteligencia artificial, para utilizar con discernimiento los elementos que se le proporcionan. Hay muchas preguntas que surgen de la globalización, de la informatización y de la mezcla de culturas: ¿serán suficientes 3 años de formación en ingeniería y 3 de enfermedades para responder a las necesidades del ser humano en el campo de la salud? ¿Las facultades tienen que tener un enfoque local o global? ¿Un enfoque global con una aplicación local? ¿Son la protección de la salud y la prevención de la enfermedad parte de las funciones de los profesionales de la medicina o necesita otro tipo de profesionales enfocados a la salud pública? ¿Cuál es la línea que separa la medicina clínica y la protección de la salud? Y la pregunta de clave; ¿hasta dónde debe llegar la RS de las facultades de Medicina?

A estas incertidumbres se añade la falta de confianza de la sociedad en los políticos, los profesionales de la salud e incluso los organismos oficiales, como las Naciones Unidas, la Unión Europea o la Organización Mundial de la Salud (OMS). En esta época de gran incertidumbre, *las respuestas que espera la sociedad en el campo de la salud simplemente no existen, porque tenemos que construirlas entre todos día a día y van cambiando a un ritmo a veces vertiginoso*. Esta es, en el fondo, la esencia de la RS para las facultades en Ciencias de la Salud.

Antecedentes de la responsabilidad social para las facultades de Medicina

La RS como concepto no empieza a materializarse en las facultades de Medicina hasta finales de los 90, cuando la OMS lo introduce⁷. Sin embargo, desde principios de los 60, varias facultades empezaron a cuestionarse el modelo flexneriano y a introducir en los currículum una orientación hacia la Atención Primaria (AP) ante una necesidad de proveer servicios médicos en zonas rurales alejadas de las zonas urbanas y de los grandes hospitales^{8,9}.

El informe Flexner (1910)¹⁰ originó el primer cambio de paradigma importante, tanto en la formación de médicos como en la práctica profesional, orientando ambas hacia la especialización en detrimento de la medicina general. El informe se originó en EE. UU., financiado por la fundación

Carnegie e impulsado en gran parte por los Rockefeller, quienes, en 1908, vieron una oportunidad de obtener grandes beneficios económicos con la incipiente industria farmacéutica. Pero para alimentar y hacer funcionar la rueda, había que cambiar la práctica médica y el informe Flexner podía ser un instrumento para ello. Las conclusiones de dicho informe se centraron en promover una medicina científica orientada al desarrollo de la investigación básica y clínica, en especial de la farmacológica. Como consecuencia de dicho informe, se cerraron la mitad de las facultades de Medicina de EE. UU. al cambiar los criterios para la acreditación de los programas de formación. A través de la investigación, y dando importancia a las ciencias básicas, se potenciaron los hospitales universitarios, las especialidades y la elaboración de planes de estudios como actividad profesional. La idea dominante era que la mayoría de los problemas podían ser mejor tratados por especialistas que por generalistas. Los planes de estudio estaban fuertemente orientados hacia las especialidades como disciplinas independientes y las únicas que abordaban diversas enfermedades eran la Medicina Interna y la Cirugía General. La medicina general y los generalistas (los antiguos médicos de cabecera) fueron desapareciendo a favor de las especialidades y de la medicina hospitalaria, con la consiguiente fragmentación en la atención integral de las personas. Este modelo dominó en los EE. UU. hasta mediados de los años 90 y encajaba bien en la cultura americana, en la que la salud es un bien de consumo y no un derecho.

A principios de los años 60, como resultado de estos cambios, se constató un fuerte déficit de médicos generales, especialmente en las zonas más alejadas de los centros urbanos. En ese periodo aparecieron algunas iniciativas como la de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, quien nombró una comisión para revisar la dirección de la medicina en los siguientes 20 años. El resultado de esta comisión fue el Informe Hunter⁹, presentado en 1965, donde se visualizaba un sistema de atención de la salud más amplio, que comenzaba con la AP y continuaba con una atención más especializada en términos de personal e instalaciones. También se subrayó la necesidad de que la formación médica fuera más flexible y diversa para abarcar las necesidades de los médicos de familia. Como resultado de este informe, se llevó a cabo una reestructuración completa del plan de estudios que concluyó en 1968 y sentó las bases para la introducción del programa multicéntrico WWAMI (Washington, Wyoming, Alaska, Montana, Idaho, WWAMI EE.UU., 1971). El programa WWAMI lanzó el concepto de una «escuela de medicina sin paredes», la descentralización de la formación médica en las universidades y en los grandes hospitales universitarios hacia la comunidad¹¹.

A partir de la década de los 70, hubo una creciente escasez de médicos generales, especialmente en las regiones alejadas de los principales hospitales. La OMS dio la voz de alarma y en varios informes aconsejó a las instituciones encargadas de la formación de personal sanitario que adaptaran sus programas a las necesidades de la población^{12,13}. Durante el período 70-80, algunas facultades de Medicina ofrecían programas con una fuerte orientación hacia la AP en respuesta a la escasez de médicos en las zonas rurales y remotas. Entre ellos, los programas de las escuelas de medicina de Nuevo México, EE. UU., 1964; WWAMI, EE.UU., 1971;

Trömsø Noruega, 1973; Flinders, Australia, 1975, y Jichi, Japón, 1978.

El decenio siguiente se caracterizó por numerosos informes (*Tomorrow's doctor* en el Reino Unido en 2009 [revisado en 2020]; *Cans Med* en 1996 en Canadá; *World Federation for Medical Education (WFME) standards*, 2011, UIA; *The Nordic Federation for Medical Education (NFME)*, *The Blue Print* en Holanda, 2001-2009, y el *Swiss Catalogue of Learning Objectives* en Suiza, 2002), en los que se instaba a mejorar la educación médica y a adaptar los programas de formación a las necesidades de la población, enfocando los currículum a competencias transversales, humanísticas y de AP. Finalmente, en 1995, apareció la primera publicación de la OMS⁷ que hacía referencia al concepto de «RS de las facultades de Medicina», definiéndola como: «la obligación de dirigir la enseñanza, la investigación y el servicio hacia las necesidades prioritarias de salud de la comunidad, la región o la nación a la que tienen que servir». Y para completar el concepto agregan que «las necesidades prioritarias deben ser identificadas de manera conjunta por el gobierno, las organizaciones de salud, los profesionales y la población en general»⁸.

Entre 1990 y 2005, varias facultades de Medicina, como la British Columbia, Northern Ontario y Newfoundland en Canadá, James Cook y Flinders en Australia, y New Mexico y Washington University en EE. UU.¹⁴, y otras como Zamboanga en Filipinas, orientaron sus programas hacia la AP para acercarlos a las necesidades de la población con un mandato de RS. En 2008, se creó la red Training for Health Equity (THE-net), que reúne las facultades que han cambiado o están en proceso de cambiar sus programas hacia la AP para compartir sus experiencias y prestarse apoyo y acompañamiento.

El informe publicado en *Lancet*¹⁵ señalaba la brecha entre las competencias de los profesionales de la salud y las requeridas por los sistemas sanitarios de los diferentes países para cubrir las necesidades de la población. El consenso mundial sobre la RS de las facultades de Medicina está en la misma línea.

Actualmente, hay únicamente 12 de más de 3.000 facultades de Medicina en el mundo que tienen un mandato explícito de RS de sus respectivos gobiernos. Aunque no exista un mandato oficial, cada vez más facultades están cambiando sus planes de estudio para cumplir con los criterios de RS, en particular, Reino Unido, Australia, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Francia y Holanda.

Modelos para el desarrollo de la responsabilidad social en las facultades de Ciencias de la Salud

Emadzadeh et al. (2016)¹⁶ hacen una revisión de los modelos existentes para evaluar la RS en las facultades de Medicina y recopilan 5 modelos más o menos probados en el mundo, todos ellos basados en una orientación a la AP y la comunidad.

Programas con orientación a la Atención Primaria y la comunidad

Los primeros modelos de formación de médicos que tuvieron en cuenta el concepto de RS fueron elaborados por las facultades de Medicina que introdujeron un programa

orientado a la AP y a la comunidad. Estos modelos presentan 5 características principales:

1. *Contenido del plan de estudios.* En estos currículum, los problemas de salud de la comunidad se convierten en el hilo conductor de los programas formativos. Esos problemas sirven para integrar los contenidos y definir las competencias a desarrollar por los estudiantes. lo que les proporciona unas capacidades que les permitirán abordar un gran número de problemas en una amplia variedad de contextos¹⁴. En contraposición, los programas tradicionales basados en especialidades que suelen añadir unas horas de formación y de práctica clínica en un centro de salud.
2. *Exposición prolongada al trabajo en la comunidad.* Con el objeto de que aprendan en el entorno en el que van a ejercer posteriormente y porque se ha demostrado que los estudiantes que realizan gran parte de su aprendizaje clínico en contextos de AP de pequeños centros asistenciales tienen más probabilidades de elegir estos entornos para su práctica, mientras que los estudiantes que realizan la mayor parte de su aprendizaje clínico en hospitales universitarios de las grandes ciudades optan más frecuentemente por practicar en estos entornos.
3. *Admisión.* Se habilitan cuotas para la admisión de estudiantes que provienen de medios rurales, más desfavorecidos o aislados, puesto que se ha demostrado que los estudiantes de entornos rurales tienen más probabilidades de ejercer la medicina fuera de las ciudades, en contraposición a los estudiantes de entornos urbanos. Los estudiantes son seleccionados en las escuelas de secundaria, donde se les empieza a preparar intensamente durante los periodos de verano para que obtengan las calificaciones requeridas en los exámenes de ingreso a la facultad.
4. *Mentorización y apoyo.* Todos los estudiantes siguen un programa de mentorización y apoyo desde la secundaria (antes del ingreso en la facultad), que se prolonga a lo largo de los años de formación de grado y continúa una vez que el médico ha obtenido un puesto de trabajo, como parte de su formación continuada.
5. *Financiación adicional.* Todas estas medidas requieren de una financiación adicional para apoyar a los estudiantes, proporcionales becas y acondicionar las infraestructuras y los recursos humanos para que lleven a cabo la tarea.

Modelo CPU (concepción, producción, utilización)

Desarrollado por Boelen y Woolard en 2009¹⁷, este modelo está basado en un pensamiento sistémico que trata de cubrir una serie coherente de pasos: el concepto, la acción y el impacto o resultado. La «conceptualización» (C) se refiere a la justificación de las acciones en relación con las necesidades y los retos de la sociedad, el dominio P significa «producción», que se refiere a los procesos y los resultados de los programas de acción para hacer frente a esas necesidades y retos, y el dominio U significa «facilidad de uso».

Modelo THEnet (Red de formación para la equidad en salud)

Esta red mundial, creada en 2008, es una asociación de colaboración en la que las instituciones científicas, las facultades, los médicos y las comunidades pueden conectarse entre sí, ayudarse y apoyarse mutuamente para resolver los problemas y los retos de salud nacionales, o regionales y garantizar la universalidad de los servicios de salud. Su enfoque tiene los siguientes objetivos principales:

- El aumento de la equidad de la población en el acceso al sistema sanitario en su más amplia concepción de salud mediante el aumento del número de facultades de Ciencias de la Salud que utilizan los principios de la RS para cubrir las necesidades sanitarias de las poblaciones desfavorecidas.
- Ayudar a identificar las necesidades de salud de las poblaciones a las que sirven las facultades.
- Apoyar a las facultades implicadas en el cambio mediante políticas basadas en resultados, instrumentos y desarrollo de sus capacidades.

El marco de THEnet formula 3 preguntas clave para evaluar las responsabilidades de las facultades de Medicina:

1. ¿Cómo funciona la facultad? (conceptualizaciones/planes).
2. ¿Qué está haciendo la facultad (producción/acciones).
3. ¿Qué diferencia a la facultad? (uso/impacto).

Modelo CARE

El modelo CARE es una herramienta para identificar los problemas de salud prioritarios en las comunidades desatendidas y transmitir esta información a las instituciones sociosanitarias para provocar cambios culturales y curriculares. Fue desarrollado en la Universidad de Saskatchewan en Saskatoon (Canadá) por una comisión encargada exclusivamente de la RS. La comisión fue establecida por la Facultad en 2004 y en 2010 se creó una división de RS con personal que trabaja exclusivamente en su desarrollo.

Este comité utiliza el acrónimo CARE (*Clinical, Advocacy, Research, Education*) para describir las 4 áreas principales del trabajo de una facultad de Medicina: clínica, promoción/defensa de la salud, investigación y educación. Estos elementos son utilizados por el comité para designar esferas específicas de grupos de interés: como la salud de los indígenas, la salud mundial, la salud de los inmigrantes y los refugiados, explorar posibles nuevas esferas de intervención y evaluar en qué medida los departamentos de la facultad cubren las necesidades prioritarias en materia de salud¹⁸.

Este modelo, utilizado en la Universidad de Saskatchewan, ha condicionado cambios notables en la cultura de la facultad, en particular en la de los estudiantes.

Modelo AIDER

AIDER (*Assess, Interview, Transmit, Educate, and Respond*) se desarrolló en 2012 en la Universidad de Queen (Canadá).

Después de analizar los modelos, CUP, THEnet y CARE quisieron poner más énfasis en las relaciones entre las partes interesadas y la población desatendida. Este modelo se basa en la pregunta: «¿En qué medida el programa educativo ha reconocido las necesidades de la comunidad y forma médicos capacitados para prestar esos servicios?»¹⁹. El modelo sitúa a las partes desatendidas en el centro del mismo e incorpora una formación que incluye la aplicación práctica de conocimientos de las necesidades de esas minorías, el impacto y la participación activa de las minorías, áreas que no se abordan explícitamente en los otros modelos examinados.

AIDER es un proceso de seguimiento continuado que requiere la participación de la comunidad a todos los niveles entendiendo como participación de la comunidad «la participación activa de todas las partes interesadas desfavorecidas en el acceso a los cuidados de salud». Los 5 pasos del modelo, *evaluar, preguntar, impartir, educar y responder*, forman un proceso interactivo en el que cada paso se basa en la información aportada en el paso anterior.

Modelo ASPIRE

El Programa ASPIRE (Programa de la AMEE para el reconocimiento internacional de la excelencia en la enseñanza de la medicina) fue elaborado por un grupo de expertos internacionales en el ámbito de la enseñanza de la Medicina e instituciones educativas comprometidas con la excelencia, dirigido por la AMEE en colaboración con la Universidad de Queensland (Australia). Se lanzó en la conferencia de la AMEE 2012 en Lyon y se puso en marcha en 2013.

El enfoque se basa en un criterio de «eficacia diferencial», que reconoce que las características de la excelencia variarán según los contextos locales.

Se centra en 4 áreas:

- Metodologías de evaluación de estudiantes (*student assessment*).
- Participación y contribución de los estudiantes en el programa y en la facultad (*student engagement*).
- Desarrollo del plan de estudios y desarrollo de la facultad (*faculty development*).
- RS como misión de la facultad (*social accountability*).

La incorporación de la RS a las facultades en el 2015 como nueva área de reconocimiento se define como «un estado de conciencia de los deberes para satisfacer las necesidades de la sociedad»²⁰. Las acciones clave de la RS según este modelo incluyen:

- Seleccionar estudiantes de Medicina que reflejen la diversidad demográfica y geográfica de las regiones/nación en función de sus capacidades potenciales y hacer que la matrícula sea asequible con becas para estudiantes de bajos ingresos.
- Proporcionar un plan de estudios que refleje las necesidades prioritarias de salud de la región/país, haciendo hincapié en el aprendizaje clínico en colaboración con los servicios de salud pública de la región.

- Graduar a profesionales con los conocimientos, habilidades e intereses adecuados para ejercer su profesión en la región/país de la facultad de Medicina.
- Participar en actividades de investigación ética que estén inspiradas y respondan a las necesidades sanitarias de la región/país y a las prioridades sanitarias mundiales.

Para demostrar la RS, las facultades deben especificar en sus planes de estudio los conceptos y los objetivos incluidos en su misión y función, y el impacto que vayan a tener sus actividades educativas, de investigación y servicios, en la atención sanitaria y la salud de su comunidad/región/país.

Conclusiones

Por todo lo anteriormente expuesto, en estos momentos, podemos concluir que:

- La RS es un enfoque que nos ayuda a comprender al individuo en su totalidad en todo su contexto, a dar respuestas a sus necesidades reales de salud y a medir el impacto de nuestras acciones. La RS ha llegado para quedarse.
- Las consecuencias de este enfoque en la formación de los estudiantes de Medicina implican cambios profundos en los planes de estudio (3/4 de las facultades de Medicina del mundo tienen programas de formación con perfiles verticales, que no tienen en cuenta el entorno ni las necesidades específicas de la comunidad).
- Los puntos fuertes del Consenso Mundial sobre la RS de las facultades de Medicina son:

1. Satisfacer las necesidades y desafíos actuales y futuros de la sociedad en términos de salud.
2. Reorientar los programas en su faceta de formación, investigación y servicios.
3. Fortalecer su gobernanza asociándose con otros agentes sanitarios, políticos y comunitarios.
4. Evaluar y acreditar sus acciones en función de su impacto en la sociedad.

- La RS es un enfoque que debe construirse en cada facultad. Algunas facultades han seguido modelos de RS probados por otras instituciones y otras han construido su propio modelo basado en los modelos existentes.
- En un futuro próximo, la acreditación de las facultades de Medicina incluirá la RS como uno de sus criterios principales, lo que supone, sin duda, un gran desafío para los próximos años.
- La RS es una filosofía, que empieza a permear no solo en las facultades de Medicina, sino en las empresas e instituciones, y que conduce a replantearse cuál es su misión en la sociedad y cómo contribuir al desarrollo de la misma desde unos valores de igualdad, participación, colaboración y bienestar social.
- En un mundo cada vez más globalizado, multicultural, donde las diferencias sociales son cada vez mayores, la RS es un imperativo moral para que todas las clases sociales puedan contribuir al desarrollo de su comunidad en la medida de sus posibilidades.

Como mencionábamos al principio, un gran número de facultades de Medicina forman a profesionales que no van a ejercer su profesión en el entorno en el que se han formado, pero lo importante de la RS es que esas facultades sean capaces de inculcar a sus estudiantes y graduados los valores, las actitudes y las capacidades para que, independientemente del entorno en el que ejerzan, sean capaces de detectar y evaluar las necesidades de salud de su comunidad y busquen, conjuntamente con el resto de los agentes sociales, soluciones a los problemas detectados.

Bibliografía

1. Boelen C, Woollar C. Consenso global sobre la responsabilidad social de las facultades de Medicina. *Educ Med.* 2011;14:7-14 [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1575-18132011000100004>.
2. Réseaux International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Sante [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: <https://rifress.org>.
3. Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: Aspects on global accreditation. *Med Teach.* 2011;33:667-72, <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2011.590246>.
4. Moineau G. Responsabilité sociale des facultés de médecine et accréditation. *Pédagogie Médicale.* 2015;16:183-8 [consultado 1 Sept 2020] Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/6d95/629b0d1f3acde618b64889213c0c4d0ef4f3.pdf>.
5. Global consensus on social accountability of medical schools 2010 [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: <http://healthsocialaccountability.org/>.
6. Ravi Shankar P. Undergraduate medical education in Nepal: One size fits all? *J Educ Eval Health Prof.* 2011;8:9, <http://dx.doi.org/10.3352/jeehp.2011.8.9>.
7. Boelen C, Heck JE, World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. Definiendo y midiendo la capacidad de las facultades de medicina de rendir cuentas ante la sociedad (WHO/HRH/95.7). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997 [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63848>.
8. OMS. Rapport Annuel du Directeur General A L'assemblée Mondiale de La Santé et Aux Nations Unies. Actes officiels de l'OMS, 1995, n.º 98, p. 35 [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89736/Official-record98_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Dale DC. A brief history of graduate medical education in Washington, Alaska, Montana and Idaho. *West J Med.* 1989;150:473-7.
10. Flexner A. Medical Education in The United States and Canada. A report to The Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin number four. N York City. 1910 [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf.
11. Ramsey PG, Coombs JB, Hunt DD, Marshall SG, Wenrich MD. From concept to culture: The WWAMI Program at the University of Washington School of Medicine. *Acad Med.* 2001;76:765-75, <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200108000-00006>.
12. OMS. Formation du personnel de santé national (résolution). WPR/RC21. R11 1970 [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/12324>.
13. OMS. Déclaration d'Alma Ata. 1978 [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi4sOTKw9TsAhVnQEEAHR9CqsQFjANegQIFxAc&url=http%3A%2F%2F>

- 2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F9243541358.pdf&usg=AOvVaw0KoeEQQA8IJQykcQHghESG.
14. Tesson G, Strasser R, Pong RW, Curran V. Advances in rural medical education in three countries: Canada, The United States and Australia. *Rural Remote Health*. 2005;5:397 [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/397>.
 15. 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;376:1923–58, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
 16. Emadzadeh A, Mousavi Bazaz S, Noras M, Karimi S. Social accountability of the curriculum in medical education: A review on the available models. *Future Med Educ J*. 2016;6:31–7, <http://dx.doi.org/10.22038/fmej.2016.8338>.
 17. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: A new frontier for educational institutions. *Med Educ*. 2009;43:887–94, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x>.
 18. Meili R, Ganem-Cuenca A, Leung JW, Zaleschuk D. The CARE model of social accountability: Promoting cultural change. *Acad Med*. 2011;86:1114–9, <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e318226adf6>.
 19. Sandhu G, Garcha I, Sleeth J, Yeates K, Walker GR. AIDER: A model for social accountability in medical education and practice. *Med Teach*. 2013;35:e1403–8, <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2013.770134>.
 20. ASPIRE Recognition of excellence in social accountability of a medical school (2015) [consultado 1 Sept 2020]. Disponible en: <https://www.aspire-to-excellence.org/>.