

La acreditación de la formación médica continuada y la mejora de la calidad. Situación actual en España y en el ámbito internacional

Hèlios Pardell

*Secretario Ejecutivo del Consejo Catalán de Formación Médica Continuada. Barcelona. España.
Director Técnico de SEAFORMEC. Madrid. España.*

Correspondencia: Dr. Hèlios Pardell.
Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada.
Córcega, 257. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: ccfmc@comb.es

Resumen

La acreditación de la formación médica continuada (FMC) tiene como objetivo principal mejorar la oferta formativa y contribuir decisivamente a mejorar la calidad asistencial, gracias al mantenimiento y la mejora de la competencia de los médicos.

En 1997 el Consejo Catalán de la FMC implantó su sistema de acreditación, y el de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud se puso en práctica en 1998. Luego se han ido creando las Comisiones de Formación Continuada de las diversas comunidades autónomas, 9 de las cuales son operativas en la actualidad.

En 2003 ha entrado en funcionamiento el Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC). En él se hallan integrados el Consejo General de Colegios de Médicos, la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

El sistema de acreditación internacional que goza de mayor reconocimiento es el del Accreditation Council of Continuing Medical Education de Estados Unidos, por lo que se refiere a la acreditación institucional, y el de la American Medical Association, en lo tocante a la acreditación de programas educativos.

En Europa existe una gran diversidad de sistemas de acreditación de la FMC. En los últimos años, la Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) ha introducido el European Accreditation Council for CME (EACCME), con la voluntad de convertirse en el sistema de referencia europeo. El Consejo General de Colegios de Médicos ha firmado con la UEMS un acuerdo de reconocimiento mutuo de créditos concedidos por SEAFORMEC y EACCME.

Palabras clave: Formación médica continuada. Acreditación. Calidad asistencial.

Introducción

La formación médica continuada (FMC) se conceptúa usualmente como aquella formación que lleva a cabo el médico una vez finalizados sus estudios de pregrado y de especialización, destinada a mantener/mejorar su competencia profesional y sin el objetivo de conceder una nueva titulación¹. Esta formulación ha sido incorporada al texto de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), pero

Abstract

The main goal of Continuing Medical Education (CME) accreditation is to improve the supply of CME. Therefore, CME accreditation can decisively contribute to healthcare quality assurance through maintaining and improving physicians' competence.

The accreditation system of the Catalan Council for CME was implemented in 1997 and that of the Spanish Commission of Continuing Education in 1998. Since then, most of the Autonomous Regions of Spain have created their own Commissions and currently 9 of them are accrediting CE events.

The Spanish Accreditation Council for CME (SACCME) was created in 2003 and its members include the Spanish Medical Association, the Spanish Federation of Medical and Scientific Societies, the Spanish Council of Medical Specialties, and the Spanish Assembly of Deans of Medical Schools.

The most widely recognized international CME accreditation systems are the Accreditation Council for CME of the United States, which provides institutional accreditation, and the American Medical Association's accreditation system for CME events.

The situation in Europe is highly variable. In the last few years the European Accreditation Council for CME (EACCME) has been implemented by the Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), with the aim of making it the reference system for EU countries. The Spanish Medical Association has signed an agreement with the UEMS for the mutual recognition of CME credits awarded by the SACCME and EACCME.

Key words: Continuing medical education. Accreditation. Healthcare quality.

dejando de lado la última parte del enunciado que se refiere a la no concesión de nuevas titulaciones, lo que potencialmente puede generar situaciones conflictivas que deberán evitarse con la regulación pertinente, básicamente de los denominados Diploma de Acreditación y Diploma de Acreditación Avanzada². A nivel operativo, dentro de un sistema de FMC (fig. 1) se contemplan 3 componentes fundamentales (análisis de necesidades, optimización de la provisión y acreditación) y 5 subsistemas (educativo, humano, organizativo,

Figura 1. Componentes de un sistema de formación médica continuada.



Tomada de Pardell¹³.

cognitivo y tecnológico)³. Por lo que aquí nos interesa, conviene individualizar el componente de la acreditación.

De manera genérica pueden identificarse 3 ámbitos de la acreditación: acreditación de actividades formativas, de instituciones proveedoras e individual⁴. Esta última equivale a la que internacionalmente se conoce como recertificación, relicencia o revalidación y, obviamente, debe diferenciarse con claridad de las otras 2 modalidades, de las que la separa un profundo abismo conceptual.

Por lo que se refiere a la acreditación de instituciones proveedoras, en España no se ha introducido en el ámbito de la Comisión, salvo en Cataluña, donde el Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada (CCFMC) la viene aplicando desde el inicio del funcionamiento de su sistema propio de acreditación. La LOPS la contempla en uno de sus artículos (el artículo 35) y, por ello, habrá que ver de qué forma se desarrolla reglamentariamente en el futuro inmediato. Por todas estas razones, en este artículo no se contempla esta modalidad de acreditación.

La única modalidad de acreditación que se considerará a continuación, salvo que se indique lo contrario, es la acreditación de actividades de FMC, también llamada certificación en algunos países.

Contribución de la acreditación de la FMC a la mejora de la calidad

Como se apuntó al comienzo, el objetivo fundamental de la acreditación de la FMC es la mejora de la oferta formativa, primando las actividades más útiles para la consecución de los fines educativos propuestos. Otros objetivos son: servir de guía u orientación del médico y los demás agentes del sistema sanitario; atestiguar la participación del médico en las actividades acreditadas; orientar la oferta formativa; reconocer la cualificación de los proveedores (acreditación

institucional)⁴. Todos ellos, para el propósito de este trabajo, tienen un interés secundario.

La mejora de la oferta formativa deriva de la adjudicación de créditos/horas-crédito a las actividades sometidas a acreditación, lo que permite establecer una categorización de ellas en base a su perfil formativo y a su duración.

Si mantener y mejorar la competencia del profesional es la razón primera de la FMC, resulta evidente que aquellas actividades con un mejor perfil formativo han de contribuir en mayor medida a mantener y mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes del profesional, los 3 componentes esenciales, aunque no únicos, de la competencia.

De hecho, esto es lo que perciben los médicos cuando se les pregunta por las razones para acudir a actividades de FMC. En efecto, una muestra amplia y representativa de médicos generales canadienses, encuestados recientemente, claramente situaba en los primerísimos lugares razones relacionadas con esta mejora de la competencia, mientras que las razones relacionadas con aspectos más pragmáticos, como obtener créditos o superar la recertificación, ocupaban lugares más secundarios⁵ (tabla 1).

Expertos de todo el mundo han reconocido la importancia de la FMC como garantía del cambio que los sistemas sanitarios del siglo XXI deben experimentar en términos de mejora de la calidad ofertada a la población. Una de sus formulaciones más claras es la del Comité sobre Calidad de la Asistencia Sanitaria en Estados Unidos de Norteamérica que, en su duodécima recomendación, enfatiza las acciones que debieran emprenderse para garantizar la adaptación a las nuevas necesidades en términos de preparación del capital humano: "Debe organizarse una cumbre de los principales líderes profesionales sanitarios con objeto de discutir y desarrollar estrategias orientadas a: a) reorganizar los programas educativos en el sentido de garantizar un *continuum* entre la educación de pregrado, posgrado y continuada para los médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias; b) evaluar las implicaciones de tales cambios para introducir iniciativas de acreditación de proveedores, de financiación y de esponsorización de programas educativos para profesionales sanitarios"⁶.

Como es bien sabido, la FMC ofrece indudables ventajas para ayudar a la adaptación del profesional a las necesidades cambiantes, dado que actúa mediante el que, en otro lugar, se ha denominado "ciclo corto", en contraposición al "ciclo largo" propio de los programas de formación universitaria de pregrado⁷. Por ello, sus efectos se notan a más corto plazo y, por otro lado, los programas de FMC son más adecuados para dar respuesta inmediata a necesidades emergentes de los sistemas sanitarios.

Las dudas acerca de la eficacia de los programas de FMC para mejorar la competencia del médico se centran en los programas educativos que utilizan las metodologías clásicas, de carácter pasivo y poco conectadas con el trabajo cotidiano. Por el contrario, las metodologías más actuales, de carácter activo, basadas en necesidades reales e íntimamente conectadas con el trabajo del profesional^{8,9} han demostrado una y otra vez su potencial para mejorar decididamente la *performance* del profesional¹⁰⁻¹³. Tales metodologías estriban,

Tabla 1. Los diez motivos principales de los médicos generales canadienses para participar en actividades de formación médica continuada (n = 1.500)^a

N.º orden	Motivo
1	Mantener la competencia profesional
2	Aprender nuevos conocimientos y habilidades
3	Mejorar la comprensión de los conceptos
4	Superar las deficiencias clínicas detectadas
5	Asegurar de que lo que se hace, se hace correctamente
6	Acumular créditos
7	Evaluar los conocimientos y las habilidades
8	Superar la recertificación
9	Satisfacer mejor las necesidades de los pacientes
10	Aprender cómo los expertos evalúan la evidencia publicada

^aModificada de McLeod PJ et al⁵.

básicamente, en el aprovechamiento del trabajo asistencial como herramienta formativa, fomentando los aspectos reflexivos sobre los que se insistirá más adelante; en la oferta prioritaria de programas de mejora de habilidades y actitudes; en el fomento de las estancias de aprendizaje; en el uso de las modalidades interactivas que ofrecen las tecnologías de la educación a distancia, y en las nuevas propuestas de “comunidades de práctica”, entre otras.

No menos importante, en este contexto, es el énfasis de los planteamientos más actuales en lo que viene denominándose desarrollo profesional continuo^{14,15}, que prioriza el componente de la progresiva evolución del profesional en el seno de organizaciones complejas, en las que mayoritariamente trabaja el médico en la actualidad. Aquí hay que recordar la afirmación de Deming¹⁶ de que únicamente un 20% del rendimiento individual viene determinado por el propio esfuerzo y habilidades; el 80% restante depende de factores organizativos. De ahí el interés de incluir en los programas formativos contenidos que vayan más allá del cuerpo de conocimientos de la propia área de especialización, abarcando ámbitos como el de la gestión, la metodología de la investigación, la metodología de la calidad, la bioética, el profesionalismo, etc.

Y, en este sentido, resulta extremadamente útil adoptar los esquemas de las que modernamente se denominan “organizaciones inteligentes”¹⁷, en las cuales el trabajo y el aprendizaje continuo se confunden y la formación continuada deviene mayoritariamente institucional, sin que de ello pueda derivarse una desaparición de la responsabilidad individual en el mantenimiento de la competencia¹⁸⁻²⁴.

Este enfoque institucional viene definitivamente contemplado en el “Manual de Acreditación para Hospitales”, de The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations²⁵. En los apartados “Gestión de Recursos Humanos” y “Gestión de la Información”, de la Sección 2, se incluye la formación continuada; pero donde más importancia adquiere es en el apartado “Cuadro Médico”, de su Sección 3, en el

que el Estándar CM7 viene dedicado exclusivamente al tema. En la intención del estándar se dice: “la formación continuada es un complemento para conservar las capacidades clínicas y la competencia actual... Un hospital con el suficiente tamaño y recursos es el lugar ideal para promover actividades formativas que están en consonancia con la misión del hospital, el colectivo atendido y los servicios de asistencia que se presta al paciente...”.

De todo lo anteriormente expuesto cabe deducir que la FMC basada en estrategias plurales, que utiliza las modernas metodologías de la educación de adultos (“andragogía”)²⁶, que tiene en cuenta los postulados esenciales de la teoría de Schön sobre cómo aprenden los profesionales²⁷ y que se fundan en el aprendizaje basado en la práctica²⁸, constituye la mejor herramienta para asegurar la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada al paciente. Y, en consecuencia, los sistemas de acreditación, que tienden a primar los programas formativos más calificados, contribuyen decisivamente a aquella mejora de la calidad asistencial.

Más allá de este componente intrínseco de los sistemas de acreditación como oportunidad de mejora de la calidad asistencial, hay que tener en cuenta que tales sistemas contribuyen, asimismo, a mejorar la calidad a través de la facilitación de esquemas de recertificación-revalidación-relicencia de los médicos basados en los currículos individuales de FMC, al lado de otros elementos (portafolio o cartera de servicios individual, auditorías, evaluación de la competencia, etc.)²⁹.

Por último, conviene remarcar que los nuevos esquemas de mejora de la calidad asistencial ejercen, a su vez, una enorme influencia en el rediseño de los programas de FMC, con los cuales comparten un conjunto de características comunes (tabla 2)³⁰. Como han señalado Dodek et al³¹, el desarrollo de guías de práctica clínica debe constituir un motivo crucial para conectarlas con los programas formativos. En este punto, conviene remarcar las inmensas posibilidades que la preparación, diseminación y aplicación adecuada de las mencionadas guías ofrecen para garantizar unos mínimos de calidad asistencial en la práctica, al contribuir eficazmente a uniformizar de forma razonable las pautas de actuación y a racionalizar la utilización de los recursos disponibles. Por otro lado, conviene recordar que tales modalidades educativas constituyen un elemento importante para introducir cambios en la práctica clínica, en concreto, y para posicionar adecuadamente a los profesionales ante las expectativas de cambio de las organizaciones³².

La acreditación de la FMC en España

Históricamente la cultura de la evaluación no ha gozado de una gran implantación en nuestro país y de ahí que la aparición de iniciativas de acreditación de la FMC haya sido tardía, en comparación con otros países de nuestro entorno europeo o, sobre todo, del ámbito anglosajón.

Sin embargo, en los últimos lustros hemos asistido a una explosión del interés por el tema y, en los años más recientes, estamos viendo proliferar iniciativas de acreditación

Tabla 2. Elementos comunes de los programas de FMC y de mejora de la calidad^a

Las prioridades se establecen en base a los resultados de las actividades de gestión

Los equipos de mejora de la calidad analizan los procesos que conducen a resultados inaceptables en la atención a los pacientes

Estos equipos utilizan la metodología de la mejora continua de la calidad para identificar y analizar las variaciones de actuación en áreas clave

Se identifican las oportunidades de mejora de los procesos contemplados

Las guías de práctica clínica se desarrollan *in situ*, aunque también pueden adaptarse las elaboradas en otros ámbitos

Las guías se validan en lugares de trabajo seleccionados

Se recomiendan las guías que han demostrado su efectividad

Dichas guías se diseminan ampliamente

Se procede a la evaluación permanente de las guías analizando los resultados

^aModificada de Moore DE et al³⁰.

que han culminado con la formulación de la LOPS, en la que, como se indica en la introducción, los sistemas oficiales de acreditación han recibido un espaldarazo definitivo al dejar claramente sentado el principio de que sólo será computable, a todos los efectos de promoción profesional, la FMC acreditada^{2,33}.

Tras las primerísimas iniciativas de discusión y sensibilización llevadas a cabo en los ochenta^{34,35}, unos años después aparecían los primeros sistemas de acreditación de algunas sociedades científicas, algunos de ellos aún vigentes^{36,37}; las iniciativas universitarias en distintos lugares del país, y el Instituto de Formación Médica de la Organización Médica Colegial, que tuvo una corta vida³⁸.

En 1989 se creaba en Cataluña el Consejo Coordinador de la Formación Médica Continuada, que unos años más tarde vendría a denominarse Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada³⁹. Éste sería el primer organismo acreditador oficial para la FMC, circunscrito al ámbito de Cataluña, operativo para todos los médicos, con independencia de su especialidad y campo de actuación, en el que se hallan representados los Colegios de Médicos, la Administración Sanitaria, la Administración de Educación-Universidades y las Sociedades Científicas. Desde la implantación de su sistema de acreditación (1997) procedió a la acreditación de actividades formativas y a la acreditación de instituciones proveedoras, lo que ha contribuido a su plena aceptación y a su operatividad en la práctica⁴⁰. Merece la pena resaltar que el Consejo Catalán de FMC se limita a acreditar actividades formativas dirigidas a los médicos (o a médicos y otros profesionales en un contexto pluridisciplinario). En la actualidad se halla operativo el Consejo Catalán de Formación Farmacéutica Continuada y se encuentran en fase preparatoria de creación el Consejo Catalán de Formación Continuada en Enfermería, el Conse-

jo Catalán de Formación Podológica Continuada y el Consejo Catalán de Formación Odontostomatológica Continuada. En el futuro inmediato está prevista la creación del Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, que coordine su actuación y los represente a todos ante la Comisión central, de la que se habla a continuación.

En 1997, se creaba la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud⁴¹, adscrita al Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo, la cual se previó altamente descentralizada al contemplarse la creación de Comisiones por parte de las distintas comunidades autónomas. Hasta la fecha son 15 las comunidades autónomas que han creado oficialmente su propia Comisión, a imagen y semejanza de la Comisión central, a cuyas directrices se atienen y cuya composición imitan, y 9 de ellas han implantado sus sistemas de acreditación de actividades formativas para todas las profesiones sanitarias. La Comisión instauró su sistema de acreditación al año siguiente (1998) y, desde entonces, viene acreditando actividades formativas para todas las profesiones sanitarias, sin contemplar la acreditación institucional.

El último paso importante en este campo se dio en 2002, con la firma del convenio de colaboración entre los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios Médicos, por el que aquéllos concedían a este último la encomienda de gestión para que pudiera implantar su propio sistema de acreditación de actividades formativas para médicos, bajo la tutela de la Comisión⁴².

En base a dicho convenio, el Consejo General de Colegios Médicos lideró la iniciativa de creación del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC), junto con la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. SEAFORMEC inició su actividad de acreditación de actividades de FMC en junio de 2003 y, en la actualidad, se halla ya consolidada y en fase de expansión⁴³.

Como se ha mencionado previamente, en los momentos actuales el mundo de la FMC en España está viviendo momentos de expansión, lo que se traduce en las distintas iniciativas que se acaban de describir someramente y que han sido analizadas más ampliamente en otros lugares^{44,45}. Lejos de dibujar un panorama caótico, como algunos afirman, lo que está ocurriendo es que va clarificando al mundo de la acreditación de la FMC, deslindándola claramente de la acreditación de los programas formativos para otros profesionales sanitarios que, como ocurre en los países con sistemas de acreditación con larga experiencia, cuentan con sistemas específicos y se va configurando el protagonismo debido de las organizaciones profesionales médicas, como ocurre en todos los países de nuestro entorno. Es de esperar que este camino de clarificación sea recorrido con presteza y que, como sería lógico, aboque a la consolidación de iniciativas de autorregulación creíbles y razonables de la profesión médica, que le permitan recuperar un protagonismo parcialmente perdido y resituarse socialmente en el contexto de un nuevo contrato

con el Estado y con la propia sociedad, como fuente máxima de legitimación del estatus profesional⁴⁶⁻⁴⁸.

Es así como, al filo de lo expuesto al comienzo del artículo, la acreditación de la FMC ha de contribuir decisivamente a mejorar la calificación competencial del médico y, en definitiva, a proporcionar al ciudadano en general y al paciente en particular una asistencia sanitaria de la mejor calidad.

La acreditación de la FMC en el ámbito internacional

En algunos países del entorno europeo y otros del ámbito anglosajón, el camino que estamos recorriendo en España se ha hecho hace ya algún tiempo. En muchos otros, sin embargo, la situación no es muy diferente de la nuestra y las perspectivas para el futuro inmediato son, incluso, menos optimistas.

Estados Unidos es uno de los países en los que los sistemas de acreditación de la FMC se hallan más consolidados. En efecto, por lo que se refiere a la acreditación institucional, el Accreditation Council of Continuing Medical Education (ACCME) viene operando desde hace más de 20 años⁴⁹. De las distintas organizaciones acreditadas por él, la American Medical Association (AMA) es la que dispone de una mayor experiencia en la acreditación de actividades formativas a partir de la cual introdujo, hace ya unos lustros, su sistema de revalidación-relicencia basado en el Physician's Recognition Award (PRA)⁵⁰.

El modelo canadiense es similar en algunos aspectos al modelo de Estados Unidos, pero hace unos años el Royal College of Physicians and Surgeons introdujo un nuevo sistema (MOCOMP), a medio camino entre la acreditación tradicional y la evaluación de la competencia, que ha venido sufriendo altibajos y actualmente se halla en fase de reevaluación⁵¹.

En Europa la situación es muy desigual, con algunos países, como el Reino Unido, en los que la experiencia de acreditación por parte de organizaciones profesionales (los Royal Colleges básicamente) y de las universidades es amplia y otros, la mayoría, en los que existen distintas experiencias sin que ninguna de ellas se haya consolidado en el ámbito del país en conjunto. Italia está viviendo una experiencia semejante a la española, con una Comisión nacional de FMC, que no contempla la descentralización. Y otros países están dando pasos preliminares para la constitución de sistemas semejantes (Suecia, Noruega, entre otros). Algunos países, como Holanda, han optado por sistemas más "duros", basados en una recertificación-relicencia muy exigente derivada de auditorías sobre la práctica profesional, también propuesta últimamente en el Reino Unido⁵².

La iniciativa más digna de ser tenida en cuenta en Europa es la de la Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), una organización estrictamente profesional de carácter independiente, la cual hace unos 5 años introdujo su sistema de acreditación (European Accreditation Council of CME [EACCME]), con voluntad de convertirse en el sistema de referencia para todos los países de la UE, aceptando explícitamente la actuación de los sistemas nacionales allí donde existan⁵³.

Con la UEMS, el Consejo General de Colegios de Médicos firmó, en noviembre de 2003, un convenio por el que se reconocen mutuamente los créditos adjudicados por SEAFORMEC y EACCME a las actividades dirigidas a médicos españoles, con lo que éstos pueden beneficiarse de este reconocimiento a la escala europea.

La última experiencia, en fase muy inicial aún, es la del European Credit Transfer System (ECTS), auspiciada por la UE, centrada básicamente en el ámbito universitario e inspirada en la Declaración de Bolonia. Su aplicación a la acreditación de programas de formación continuada no está exenta de dificultades, en función de su ideario primariamente centrado en los estudios de pregrado y posgrado (doctorado, másters y, parcialmente, especialización), lo que comporta problemas de homologación de los sistemas de adjudicación de créditos.

En conclusión, a la luz de lo expuesto, no cabe duda de que la FMC y su acreditación contribuyen decisivamente a la mejora de la calidad asistencial, mediante el impacto positivo sobre la competencia del médico que participa en los programas formativos, muy especialmente si éstos incorporan las nuevas metodologías educativas y ofrecen opciones múltiples y complementarias al profesional.

De ahí que la existencia de sistemas operativos de acreditación de la FMC, sólidamente implantados en nuestro país, pueda contemplarse como una garantía de mejora de la calidad asistencial en el sistema sanitario español. Por otro lado, su conexión con los sistemas europeo y estadounidense ofrece unas posibilidades esperanzadoras de mantenerse en los circuitos internacionales más prestigiosos relacionados con la acreditación, que ha de redundar en beneficio de nuestros profesionales médicos y del sistema sanitario en general.

Para ello, de todas formas, debemos profundizar en la utilización de los sistemas de acreditación de la FMC descritos, aún insuficientemente conocidos y usados entre nosotros, y proseguir en el proceso de mejora constante de su metodología de acreditación.

Bibliografía

1. Pardell H. ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada? Mitos y realidades. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:419-30.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE n.º 280, de 22 de noviembre de 2003. 41442-58.
3. Pardell H. ¿Qué se puede esperar de la formación médica continuada? Componentes de un sistema de formación médica continuada. *Jano*. 1999;57:581-3.
4. Pardell H, Oriol-Bosch A, en nombre de la Comisión Permanente del Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada. Sobre la acreditación de la formación médica continuada en España. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:261-4.
5. McLeod PJ, McLeod AH. If formal CME is ineffective, why do physicians still participate? *Med Teacher*. 2004;26:184-6.

6. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
7. Pardell H, Vinué JM. La formación médica continuada, hoy. *Med Clin (Barc)*. 1986;87:199-203.
8. Whitcomb ME. CME reform: an imperative for improving the quality of medical care. *Acad Medicine*. 2002;77:943-5.
9. Chang R. Cómo crear programas de formación de alto impacto. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 1994.
10. Sanazaro PJ. Medical audit, continuing medical education and quality assurance. *West J Med*. 1976;125:241-52.
11. Saturno PJ. Training health professionals to implement quality improvement activities. Results of a randomized controlled trial after one year of follow up. *Internat J Quality Health Care*. 1995;7:119-26.
12. Saturno PJ. La formación como estrategia de implantación de programas de mejora de la calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:35-9.
13. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*. 1999;318:1276-9.
14. Wentz D, Paulos G. Is now time for continuing medical education to become continuing professional development? *J Cont Educ Health Professions*. 2000;20:181-7.
15. Pardell H, Bruguera M. ¿Formación médica continuada o desarrollo profesional continuo del médico? *Educación Médica*. 2002;5:90-5.
16. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, MA: MIT; 1986.
17. Senge PM. The fifth discipline. The art & practice of the learning organizations. New York, NY: Currency Doubleday; 1994.
18. Adelson R, Hepburn K, Vanloy WJ. Performance change in an organizational setting: a conceptual model. *J Cont Educ Health Professions*. 1997;17:69-80.
19. Confessore SJ. Building a learning organization: communities of practice, self-directed learning, and continuing medical education. *J Cont Educ Health Professions*. 1997;17:5-11.
20. Steib N. ¿Tiene su empresa capacidad para aprender de forma continua? Qué es, qué utilidad tiene y cómo puede convertir su empresa en una organización inteligente (*learning organization*). *Harvard Deusto Business Review*. 1997;76:54-8
21. Eisenberg JM. Continuing education meets the learning organization: the challenge of a systems approach to patient safety. *J Cont Educ Health Professions*. 2000;20:197-207.
22. Pardell H. Formación médica continuada, ¿individual o institucional? *Med Clin (Barc)*. 2001;116:698-700.
23. Grol R. Changing physicians' competence and performance: Finding the balance between the individual and the organization. *J Cont Educ Health Professions*. 2002;22:244-51.
24. Parboosingh JT. Physician communities of practice: where learning and practice are inseparable. *J Cont Educ Health Professions*. 2002;22:230-6.
25. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de Acreditación para Hospitales 1996. Barcelona: SG Editores/Fundación Avedis Donabedian; 1995.
26. Knowles MS. The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. Chicago: Follet; 1970.
27. Schön DA. The reflective practitioner. New York, NY: Basic Books; 1983.
28. Moore DE, Pennington FC. Practice-based learning and improvement. *J Cont Educ Health Professions*. 2003;23 Suppl 1: S73-S80.
29. Pardell H. Profesionalismo, formación continuada y recertificación: una visión desde la perspectiva médica. *Gestión Evaluación Costes Sanitarios*. 2002;3:283-93.
30. Moore DE, Green JS, Jay SJ, Leist JC, Maitland FM. Creating a new paradigm for CME: seizing opportunities within the health care revolution. *J Cont Educ Health Professions*. 1994;14:4-31.
31. Dodek PM, Ottoson J. Implementation link between clinical practice guidelines and continuing medical education. *J Cont Educ Health Professions*. 1996;16:82-93.
32. Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ*. 1997;314:870-4.
33. Pardell H. De la acreditación de la formación médica continuada a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Sobre la regulación de la profesión médica en España. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:267-8
34. Coloquios sobre enseñanza continuada de la Medicina. Madrid: Asociación Cultural Hispano-Norteamericana; 1972.
35. Jornadas sobre formación médica continuada. Conclusiones. Barcelona: Centro de Estudios Colegiales. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona; 1982.
36. Prieto A. Experiencias preliminares de acreditación de la formación médica continuada en España. Acreditación de actividades de formación continuada en Atención Primaria. *Jano*. 1999;57:48-9.
37. Rodríguez R. Experiencias preliminares de acreditación de la formación médica continuada en España. *Sociedades científicas*. *Jano*. 1999;57:50-1.
38. Barón M. Experiencias preliminares de acreditación de la formación médica continuada en España. El Instituto de Formación Médica de la Organización Médica Colegial. *Jano*. 1999; 57:52-4.
39. Ordre de 29 de desembre de 1989, per la qual es crea el Consell Coordinador de la Formació Mèdica Continuada. DOGC n.º 1243, de 17 de gener de 1990, p. 65.
40. Pardell H, Ramos A, Gual A, Oriol-Bosch A. La experiencia del Consejo Catalán de Formación Médica Continuada. En: Pardell H, editor. Formación médica continuada a debate. Barcelona: Ediciones Mayo; 2001. p. 101-6.
41. Resolución de 22 de diciembre de 1997, de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se da publicidad al Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias. BOE n.º 38, de 13 de febrero de 1998. 5344-5.
42. Resolución de 22 de marzo de 2002, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la resolución de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades y la Subsecretaría de Sanidad y Consumo sobre el "Convenio de colabora-

ción en materia de formación continuada de las profesiones sanitarias, celebrado entre los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios Médicos". BOE n.º 81, de 4 de abril de 2002; p. 12970-1.

43. Pardell H. El Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC). *Jano*. 2003;65:840.
44. Pardell H, Sierra G. Continuing medical education and continuing medical education accreditation in Spain. *J Cont Educ Health Professions*. 2003;23:244-6.
45. Pardell H, director. Proceso de acreditación de la formación médica continuada en España. Guía para el proveedor individual o institucional. Barcelona: Ediciones Mayo, 2003.
46. Johnson JN. Making self regulation credible. *BMJ*. 1998;316:1847-8.
47. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism: a contract between medicine and society. *CMAJ*. 2000;162:668-9.
48. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica*. 2003;6:63-80.
49. Kopelow M. El Consejo de Acreditación de Formación Médica Continuada (ACCME) de EE.UU. En: Pardell H, editor. *Formación médica continuada a debate*. Barcelona: Ediciones Mayo; 2001. p. 77-81.
50. Wentz DK. Historia y estado actual del "Physician Recognition Award" (PRA) de la American Medical Association. En: Pardell H, editor. *Formación médica continuada a debate*. Barcelona: Ediciones Mayo; 2001. p. 91-6.
51. Parbooshing JT, Gondocz T. The Maintenance of Competence Programme of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *JAMA*. 1993;270:1093-7.
52. Pardell H. Situación actual de la acreditación de la formación continuada en España y en Europa. En: Pardell H, editor. *Formación médica continuada a distancia*. Barcelona: Ediciones Mayo; 2004. p. 95-101.
53. Disponible en: <http://www.uems.be>