

III SESIÓN: RETOS DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUADO Y DE LA REGULACIÓN DE LA PROFESIÓN

Dr. Ian Starke

Director de la División de Desarrollo Profesional Continuo. Federación de "Royal Colleges of Physicians". Reino Unido

ORGANIZACIÓN DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO (DPC) EN EL REINO UNIDO

La institución reguladora nacional del DPC en el Reino Unido es la "Academy of Medical Royal Colleges", constituida por 15 *Colleges* y Facultades de Medicina que disponen de un director de CPD. Estos directores forman un grupo propio en el seno de la Academia, con la responsabilidad de supervisar los requerimientos, la calidad y la adecuación del DPC en todo el Reino Unido. El espectro de programas de DPC de cada *College* difiere en aspectos concretos, pero todos ellos comparten los mismos "10 Principios"¹ básicos del DPC y las mismas normas de calidad.

El grupo de directores mencionado incluye, además, representantes de la institución reguladora del Reino Unido (el *General Medical Council*) y mantiene relaciones con el ente regulador europeo EACCME ("*European Accreditation Council for CME*"). Los tres *Royal Colleges of Physicians* del Reino Unido integrados en la Federación de *Royal Colleges* (Escocia, País de Gales e Inglaterra) tienen un director de DPC que es miembro del "*Policy Committee*" de dicha Federación.

La definición de DPC aprobada por la Academia es la siguiente: "El proceso, independiente de la formación pre y postgraduada, que facilita el mantenimiento y la mejora de los estándares de la práctica médica mediante el desarrollo de los conocimientos, habilidades, actitudes y conductas del médico. En otro sentido, el DPC debe facilitar los cambios necesarios en dicha práctica médica".

HISTORIA DEL DPC EN EL REINO UNIDO

El término Formación Médica Continuada (FMC) en el Reino Unido se utiliza para describir

III SESION: CHALLENGES IN CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT AND THE REGULATION OF THE PROFESSION

Dr. Ian Starke

Director of Continuing Professional Development
Federation of Royal Colleges of Physicians, United Kingdom.

ORGANISATION OF CPD IN THE UNITED KINGDOM

The National Accreditation Authority for Continuing Professional Development (CPD) in the United Kingdom is the Academy of Medical Royal Colleges. The Academy is made up of some 15 Colleges and Faculties, each having a Director of CPD. The Directors of CPD form a group within the Academy, whose responsibility is to oversee the requirements, quality and consistency of CPD in the United Kingdom. The range of CPD schemes run by individual Royal Colleges differ in detail, but all Colleges work to the same "Ten Principles"[1] of CPD and those Colleges that formally approve CPD events agree broadly similar quality criteria.

The Directors of CPD Group (DoCPD) includes representation from the UK Regulatory Body, the General Medical Council (GMC) and maintains awareness of CME/CPD regulations in Europe, governed by the European Accreditation Council for CME (EACCME). The three Royal Colleges of Physicians in the UK (The Federation) each have a Director of CPD who are members of a Federation CPD Policy Committee.

The definition of CPD used by the Academy of Medical Royal Colleges is:

A continuing process outside formal undergraduate and postgraduate training that allows individual doctors to maintain and improve standards of medical practice through the development of knowledge, skills, attitudes and behaviour. CPD should also support specific changes in practice.

HISTORY OF CPD IN THE UNITED KINGDOM

In the UK, the term Continuing Medical Education (CME) is used to describe learning on cli-

el aprendizaje de temas clínicos y de otra naturaleza directamente relacionada con la atención al paciente. El DPC incluye, por supuesto, la FMC, pero va más allá al tomar en consideración que el médico se ve involucrado en actividades de muy diversa naturaleza, una vez finalizado su período de especialización, y que tales actividades requieren un aprendizaje específico con objeto de asegurar la consecución de los estándares más elevados de calidad.

Los “*Royal Colleges of Physicians*” establecieron por primera vez la FMC en 1996, como un sistema básico, sujeto a un *audit* anual. Éste no se trataba, de todas formas, de un verdadero control de calidad de las actividades de FMC, las cuales se clasificaban en tres categorías: externas, internas y personales. Por aquel tiempo se decidió un mínimo de 50 horas anuales de FMC exigibles al médico.

En 2001 se estableció un nuevo sistema que incluía una base de datos “on-line” de las actividades de FMC reconocidas/acreditadas, un sistema uniforme para dicha acreditación y un diario “on-line” a cargo de los participantes en tales actividades. En paralelo, existía un sistema documental en papel que dejará de ser operativo en abril de 2007. Recientemente, se ha introducido un nuevo sistema de acreditación “on-line” y unos nuevos criterios de calidad para la acreditación de actividades a distancia.

EL SISTEMA ACTUAL DE DPC DE LA FEDERACIÓN

En dicho sistema, cualquier actividad sometida a reconocimiento/acreditación a un director de DPC o a algún representante/consultor regional de las diversas especialidades debe observar las recomendaciones aprobadas. En caso de que sea acreditado, entra en la base de datos “on-line”; en caso contrario, es devuelta al organizador-proveedor con la indicación de que no cumple tales requisitos o con la solicitud de información adicional o la recomendación de algunos cambios. Cada participante registrado puede acceder a la base de datos utilizando su número de registro personal y el “password”, con lo cual puede incluir la actividad escogida en su propio diario personal. Al asistir a una actividad acreditada, el participante obtiene los créditos adjudicados, para lo cual debe llevar a cabo un proceso de reflexión personal “on-line”. Los participantes dan, asimismo, su opinión acerca de la

nical and other topics that directly relate to patient care. Continuing Professional Development (CPD) includes CME, but recognises that a doctor will become involved in many professional activities after completion of specialist training and that these activities require specific learning in order to ensure that the highest standards are met.

The Royal Colleges of Physicians first established CME in 1996 when a simple diary system was introduced, subject to a 5% annual random audit. There was no quality control of the CME events that could be recorded but they were categorised into different types – External, Internal and Personal. A total of 50 hours of activity was required each year.

In 2001 a new system was introduced which included an online database of approved events, a system of approving those events and an online diary kept by individual registrants. A paper based system ran in parallel which is due to discontinue from April 2007. We have recently introduced an on-line system for event approvals, and new quality criteria for the approval of distance learning materials

THE CURRENT FEDERATION CPD SYSTEM

An educational event is submitted for CPD approval against agreed guidelines to an approver who is a Director of CPD or one of the Specialty CPD Representatives or Regional Advisers. If the event is approved it is entered onto the online database, but if not it is returned to the provider with a statement that it cannot be approved, or asking for further information or changes. Each participant registered with the system is able to access the online data base using a registration number and password and is able to enter CPD events in a personal learning diary. When the event has been attended credits can be obtained through a process of reflection made, again, within the online personal diary. Participants also give feedback about the quality of the event. This may be collated and reviewed by the approvers, or on occasion, fed back to the provider.

Currently CPD in the Federation of the Colleges of Physicians is divided into:

External activities

– Peers or providers ensure a regional, national or international context – verifiable – a minimum of 25 external credits are required per year of which it is strongly recommended that at least 5 should be non clinical (“professional”) in nature.

calidad del evento formativo, la cual puede ser almacenada por los entes acreditadores o, en su caso, remitida al organizador-proveedor de la actividad en cuestión.

En la actualidad, la Federación clasifica las actividades de DPC en tres tipos:

- Externas. Pueden ser regionales, nacionales o internacionales, y a partir de ellas el médico ha de acumular un mínimo de 25 créditos anuales, 5 de los cuales se recomienda que sean de una actividad no clínica (“profesional”).

- Internas. Constituyen las actividades locales que el médico lleva a cabo con otros colegas y que no son acreditables.

- Personales. Constituyen actividades tales como la lectura de materiales de Internet y otros, cuya utilidad solo puede ser estimada por el propio médico. A partir de ellas se puede obtener un máximo de 10 créditos por año.

Otros Colleges y Facultades utilizan un sistema diferente para categorizar las actividades de DPC, pero todos ellos establecen un requerimiento mínimo de 50 créditos anuales.

Los criterios de acreditación actuales son los siguientes:

- La población-diana debe corresponderse con las distintas especialidades médicas y relacionarse con los aspectos no clínicos comúnmente aceptados, y debe ser del Reino Unido.

- La eventual esponsorización comercial no debe influir en la estructura y contenido del programa educativo.

- Cualquier conflicto de intereses existente debe ser declarado explícitamente en el formulario.

- Los objetivos educativos deben estar claramente explicitados y ser adecuados a la población-diana a la que se dirige la actividad.

- La metodología educativa debe estar de acuerdo con tales objetivos.

- Debe existir evidencia clara de que el organizador-proveedor o facilitador de la actividad posee la experiencia necesaria para ofrecer la actividad en cuestión.

- Debe existir constancia de que la evaluación de programas formativos previos ofrecidos por el mismo organizador-proveedor es satisfactoria o de que, en caso contrario, éste ha puesto los medios necesarios para resolver las insuficiencias.

Internal activities

- Routine local activity with colleagues – semi-verifiable but not usually verified at present

Personal activities

- Individual activity, such as reading and use of the internet, where the individual determines the benefits gained – unverifiable – not more than 10 credits per year count towards required 50.

A number of other colleges and faculties in the United Kingdom use different categories of CPD. A minimum of 50 credits per annum is required by all Colleges.

The current approval criteria are:

- The target audience falls within the remit of the Federation (recognised medical specialties / generic and non-clinical aspects / UK providers or hosts)

- Any support, sponsorship or funding by commercial organisations has not influenced the structure or content of the educational programme

- Any commercial sponsorship or interests of the programme planner, presenters or facilitators must be declared on the application form

- The learning objectives are specifically defined, and are appropriate for the target audience

- The teaching methods used will achieve the stated learning objectives

- Evidence is provided that the programme planners and/or facilitators have the expertise to deliver the learning objectives using the methods chosen

- The evaluation record for previous events organised by the same provider is satisfactory, or reasons for previous unsatisfactory ratings have been addressed.

MEDICAL REGULATION IN THE UK AND THE GENERAL MEDICAL COUNCIL

The General Medical Council (GMC) was established under the Medical Act of 1858. The purpose of the GMC is to protect, promote and maintain the health and safety of the public by ensuring proper standards in the practice of medicine. The General Medical Council has four main functions:

- Keeping up to date registers of qualified doctors
- Fostering good medical practice
- Promoting high standards of medical education
- Dealing firmly and fairly with doctors whose fitness to practice is in doubt

The Council of the GMC includes nineteen doctors elected by doctors, fourteen members of the public appointed by the NHS Appointments Commission

EL “GENERAL MEDICAL COUNCIL” Y LA REGULACIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN EL REINO UNIDO

El General Medical Council (GMC) se creó en 1858, por ley (“Medical act”), con el objetivo de proteger, promover y mantener la salud y la seguridad de la población, mediante la garantía de los estándares de la práctica médica.

Las cuatro funciones básicas del GMC son:

- Mantener el registro actualizado de los médicos.
- Fomentar la buena práctica médica.
- Promover elevados estándares de calidad de la educación médica.
- Actuar disciplinariamente en caso de incumplimiento de los estándares por parte de algún médico.

El Consejo Directivo del GMC se compone de 19 médicos elegidos por sus colegas, 14 miembros no médicos propuestos por la Comisión del NHS y 2 académicos nombrados por las Universidades y los Royal Colleges.

El Registro del GMC incluye la siguiente información:

- El número de registro del médico, con su nombre y género.
- El año y escuela en la que obtuvo su título de médico.
- El estado actual del registro.
- La fecha de registro.
- La práctica de una especialidad o de medicina general.
- El historial profesional del médico a partir de octubre de 2005.

En una modificación legislativa de 2002 se introdujo la Revalidación como uno de los cometidos del GMC.

“BUENA PRÁCTICA MÉDICA”, EVALUACIÓN Y REVALIDACIÓN

En 1998 el GMC publicó un documento titulado “Buena práctica médica”², que se ha convertido en un texto esencial en la educación de los médicos en el Reino Unido así como en su evaluación. Dicho documento ha sido actualizado regularmente desde entonces e incluye los siguientes cinco campos de la práctica médica, susceptibles de ser evaluados a través de los estándares correspondientes:

- Atención médica adecuada.
- Mantenimiento de dicha atención médica a lo largo del tiempo.

and two academics appointed by the universities and medical Royal Colleges.

The “Principal List” (Register) of the GMC contains the following information:

- The doctor’s reference number, name, gender
- Year and place of primary medical degree
- Registration status
- Date of registration
- Entry in general practice or specialist register
- Any publicly available fitness to practice history since 20th October 2005

An amendment of the Medical Act, 1983, was passed in 2002 to allow revalidation to be one of the functions of the GMC.

“GOOD MEDICAL PRACTICE”, APPRAISAL AND REVALIDATION

In 1998 the GMC issued a document entitled “Good Medical Practice” [2] which has become fundamental in the training of doctors in the UK as well as in the annual appraisal of trained doctors. “Good Medical Practice” has been regularly updated and includes the following seven domains of practice in which standards have to be maintained. These are:

- Good clinical care
- Maintaining good medical practice
- Relationships with patients
- Working with colleagues
- Teaching/training, appraisal/assessment
- Probity
- Health

Participation in CPD is an essential requirement within Domain 2, Maintaining Good Medical Practice, but it is also relevant to the other domains.

In 2004 the GMC issued guidance on CPD [3] which included the following recommendations:

- CPD should cover all areas of professional practice
- CPD should cover all aspects of “Good Medical Practice”
 - “Organisations”
 - should advise on content and evidence
 - should confirm participation in CPD
 - Appraisal should ensure relevance of CPD through a Personal Development Plan
 - Doctors must record enough CPD to meet revalidation requirements
 - There should be public and patient involvement in planning, standard setting and monitoring of CPD

- Relación con los pacientes.
- Colaboración con los colegas.
- Enseñanza/educación y evaluación.
- Probidad.
- Salud del profesional.

La participación en programas de DPC constituye un requerimiento fundamental relacionado con el campo 2, pero tiene que ver, asimismo, con el resto de campos considerados.

En 2005, el GMC publicó un documento sobre DPC³, con las siguientes recomendaciones:

- El DPC debe cubrir todos los campos de la práctica profesional.
- El DPC debe cubrir todos los aspectos de la que constituye una "Buena práctica médica".
- Las organizaciones deben asesorar sobre los contenidos y confirmar la participación de los médicos en programas de DPC.
- La evaluación debe servir para asegurar la existencia de un Plan de Desarrollo Personal (PDP).
- Los médicos deben reunir un plan de DPC suficiente para superar los requerimientos de la Revalidación.
- Idealmente, los pacientes y el público deben estar involucrados en el DPC del médico.

El DPC y la evaluación anual están íntimamente relacionados. El médico ha de reunir y archivar su propio plan de DPC, el cual formará parte de la evaluación anual. A partir de aquel plan personal, deben poder identificarse las necesidades individuales, que constituyen la base del Plan de Desarrollo Personal (PDP). La participación en actividades de DPC constituye la base del PDP, del que derivan los cambios necesarios en la práctica profesional con objeto de mejorarla continuamente. En el momento de su introducción, se postuló que los resúmenes de evaluación anual debían ser sometidos al Grupo de Revalidación del GMC cada 5 años.

EL CASO HAROLD SHIPMAN Y OTROS RETOS

El proceso de Revalidación diseñado fue puesto en entredicho a raíz del caso Shipman, en 2003. El Dr. Harold Shipman fue encontrado culpable de matar a más de 250 pacientes entre 1972 y 1998, mediante la administración de elevadas dosis de analgésicos narcóticos. La juez Dame Smith llevó a cabo una investigación sobre el caso y emitió sus conclusiones entre los años 2003 y 2006⁴, conclu-

CPD and regular annual appraisal are closely linked. The doctor will collect and reflect on information from daily activities and these will be discussed at the annual appraisal. From this, clinical and professional development needs will be identified and a Personal Development Plan (PDP) is developed. Participation in CPD is the means of delivering the PDP and will result in changes in clinical and professional practice or in maintenance of best practice where present. When the system was introduced it was intended that appraisal summaries would be submitted to the GMC for annual review by the Revalidation Group every five years.

HAROLD SHIPMAN AND OTHER CHALLENGES

The revalidation process, as originally conceived, was put on hold following the discovery in 2003 of the activities of Dr Harold Shipman. Dr Shipman killed up to 250 patients between 1972 and 1998 by the use of large doses of narcotic analgesics. Dame Janet Smith QC conducted a full enquiry into these events which was reported between 2003 and 2006 [4]. She concluded that the revalidation method currently in place was:

- Lacking in rigour
- Departed from the original concept
- Was not fit for purpose.

But there had been other examples of incompetent professional practice or criminal activity:

- Clifford Ayling
- 12 counts of indecent assault of female patients
- Richard Neale
- Serious professional misconduct, dishonesty and incompetent practice
- William Kerr and Michael Haslam
- Charges of indecent assault and rape
- Rodney Ledward
- Inappropriate tolerance of aberrant conduct and deviant practice
- Bristol Royal Infirmary
- Shortcomings in attitudes, decisions and judgements – a "club culture"

In 2005 Sir Liam Donaldson, Chief Medical Officer of the NHS, was commissioned to undertake a review in order to make recommendations as to how things should change. The terms of reference were to:

- Strengthen procedures for assuring the safety of patients in situations where a doctor's performance

yendo que el método propuesto de Revalidación presentaba lagunas en relación con el rigor exigible, el mismo concepto original de Revalidación y su adecuación a las necesidades reales.

Sin embargo, el caso Shipman no es el único, existiendo otros ejemplos de conducta profesional punible:

- Clifford Ayling. 12 casos de agresión sexual a pacientes mujeres.
- Richard Neale. Diversos casos de actuación incorrecta, deshonestidad e incompetencia manifiesta.
- William Kerr y Michael Haslam. Acusaciones de agresión sexual y violación.
- Rodney Ledward. Acusaciones de tolerancia inadecuada y práctica incorrecta.
- Bristol Royal Infirmary. Acusaciones de actitudes incorrectas y “cultura de corporativismo”.

En 2005, Sir Liam Donaldson, Chief Medical Officer del NHS, fue encargado de elaborar un informe destinado a ofrecer recomendaciones acerca de los cambios necesarios, en el sentido de:

- Implementar procedimientos para garantizar la seguridad de los pacientes.
- Poner en práctica un sistema de Revalidación efectivo.
- Modificar el papel, la estructura y el funcionamiento del GMC.

EL RETO DE LA CALIDAD Y LA EFECTIVIDAD DEL DPC

Durante los dieciocho meses previos a la publicación del informe de Sir Liam Donaldson hubo tiempo suficiente para reflexionar sobre los aspectos de la calidad y la efectividad del DPC, concluyéndose que resulta muy difícil diferenciarlos, dado que la efectividad constituye un elemento clave de la calidad.

La evaluación de dichos componentes puede llevarse a cabo a distintos niveles. En primer lugar, la actividad formativa debe estar bien diseñada en relación con los objetivos de aprendizaje identificados y la población-diana a la que va dirigida. En segundo lugar, un “feedback” positivo a partir de la actividad en cuestión indica que el médico está satisfecho y dicha satisfacción suele asociarse, aunque no siempre, con la consecución de los objetivos de aprendizaje.

Los cambios en los conocimientos suelen ser fácilmente evaluables mediante cuestionarios o casos-estudio, por más que no necesariamente conducen a cambios en la práctica. La calidad de la

or conduct pose a risk to patient safety or the effective running of services;

- Ensure the operation of an effective system of revalidation;
- Modify the role, structure and functions of the General Medical Council.

THE CHALLENGE OF DETERMINING THE QUALITY AND EFFECTIVENESS OF CPD

During the eighteen months before Sir Liam Donaldson’s report was published there was time to reflect on issues of quality and effectiveness in CPD. It is difficult to separate the two, as effectiveness is a key measure of quality.

The quality and effectiveness of CPD events may be evaluated at a number of levels. Firstly, the educational activity should be well designed in relation to the learning objectives identified and the nature of the target audience. Secondly, positive feedback from the educational activity indicates doctor satisfaction and it is logical (although not always certain) that greater satisfaction will be associated with a better outcome in terms of what is learned.

Change in knowledge can be assessed relatively easily by means of questionnaires or case studies, but may or may not lead to a change in behaviour. It is doctors’ behaviour that determines the quality of patient care, but the clinical outcome for patients is influenced by numerous factors outside the doctor’s control and outside the learning experience.

One might therefore consider a spectrum between quality and effectiveness. Quality can be high regardless of outcome, and is largely intrinsic to the activity itself. As we move to the right (or up the pyramid) the effectiveness of a high quality learning experience may be progressively disguised by other factors. At the same time the demonstration of change in knowledge, behaviour and outcome increasingly represent effectiveness, but cannot be measured by the design of the educational activity. Quality represents the degree to which the CPD activity is likely to produce a good outcome. Effectiveness is the degree to which a CPD activity can be shown to produce a good outcome. The highest level of quality is reached when the learning experience can be shown to be effective at a high level in all cases despite potentially confounding factors.

It is essential to engage the event providers, the learners, and the accrediting bodies in the design of

misma viene determinada por el comportamiento del médico, pero los resultados finales vienen influenciados por numerosos factores que caen fuera de su control y de la experiencia educativa.

Se podría considerar un espectro o “continuum” que va de la calidad a la efectividad. Aquella no necesariamente se relaciona con el resultado final, siendo en gran parte intrínseca a la propia actuación profesional. A medida que nos movemos hacia la cúspide la pirámide, la efectividad de una actuación cualificada desde el punto de vista del aprendizaje puede asociarse a otros muchos factores. Al mismo tiempo, la demostración de cambios en los conocimientos, conductas y resultados finales de hecho comporta una efectividad, pero no puede medirse a través del diseño de la actividad formativa en cuestión. No hay duda de que la calidad supone el grado en que la actividad de DPC es capaz de comportar un buen resultado final; por su parte, la efectividad supone el grado en que una actividad de DPC se muestra capaz de producir un buen resultado. El más alto nivel de calidad se da cuando la experiencia de aprendizaje resulta efectiva en alto grado en cualquier caso, a pesar de la existencia de factores de confusión.

Resulta fundamental involucrar a los organizadores-proveedores, los médicos participantes y los entes acreditadores en el diseño de programas de DPC altamente cualificados, debiendo jugar cada uno de ellos su papel respectivo.

A efectos descriptivos, podemos decir que el DPC debe ser:

- Progresivo.
- Interactivo.
- Relevante desde el punto de vista del contexto en el que tiene lugar.
- Basado en un adecuado análisis de necesidades⁵.

Actualmente nadie duda que el DPC es realmente efectivo, pero lo que sigue cuestionado es qué tipo de DPC resulta más efectivo. Por otro lado, es obvio que el DPC constituye uno de los métodos mejores para que el médico se mantenga actualizado en su práctica cotidiana. De lo que podemos deducir que el DPC debe:

- Ser capaz de satisfacer las necesidades en todos los campos contemplados por el GMC.
- Estar al abasto de todos los médicos.
- Poder responder a las necesidades de accesibilidad y temporales para el PDP del médico.

high quality CPD events. Each has their role to play. Effective CPD should be:

- Ongoing
- Interactive
- Contextually relevant
- Based on an accurate needs assessment [5]

It is now generally accepted that CPD is effective, but much needs to be done to determine what kinds of CPD are effective. In addition it is self-evident that CPD is one of the main methods by which doctors remain up to date and fit to practice. It must therefore be:

- Able to meet needs in all domains of “GMP”
- Available to all practising doctors
- Accessible and timely to meet PDP needs
- Of high quality
- Verifiable
- Of demonstrable effectiveness
- Seen as robust and effective by public and politicians

The challenge for CME/CPD is to demonstrate that these requirements can be met.

THE DONALDSON CHALLENGE

In July 2006 Sir Liam Donaldson’s report “Good Doctors, Safer Patients” was published [6]. This proposed (among forty-four recommendations) a new division of revalidation into two separate processes of re-licensure and recertification. Re-licensure will relate to the retention of a doctor’s name on the GMC register, while recertification will relate to a renewal of a doctor’s speciality certificate. It is recognised that re-licensure is essentially a development of processes that are currently in place, but that recertification will require significant input from Royal Colleges and specialist societies.

In particular, it is recommended that:

- A clear unambiguous set of standards should be created for generic medical practice set jointly by the GMC and the Post Graduate Medication Education and Training Board in partnership with patient representatives and the public
- A clear and unambiguous set of standards should be set for each area of specialist medical practice by the Medical Royal Colleges and specialist associations, with the input of patient representatives, led by the Academy of Medical Royal Colleges
- The process of NHS appraisal should be standardised and regularly audited and should in the future

- Ser altamente cualificado.
- Ser evaluable.
- Poseer una indiscutible efectividad.
- Ser visto como un elemento consistente y efectivo por parte del público y los políticos.

EL RETO DE SIR LIAM DONALDSON

El informe “Buenos médicos, pacientes más seguros”, elaborado por Sir L. Donaldson apareció en julio de 2006⁶ y entre sus 44 recomendaciones propone una división de la Revalidación en dos áreas: la Recertificación y la Relicencia. Ésta tiene que ver con el mantenimiento del médico en el registro del GMC (licencia de ejercicio), mientras que aquélla se relaciona con el mantenimiento del certificado de especialista. La relicencia es un proceso que, hoy por hoy, ya se aplica, mientras que la recertificación está pendiente de su desarrollo por parte de los Royal Colleges y las sociedades científicas.

En dicho informe se recomienda muy especialmente:

- La elaboración de un conjunto de estándares claros y precisos acerca de la práctica médica recomendable, preparado conjuntamente por el GMC y el “Post Graduate Medical Education and Training Board”, con la participación de asociaciones de pacientes y la población.
- La elaboración de un conjunto de estándares claros y precisos para cada área de especialidad, preparado por los Medical Royal Colleges y las sociedades científicas, con la participación de las asociaciones de pacientes, bajo el liderazgo de la Academy of Medical Royal Colleges.
- El proceso de evaluación del NHS debe estar bien estandarizado y auditado regularmente, debiendo ser capaz de proporcionar juicios explícitos acerca de la actuación del profesional en relación a los estándares prefijados.
- La certificación de especialistas debe renovarse periódicamente, por un período no superior a los 5 años.
- La recertificación debe basarse en los estándares elaborados por el Medical Royal College correspondiente.
- La recertificación debe tomar en consideración el informe positivo del Medical Royal College respectivo.
- Con objeto de que pueda traducirse en un incentivo económico, la recertificación debe ser validada mediante un sistema independiente.

make explicit judgments about performance against the generic standards

- Specialist certification should be renewed at regular intervals of no longer than 5 years.

- Renewal should be based upon a comprehensive assessment against standards set by the relevant Medical Royal College.

- Renewal of certification should be contingent upon the submission of a positive statement of assurance by that College.

- Independent scrutiny will be applied to the processes of specialist recertification, in order to ensure value for money

CHALLENGES FOR THE COLLEGES

These new developments will essentially change the role of the Colleges from being primarily supportive to being, at least to some degree, inquisitorial. Effective regulatory structures will be required, such as 360° appraisal (multi-source feedback) and patient satisfaction, questionnaires. Individual commitment to CPD will need to be strengthened, and the effectiveness of CPD will need to be demonstrated. Work is underway to determine how this may best be achieved.

Regarding the appraisal system, the Report lists six key functions that might be expected in reviewing an individual doctor’s practice:

- Ensuring that practice is safe
- Ensuring that practice is of a good standard
- Taking opportunities to improve practice
- Reviewing performance in relation to service goals, objectives and targets
- Identifying and meeting professional development and training needs
- Checking that conduct is honest and ethical, and that the individual behaves with integrity.

The current appraisal system does not routinely address all of these issues, and many would argue that appraisal should be a formative exercise rather than a summative one. Thus issues of performance might more properly lie in the field of assessment. But for the appraisal process to achieve the other objectives it will have to identify clear professional development needs and be able to verify that these have been met using objective and valid methods.

Such methods might include:

- Knowledge tests
- 360 degree appraisal

RETOS PARA LOS "COLLEGES"

Estos nuevos desarrollos van a modificar sustancialmente el papel de los Colleges, que pasarán de ser unas organizaciones básicamente de ayuda y soporte del profesional a otras con marcado carácter "inquisitorial". Para ello, deberán implementar estructuras de regulación, tales como la evaluación de 360° ("feedback" a partir de diversas fuentes) o los cuestionarios de satisfacción de los pacientes. El compromiso individual con el DPC deberá ser fortalecido y, por otro lado, deberá ser claramente demostrada la efectividad del DPC. Todo lo cual, en la actualidad, se halla en curso.

Por lo que se refiere al sistema de evaluación, el Informe Donaldson enumera 6 funciones-clave a tener en cuenta a la hora de valorar la práctica de un médico en concreto:

- Garantizar que dicha práctica es segura.
- Garantizar que se adecua a los estándares propuestos.
- Ofrecer oportunidades de mejora de la misma.
- Revisar la actuación profesional en relación con los objetivos de servicio y específicos y los denominados "objetivos-diana".
- Identificar y satisfacer las necesidades educativas y de desarrollo profesional.
- Comprobar que el comportamiento del médico es honesto y ético y que aquél actúa con integridad en la práctica.

El sistema actual de evaluación no contempla todos estos requisitos y no son pocos quienes opinan que dicha evaluación debe ser antes formativa que sumativa. Si se pretende que el proceso de evaluación alcance todos los objetivos mencionados, deben identificarse con claridad las necesidades de desarrollo profesional y debemos ser capaces de verificar que dichas necesidades se han cubierto, utilizando metodologías válidas y objetivas.

Tales metodologías incluyen:

- Tests de conocimientos.
- Evaluación de 360°.
- Encuestas a pacientes.
- Observación directa en las consultas.
- Pruebas de simulación.
- Análisis de los datos clínicos (*audits*).
- Monitorización regular de la salud física y psicológica del médico.

En la práctica, ha de ser posible relacionar diversas de dichas metodologías con objeto de demostrar

- Patient surveys
- Observation of consultations
- Simulators
- Analysis of clinical audit data
- Regular checks on physical and psychological health.

It is possible to link many of these processes together to demonstrate the effectiveness of CPD. Participation in CPD to meet learning objectives can be shown to lead to a change in knowledge and behaviour and thus (by implication) to improved patient care. A change in knowledge and improved care may be evaluated by the methods listed. This information can be reviewed at annual appraisal and will again lead to the development of a personal development plan. As doctors show that the quality of their care is improving, or is maintained at a very high level, so the effectiveness of CPD will be demonstrated.

The current role of the Royal Colleges in CPD is to determine the nature and quality of the activity. The role of the individual learner is to record that activity, to reflect upon the learning that has taken place and to change behaviour/practice if necessary. Some Colleges then audit the individual doctors' claimed CPD activity to provide verification but they do not monitor knowledge or behaviour. With the more robust revalidation (re-certification) procedures envisaged doctors will be expected to utilise new tools to demonstrate their fitness to practice. The Colleges will need to audit and verify doctors' claims, but the imposition of sanctions on under-performing doctors should be left to the regulatory authority, the GMC.

References

- 1) The Ten Principles. A Framework for Continuing Professional Development - 2005. www.aomrc.org.uk/index.htm
- 2) Good Medical Practice, 3rd edition, 2001. General Medical Council. www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/index.asp
- 3) Guidance on Continuing Professional Development, April 2004. General Medical Council. www.gmc-uk.org/education/pro_development/pro_development_guidance.asp
- 4) Smith, J. The Shipman Inquiry. Chairman: Dame Janet Smith. First to sixth reports, The Stationery Office, London, 2003 - 2006. www.the-shipman-inquiry.org.uk
- 5) Robertson, Umbole, Cervero, Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2003, 23; 146-156
- 6) Donaldson, L. Good Doctors, Safer Patients. Department of Health, 2006. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/fs/en

la efectividad del DPC. La participación del médico en los programas de DPC tendentes a satisfacer los objetivos de aprendizaje, ha de ser capaz de mejorar los conocimientos y la conducta y, en consecuencia y por deducción, la atención al paciente.

La información procedente de la evaluación del cambio de conocimientos y de la práctica cotidiana, ha de poder ser utilizada para la evaluación anual, lo que ha de traducirse en el desarrollo del PDP. Sin ninguna duda, la efectividad del DPC ha de derivar de la capacidad del médico para demostrar que su actuación asistencial va mejorando, manteniéndose a un nivel de calidad elevado.

El papel actual de los Royal Colleges consiste en valorar la naturaleza y calidad de las actividades ofertadas. Por su parte, el papel del participante estriba en registrar la actividad, reflexionar sobre el aprendizaje que ha comportado y sobre los cambios acaecidos en su práctica. A partir de ahí, algunos Colleges auditan las actividades de DPC registradas por el médico, sin que ello suponga una monitorización de los conocimientos o de la conducta. Cuando dispongamos de procedimientos de Revalidación (Recertificación) más consistentes, podremos pensar en el uso de nuevas herramientas para demostrar la adecuación de la práctica profesional individual. Los Colleges, por su parte, deben poner en práctica la auditoría y verificación de las demandas contra los médicos; sin embargo, la aplicación de sanciones a los que actúan deficientemente debe dejarse en manos de la autoridad reguladora: el GMC.

Retos del Desarrollo Profesional Continuo y la Regulación de la Profesión Médica

Miquel Bruguera Cortada^{1,2} i Arcadi Gual Sala^{2,3}

1 Presidente del COMB

2 Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona

3 Director de la Fundación Educación Médica

Para acercarnos a un proceso complejo como es la regulación de la profesión médica debemos profundizar en los elementos que lo sustentan. Consideraremos a continuación el proceso del Desarrollo Profesional Continuo (DPC) sobre el que se asienta

buena parte de los procesos reguladores y que sin lugar a dudas es un elemento distintivo de la profesión y del mismo desgajaremos aspectos parciales o complementarios como es la formación médica continuada (FMC). Sin embargo, no consideraremos los elementos legales y jurídicos del proceso, también importantes, pero propios de otro contexto. Por otro lado, al constatar una notable confusión en la terminología relacionada con la FMC, el DPC y los diferentes procesos de validación, se adjunta un glosario de definiciones que sirve, por lo menos, para enmarcar los conceptos sobre los que se refiere este artículo. El cuerpo del trabajo expone, además del concepto del DPC, los avances que representa la LOPS en los diferentes procesos de validación profesional, la pro-