

Gobernabilidad de la evaluación del desarrollo profesional y la recertificación.

¿Cuándo llegará el consenso político?

Arcadi GUAL

Los glosarios definen el desarrollo profesional continuo (DPC) como 'conjunto de todas las actividades orientadas a la actualización, el desarrollo y la mejora de la competencia requerida para una adecuada práctica clínica a lo largo de la vida profesional'. El DPC es más amplio que la formación médica continuada, ya que, de hecho, la incluye, y se completa con el aprendizaje autónomo y el aprendizaje en servicio.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece en sus principios generales, artículo 4, apartado 6¹, que la formación continuada está unida a la acreditación de la competencia profesional. Además, señala que la valoración del desarrollo profesional se basará en los méritos de conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación (artículo 38, apartado b). Así pues, la buena planificación del DPC, así como los criterios para su evaluación, nos conducirán a la credencial que permitirá validar periódicamente la competencia profesional: la recertificación.

Los sujetos a quienes afecta directamente el DPC son el médico y el paciente, o quizá sería mejor referirnos a su conjunto global, los profesionales médicos y la ciudadanía. Sin embargo, si nos referimos a la gobernabilidad del DPC, uno y otro son, en buena parte, sujetos pasivos. En la gobernabilidad del DPC, emergen varios actores institucionales, tanto principales como concurrentes², como responsables de tutelar el proceso (Tabla I). Por un lado, los

colegios, las sociedades científicas y las administraciones sanitarias como actores principales. Por otro, como actores concurrentes, los sindicatos profesionales, los empleadores (públicos o privados) y, finalmente, otras instituciones o corporaciones de variada naturaleza. Aún queda un tercer actor institucional, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, que, por su naturaleza de asesor del Ministerio y por su composición de especialistas expertos y de reconocido prestigio, podría y debería tener, en general, un papel más relevante del que tiene en la actualidad en diferentes cuestiones relacionadas con la formación y la evaluación de los especialistas y, en particular, con la evaluación del DPC y la recertificación de los médicos.

Operativamente, es necesario valorar y evaluar el DPC porque lo manda Europa³, pero, al margen de las demandas legales, europeas o españolas, es necesario valorar el DPC para asegurar al paciente la calidad de la atención sanitaria que recibe. Además, valorar el DPC, esto es, indicar si la formación que va adquiriendo a lo largo de su vida profesional es correcta o debe ampliarla, tiene otra utilidad. Permite dar el *feedback* adecuado al médico sobre su formación y otorgar una credencial que debe dar confianza y seguridad, tanto al paciente como al médico, de que la atención sanitaria es la adecuada. Valorar el DPC es un *win-win* para el ciudadano, para el médico y para la administración sanitaria.

Y, si valorar el DPC es bueno para todos y no perjudica a nadie, ¿por qué no está implementado? No sería justo decir que los actores no hayan hecho nada, aunque la realidad nos indica que o no han hecho lo suficiente o no lo han hecho bien.

¹ Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, artículo 4.6: 'Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada y acreditarán regularmente su competencia profesional'.

² Aceptación de concurrir: contribuir con una cantidad o manera para determinado fin.

³ Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo (20 de noviembre de 2013), que establece la obligatoriedad de promover el desarrollo provisional continuo de los médicos.

Catedrático de la Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. Director de SEAFORMEC-SMPAC. Fundación Educación Médica

E-mail: agual@ub.edu

Aceptado tras revisión externa: 14.02.22.

Cómo citar este artículo: Gual A. Gobernabilidad de la evaluación del desarrollo profesional y la recertificación. ¿Cuándo llegará el consenso político? FEM 2022; 25: 1-3. doi: 10.33588/fem.251.1170.

© 2022 FEM



Artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ISSN: 2014-9832
ISSN (ed. digital): 2014-9840

Tabla I. Responsabilidades de los actores corporativos en la evaluación del DPC/FMC.

	Responsabilidades en el DPC/FMC	Responsabilidades en la carrera profesional
Colegios y consejos oficiales de médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Actor principal, <i>auctoritas</i>, registro • Código deontológico • Competencias profesionales 	N/A
SS. CC. y FACME	<ul style="list-style-type: none"> • Actor principal, <i>auctoritas</i> • Competencias profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Actor concurrente
Administración sanitaria ^a (Central y autonómica)	<ul style="list-style-type: none"> • Actor principal, <i>potestas</i> • Autoridad certificadora • Capacidad auditora/sancionadora del DPC/FMC 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Potestas</i> • Autoridad certificadora
CNECS	<ul style="list-style-type: none"> • Auctoritas, función asesora relevante 	N/A
Sindicatos profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Actor concurrente² • Facilitador del DPC/FMC 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Auctoritas</i> • Actor principal
Empleador (público o privado)	<ul style="list-style-type: none"> • Actor concurrente² • Facilitador del DPC/FMC 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Auctoritas</i> • Actor principal
Otras (academias, asociaciones de pacientes, UEMS-EACCME, AMA, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Actor concurrente² • Cooperaciones y sinergias 	N/A
Industria ^b	Patrocinador	N/A

AMA: American Medical Association; CNECS: Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud; DPC: desarrollo profesional continuo; EACCME: European Accreditation Council for Continuing Medical Education; FACME: Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas; FMC: formación médica continuada; N/A: no aplica; SS. CC.: sociedades científicas; UEMS: Unión Europea de Médicos Especialistas. ^a La administración debe desempeñar un papel relevante en el DPC/FMC, por lo que debe calificarse de actor principal; sin embargo, su protagonismo debe centrarse como cohesionador y sancionador, y, por tanto, en otra dimensión de la de los colegios y las sociedades científicas; ^b La industria no es un actor, ni principal ni concurrente, pero se incluye en el cuadro para destacar su relevante papel como patrocinador (*sponsor*).

Tabla II. Documentos aprobados por la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

	Aprobación/fecha
1 Desarrollo profesional continuo y desarrollo profesional, comisión de recursos humanos	Comisión de recursos humanos del CISNS, 6 de septiembre de 2012
2 Proceso de evaluación del desarrollo profesional	Comisión de recursos humanos del CISNS, 3 de junio de 2014
3 Borrador del Proyecto de Real Decreto ____, de ____ de ____, del proceso de evaluación del Desarrollo Profesional	Borrador de 2014, no aprobado

Pero, antes de criticar, preguntémosnos: ¿qué han hecho los tres actores principales? Hace unos 10 años, la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobó la propuesta consensuada de un documento técnico titulado *Desa-*

rrollo profesional continuo (DPC) y desarrollo profesional (DP), y un par de años más tarde, la misma comisión aprobó otro documento técnico sobre el *Proceso de evaluación del desarrollo profesional (DP)*. Estos dos documentos (Tabla II) sirvieron de base para un proyecto de real decreto sobre el desarrollo profesional que circuló ampliamente, pero que no llegó al Boletín Oficial del Estado. Sin embargo, a continuación, razonamos la importancia de reivindicar estos dos documentos.

Dada la inacción de la administración sanitaria desde 2014 para ahondar en el desarrollo normativo del desarrollo profesional, los otros dos actores principales, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos junto con los colegios, y la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) junto con las sociedades científicas, trabajaron sobre la futura estructuración del desarrollo profesional y la recertificación. Tanto unos como otros fundamentaron sus propuestas según los dos citados documentos sobre el desarrollo profesional, que habían sido consensuados por diferentes comunidades autónomas de distintos colores políticos, y consensuados y aprobados en el seno de la comisión de recursos humanos del SNS.

Basándose en la filosofía que inspiraban estos documentos, hoy los colegios tienen implementado el programa sobre la Validación Periódica de la Colegiación (VPC), pieza clave para la valoración ética y deontológica de una futura recertificación. Por su parte, FACME y las sociedades científicas, también siguiendo los principios de dichos documentos, han realizado un importante esfuerzo para definir las competencias, así como para determinar qué indicadores e instrumentos deben valorar cada competencia. Un número importante de sociedades científicas tienen terminada o en fase muy avanzada esta parte del trabajo, seguramente la más compleja.

Colegios, FACME y sociedades científicas han avanzado en un modelo moderno, alineado con las tendencias europeas, basado en competencias y adecuado a la estructura de nuestro SNS. Esto es así porque la administración sanitaria, a través de la Dirección General de Ordenación Profesional primero y la comisión de recursos humanos del SNS después, marcó un camino que los diferentes actores reconocieron como el adecuado. Los documentos referidos aprobados por la Comisión de recursos humanos del SNS son documentos técnicos y, legalmente, no condicionan actuaciones legislativas de la DGOP. Pero, si bien legalmente no lo hacen, desconsiderar los principios aprobados en su momento por las diferentes formaciones políticas, y no tener en cuenta el laborioso trabajo realizado, según

dichos acuerdos, por Colegios, FACME y sociedades científicas no auguraría un buen comienzo para la recertificación de los médicos españoles. Como tampoco lo tendría cualquier diseño sin la participación especialmente activa de todos los actores.

Las cuestiones técnicas del proceso del DPC y su evaluación están solucionadas y no hay que darles más vueltas; por tanto, queda activar la voluntad política. El único camino que conduce al éxito para la implementación del DPC y su evaluación no es otro que la unión de voluntades de todos los actores para cerrar, en negro sobre blanco, las cuestiones políticas y sus flecos. Se requiere un consenso político entre instituciones, un cónclave, que desencalle el buen trabajo de los técnicos. Una cosa más. Europa sigue su ritmo y España, una vez que el trabajo técnico está hecho, no debe retrasarse en imple-

mentar la recertificación de los especialistas en ciencias de la salud. Hacerlo sería una imprudencia.

Bibliografía general

1. Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
4. Real Decreto 300/2016, de 22 de julio; Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.
5. UEMS. European Standards in Medical Training, ETRs. URL: <https://www.uems.eu/areas-of-expertise/postgraduate-training/european-standards-in-medical-training>. Fecha última consulta: 16.02.2022.
6. Tratado de la Unión Europea (TUE)/Tratado de Maastricht, de 7 de febrero de 1992. URL: <https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/es/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/maastricht-treaty>. Fecha última consulta: 16.02.2022.