

Utilización de los créditos de formación médica continuada para la recertificación-relicencia profesional

Descripción de la primera experiencia española de recertificación-relicencia colegial voluntaria

“Utilization of CME credits for professional recertification.
Description of the first Spanish experience of voluntary physicians’ recertification”

Helios Pardell, Alex Ramos, Joan Aliaga, Lluís Cabero, Enric Contreras, Arcadi Gual, Amando Martín Zurro, Lluís Masferrer, Juli de Nadal, Joan Prat y Antoni Rodríguez

Comisión de Acreditación Colegial y Oficina Técnica de Acreditación. Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

Tras analizar la situación actual de la recertificación-relicencia profesional, los autores describen las características de la que califican como primera experiencia española de recertificación-relicencia colegial voluntaria, llevada a cabo por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. Del análisis de los primeros 105 Diplomas de Acreditación Colegial en Formación Médica Continuada (DAC-FMC) concedidos entre septiembre de 2000 y noviembre de 2001, se desprende que el 40% fueron obtenidos por mujeres y el 60% por varones; que la mayoría de solicitantes trabajan en el medio extrahospitalario (70.5%); que el 71.3% de los mismos se encuadra entre las especialidades médicas; y que el promedio de créditos de FMC aportados fue de 17.7 (19.27-25.00, IC 95%).

Los autores concluyen que el perfil de los solicitantes se corresponde con el de los médicos de Cataluña, por lo que no parece existir una desviación a favor de algún grupo profesional determinado; que con esta iniciativa se da respuesta parcial a la pregunta sobre la utilidad de los créditos de FMC; y que dicha iniciativa puede servir de base para la profundización en el campo de la recertificación-relicencia que, tarde o temprano, debe ser introducida por las organizaciones profesionales en nuestro país.

After having analysed the current situation of recertification-relicensure, the very first experience about recertification-relicensure of physicians in Spain, carried out by the Catalan Council of the Colleges of Physician (Catalan Medical Association), is described.

The authors analyse the first 105 granted diplomas (DAC-FMC) showing that the 40% of them are corresponding to female physicians; that 70.5% of the applicants are working in primary health care level; that 71.3% of them are specialist in medical specialties; and that the average of provided CME credits by them was 17.7 (19.27-25.00, CI 95%).

They conclude that the profile of the applicants fit the Catalan physicians one, therefore the results are not biased in favour of any professional group. Furthermore, this initiative partially responds to the worrying question on the utility of the CME credits, and provides the essential elements of the needed recertification-relicensure programme to be implemented in Spain by professional organizations.

Key Words: CME Accreditation, Physicians recertification

Palabras clave: Recertificación, Relicencia, Recolegiación, Formación médica continuada

Correspondencia:

Dr. Helios Pardell
CCFMC

Córcega, 257 • 08036 Barcelona

Teléfono: 93-218.3665

Fax: 93-416.1758

E-mail: ccfmc@comb.es

INTRODUCCIÓN

Según hemos descrito en otra parte, los créditos obtenidos por los participantes en actividades de formación médica continuada (FMC) acreditadas pueden servir para varios propósitos, uno de los cuales, acaso el más importante, es la recertifica-

ción-relicencia profesional¹. Como se ha visto allí, los términos recertificación, relicencia, revalidación o recolección no son estrictamente equivalentes; sin embargo, para nuestros propósitos aquí utilizaremos indistintamente los de recertificación-relicencia porque son los que mayor difusión han alcanzado en nuestro país para tipificar la introducción de algún tipo de requerimiento profesional periódico para mantener determinado estatus profesional.

La controversia acerca de la obligatoriedad de la FMC con fines de recertificación-relicencia es ya muy antigua^{2,4}. A lo largo de los años no han parado de debatirse las ventajas e inconvenientes de introducir la obligatoriedad de la FMC con fines de recertificación-relicencia; sin embargo, en los países con más dilatada experiencia en el tema (EE.UU. de Norteamérica, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido básicamente), se ha concluido que las ventajas superan claramente los inconvenientes y, por ello, han procedido a utilizar el currículo individual en FMC como elemento esencial, aunque no exclusivo, de las iniciativas obligatorias de recertificación-relicencia que han implantado en las últimas décadas^{5,6}.

En España, en un contexto de escasa introducción de la cultura de la evaluación profesional, las iniciativas de recertificación-relicencia no han prosperado y, por más que las condiciones actuales no son tan desfavorables como hace unos años, las entidades que deberían liderarlas adolecen de una evidente falta de voluntad política para implantarlas aduciendo razones coyunturales que no les dejan ver el futuro inmediato en el que nos vemos abocados en el marco europeo⁷.

La implantación pionera del sistema de acreditación del Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada (CCFMC)⁸ y la posterior de un sistema de ámbito nacional, de base descentralizada a nivel de las Comunidades Autónomas, por parte de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS)⁹, han sentado las bases para que, también en nuestro país, se pueda pensar en la introducción de alguna iniciativa de recertificación-relicencia que tienda a superar la apatía, cuando no oposición franca, de las organizaciones científico-profesionales, los entes naturales que han de dar el paso al frente si no quieren que lo haga la administración.

En este contexto que acabamos de describir, en 1996 el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) lanzaba la primera iniciativa a nivel español de reconocimiento formal del esfuerzo individual

en el mantenimiento de la competencia, concediendo a los médicos que superaran los requerimientos exigidos una bonificación del 10% en el importe anual de la póliza de responsabilidad civil. La experiencia resultó positiva y esperanzadora, por el nivel de participación y los resultados obtenidos¹⁰ y ha servido de base para la puesta en marcha de la segunda iniciativa en este campo, que describimos en este artículo

A diferencia de la anterior, dado que, como hemos visto, el sistema de acreditación del CCFMC y el de la CFCSNS están funcionando con normalidad, desde 1997 el primero y desde 1999 el segundo, la iniciativa que describimos aquí está basada en el "currículum" individual de créditos obtenidos mediante la participación en actividades de FMC acreditadas y, de hecho, supone, que nosotros sepamos, la primera iniciativa colegial de recertificación-relicencia voluntaria llevada a cabo en España.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología de la iniciativa que describimos está basada en la del "Physician Recognition Award" (PRA) de la Asociación Médica Americana¹¹ y ha sido parcialmente descrita en otra parte¹².

En Enero de 2000 se creaba la Comisión de Acreditación Colegial la cual, en los meses siguientes, preparó las bases de la convocatoria. Una vez aprobada por el CCMC, la iniciativa fue lanzada públicamente en junio del 2000, empezando a ser operativa a partir de septiembre del mismo año. A diferencia de la iniciativa de 1996, que fue puntual, ésta se ha concebido como permanente en el tiempo.

Los requisitos establecidos fueron: aportar un mínimo de 10 créditos, obtenidos participando en tres actividades distintas de FMC como mínimo, durante los dos años anteriores a la presentación de la solicitud. Los créditos pueden ser créditos de los sistemas de acreditación del CCFMC o de la CFCSNS, en cuyo caso se computan directamente como tales, o créditos obtenidos participando en actividades formativas acreditadas por otros sistemas de acreditación formalmente establecidos, en cuyo caso se procede a su homologación correspondiente mediante un sistema de transformación establecido por la Comisión.

Los candidatos que reúnen los requisitos enunciados se hacen acreedores a la obtención del Diploma de Acreditación Colegial en Formación Médica Continuada (DAC-FMC), cuya validez se ha establecido en dos años a partir de su concesión. Al final de dicho periodo, el médico puede optar por su renovación si cumple los requisitos necesarios.

El procedimiento de solicitud del DAC-FMC es sencillo. El candidato rellena el formulario oficial, que es inicialmente evaluado por la Oficina Técnica de Acreditación (OTA), la cual puede solicitar información adicional si lo estima pertinente. A la vista de la evaluación preliminar, la OTA somete a la Comisión de Acreditación Colegial la decisión final, la cual puede ser la denegación del DAC-FMC, en cuyo caso se comunica directamente al candidato, o la propuesta de concesión que, en todos los casos, se eleva al presidente del Colegio correspondiente para su ratificación.

Entre septiembre de 2000 y noviembre de 2001 se han presentado 130 solicitudes de DAC-FMC, 25 de las cuales han sido denegadas (19.2%). Los 105 DAC-FMC concedidos constituyen el objeto del análisis del presente artículo

Hemos analizado el perfil de los médicos que obtuvieron el DAC-FMC y las características de los créditos y de las actividades de FMC aportados. Por lo que se refiere a las primeras, hemos agrupado las diversas especialidades de los candidatos en cuatro grandes grupos: medicina familiar y comunitaria / medicina general, especialidades médicas, especialidades quirúrgicas y otras especialidades. Las especialidades médicas incluyen: alergia, cardiología, endocrinología, medicina del trabajo, medicina interna, nefrología, neumología, pediatría, psiquiatría y reumatología. Las quirúrgicas incluyen: cirugía cardio-vascular, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía máxilo-facial, oftalmología, otorrinolaringología y traumatología y cirugía ortopédica. El grupo otras incluye el resto de especialidades referidas por los candidatos.

Por lo que se refiere a los créditos aportados por los candidatos se definen como créditos aducidos los correspondientes a actividades acreditadas por el CCFMC o la CFCSNS y créditos homologados los transformados por la Comisión.

Las actividades se han clasificado en tres grandes grupos: presenciales, no presenciales (distancia) y mixtas. Las primeras corresponden a las que se desarrollan con el alumno y el profesor presentes físicamente en el mismo lugar y tiempo; las segundas a las que se desarrollan con una separación tempororo-espacial entre el alumno y el profesor; y las últimas a las que se desarrollan combinando en distinta proporción ambas modalidades. A su vez, las actividades presenciales se han clasificado en cuatro grupos: taller / seminario, curso / clase, congreso / reunión y otras.

Los resultados, en el caso de las variables cualitativas, se expresan en proporciones, con su intervalo de confianza (IC 95%) y los estadísticos más relevantes (media, mediana y rango). En el de las variables cuantitativas se expresan en forma de la media, con la desviación típica y el intervalo de confianza (IC 95%) y otros estadísticos relevantes (mediana, rango).

En el análisis de la correlación entre los créditos aducidos y los homologados se ha utilizado el test de Spearman para series no normales.

En el análisis general de los datos se ha utilizado el programa SPSS versión 10.

RESULTADOS

La distribución por edad y sexo de los 105 médicos que obtuvieron el DAC-FMC en el período de tiempo considerado se compendia en la Tabla 1, en la que puede apreciarse que un 40% fueron mujeres y un 60% varones, con diferencias mínimas y no significativas de edad.

De los 105 solicitantes a los que se concedió el DAC-FMC, 71.3 % se encuadraban entre las especialidades médicas, 8.8% entre las especialidades quirúrgicas y el 20% restante entre otras especialidades.

TABLA 1. Distribución de los DAC-FMC concedidos, por edad y sexo

	Mujeres	Hombres	Total
A. DAC-FMC concedidos			
- Número	42	63	105
- %	40	60	100
B. Edad (años)			
- Media	43.3	42.6	42.9
- IC 95%	41.4-45.1	40.5-44.7	41.6-44.4
- Mediana	43.5	42.3	43.2
- Intervalo	27-65	28-57	27-65

Tabla 2. Tipos de actividades de FMC acreditadas aportadas por los médicos que obtuvieron el DAC-FMC y entes acreditadores

A. Tipo de Actividad	Nº	%
- Presencial	243	70.0
- No Presencial (A distancia)	99	28.5
- Mixta	5	1.5
 B. Ente Acreditador	153	43.2
- CFCSNS	49	13.8
- Universidades	45	12.7
- SaAP	44	12.5
- AMA	25	7.1
- Otros	38	10.7

CCFMC. Consejo Catalán de Formación Médica Continuada

CFCSNS. Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud

SaAP. Sistema de Acreditación de Actividades Formativas en Atención Primaria

AMA. Asociación Médica Americana

Al analizar los resultados en función de las variables demográficas, se encontró que un 33.3% de los solicitantes que obtuvieron el DAC-FMC ejercen en ciudades de más de 500.000 habitantes, el 28.6% en ciudades de entre 50.000-500.000 habitantes, el 29.5% en ciudades de entre 5.000-50.000 habitantes y el 4.8% restante en ciudades de menos de 5.000 habitantes (un 3.8% no aportaron información sobre este punto).

Más de la mitad de los solicitantes referían prestar servicio en el sector sanitario público preponderantemente (66.7%), siendo un 23.8% el que decía prestarlo en el sector privado (un 5.7% no aportaron información sobre este punto).

Mayoritariamente (70.5%) los solicitantes trabajan en el medio extrahospitalario, mientras que en sector hospitalario únicamente ejercían el 23.8% (en este caso hubo un 5.7% de no respuestas).

De los solicitantes, tan sólo el 14.3% afirmaron tener el grado de doctor en Medicina y Cirugía, mientras que el 83.8% restante no lo habían obtenido hasta el momento de la solicitud del DAC-FMC (un 1.9% no respondieron esta pregunta).

En la Tabla 2 se compendian los tipos de actividades de FMC a partir de las cuales los médicos a los que se les adjudicó el DAC-FMC obtuvieron los créditos y las entidades acreditadoras de dichas actividades.

Por lo que se refiere a los créditos aportados por los 105 médicos que obtuvieron el DAC-FMC, el promedio fue de 17.7 créditos totales (IC 95%: 19.27 – 25.00), con un mínimo de 10 y un máximo de 117.2.

Al diferenciar los créditos totales en créditos aducidos y créditos homologados, la media de los primeros fue de 10.5 (IC 95%: 9.68 – 14.48), con un mínimo de 0 y un máximo de 92 y la de los segundos de 6.4 (IC 95%: 7.77 – 12.34), con un mínimo de 0 y un máximo de 56.7. De promedio, los créditos aportados por los candidatos fueron un 62% de créditos aducidos y el restante 38% de créditos homologados.

En el análisis conjunto de ambos tipos de créditos, se halla una correlación inversa significativa ($R = -0.630$; $p < 0.001$) entre los créditos aducidos y los créditos homologados (Figura 1), lo que supone que cuanto mayor fue el número de créditos aducidos menor fue el de créditos homologados y viceversa.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo aporta información sobre la primera experiencia de recertificación-relicencia colegial voluntaria o, más exactamente, de reconocimiento oficial del esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia a través de la participación en actividades de formación médica continuada acreditadas, ya sea por el sistema de acreditación del CCFMC y de la CFCSNS o por otros sistemas de acreditación formales existentes en España o en el extranjero.

Aunque la participación de los médicos de Cataluña es baja (únicamente un 0.5% de los médicos colegiados en los cuatro colegios de médicos de Cataluña han solicitado el DAC-FMC), hay que tener en cuenta que la iniciativa se ha lanzado sin grandes esfuerzos de “marketing”, dejando que vaya

calando progresivamente, atendiendo a la situación en Cataluña y en España en general en relación con la cultura de la regulación profesional y la recertificación. Resultados similares se observaron en los primeros años de entrada en funcionamiento del PRA de la Asociación Médica Americana, antes de que se convirtiera en el sistema de referencia para la gran mayoría de los estados de EE.UU. de Norteamérica¹³.

Por más que los datos provienen de un número de DAC-FMC relativamente limitado, creemos que su análisis constituye una buena herramienta para atisbar los caminos por los que puede desarrollarse el sistema en el futuro inmediato y proporciona información útil a quienes estén interesados en el tema de la regulación profesional en nuestro país.

Es de resaltar que la proporción de mujeres-hombres solicitantes se corresponde bastante bien con la distribución de la profesión en Cataluña por género (38.6% médicas y 61.4% médicos)¹⁴ y que en la distribución por las demás variables demográficas no se aprecian sesgos importantes, correspondiéndose bastante bien con la situación de la profesión en la realidad. De lo que puede desprenderse que no parece que los solicitantes del DAC-FMC se correspondan con determinados grupos profesionales, salvo las que luego veremos, ó, lo que es lo mismo, que reflejan bastante adecuadamente el perfil profesional actual en Cataluña. A nuestro juicio, este hecho reviste particular importancia porque permite augurar una implantación relativamente uniforme de la iniciativa en todo el territorio si la tendencia observada prosigue en la misma línea.

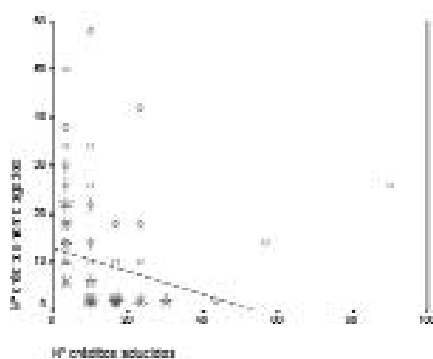
En este punto, es de destacar la coincidencia observada con la iniciativa anterior del propio CCMC. En efecto, según comentábamos algunos de nosotros en el análisis publicado en su momento¹⁰, los resultados permitían refutar algunas asunciones preliminares infundadas y afirmar que el perfil de los participantes en aquella iniciativa también se ajustaba bastante bien al perfil de la profesión médica catalana en aquellos momentos. Esta coincidencia no hace más que reforzar nuestra afirmación, en el sentido de entreveer un futuro optimista para cualquier iniciativa de recertificación que sea progresiva y adaptada a los trazos culturales de nuestro medio.

Que una gran mayoría de los médicos que obtuvieron el DAC-FMC trabajen prioritariamente en el ámbito extrahospitalario no es de extrañar a la vista de la mayor sensibilización de los médicos de familia españoles por las iniciativas de acreditación de las actividades de FMC, de recertificación-relicencia profesional y de evaluación de la competencia. Los médicos hospitalarios no han llevado a cabo todavía iniciativas consistentes en este sentido y, por otro lado, no han sabido aprovechar las existentes para una mejor conformación de la carrera profesional.

La abrumadora mayoría de DAC-FMC concedidos entre los médicos encuadrados en las especialidades médicas se halla en línea con los resultados de la iniciativa anterior del CCMC¹⁰ y viene a confirmar la tendencia observada en otros ámbitos, como el de la evaluación de la competencia. Los médicos de especialidades quirúrgicas se vienen mostrando más remisos a participar en iniciativas relacionadas con

FIGURA 1.- Correlación entre los créditos aducidos y los homologados, de los médicos que obtuvieron el DAC-FMC

R = - 0.630 P < 0.001



Leyenda: el formato de los puntos en el gráfico responde al siguiente significado:

- | | | |
|-------------|-------------|-------------------------|
| ○ 1 sujeto | ★ 5 sujetos | ✳ 8 sujetos |
| ◐ 2 sujetos | ✳ 6 sujetos | ✳ Entre 10 y 20 sujetos |
| ◑ 3 sujetos | ✳ 7 sujetos | ✳ Más de 20 sujetos |

la acreditación de la FMC y la evaluación profesional en general sin que por ahora, que nosotros sepamos, se hayan estudiado las razones.

En función de la oferta formativa en Cataluña y en España, centrada mayoritariamente en las actividades presenciales según constatan todas las informaciones disponibles^{15,16}, es lógico que los candidatos que se hicieron acreedores al DAC-FMC aportaran dicho tipo de actividades en un 70% de los casos y únicamente en un 30% las actividades fueran no presenciales (a distancia) o mixtas.

Por lo que se refiere a los entes acreditadores, tras los años de funcionamiento de los dos sistemas principales de acreditación de actividades formativas en España (el del CCFMC y el de la CFCSNS) era previsible que los candidatos aportaran mayoritariamente actividades acreditadas por ellos (más del 50% de los casos). Del resto de entes acreditadores destacan las universidades y el Sistema de Acreditación de Actividades Formativas en Atención Primaria (SaAP), ambos con una larga trayectoria operativa. Lo que, ciertamente, resulta sorprendente es que hasta un 7.1% de las actividades aportadas por los candidatos estuvieran acreditadas por la Asociación Médica Americana, resultado de la frecuencia con que algunos médicos participan en actividades internacionales acreditadas. Este hecho plantea el reto de establecer cuanto antes acuerdos de homologación de créditos con los principales entes acreditadores europeos (como el de la UEMS) y norteamericanos (el PRA de la AMA), que puedan beneficiar a los profesionales de nuestro país.

Que se encuentre una correlación inversa entre los créditos aducidos y los homologados entra en la más pura lógica puesto que, en efecto, es razonable que los candidatos tiendan a aportar prioritariamente los primeros y solo en caso de insuficiencia de los mismos opten por los segundos. Es de esperar que, con la utilización progresivamente creciente de los sistemas de acreditación del CCFMC y de la CFCSNS por parte de los proveedores de actividades de FMC; la ampliación de la acreditación institucional, actualmente sólo instaurada por el CCFMC; y el establecimiento de acuerdos de homologación de créditos con entes de otros países o multinacionales, aquella distinción de créditos tienda a desaparecer y se utilice un único sistema de créditos de FMC.

Para acabar, queremos remarcar dos hechos importantes. El primero es el papel de refuerzo del proyecto DAC-FMC para el sistema de acreditación del CCFMC y, por extensión, para los demás siste-

mas de acreditación de la formación médica continuada existentes en España. Y el segundo el papel de precursor que este proyecto puede tener para la instauración de un verdadero sistema de recertificación-relicencia profesional en nuestro país, que complemente y estimule la aplicación de iniciativas de evaluación de la competencia, como las que ya se han aplicado limitadamente en algunos ámbitos profesionales¹⁷.

Por lo que se refiere al primero, con el proyecto DAC-FMC se pretende dar respuesta a la pregunta que muchos médicos se hacen actualmente en Cataluña y en España sobre la utilidad de los créditos obtenidos mediante la participación en actividades de formación médica continuada acreditadas. Esta pregunta no tiene nada de inocente o inoportuna porqué, en efecto, si los créditos obtenidos con esfuerzo no han de servir para nada, tampoco parece que pueda servir para nada el sistema de acreditación instaurado. Sin olvidar que la justificación mayor del sistema radica en la mejora de la oferta formativa y en el papel de guía para el médico y los demás agentes del sistema sanitario, es evidente que no se puede dejar de lado que, en la práctica, el médico es sensible a la introducción de estímulos positivos y negativos y que los créditos han de traducirse en un elemento incentivador cara a diversos aspectos de la práctica profesional (carrera profesional, concursos de plazas, promoción individual,...)^{18,19}. No reconocer este hecho sería un error de bulto que el sistema en conjunto no se puede ni debe permitir, en estos momentos cruciales para la profesión en nuestro país.

En lo tocante al segundo, algunos de nosotros hemos apuntado^{7,20} que la introducción de un sistema de recertificación-relicencia profesional en nuestro país parece inevitable a la luz de las corrientes internacionales predominantes^{5, 6, 21, 22}. Con esta premisa en mente, es indudable que las organizaciones científico-profesionales han de avanzar paulatina-mente hacia aquel objetivo y, para ello, nada mejor que ir introduciendo elementos de sensibilización progresiva y ofrecer alternativas viables que no originen un rechazo frontal de los médicos. A nuestro juicio, ésta que hoy presentamos constituye un buen paso en el camino que habrá que andar en el futuro inmediato y ofrece elementos razonablemente esperanzadores.

BIBLIOGRAFIA

1. Pardell H, Oriol-Bosch A, en nombre de la Comisión Permanente del Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada. Sobre la acreditación de la for-

- mación médica continuada en España. *Med Clin (Barc)* (en prensa)
2. Brown CR, Uhl HSM. Mandatory continuing medical education. Sense or nonsense?. *JAMA*. 1970, 213: 1660-8
 3. Storey PB. Mandatory continuing education. One step forward-to steps back. *NEJM*. 1978, 298: 1416-8
 4. Stross JK, Harlan WR. Mandatory continuing medical education revisited. *Moebius*. 1987, 7: 22-7
 5. Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*. 2000, 320: 432-5
 6. Martín Zurro A. Evaluación de la formación postgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria*. 2002, 30: 46-56
 7. Pardell H. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Med Clin (Barc)*. 2000, 115: 261-3
 8. Pardell H, Ramos A, Gual A, Oriol-Bosch A. La experiencia del Consejo Catalán de Formación Médica Continuada. En: Pardell H, ed. *Formación Médica Continuada, a debate*. Barcelona. Ediciones Mayo, SA. 2001. 101-106
 9. Pallarés L, Ramírez J. La experiencia de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. En: Pardell H, ed. *Formación Médica Continuada, a debate*. Barcelona. Ediciones Mayo, SA. 2001. 107-111
 10. Pardell H, Ramos A, Abós R, Sarrias R. Resultados del primer programa de acreditación individual a partir de las actividades de formación médica continuada, del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. *Educ Méd*. 1998, 1: 32-7
 11. Physician's Recognition Award. Version 3.2. Chicago, IL. American Medical Association. 2002
 12. Pardell H, Ramos A, Bruguera M. Iniciativas pioneras de recertificación. En: Pardell H, ed. *Formación médica continuada, a debate*. Barcelona. Ediciones Mayo, SA. 2001. 39-45
 13. Wentz DK. Historia y estado actual del "Physician Recognition Award" (PRA) de la American Medical Association. En: Pardell H, ed. *Formación médica continuada, a debate*. Barcelona. Ediciones Mayo, SA. 2001. 91-96
 14. Anuario Estadístico de España 2000. Madrid. Instituto Nacional de Estadística. 2001
 15. Pardell H, Ramos A, Gual A. Profile of CME activities providers and participants in Catalonia (Spain). 26th Annual Conference of the Alliance for Continuing Medical Education. San Francisco, CA. January 24-27, 2001
 16. Pardell H, Pallarés L, de la Mata I. Profile of CME activities providers and participants in Spain. Two-years experience of the Spanish CME accreditation system. 27th Annual Conference of the Alliance for Continuing Medical Education. Orlando, FL. January 30-February 2, 2002
 17. Ruiz E, Florensa E, Cots JM, Sellarés J, Iruela A, Blay C, Morera R, Martínez JM. Primeras experiencias en evaluación de la competencia de los médicos de familia de Catalunya. *Aten Primaria*. 2001, 28: 105-9
 18. Pardell H. Qué podemos esperar de la acreditación de la formación médica continuada. En: Pardell H, ed. *Formación médica continuada, a debate*. Barcelona. Ediciones Mayo, SA. 2001. 13-16
 19. Thomas V. Acreditación de actividades, ¿por qué?, ¿para qué?. *Gaceta semFYC*. 2001, 60: 2
 20. Martín Zurro A. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Aten Primaria*. 1996, 17: 162-8
 21. Lewis RP. President's page: Recertification. Its time has come. *JACC*. 1996, 28: 260-2
 22. General Medical Council. Revalidating doctors. Ensuring standards, securing the future. London. G.M.C. 2000.