

La evaluación de la formación de los médicos en España

2022

Cuadernos
CGCOM

La evaluación de la formación de los médicos en España

Informe de la Fundación
Educación Médica, FEM

Fundación  Educación Médica

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

La evaluación de la formación de los médicos en España

Informe de la Fundación
Educación Médica, FEM

Amando Martín Zurro
(Coordinador)

Arcadi Gual Sala

Jordi Palés Argullós

María Nolla Domenjó

Fundación



Educación Médica

Abril 2022

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Edita:

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

Este informe corresponde al encargo realizado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) a la Fundación Educación Médica (FEM) a finales de 2020.

La FEM desea hacer constar que los expertos y consultores que han participado en la elaboración del "Informe", han gozado de total libertad de criterio sin ningún condicionamiento ni restricción.

La FEM presentó un primer borrador en el 1er Seminario de Verano de la Escuela de la profesión Médica, Santander 23 y 24 de septiembre de 2021. El presente informe es fruto de la revisión realizada por FEM después de las reuniones de trabajo mantenidas con diferentes *stakeholders* expertos e implicados en los procesos de formación y evaluación de los médicos en España.

FEM asume la autoría y responsabilidad del texto en la versión actual y agradece muy sinceramente las aportaciones de los *stakeholders*.

Expertos/Stakeholders

Abarca Buján, Benjamín
Andicoberry López, Jesús
Arbaizar Martínez, Ana
Arroyo Castillo, Rosa M.^a
Boada Borràs, Àlex
Carrasco Picazo, Juan Pablo
Cerame del Campo, Álvaro
Chivato Pérez, Tomás
Cobo Castro, Tomás
del Pozo Sosa, Gabriel
Elola Somoza, Francisco Javier
Gallardo Pino, Carmen
García Pérez, Miguel Ángel
García Romero, Manuela
Guilbert Pérez, Enrique

Hernández Rivas, José Ángel
Jover Javalón, José María
Landín Jarillo, Luis
Lara Muñoz, Pablo
Martín Sánchez, Francisco Javier
Mones Xiol, Juan
Moya García, M.^a Isabel
Nechifor, Luciana
Pons i Pons, Francesca
Repullo Labrador, José Ramón
Rodríguez Vicente, José M.^a
Sánchez García, Domingo Antonio
Toranzo Cepeda, Tomás
Vazquez Mata, Guillermo

Coordinador de la edición:

José María Rodríguez Vicente (Secretario General del CGCOM).

 Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

DL: OU 117-2022

ISBN: 978-84-09-37731-2

Diseño y maquetación: Visualq.

Impresión y encuadernación: GRÁFICAS LASA, S.L.

Impreso en España - Printed in Spain.

Índice

Resumen ejecutivo de la evaluación de la formación de los médicos en España

1. El Continuum formativo.....	11
2. Aspectos generales sobre la evaluación.....	13
3. La evaluación en la formación de Grado.....	17
4. La evaluación en el acceso a la formación especializada.....	21
5. La evaluación durante la formación especializada.....	23
6. La evaluación del desarrollo profesional continuo y de la formación médica continuada.....	27

La evaluación de la formación de los médicos en España

1. El Continuum formativo.....	37
2. Aspectos generales sobre la evaluación.....	39
2.1. Características de la evaluación.....	39
2.2. Propiedades de un sistema de evaluación en educación médica.....	40
2.3. Aspectos relevantes de la evaluación.....	46
2.4. Métodos principales de evaluación de la formación médica.....	48
2.5. Establecimiento de estándares: insuficiencia y excelencia.....	53
2.6. Consideraciones finales.....	55
2.7. Referencias.....	56
3. La evaluación en la formación de Grado.....	57
3.1. Acceso a la formación de Grado.....	57
3.2. Evaluación durante el Grado de Medicina.....	61
3.3. Consideraciones finales.....	71
3.4. Referencias.....	71
4. La evaluación en el acceso a la formación especializada.....	73
4.1. La evaluación en la transición desde el grado a la formación especializada. El ingreso en el sistema MIR.....	73
4.2. La elección de especialidad.....	76
4.3. Las competencias comunes y transversales y las distintas especialidades.....	77
4.4. Consideraciones finales.....	77
4.5. Referencias.....	78

5. La evaluación durante la formación especializada	79
5.1. Aspectos generales.....	79
5.2. Los tutores y colaboradores docentes en la formación especializada.....	81
5.3. Evaluación al final de la formación especializada.....	82
5.4. Evaluación en los distintos grupos de especialidades y profesiones.....	83
5.5. Evaluación de programas, centros y docentes.....	84
5.6. Consideraciones finales.....	85
5.7. Referencias.....	86
6. La evaluación del desarrollo profesional continuo y de la formación médica continuada	87
6.1. Conceptos generales.....	87
6.2. Marco legislativo y diferencias entre FMC, DPC y CP.....	88
6.3. Actores del DPC/FMC y su implicación en el proceso.....	94
6.4. Proceso de evaluación del DPC/FMC.....	98
6.5. Metodologías, Instrumentos y Evidencias para la evaluación del DPC/FMC.....	107
6.6. Acciones de futuro.....	109
6.7. Consideraciones finales.....	114
6.8. Referencias.....	115

Anexos

Anexo I. Acreditación de las actividades de FMC y de DPC	121
Anexo II	127
Desarrollo Profesional Continuo (DPC) Y Desarrollo Profesional (DP)	129
DOCUMENTO TÉCNICO: Proceso de evaluación del Desarrollo Profesional (DP)	141

Preámbulo

En los créditos introductorios de este informe señalábamos que la versión presentada en el verano de 2021 en el Seminario de Santander era un borrador inicial que, tras ser sometido a la valoración de expertos implicados en el campo que aborda, sería revisado y, en su caso, modificado en mayor o menor grado en función de las aportaciones surgidas en las reuniones que se debían mantener entre el equipo de redactores del informe y los expertos citados.

Durante los últimos meses, en la sede de la OMC, hemos conversado amplia y profundamente con profesionales expertos de diferentes ámbitos (CEEM, CESM, CNDFME, CNECS, FACME y MIRs). A todos ellos queremos manifestarles nuestro más sincero agradecimiento por sus aportaciones y valiosas críticas que han contribuido a mejorar la versión inicial de este informe.

Nuestra voluntad inequívoca es la de contribuir a la **mejora de los procesos de evaluación de la formación** de los médicos españoles y que esta aportación, realizada bajo premisas de viabilidad y el máximo consenso posible, permita introducir en este ámbito los cambios profundos que pensamos necesita, haciéndolo bajo una mirada estratégica y global sobre las tres fases del *continuum* formativo: grado, especialización y desarrollo profesional continuo.

Introducir cambios profundos en la orientación estratégica, organización, contenidos y control de un sistema complejo como el de la formación de los profesionales sanitarios no es una tarea fácil. Hecha esta afirmación es preciso no escudarse en ella para permanecer paralizados ante la necesidad de modificar aquellos aspectos que están demandando modificar desde hace años, a veces con urgencia, lo que el progreso científico, la evidencia y la propia experiencia han demostrado que es obsoleto o que no contribuye al progreso positivo del sistema de formación.

Introducir cambios profundos en la orientación estratégica, organización, contenidos y control de un sistema complejo como el de la formación de los profesionales sanitarios no es una tarea fácil.

Las propuestas contenidas en este informe se derivan de las aportaciones realizadas, sobre todo, en los últimos 20 años, por expertos de reconocido prestigio mundial, así como de la experiencia acumulada en distintos países. Como es obvio,

no es posible realizar traslaciones miméticas de las mismas a nuestro país y una de las principales labores a desarrollar previamente a su implantación práctica en nuestro medio es la de adaptarlas lo más estrechamente posible al contexto cultural y político, así como a las características del sistema formativo español.

La mayor parte del éxito de este proceso de cambio e innovación que proponemos depende de que seamos capaces de diseñar acertadamente esta adaptación en el marco de un **periodo de transición** entre la situación actual y la final a la que pretendemos llegar y que dicho tránsito se pueda hacer de forma progresiva, que no lenta, y sin grandes sobresaltos en el funcionamiento cotidiano del sistema de formación de los profesionales sanitarios españoles. Parece clara la necesidad de evitar precipitarse y vernos en la necesidad de tener que rectificar a corto o medio plazo. En cualquier caso, es preciso que las instituciones y colectivos protagonistas del proceso definan un calendario en el que se establezcan fechas límites para alcanzar los objetivos definidos para cada una de sus etapas.

Ante la magnitud y dificultades de los cambios que se proponen para la evaluación de la formación y, en definitiva, para el conjunto del sistema, es posible que haya quienes prefieran hacer solamente abordajes parcelares, aislados, de aspectos concretos del mismo. En nuestra opinión es mejor partir de una **visión global, transversal**, del conjunto del sistema y plantear de forma integrada cambios en las tres fases del *continuum* formativo ya que, aunque haya que superar múltiples obstáculos, creemos que es la mejor estrategia para garantizar desde el principio una mayor coherencia del conjunto del sistema ya que las tres fases del *continuum* formativo mantienen entre sí múltiples e intensas interacciones, tantas que a nuestro juicio no parece adecuado introducir cambios parcelares y aislados en las mismas si se quiere potenciar su integración funcional y cohesión conceptual y técnica.

En muchos países de referencia es usual disponer de un organismo responsable de la evaluación y acreditación profesional. Por ello, en España, se debería crear una **“Agencia/Consortio¹ de los especialistas en ciencias de la salud”**, constituida con características propias y diferentes de las agencias estatales al uso y cuya misión principal sería la de definir de forma consensuada, con los principales actores implicados, los estándares de competencias profesionales para cada nivel educativo y desarrollar y proponer de forma profesional e imparcial los sistemas de evaluación más adecuados a cada uno de ellos, grado, formación especializada y desarrollo profesional continuo. Proponemos que los rasgos distintivos de dicha agencia/consorcio deberían respetar las siguientes características:

Sería relevante que España dispusiera de una “Agencia/Consortio de los especialistas en ciencias de la salud”

1 Deberá evaluarse que figura permite el mejor ajuste entre las Instituciones públicas y privadas.

- Compuesta por expertos de reconocido prestigio.
- Dotada de alto grado de independencia funcional.
- Participada y subvencionada por los actores principales: Administraciones públicas, Colegios, SS.CC. y Universidades.
- Coparticipada por las instituciones de la sociedad civil implicadas, directa o indirectamente, en las diferentes etapas de la formación de los profesionales.

Resumen ejecutivo de la evaluación de la formación de los médicos en España

1. El Continuum formativo

- El continuum educativo es el recorrido por el que transita el profesional, desde el inicio de los estudios de grado hasta su jubilación. Se habla de continuum porque para la persona que aprende no hay solución de continuidad en su aprendizaje y desarrollo. Sin embargo, las diferentes etapas sí constituyen cambios radicales en los contextos y organismos desde los que se regula y se organiza.
- La investigación en educación ha mostrado que la evaluación dirige el aprendizaje y es en sí misma una fuente de aprendizaje. Bajo estas premisas se proponen cambios en los sistemas de evaluación en todo el proceso educativo para dar coherencia al proceso de aprendizaje y desarrollo profesional.
- Los procedimientos e instrumentos de evaluación, utilizados a lo largo de toda la vida profesional, deben estar basados en un mismo marco conceptual que garantice la coherencia de la evaluación del continuum de los médicos.
- España debería disponer de una **“Agencia/Consortio”** con características propias, diferentes de las agencias estatales al uso, que con estrecho contacto, colaboración y trabajo con los principales actores implicados, tuviera como misiones principales:
 - Definir los estándares de competencias profesionales para cada nivel educativo.
 - Desarrollar y proponer los sistemas de evaluación más adecuados a cada nivel (grado, especializada y continuada).

2. Aspectos generales sobre la evaluación

2.1. Características de la evaluación

- Los métodos de evaluación del aprovechamiento del alumno han evolucionado de forma paralela al aprendizaje.
- Existe una gran variedad de instrumentos que permiten evaluar el aprendizaje y los diversos componentes de la competencia personal y profesional más allá de la simple acumulación de conocimientos.
- Los **procesos de evaluación** permiten recopilar información para ser utilizada en la elaboración de un juicio de valor como base para una toma de decisión, en función de criterios establecidos previamente,
- Las primeras construcciones teóricas modernas sobre la evaluación de la formación fueron realizadas por Kirkpatrick (1959), aunque en el ámbito médico el modelo teórico de referencia más utilizado hoy es la Pirámide de Miller (1990). Este modelo se puede aplicar a cualquier ámbito del *continuum* educativo.

2.2. Propiedades de un sistema de evaluación en educación médica

- Son características esenciales de los sistemas de evaluación:
 - Características del sistema: Globalidad, Integralidad, Bidireccionalidad, Trascendencia.
 - Características de los instrumentos: Validez, Fiabilidad, Transparencia, Aceptación, Factibilidad, Impacto educativo.

La evaluación dirige el aprendizaje

- El sistema de evaluación dirige el aprendizaje por: su contenido, su estructura o formato, lo que se pregunta, la frecuencia, ubicación temporal y duración y número de evaluaciones repetidas.
- Con el fin de sacar el máximo rendimiento a los procesos evaluativos, se recomienda combinar el enfoque sumativo (calificación) con el formativo (*feedback*).

Un sólo instrumento no puede valorar la competencia profesional

- La competencia profesional es un constructo complejo que comporta una evaluación multifacética.
- Cualquier instrumento evalúa solo una parte del constructo completo.
- Cualquier sistema de evaluación del aprendizaje o de la competencia profesional debe combinar diferentes instrumentos,

con el objetivo de comprobar cuantos más aspectos y componentes de la competencia sea posible.

La competencia es específica, no genérica

- La buena resolución de un caso no garantiza la buena solución de otro. Elstein denominó a este hecho como especificidad de contenido.

La competencia depende del contexto

- La investigación en educación médica ha permitido comprobar que la competencia depende del contexto. Ello implica la necesidad de observar y valorar una misma competencia en contextos clínicos diferentes.

Subjetividad no es sinónimo de arbitrariedad

- Existen instrumentos de evaluación, basados en el juicio de expertos, que valoran la competencia profesional o el aprendizaje en contexto real.
- Las evaluaciones basadas en el juicio de expertos generan una supuesta inseguridad al asociarse la subjetividad del juicio con la arbitrariedad.
- Los instrumentos que utilizan la valoración subjetiva pueden ser tan fiables como aquellos que utilizan la valoración objetiva.

2.3. Aspectos relevantes de la evaluación

*Evaluación formativa,
Evaluación sumativa,
Evaluación programática*

- La evaluación formativa tiene como objetivo principal el aprendizaje, proporcionar información sobre el progreso del alumno y establecer medidas correctoras cuando sea necesario.
- La evaluación sumativa tiene como objetivo principal clasificar a los alumnos y tomar decisiones en el ámbito de la insuficiencia/suficiencia del aprovechamiento alcanzado.
- Actualmente se aboga por la integración de ambos enfoques bajo el nuevo paradigma de la evaluación programática.

Efectividad y eficiencia de la evaluación

- Tanto el diseño como la implementación operativa de la evaluación de la formación tiene costes significativos y requiere un alto grado de profesionalidad.
- Los elementos clave que determinan la viabilidad técnica y económica de los métodos y procesos de evaluación son:
 - el número de discentes a evaluar,
 - los aspectos competenciales específicos que pretendemos analizar,
 - la periodicidad temporal o de repetición con la que se va a realizar.

Evaluación y continuum formativo

- Los sistemas, métodos y procedimientos a utilizar en la evaluación de las distintas fases del continuum formativo, grado, especializada y desarrollo profesional continuo, deben guardar entre sí el mayor grado posible de coherencia conceptual y estratégica.

2.4. Métodos principales de evaluación de la formación médica

Grupos de instrumentos

- Los instrumentos disponibles en la actualidad se agrupan en función de cómo se obtiene información sobre el aprendizaje o la competencia profesional:
 - preguntar a diferentes actores del proceso de aprendizaje,
 - observar la actuación del estudiante, residente o profesional,
 - analizar la documentación elaborada por el estudiante, residente o profesional.

Combinación de diferentes instrumentos

- La evaluación de la competencia requiere combinar más de un instrumento de evaluación.

2.5. Establecimiento de estándares: insuficiencia y excelencia

- Al diseñar una actividad de evaluación, es necesario fijar criterios significativos de rendimiento, diseñados para proporcionar evidencias de que los candidatos han alcanzado las competencias contempladas en el programa formativo.
- La decisión sobre el nivel necesario para considerar que se ha alcanzado (ha aprobado) la competencia no puede ser arbitraria.
- Existen diferentes métodos que establecen estándares para decidir el nivel para superar una evaluación.
- Determinar el nivel a partir del cual se establece la suficiencia o no supone un cierto riesgo, por ello se recurre a:
 - **Sistema de normalidad:** tiene en cuenta el rendimiento en términos de la posición de un individuo determinado en el grupo.
 - **Sistema referenciado a un criterio:** fijar un mínimo determinado independientemente del rendimiento del grupo.
 - El método seleccionado debe estar alineado con los objetivos de la evaluación, ser fácil de explicar y de implementar, requerir juicios basados en los datos del rendimiento, implicar una reflexión, y estar fundamentado en la investigación educativa.
- El establecimiento del nivel de corte debe estar apoyado por expertos en psicometría.

2.6. Consideraciones finales

- Evaluar forma parte indispensable del proceso educativo.
- Evaluar permite conocer si se han alcanzado y en que grado los objetivos de aprendizaje.
- La combinación de evaluaciones sumativas y formativas en un marco de evaluación programática posibilita:
 - Dar *feedback* a los discentes sobre su progreso competencial.
 - Calificar a los alumnos.
 - Corregir deficiencias del sistema y de los programas formativos.
- Evaluar la formación permite cumplir con la responsabilidad social de asegurar que los profesionales tienen el nivel de competencia suficiente para asumir un ejercicio seguro.

3. La evaluación en la formación de Grado

3.1. Acceso a la formación de Grado

- Introducir pruebas específicas para acceder a los estudios del Grado de Medicina, más allá de la evaluación de conocimientos es valorado como posible por los expertos.
- Las pruebas específicas deberían focalizarse en la evaluación de las características personales, valores, actitudes, y conducta ética de los candidatos para la práctica de la medicina.
- En distintos países se utilizan para el ingreso a las facultades de medicina, instrumentos de evaluación válidos y fiables que exploran características más allá de los conocimientos.
- Las pruebas “específicas” de selección deben garantizar la equidad, tener un sólido soporte legal en el marco de los procedimientos de acceso a los estudios universitarios y ser adoptadas por todas facultades de medicina.
- La instauración de pruebas “específicas” de ingreso a las facultades de medicina, requiere profesionales expertos en este campo.

3.2. Evaluación durante el Grado

- Situación actual*
- Trabajar en base a competencias, implica evaluarlas correctamente. Supone pasar de evaluar la asimilación de contenidos teórico-prácticos a la evaluación de la competencia adquirida.
 - Las facultades de medicina funcionan en base a asignaturas evaluando a los estudiantes de la manera que cada una considera más adecuada, sin conexión significativa con el resto de las materias.
 - Se han introducido diversos instrumentos de evaluación, pero siguen primando los exámenes de elección múltiple, concentrados en uno o dos puntos temporales, lo que induce distorsiones importantes en el seguimiento normal del curso.
 - Las facultades de medicina han implementado la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) al final de la carrera, pero dicha prueba no permite asegurar la adquisición global de las competencias ni dar *feedback* al alumno.

De la evaluación fragmentada a la evaluación continua y holística

- Las facultades de medicina y su profesorado deben avanzar en el desarrollo de un sistema de evaluación continua e integrada a lo largo del grado y aplicarlo de forma global y no a asignaturas individualizadas.

- La **evaluación continua**, no debe entenderse como evaluar continuamente. Es necesario monitorizar de forma permanente el rendimiento del estudiante y darle *feedback*.
- La **evaluación integrada** implica la existencia de mecanismos potentes de coordinación entre materias diversas en los terrenos curricular y de evaluación. Además, se debe introducir la **evaluación colegiada**, realizada por un equipo de evaluadores expertos y no de forma personal o departamental.
- La evaluación continua ha de estar engranada en un programa de evaluación institucional global en el que las decisiones de alta repercusión se toman en base a un número relevante de actividades evaluativas.
- La evaluación pasa del profesor/departamento a la institución.
- Implantar cambios estratégicos en la evaluación tropieza con dificultades personales, estructurales e institucionales.

Evaluación formal versus seguimiento grupal o personalizado. Tutorización y coaching en el contexto de una evaluación programática

- El *feedback* que supone cualquier evaluación solo es posible si el alumno está sometido a un proceso cercano de tutorización, mentorización o *coaching*.
- La mentorización ha de ser lo más personalizada posible, ya que no todos los alumnos son iguales.
- El mentor adquiere gran importancia en el seguimiento de las competencias comunes y transversales, no fácilmente definibles ni evaluables de forma objetiva o estandarizada.

Evaluación competencial durante y al final del grado

- Se plantea un modelo en el que:
 - Los conocimientos y su capacidad de aplicación, el razonamiento clínico y, la toma de decisiones, pueden realizarse mediante *progress test*.
 - La evaluación de las habilidades que han de poseer todos los alumnos en los distintos momentos del grado debe hacerse, por consenso de todas las facultades de medicina, mediante pruebas OSATS (*Objective Structured Assessment of Technical Skills*).
 - La adquisición de las competencias clínicas básicas en un contexto profesional real se debe evaluar mediante sucesivos Mini-Cex durante los periodos de prácticas clínicas.
 - Deben realizarse diferentes ECOEs, a lo largo del Grado con carácter básicamente formativo, proporcionando *feedback* al alumno.

- Las características generales, contenidos y criterios básicos de la evaluación, deben consensuarse por todas las facultades de medicina estableciendo mecanismos comunes.
- Calificaciones con criterios comunes en todas las facultades de medicina contribuirían a su clasificación de los alumnos para la elección de especialidad.

3.3. Consideraciones finales

- Además de las ECOEs introducidas en 6º curso, se deben activar otros procesos de innovación de la evaluación de la formación del grado rompiendo una situación de cierto inmovilismo.
- Pese a las dificultades de los cambios necesarios tanto en lo que se refiere a las pruebas específicas para el ingreso en el grado de Medicina, como a las de una instauración progresiva, de una evaluación integrada para el aprendizaje, deben abordarse con decisión y planificación conjunta.
- La falta de cultura de colaboración estrecha y continuada entre los ministerios de Sanidad y Universidades sigue siendo un problema que resolver.

4. La evaluación en el acceso a la formación especializada

4.1. La evaluación en la transición desde el grado a la formación especializada. El ingreso en el sistema MIR

- La transición formativa entre el grado y la especializada debe tener continuidad temporal, por lo que debe disminuirse el periodo entre el final del grado y el acceso a la formación especializada.
- Se debe disponer de un calendario quinquenal para las fechas:
 - De la prueba clasificatoria.
 - De la incorporación al puesto de trabajo.
- Se debe poner en valor el título de grado como garante del nivel competencial para el acceso a la formación especializada.
- Se deben eliminar las interferencias negativas que hoy tiene la evaluación inicial de entrada al sistema de formación especializada sobre la formación en la fase de grado.
- Todos los graduados españoles deben tener acceso a la formación especializada, lo que implica una planificación rigurosa de las necesidades de RR.HH. en el ámbito sanitario.
- El proceso de acceso a la formación especializada ha de servir únicamente para la clasificación ordinal de los graduados españoles.
- Deben mantenerse las principales fortalezas, **equidad, accesibilidad, transparencia y seguridad**, del examen de acceso al sistema, ya que garantizan la práctica ausencia de sesgos en todo el proceso de calificación y adjudicación de las plazas.
- El punto débil del examen de acceso al sistema radica en su escasa capacidad para evaluar otros elementos competenciales distintos de los conocimientos teóricos.
- La prueba o pruebas para la clasificación de los graduados deben contemplar una valoración suficiente de las calificaciones obtenidas a lo largo del grado, así como la valoración de otros méritos de su trayectoria vital y académica.
- Una mayor valoración de los méritos acumulados durante el grado permitiría un mayor estímulo para que los estudiantes obtuvieran mejores niveles competenciales a lo largo del mismo.

4.2. La elección de especialidad

- Los Ministerios de Sanidad y Universidades deben elaborar y actualizar de forma periódica información sobre la formación

sanitaria especializada, describiendo las características de las especialidades, sus programas oficiales de formación, así como la planificación de necesidades de especialistas del Sistema Nacional de Salud.

- La anterior información es necesaria para que los graduados puedan elegir especialidad con mejor criterio.
- Un porcentaje significativo de residentes vuelven a presentarse a la prueba estatal para intentar cambiar de especialidad y unidad docente.
- La presencia de una Agencia/Consortio de los especialistas en las ciencias de la salud sería determinante para la gobernanza del continuum entre el grado y la especializada.

4.3. Las competencias, comunes y transversales, y las distintas especialidades

- La formación especializada debe contemplar y definir las competencias básicas, comunes y transversales, que incrementen la polivalencia competencial y que contrapesen la super-especialización.
- Las especialidades pueden agruparse en nuevos ámbitos, superando diferencias clásicas como médico/quirúrgico, que delimitan los grandes rasgos del ejercicio profesional, en la relación con los pacientes, lo que repercute sobre la definición de las competencias comunes y transversales.
- La adquisición de las competencias comunes y transversales debe iniciarse durante la formación de grado y continuarse durante la especialización.
- La descripción clara de todas las posibles competencias comunes y transversales debe completarse con la definición del modo y lugar(es) de su adquisición y de sus mecanismos de evaluación.

4.4. Consideraciones finales

- Los cambios que deben introducirse en la evaluación para el ingreso a la formación especializada deben ir acompañados de otros simultáneos en del periodo de grado.
- La concepción actual del examen de ingreso en la formación especializada necesita ser reconsiderada, tanto en lo referente a sus objetivos como a su metodología y calendario.

5. La evaluación durante la formación especializada

5.1. Aspectos generales

- La evaluación durante el periodo formativo debe fundamentarse en dos pilares: la tutorización activa continua y en el desarrollo óptimo de la dinámica de *feedback* tutor-residente.
- Los instrumentos y métodos de evaluación se deben utilizar con finalidades formativas y sumativas.
- La evaluación es responsabilidad primero del tutor y al final de cada año, del tutor conjuntamente con el Comité de Evaluación de la Unidad Docente.

5.2. Los tutores y colaboradores docentes en la formación especializada

- Las figuras del tutor de postgrado y de los colaboradores docentes deben recibir la atención que merecen como figuras centrales en los procesos de evaluación de la docencia y los residentes.
- Los déficits en la acreditación y el reconocimiento de los tutores inciden negativamente tanto sobre la calidad de los procesos docentes y de evaluación, como sobre el pleno desarrollo de sus funciones.
- Los tutores deben estar motivados, incentivados y acreditados.
- El reconocimiento de los tutores debe abarcar diferentes ámbitos: el documental, la reserva de tiempo específico para la tutorización, el económico, el formativo, el desarrollo profesional y la carrera profesional.
- La figura del tutor (tutor principal) ha de contar con la participación de los colaboradores docentes (tutor de servicio) de cada ámbito acreditado del centro.

5.3. Evaluación al final de la formación especializada

- La valoración global de la idoneidad competencial del residente se puede deducir de los resultados de las múltiples evaluaciones formativas y sumativas realizadas a lo largo del periodo de formación.

5.4. Evaluación en los distintos grupos de especialidades y profesiones

- En la evaluación competencial las distintas especialidades se pueden integrar, al menos, en tres categorías que condicionan las competencias comunes y transversales y su evaluación:

- Con acción directa sobre las personas y pacientes a nivel individual o colectivo, con independencia del tipo de problema o necesidad de salud que presenten y del aparato o sistema deteriorado que lo cause (especialidades “generalistas”).
- Con acción directa sobre personas y pacientes, para intervenir sobre uno o más aparatos o sistemas deteriorados (especialidades médico/quirúrgicas “clásicas”).
- Sin acción directa sobre personas o pacientes, y dedicadas al manejo e interpretación de técnicas diagnósticas y terapéuticas (especialidades de servicios centrales, esencialmente laboratorios e imagen).
- Debe considerarse que en el sistema de formación especializada hay especialidades a las que tienen acceso graduados no médicos, por lo que es necesario diseñar elementos específicos de valoración, especialmente en lo que se refiere a la evaluación de las competencias comunes y transversales.

5.5. Evaluación de programas, centros y docentes

- El sistema de evaluación de la formación especializada debe centrarse, además del progreso competencial de los discentes, en los docentes, las estructuras, y los instrumentos de evaluación. Solo así es posible corregir los problemas detectados y mejorar la calidad de la docencia impartida.
- Los procesos de acreditación, reacreditación periódica y auditorías de los centros y de los responsables de impartir la docencia, deben ser realizados por equipos profesionales expertos e independientes.
- También es esencial recoger los inputs de los discentes mediante una encuesta de opinión con las siguientes características:
 - Anónimas y Obligatorias.
 - Recorrido: i) Unidad Docente, ii) CC.AA., iii) CNECS, y DGOP.
 - Con *feedback* adecuado.

5.6. Consideraciones finales

- Debe vencerse la resistencia institucional a la introducción de cambios significativos en la evaluación de los diferentes aspectos, discentes, docentes, estructuras e instrumentos, de la formación especializada.

- Debe potenciarse la sintonía de los Ministerios de Sanidad y Universidades en los ámbitos de recursos humanos y formación para evitar la infravaloración sistemática de las tareas desarrolladas por los tutores y colaboradores docentes.
- Los gestores o responsables institucionales deben tener presente que los residentes son en primer lugar personal en formación.
- Debe tenerse presente que, frente a cualquier proceso de calidad, como lo es el sistema MIR, la actitud inmovilista conduce a su deterioro ante la falta de iniciativas que lo adapten y mejoren frente a las necesidades cambiantes del entorno.

6. La evaluación del desarrollo profesional continuo y de la formación médica continuada

6.1. Conceptos generales

- Un médico o especialista en ciencias de la salud no pueda ejercer durante más de 35 años sin estar sujeto a ningún otro proceso formativo que el compromiso moral al que le obliga el código deontológico de mantener y actualizar su competencia.

6.2. Marco legislativo y diferencias entre FMC, DPC y CP

Formación Médica Continuada (FMC)

- La FMC son las “actividades educativas” o “procesos de enseñanza y aprendizaje” que realizan los médicos (especialistas) durante el ejercicio de su profesión.
- Las actividades de FMC tienen un coste (profesorado, logística, fungible, etc.) que asume básicamente el médico, la empresa, la industria, los sindicatos y, en alguna medida, la administración sanitaria.

Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

- El DPC es más amplio que la FMC, ya que el primero, incluye a la segunda, y se completa con el aprendizaje autónomo y el aprendizaje en servicio.
- Los procesos de evaluación que otorgan “créditos” han facilitado que un profesional pueda aportar en su currículo un factor numérico que representa su esfuerzo en DPC/FMC en un periodo de tiempo.

El Desarrollo Profesional en el marco legislativo

- En España, se introduce el concepto de Desarrollo Profesional en dos leyes, la Ley de Cohesión y Calidad (16/2003) y la LOPS (44/2003), aunque las dos leyes describen el concepto con diferente intencionalidad.
- El DPC previsto en la Ley 16/2003 lo configura para el cumplimiento de una finalidad institucional, la modernización del SNS, mientras que el DPC expresado en la Ley 44/2003, lo propone para estimular al profesional, mediante el reconocimiento público y expreso, de mantener y mejorar su competencia.
- La Ley 44/2003 (LOPS), Artículo 4.6,² establece que la “Acreditación de la competencia profesional” esta ligada a la “Formación continuada”.

2 LOPS. Artículo 4.6. *Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.*

- Dada la confusión entre los conceptos FMC, DPC y CP, es necesario consensuar entre los actores españoles una terminología que unifique el lenguaje y el uso de dichos términos.

*Carrera
Profesional (CP)*

- Internacionalmente se entiende por CP al reconocimiento no jerárquico y reversible de unas funciones o responsabilidades específicas dentro de una institución u organización asistencial en el marco de su política de recursos humanos (RR.HH.).
- En España, la CP viene definida en la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y su formulación operativa depende de los gobiernos de las Comunidades Autónomas (CC.AA.).
- Los actores protagonistas de la CP, sindicatos profesionales y la empresa son diferentes de los del DPC.
- Dada la necesaria transparencia tanto del proceso del DPC/FMC como de la CP, la mejor fórmula para aunar esfuerzos es que los protagonistas de uno y otro proceso participen como actores concurrentes en el proceso en el que no son protagonistas facilitando cooperaciones y sinergias.
- La administración debe separar con absoluta transparencia sus papeles de empleador, de regulador y de certificador. En la práctica, si no hay una voluntad expresa para diferenciarlas, es difícil separarlas.

6.3. Actores del DPC/FMC y su implicación en el proceso

*Actores
protagonistas
individuales*

- El médico, como sujeto activo al que se propone evaluar su DPC/FMC, y el paciente/ciudadano, como sujeto al que se le garantiza que recibe la mejor atención médica, son actores relevantes.

*Actores
protagonistas
institucionales.
Organizaciones
profesionales*

- Los actores institucionales son las organizaciones profesionales (Colegios y SS.CC.), el CNECS y las administraciones sanitarias, tanto la administración central como las administraciones autonómicas.
- Las estructuras colegiales son responsables de los principios deontológicos y de la ética profesional, atendiendo a las competencias comunes, propias de todos los médicos.
- Las SS.CC. son responsables de todas las competencias profesionales, tanto de las de las competencias específicas propias de una especialidad médica, como de las competencias transversales, propias a una categoría, ámbito o grupo de especialidades.

*Administración
sanitaria*

- Las Comisiones Nacionales de las Especialidades en Ciencias de la Salud, y el Consejo Nacional de Especialidades en Cien-

cias de la Salud (CNECS), órgano asesor, deben tener un peso muy relevante en todos los procesos de formación y evaluación del contínuum formativo de los médicos.

- El Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Ordenación Profesional (DGOP) y la Subdirección General específica para la formación continuada, asume competencias reguladoras de la FMC, y por tanto es actor principal en el DPC/FMC.
- Las consejerías autonómicas, en virtud de las transferencias en materia de sanidad, tienen competencias operativas en el DPC/FMC, quedando en manos del Ministerio las competencias en homogeneización y regulación general.

6.4. Proceso de evaluación del DPC/FMC

- La evaluación del DPC de un profesional se refiere a como comprobamos, regulamos, certificamos y garantizamos la idoneidad, oportunidad, calidad y pertinencia de las actividades de formación realizadas, lo que le permite continuar el ejercicio profesional con la competencia reconocida.

Cómo enfocar la ejecución del proceso

- En diferentes países existen enfoques diferentes, todos ellos válidos y útiles. Las diferencias entre países están condicionadas por dos aspectos, i) la estructura administrativa y el sistema sanitario de cada país y ii) el aspecto cultural, tanto social como profesional.
- El proceso de evaluación del DPC/FMC en España debe ser propio al alojarse en un SNS consolidado con estructuras administrativas y profesionales potentes y competentes.

Elementos básicos para la implementación del proceso

- El proceso de evaluación del DPC ha de reunir como características básicas:
 - Ser comprensible por todos los profesionales.
 - Ser de fácil implementación.
 - Estar estructurado.
 - Tener carácter periódico.
 - No ser punitivo y asociarse a un programa de mejora.
 - Basarse en indicadores, definidos previamente; con peso significativo en la práctica clínica; consensuados; con criterios de calidad contrastada.
 - Asimilables a procesos internacionales reconocidos.
 - Voluntario.

- Con validez en todo el Sistema Nacional de Salud, lo que implica un proceso de homologación.

Estas características constan en dos documentos técnicos aprobados por la Comisión de RR.HH. del Sistema Nacional de Salud (SNS).

- En la valoración del DPC la actividad clínica, la competencia, debe ser lo más relevante, por encima de cargos de gestión, honores o actividad investigadora.
- Los indicadores para el apartado de las "Actividades clínicas/asistenciales" deben estructurarse, al igual que los nuevos programas de formación especializada, en "Competencias".
- Al valorar el DPC de un profesional, se le debe informar de si su progreso es adecuado o si debe mejorar en algún área en particular. La información que se le da al médico, el veredicto de la evaluación de su DPC/FMC, es la hoja de ruta para el desarrollo profesional en los próximos años.
- Si la valoración del DPC detecta alguna/s área/s en las que la formación no es adecuada, el proceso del DPC/FMC debe ofrecer al médico un programa de mejora (*remedial*) a desarrollar en un determinado plazo de tiempo.
- Una vez establecido el proceso de evaluación del DPC/FMC, y dada su condición tanto de mínimos como de seguridad para el paciente, ha de ser válido en todo el territorio nacional.
- Es necesario realizar todo el esfuerzo pedagógico que sea necesario para que los médicos entiendan que la evaluación del DPC/FMC es un proceso de naturaleza **win-win** y no una traba en su actividad profesional.

Quién o quiénes deben realizar el proceso

- En España los cuatro actores, Colegios, Sociedades Científicas, Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas (CNEMs) y Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), y Administraciones sanitarias (Ministerio y Consejerías), tienen argumentos para defender su participación en el DPC/FMC; por tanto, la exclusión de uno de ellos será siempre origen de conflicto.
- En el DPC subyace la dialéctica entre autoridad y potestad como factores del entramado social. Los profesionales, colegios, sociedades científicas y CNECS y CNEMs, disponen de la autoridad que es la *verdad* socialmente reconocida, mientras que la administración, dispone de la potestad que es el poder, también socialmente reconocido.

- Poner en sintonía *autoritas y potestas*, debe permitir delimitar los límites del ejercicio del poder en su interacción con el saber científico-técnico.
- En la valoración y la ejecución del DPC y de la Recertificación en España, país que asume la normativa europea, debe prevalecer el principio de subsidiariedad.
- Respecto al DPC, la administración sanitaria, debe asumir sus responsabilidades y establecer las mejores sinergias apoyándose en los otros actores cualificados, asumiendo la responsabilidad de:
 - Que se haga, lo que se deba hacer.
 - Que lo que se haga, se haga bien.
 - Que lo haga quien sabe hacerlo (aplicando el principio de subsidiariedad).
- El mundo profesional, no solo está en situación privilegiada para asumir el DPC/FMC, sino que está cualificado para asumirlo al poseer el conocimiento experto, así como los recursos, humanos y tecnológicos.
- Los colegios, entidades de derecho público, son responsables de tutelar, generar y difundir:
 - i) El conocimiento deontológico.
 - ii) El registro.
 - iii) Las competencias comunes.
- Las SS.CC. son poseedoras y responsables de tutelar, generar y difundir las competencias tanto transversales como las específicas, propias de cada especialidad o grupo de ellas.
- El CNECS y las CNEMs como órganos profesionales expertos en el que concurren CC.AA., Colegios y SS.CC.
- Los actores institucionales concurrentes, las organizaciones sindicales profesionales y el empleador (público o privado), pueden y deben colaborar en la mejora del DPC/FMC buscando sinergias y complicidades.

6.5. Metodologías, Instrumentos y Evidencias para la evaluación del DPC/FMC

- Solo hay tres metodologías básicas para evaluar: Preguntar, Observar y Analizar.
- Cada una de estas tres metodologías dispone de diferentes instrumentos y evidencias aplicables al alumno de grado, al residente o al DPC/FMC.

6.6. Acciones de futuro

- Los actores principales del DPC, Colegios, SS.CC. y administraciones sanitarias, deben abordar cuanto antes la evaluación del DPC.
- Dado que la evaluación del DPC/FMC es un proceso *win-win*, se debe explicar a cada médico de forma comprensible, fácil, y alentadora.
- La valoración del DPC es la base de la recertificación profesional.

Situación actual

- Todos los actores principales han hecho parte de su trabajo, pero no de forma coordinada ni conjunta, lo que ha provocado lentitud en las acciones individuales y falta de recorrido del proceso a nivel autonómico y estatal.

¿Qué ha hecho la Administración Sanitaria?

- Entre el 2012 y el 2014, consensuó y aprobó, en el seno de la Comisión de RR.HH. del SNS, la hoja de ruta en dos documentos sobre el DPC y su proceso de evaluación:
 - Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP), (aprobado el 6 de septiembre del 2012).
 - Proceso de evaluación del Desarrollo Profesional (DP), (aprobado el 3 de junio del 2014).
- En junio de 2021 se remitió a información pública, un borrador de RD de formación Especializada, en el que se introduce por primera vez en un texto legislativo de sanidad el concepto de “recertificación”, ligándolo a la formación especializada en lugar de relacionarlo con del DPC como indica la Ley 44/2003 (LOPS).
- A finales del 2021, se encargan dos informes para primero evaluar el estado de la recertificación en Europa y segundo proponer un proceso de recertificación.

¿Qué han hecho los Colegios Oficiales de Médicos?

- Los Colegios de Médicos y su Consejo General (CGCOM), han definido e implementado el proceso de la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) para validar las responsabilidades colegiales frente a la ciudadanía, en consonancia con la hoja de ruta que marco el Ministerio (documentos del 2012 y 2014).

¿Qué han hecho las SS.CC.?

- Las SS.CC., para poder recertificar a los especialistas, han definido las competencias, los instrumentos y las evidencias para validarlas, inspirándose en la hoja de ruta de los documentos de la Comisión de RR.HH. del SNS del 2012 y 2014.

- Todas las SS.CC. han de asumir colectivamente que el proceso de recertificación de las competencias ha de tener un nivel de dificultad uniforme.

Acciones por desarrollar

- Las cuestiones técnicas (metodologías, instrumentos, y evidencias) del proceso de la evaluación del DPC están trabajadas y en vías de solución. Sin embargo, queda por desarrollar la voluntad política.
- El camino que conduce al éxito para implementar el DPC/FMC y su evaluación, es la unión de voluntades de todos los actores para cerrar las cuestiones políticas.
- Se solicita a la DGOP el encargo institucional de un grupo de trabajo con representación de los tres actores profesionales, CNECS, CGCOM y FACME, para que elaboren una propuesta para la recertificación del DPC en España. Dicha propuesta, consensuada con todos los actores, debería inspirar la norma administrativa que fuera pertinente.

6.7. Consideraciones finales

- Se puede asumir que existe un consenso conceptual acerca de la necesidad de evaluar la competencia de los profesionales a lo largo de toda su trayectoria sin que esta evaluación tenga un carácter punitivo.
- Dicho proceso de evaluación ha de ser visualizado por todos los actores implicados, como una vía para:
 - El desarrollo profesional individual.
 - La mejora del ejercicio y de la garantía de calidad de la atención prestada a la ciudadanía.
 - La recertificación.

La evaluación de la formación de los médicos en España

1. El Continuum formativo

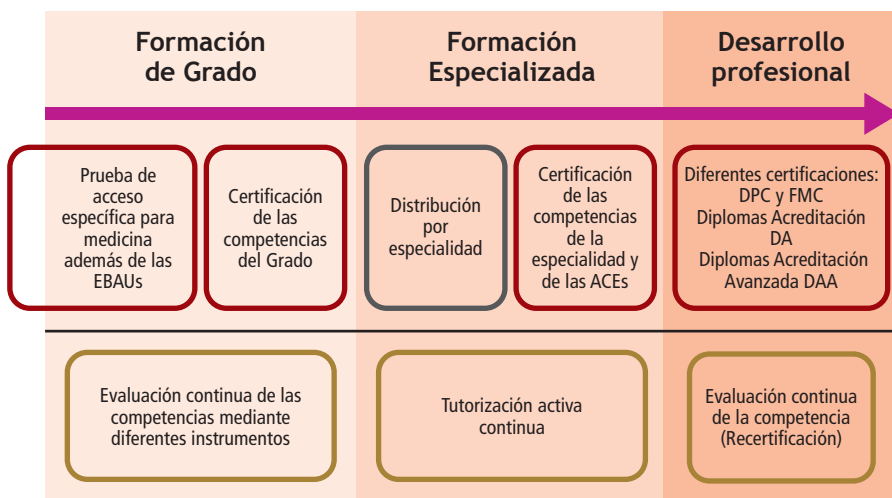
El *continuum* educativo es aquel recorrido por el que transita el profesional, desde el inicio de los estudios de grado hasta su jubilación. Se habla de *continuum* porque para la persona que aprende no hay solución de continuidad en su aprendizaje y desarrollo. Sin embargo, las diferentes etapas sí constituyen cambios radicales en los contextos y organismos desde los que se regula y se organiza.

Lo que se pretende en este documento es difuminar los saltos paradigmáticos en el aprendizaje y evaluación con las que se encuentra el futuro profesional y potenciar una evolución sin discontinuidad y con coherencia del aprendizaje.

Tal como se describirá más adelante, la investigación en educación ha mostrado que la evaluación dirige el aprendizaje y es en sí misma una fuente de aprendizaje. Bajo estas premisas se proponen cambios en los sistemas de evaluación en todo el proceso educativo para dar coherencia al proceso de aprendizaje y desarrollo profesional.

El Cuadro 1.1. esquematiza las diferentes posibles evaluaciones a lo largo del *continuum* formativo, proponiendo que a lo largo de toda la vida profesional los procedimientos e instrumentos de evaluación utilizados se basen en un mismo marco conceptual de la evaluación de la competencia garantizando así la coherencia de la evaluación del *continuum* de los médicos.

Cuadro 1.1. La evaluación de los médicos a lo largo del continuum formativo



Evaluación para acceso o certificación; Evaluación continua y recertificación; Otras evaluaciones

Un simple análisis del Cuadro 1.1. permite observar la complejidad operativa de coordinar con efectividad las tres etapas de la formación de los médicos, grado, especializada y continuada. Por ello, ya en la introducción, se ha señalado la relevancia de disponer de una estructura con la capacidad estratégica de valorar aspectos distantes en el tiempo y diferentes en la forma, como son todos los procesos que van desde el acceso a una facultad de medicina hasta la recertificación profesional.

España debería disponer de una **“Agencia/Consortio”** con características propias, diferentes de las agencias estatales al uso, que con estrecho contacto, colaboración y trabajo con los principales actores implicados, tuviera como misiones principales:

- Definir los estándares de competencias profesionales para cada nivel educativo.
- Desarrollar y proponer los sistemas de evaluación más adecuados a cada nivel (grado, especializada y continuada).

Dicha **“Agencia/Consortio”** debería distinguirse por la imparcialidad, estar compuesta por expertos de reconocido prestigio, y dotada de alto grado de independencia funcional. Por ello, los patrones participantes de dicha **“Agencia/Consortio”**, Administraciones públicas, Colegios, SS.CC. y Universidades, deberían asumir su gestión económica, subvencionando su presupuesto en la medida y proporción que le corresponda.

2. Aspectos generales sobre la evaluación

2.1. Características de la evaluación

Durante siglos la formación en medicina se ha hecho al lado de un profesional que ejercía de mentor del aprendiz. A partir de la observación continua y de preguntas, el mentor podía juzgar su progreso hasta que el aspirante alcanzaba un nivel a partir del que se le consideraba capaz de ejercer de forma autónoma. Esta manera secular de enseñar y aprender se fue diluyendo a medida que crecía el *corpus* teórico-práctico de la medicina y se incrementaba el número de estudiantes en las facultades.

De forma paralela a la evolución del aprendizaje también lo han ido haciendo los métodos de evaluación del aprovechamiento obtenido por el alumno, desde su comprobación personal por el mentor a la instauración de múltiples tipos de pruebas personales y colectivas. A mediados del siglo XX surgió la evaluación a través de preguntas tipo test que permitían valorar los conocimientos de grupos numerosos de alumnos de forma mucho más eficiente, sistemática y menos subjetiva que con los anteriores exámenes orales o escritos de preguntas con respuesta abierta.

Desde entonces la evaluación de la formación de los médicos ha avanzado de forma muy significativa y en la actualidad disponemos de una gran variedad de instrumentos que nos permiten evaluar el aprendizaje y los diversos componentes de la competencia personal y profesional más allá de la simple acumulación memorística de conocimientos.

La evaluación del aprendizaje y de la competencia profesional sería incompleta o parcial si no contemplase, además de los aspectos anteriores, el análisis crítico de los programas y métodos, así como de los centros docentes y del propio profesorado. Por la complejidad que esto representa, este informe no puede abordar todos estos elementos de los procesos de evaluación y se centra esencialmente en los referidos a la competencia de alumnos y profesionales.

Desde una perspectiva genérica podemos afirmar que los **procesos de evaluación** permiten recopilar informaciones y datos para ser utilizados en la elaboración, en función de criterios establecidos previamente, de un juicio de valor como base para una toma de decisión.

Las primeras construcciones teóricas modernas sobre la evaluación de la formación fueron realizadas por Donald Kirkpatrick⁽¹⁾ (1959) al establecer 4 niveles que deben estar presentes en todos los procesos evaluativos: **reacción** (de los alumnos ante la formación que acaban de recibir), **aprendizaje** (valorando los cambios en los conocimientos, habilidades y actitudes previos y posteriores a la formación),

conducta/transferencia (analizando si los elementos aprendidos se trasladan a la práctica) y **resultados** (repercusiones de la acción formativa en la mejora de distintos indicadores asistenciales o de salud).

En el mundo de la Educación Médica, el modelo teórico de referencia más utilizado hoy es la Pirámide de Miller (2). Este modelo expande el segundo nivel de Kirkpatrick, la evaluación del aprendizaje, y se puede aplicar a cualquier ámbito del *continuum* educativo. George Miller conceptualizó cuatro escalones de competencia con características propias que permiten evaluar el aprendizaje profesional: el **saber** (o conocer a nivel teórico y descontextualizado), el **saber cómo** (o conocer a nivel teórico, pero de forma contextualizada generalmente con viñetas clínicas), el **mostrar cómo** (o competencia en contexto simulado) y finalmente el **hacer** (o actuación profesional en contexto real). Cuando se publicó este modelo (1990) los métodos de evaluación en el cuarto nivel o vértice de la pirámide estaban muy poco desarrollados. En las últimas tres décadas se han dedicado muchos esfuerzos para crear y perfeccionar instrumentos de evaluación de la actuación profesional en contexto real.

Antes de entrar con más detalle en la evaluación del aprendizaje y de la competencia puede ser necesario volver a remarcar el axioma de que en cualquier planificación docente es imprescindible incluir y describir con precisión y transparencia y desde el primer momento como se va a llevar a cabo la evaluación de la formación, componente inseparable del proceso educativo.

2.2. Propiedades de un sistema de evaluación en educación médica

De acuerdo con los propósitos que se acaban de señalar, los sistemas de evaluación deberían poseer diversas características esenciales en el grado más elevado posible (ver cuadro 2.1.).

Cuadro 2.1 Evaluación: características esenciales

De un sistema de evaluación	De los instrumentos de evaluación
Globalidad	Validez
Integralidad	Fiabilidad
Bidireccionalidad	Transparencia
Trascendencia	Aceptación
	Factibilidad
	Impacto educativo

Globalidad: ya que con la evaluación no se pretende sólo o principalmente detectar a los discentes que no alcanzan un grado mínimo de suficiencia respecto a los objetivos preestablecidos sino abordar en su conjunto el proceso de ense-

ñanza-aprendizaje, teniendo en cuenta los aspectos estructurales y organizativos que condicionan la docencia y las posibilidades de aprovechamiento de esta (evaluación programática) (3).

Integralidad: para posibilitar la evaluación de las distintas áreas y niveles que componen el aprendizaje, así como de la capacidad para traducir lo aprendido en la práctica profesional (“performance”).

Bidireccionalidad: que permita, esencialmente a través del *feedback*, compartir informaciones y datos entre docentes, responsables institucionales y discentes para poner en marcha acciones de *remedial* de éstos y de detección y corrección de problemas de las estructuras y programas formativos.

Trascendencia, en cuanto sus resultados han de ser necesariamente utilizados, tanto a nivel interno del propio programa formativo con el fin de reorientarlo y corregir los problemas detectados, como para la determinación del futuro del profesional en su interacción técnica y de progreso en el marco del sistema sanitario.

Así mismo los instrumentos de evaluación también deberían reunir diversas características básicas (ver cuadro 2.1.).

Validez

La validez de un instrumento o sistema de evaluación se refiere al grado en que mide lo que se quiere medir. Una cinta métrica es válida para medir una longitud, pero no para medir el peso. Aunque parezca una obviedad resulta extremadamente importante asegurar la coherencia entre lo que se quiere evaluar y el procedimiento seleccionado para ello. Aunque a primera vista y desde una perspectiva no contextualizada pudiera parecer relativamente sencillo asegurar esta coherencia, cuando nos enfrentamos con la medición de constructos complejos como la inteligencia o la competencia, las dificultades para asegurar la coherencia crecen de forma significativa.

Existen diferentes tipos de validez, pero las tres categorías principales son: validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo (4). La validez de contenido da información sobre en qué medida el instrumento mide el área de competencia que se pretende evaluar. La validez de criterio se refiere a la comparación de la medida con un valor conocido (criterio de referencia). La validez de constructo informa de en qué medida el instrumento mide un constructo hipotético (p. ej., la inteligencia, la empatía, la competencia profesional) que no es fácilmente observable.

La validez es la característica fundamental de cualquier instrumento. Un instrumento no válido no sirve para nada y además puede confundir a los estudiantes, docentes o profesionales.

Fiabilidad

La fiabilidad o precisión es el grado en que un instrumento o un sistema de evaluación mide de forma consistente, es decir, con ninguna o pocas variaciones, lo que se pretende medir. Tiene que ver con la repetición de la medida. Si se toma el ejemplo anterior de la cinta métrica, es fiable en la medida en que cada vez que se mide un mismo objeto, el resultado es el mismo o muy similar.

La fiabilidad generalmente se mide como un coeficiente de correlación, siendo 1,0 una correlación perfecta, y 0,0, una no correlación total. En general, los valores superiores a 0,7 se consideran indicativos de que el instrumento o sistema de evaluación tienen una fiabilidad aceptable.

En los procesos de evaluación que se basan en el juicio de los expertos, hay que valorar también la fiabilidad (variabilidad) entre evaluadores. Ésta se refiere al grado de acuerdo entre evaluadores diferentes e independientes ante un mismo sujeto observado. Para aumentar la fiabilidad entre evaluadores se precisa formación en los instrumentos que se utilizan y sesiones periódicas de consenso de criterios.

Un instrumento o sistema de evaluación válido, pero poco fiable, puede tener su utilidad en su enfoque formativo (es decir, de entrenamiento o aprendizaje) pero no es aceptable para evaluaciones con consecuencias en el acceso, titulación o acreditación del estudiante o profesional.

Transparencia

La transparencia en un sistema de evaluación o en la aplicación de un determinado instrumento, tiene relación con el conocimiento por parte de todas las partes implicadas de las “reglas del juego”: tipo de prueba, criterios de evaluación, etc.

A menudo existe la creencia de que hay que mantener ocultos los criterios de evaluación para no dar pistas a los que son evaluados. Es como si el objetivo de la evaluación fuera poner obstáculos a los sujetos evaluados más que asegurar que tienen el nivel de competencia deseado.

Aceptación

La aceptación es el grado en que los actores implicados, y en especial los sujetos que son evaluados, aceptan la evaluación porque la consideran adecuada. A mayor validez y fiabilidad contrastadas, documentadas, y explicitadas, mayor aceptación por parte de los candidatos. La transparencia del proceso de evaluación contribuye en gran manera a la aceptación del instrumento o sistema de evaluación.

Factibilidad

En la selección de un instrumento o sistema de evaluación es de capital importancia comprobar que será posible (factible) utilizarlo. Esto implica calcular el coste de la

evaluación en términos de recursos (humanos y materiales) y de tiempo. El coste debe incluir la puesta en marcha y los recursos necesarios para el desarrollo e implementación del sistema de evaluación. El coste de un sistema de evaluación también debería analizarse en relación con el beneficio que supone para la docencia y el aprendizaje.

Cuando el coste no es sostenible el sistema se puede poner en marcha a base de motivación de los implicados, pero este esfuerzo voluntarista no podrá mantenerse durante mucho tiempo. Es frecuente pensar que este tipo de “experimentos” no tienen consecuencias más allá de innovar o no en determinados campos y se olvida que las experiencias sin éxito generan resistencias a futuras propuestas de innovación evaluativa.

Impacto educativo

En el diseño de los sistemas de evaluación a menudo no se considera el impacto que puede tener sobre el estudiante o el profesional más allá de los resultados inmediatos de la prueba.

Para ilustrar esta característica consideraremos un ejemplo concreto: los exámenes tipo test. Es de todos conocida la aplicación masiva de este tipo de evaluaciones en todos los niveles educativos. Se trata de pruebas que pueden medir conocimientos contextualizados, razonamiento clínico, interpretación de imágenes, gráficas, etc. Son instrumentos aceptados por todo el mundo, con aura de objetividad y justicia, a pesar de que a menudo no están tan bien diseñados como se cree. La aplicación sistemática de este tipo de instrumentos lleva implícita la idea de que en la práctica médica “hay solo una respuesta correcta”. El *New England Journal of Medicine* ⁽⁵⁾ publicó en 2016 un artículo con el título «La incertidumbre, ¿la nueva revolución médica?». En él, los autores exponen que «...cuando existe incertidumbre, la cultura de la medicina muestra una falta de voluntad profundamente arraigada para reconocerla y abrazarla». Sin embargo, la realidad es que los profesionales continuamente tienen que tomar decisiones con unos datos imperfectos y conocimiento limitado, lo que conduce a la incertidumbre diagnóstica, junto con la que surge de las respuestas impredecibles de los pacientes al tratamiento y de los resultados de la atención médica, que están lejos de ser binarios. Por otro lado, la cultura de los protocolos y las listas de comprobación apoyan esta visión de la clínica en blanco y negro, y el tipo de evaluación basada en test de conocimientos con una única respuesta válida también lleva a muchos estudiantes de medicina actuales, los nativos digitales, a buscar exclusivamente estructura, eficiencia y previsibilidad. Insisten en saber «la respuesta correcta» y se sienten frustrados cuando no se les puede proporcionar una, bien porque no se conoce o por existir varias. Por lo tanto, actualmente se está trabajando en modelos de formación donde la incertidumbre prácticamente no existe. Si se acepta que la incertidumbre es inherente a la práctica clínica en medicina, se deberían modificar los currículos (formales, informales y ocultos) y las evaluaciones para enfatizar el razonamiento, la posibilidad de más de una respuesta correcta y la consideración de los valores de los pacientes en su construcción.

Es pues importante poner atención sobre el impacto educativo que tiene un sistema o un instrumento de evaluación cuando se introducen innovaciones en los contextos educativos y reflexionar y valorar si están en línea con lo que se pretende enseñar.

A partir de los resultados de la investigación en educación médica de las últimas décadas, y en especial los relacionados con la evaluación del aprendizaje o de la competencia profesional, la comunidad de expertos ha establecido algunas conclusiones de aceptación universal (ver cuadro 2.2.).

Cuadro 2.2 Conclusiones a partir de la investigación en educación

1. La evaluación dirige el aprendizaje	El tipo de evaluación determina cómo estudian los estudiantes y profesionales. En su participación en el II Simposio Médico Internacional en Roma, Miller (1977) aseveró: "cambiar el sistema de evaluación sin modificar el programa de enseñanza ha tenido una mayor repercusión sobre la naturaleza y la calidad del aprendizaje, que si se hubiera modificado el programa sin tocar los exámenes".
2. Un sólo instrumento no puede valorar la competencia profesional	Cualquier sistema de evaluación del aprendizaje o de la competencia profesional debe combinar diferentes instrumentos, con el objetivo de comprobar cuantos más aspectos y componentes de la competencia sea posible. Sin embargo, siempre se manejará información parcial, una muestra, de la competencia del candidato.
3. La competencia es específica, no genérica	Los instrumentos de evaluación deben utilizar diferentes casos o situaciones para tener buenas características psicométricas, en especial validez y fiabilidad.
4. La competencia depende del contexto	Una misma actuación puede ser correcta o incorrecta en función del contexto que se trate. La implicación para un sistema de evaluación es la necesidad de observar y valorar una misma competencia en distintos contextos clínicos.
5. Subjetividad no es sinónimo de arbitrariedad	Un instrumento que utilice la valoración subjetiva puede tener buenas características psicométricas, especialmente de fiabilidad. Para ello, se debe de utilizar más de un evaluador, entrenar a los evaluadores y definir por consenso escalas globales de puntuación.

A continuación, analizaremos con algo más de detalle estas conclusiones.

La evaluación dirige el aprendizaje

Hace tiempo que se ha constatado que los procesos de evaluación dirigen el aprendizaje (6,7). El tipo de evaluación determina cómo estudian los estudiantes y profesionales. En 1977, Miller,

La investigación en educación concluye que la evaluación dirige el aprendizaje

en su participación en el II Simposio Médico Internacional en Roma, ya aseveró que “cambiar el sistema de evaluación sin modificar el programa de enseñanza ha tenido una mayor repercusión sobre la naturaleza y la calidad del aprendizaje, que si se hubiera modificado el programa sin tocar los exámenes”.

Van der Vleuten⁽⁸⁾ describió al menos cuatro vías por las que el sistema de evaluación dirige el aprendizaje: su contenido, su estructura o formato, lo que se pregunta (p. ej., la información que se proporciona), y la frecuencia, ubicación temporal y duración y número de evaluaciones repetidas.

Las personas quieren superar las pruebas, de manera que lo que se selecciona para evaluar y cómo se evalúa, guían su comportamiento. Llevando las cosas al extremo podríamos decir que lo que no se evalúa no existe. Con el fin de sacar el máximo rendimiento a los procesos evaluativos, se recomienda siempre combinar el enfoque sumativo (calificación) con el formativo (*feedback*).

Un sólo instrumento no puede valorar la competencia profesional

La competencia profesional es un constructo complejo que comporta una evaluación multifacética. Cualquier instrumento evalúa una parte del constructo completo. Un instrumento de evaluación generalmente mide un aspecto o un número limitado de componentes de esta competencia, y además lo hace de forma parcial, ya que se basa en un muestreo de situaciones o conocimientos. Por lo tanto, cualquier sistema de evaluación del aprendizaje o de la competencia profesional debe combinar diferentes instrumentos, con el objetivo de comprobar cuantos más aspectos y componentes de la competencia sea posible. Sin embargo, hay que tener presente que siempre se manejará información parcial, una muestra, de la competencia del candidato.

La competencia es específica, no genérica

En los primeros años de desarrollo de la educación médica se asumía que la solución de problemas era una capacidad genérica. Posteriormente, sucesivas investigaciones^(9, 10) han demostrado que la buena resolución de un caso no garantiza la buena solución de otro. Elstein⁽⁹⁾ denominó a este hecho como especificidad de contenido. Esto implica que los instrumentos de evaluación deben utilizar diferentes casos o situaciones para tener buenas características psicométricas, en especial validez y fiabilidad.

La competencia depende del contexto

La investigación en educación médica ha permitido comprobar que, al igual que en el apartado anterior, la competencia no es genérica, sino que depende del contexto. Una misma actuación puede ser correcta o incorrecta en función del contexto que se trate. Un mismo comportamiento puede ser adecuado en urgencias y ser inadecuado en consultas externas. La implicación para un sistema de evaluación es la necesidad de observar y valorar una misma competencia en contextos clínicos diferentes.

Subjetividad no es sinónimo de arbitrariedad

En las últimas dos décadas se ha asistido a una creación importante de distintos instrumentos de evaluación que pretenden valorar la competencia profesional o el aprendizaje en contexto real. La mayoría de estos instrumentos se basan en el juicio de expertos, habitualmente clínicos experimentados. Este hecho genera mucha inseguridad a los docentes que deben aplicarlos y reclaman insistentemente instrumentos “objetivos”. La creencia que subyace en estas situaciones que preocupan a los docentes es pensar que la subjetividad del juicio de un experto implica que este es arbitrario. Un instrumento que utilice la valoración subjetiva puede tener buenas características psicométricas, especialmente de fiabilidad, a base de utilizar más de un evaluador, entrenar a los evaluadores y definir y consensuar unas escalas globales de puntuación.

2.3. Aspectos relevantes de la evaluación

Por otra parte, la evaluación, como cualquier otro proceso vivo, se modifica y se adapta a nuevos requisitos. Del examen puntual muy centrado en explorar conocimientos, hemos pasado a otros enfoques y otros métodos algunos de los cuales han aportado mejoras que se han ido incorporando y otros, inicialmente novedosos, han sido progresivamente relegados. En cualquier caso, no quisiéramos pasar por alto algunas cuestiones relevantes en el proceso de evaluación (ver Cuadro 2.3.).

Cuadro 2.3 Aspectos relevantes de la evaluación

<p>1. Evaluación formativa</p> <p><i>Evaluación sumativa</i></p> <p><i>Evaluación programática</i></p>	<p>La <u>evaluación formativa</u> tiene como objetivo principal el aprendizaje, proporcionar información sobre el progreso del alumno o el profesional y permite establecer medidas correctoras cuando sea necesario.</p> <p>La <u>evaluación sumativa</u> tiene como objetivo principal clasificar a los alumnos o profesionales y tomar decisiones en el ámbito de la insuficiencia/suficiencia del aprovechamiento alcanzado.</p> <p>Actualmente, expertos en evaluación de la competencia abogan por la integración de ambos enfoques bajo el nuevo concepto de evaluación programática.</p>
<p>2. Efectividad y eficiencia de la evaluación</p>	<p>La evaluación de la formación tiene unos costes significativos y requiere un alto grado de profesionalidad tanto para su diseño como para su implementación operativa. Siempre se deben valorar tres elementos clave que determinan la viabilidad técnica y económica de los métodos y procesos de evaluación: <i>i)</i> el número de discentes a evaluar, <i>ii)</i> los aspectos competenciales específicos que pretendemos analizar y, <i>iii)</i> la periodicidad temporal o de repetición con la que va a realizar.</p>

3. Evaluación y *continuum formativo*

Los sistemas, métodos y procedimientos a utilizar en la evaluación de las distintas fases del *continuum formativo* (grado, especializada y desarrollo profesional continuo) deben guardar entre sí el mayor grado posible de coherencia conceptual y estratégica.

Evaluación formativa, sumativa y programática

Durante años se ha puesto mucho énfasis en separar y hasta contraponer los conceptos de evaluación formativa y evaluación sumativa. La evaluación formativa tiene como objetivo principal el aprendizaje, proporciona información sobre el progreso del alumno o el profesional y permite establecer medidas correctoras cuando es necesario. La evaluación sumativa tiene como objetivo principal clasificar a los alumnos o profesionales y tomar decisiones en el ámbito de la insuficiencia/suficiencia del aprovechamiento alcanzado. Esta insistencia en separar ambas clases de evaluaciones se ha llevado hasta el extremo de intentar evitar cualquier tipo de implicación o repercusión de la evaluación formativa en la sumativa parcial o final. Sin embargo, recientemente los expertos en evaluación de la competencia abogan por la integración de ambos enfoques bajo el nuevo concepto de **evaluación programática** ⁽³⁾ en la que las decisiones, tomadas generalmente por varios docentes, se fundamentan en análisis de datos procedentes de diferentes puntos de información a lo largo del tiempo de aprendizaje y con diversos momentos de *feedback* con el discente. Todo lo que se hace cuenta y toda prueba concreta debe incluir *feedback*.

Efectividad y eficiencia de la evaluación

Asumir que la evaluación de la formación es un elemento constante e imprescindible de la planificación docente implica que su efectividad y eficiencia han de ser analizadas con el mismo nivel de importancia y detalle que los otros componentes de esta.

En esta perspectiva la primera afirmación que debemos hacer es que la evaluación de la formación tiene unos costes significativos y requiere un alto grado de profesionalidad tanto para su diseño como para su implementación operativa. Esta es una de las principales dificultades para la mejora e innovación de los sistemas de evaluación.

La segunda consideración hace referencia a tres elementos clave que determinan la viabilidad técnica y también económica de los métodos y procesos de evaluación: el número de discentes a evaluar, los aspectos competenciales específicos que pretendemos analizar y, en tercer lugar, la periodicidad temporal o de repetición con la que va a realizarse.

Evaluación y *continuum* formativo

En la evaluación de la formación profesional, y específicamente, en la médica, es necesario que los sistemas y procedimientos a utilizar en las distintas fases del *continuum* formativo (grado, especialización y desarrollo profesional continuo) guarden entre sí el mayor grado posible de coherencia conceptual y estratégica con el objetivo de conseguir que actúen como verdaderos instrumentos potenciadores de la efectividad y eficiencia formativa en sus diferentes etapas.




Esta coherencia debe actuar, además, como un elemento facilitador de las transiciones en el *continuum* formativo, con referencia especial, en el caso de la educación médica, a la del paso de la fase de grado a la de formación especializada.

2.4. Métodos principales de evaluación de la formación médica

Tal como se comentaba anteriormente, en las últimas dos décadas se ha avanzado mucho en la creación y perfeccionamiento de instrumentos de evaluación del aprendizaje y de la competencia profesional. En especial se han desarrollado instrumentos para evaluar el comportamiento profesional en contexto real. Con ánimo de resumir al máximo la plétora de instrumentos disponibles en la actualidad, se clasifican en tres grandes grupos en función de cómo se obtiene información sobre el aprendizaje o la competencia profesional: a) preguntando a diferentes actores del proceso de aprendizaje, b) a través de la observación, c) analizando documentación elaborada por el estudiante, residente o profesional (ver Cuadro 2.4). Estos instrumentos pueden combinarse entre sí de diferentes maneras.

La evaluación de la competencia necesita combinar más de un instrumento de evaluación

Cuadro 2.4 **Métodos de evaluación**

<p>a. Preguntar</p> 	<p>Preguntando a diferentes actores del proceso de aprendizaje: a los estudiantes, residentes o profesionales o bien, además, a otros actores implicados en el proceso educativo o en la práctica clínica.</p>
<p>b. Observar</p> 	<p>La observación del comportamiento del estudiante, residente o profesional se puede producir en contexto simulado o en contexto real y de forma directa o a través de videograbaciones.</p>
<p>c. Analizar (documentación o registros)</p> 	<p>El análisis de documentación generada por los estudiantes, residentes o profesionales. Fundamentalmente hay 2 tipos de instrumentos: el análisis de la calidad (auditoría) de sus registros y los escritos narrativos orientados a fomentar y evaluar la capacidad de reflexión, como son por ejemplo los incidentes críticos.</p>

a) Preguntando a diferentes actores implicados en el proceso de formación o en la práctica profesional

Las preguntas pueden dirigirse a los estudiantes, residentes o profesionales o bien, además, a otros actores implicados en el proceso educativo o en la práctica clínica.

a.1) *Preguntas a los alumnos o profesionales*

Los formatos de estas preguntas son variados: de respuesta abierta (corta o larga), de llenar vacíos, de relacionar conceptos, etc. Los más conocidos y usados son los test de respuesta múltiple (TRM) por sus buenas características psicométricas, su fácil corrección y la aplicación factible para grupos grandes⁽¹¹⁾.

Los TRM han demostrado ser válidos y fiables para evaluar los siguientes ámbitos competenciales:

- Conocimientos
- Razonamiento clínico.
- Toma de decisiones.

a.2) *Preguntas a los que aprenden y a otros actores implicados en el proceso educativo o en la práctica clínica.*

La práctica en contexto real, tanto en las prácticas de los estudiantes, como de los residentes y profesionales, comporta la relación con otros actores de estos colectivos, con cargos directivos de la organización, con pacientes y familiares, etc. Estas personas pueden observar al candidato en acción. Sus observaciones les permiten tener opiniones sobre la calidad de su desempeño, y esta información no debe ser menospreciada. Para poder sacar provecho de estas fuentes de información, uno de los instrumentos más utilizados es la llamada evaluación 360 grados (360°).

Su utilidad se ve a menudo limitada por la factibilidad del instrumento y, con frecuencia, la variedad de fuentes distintas de opiniones no es completa. Se utiliza un único cuestionario o cuestionarios específicos para cada grupo de evaluadores, con 10-40 ítems en función de la información que se pretende recabar. El *feedback* se proporciona de forma agregada por fuentes de información y por aspecto evaluado⁽⁴⁾.

La evaluación 360° es una herramienta de *feedback* que valora diversos aspectos de la actividad del estudiante, especialista en formación o profesional por parte de múltiples personas presentes en su lugar de trabajo o de formación. Generalmente se recoge información de los iguales, de otros profesionales de la salud, de superiores, de administrativos y de los pacientes y sus familiares y cuidadores. Además, frecuentemente incluye la autoevaluación.

El *feedback* o evaluación 360° proporciona información sobre los ámbitos competenciales siguientes:

- Trabajo en equipo.
- Comunicación y relación interpersonal.
- Calidad de gestión de recursos.
- Profesionalismo.
- Asesoramiento y educación de pacientes y familiares.

Para valorar adecuadamente todas estas capacidades, es especialmente interesante recabar la opinión de pacientes, familiares y cuidadores. Las otras fuentes pueden ser valoradas con otros instrumentos. La única forma de obtener información sobre qué ha sucedido con la actuación del profesional sobre pacientes, familiares y cuidadores, según su experiencia, es preguntarles.

b) A través de la observación

La observación del comportamiento del estudiante, residente o profesional se puede producir en contexto simulado o en contexto real y de forma directa o a través de videograbaciones. Las videograbaciones tienen el valor formativo añadido de que permiten la autoobservación. Las observaciones se valoran con dos grupos de instrumentos: 1. Listas de comprobación y 2. Escalas globales.

b.1) *Listas de comprobación*

Las listas de comprobación son un conjunto de ítems de los que se observa su presencia o ausencia, con una opción cerrada, generalmente binaria de sí/no. Dado que la práctica profesional a menudo no es tan sistemática como se desearía, este tipo de instrumentos son adecuados para valorar técnicas y procedimientos estandarizados tanto en contexto simulado como real. Uno de los más usados es el DOPS: habilidades procedimentales por observación directa (de las siglas del inglés Directly Observed Procedural Skills) (12). En el caso de que se trate del contexto simulado, podríamos considerar los OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills).

b.2) *Escalas de valoración global*

Las escalas de valoración global generalmente clasifican la competencia observada en tres niveles de logro: insatisfactorio, satisfactorio, y excelente. Sin embargo, a diferencia de las listas de comprobación, para cada nivel de competencia se describe de forma clara e inequívoca su interpretación. Las más usadas en todos los ámbitos educativos son las rúbricas.

En la formación de profesionales de la medicina, una de las rúbricas más usadas es el Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) desarrollada por el American Board of Internal Medicine (ABIM) (13) en 1995 y cuyas características psicométricas fueron publicadas en 2003 (14). Se trata de una observación estructurada de la práctica clínica a través de rúbricas con *feedback* posterior al estudiante, residente o profesional. Se basa en casos clínicos con pacientes reales y diferentes observadores para

cada caso. Los casos clínicos son de tipología y complejidad diferentes, y se observan en distintos contextos. Una variante del Mini-Cex para la evaluación específica del profesionalismo, sería el denominado P-Mex (Professional Mini Examination) ⁽¹⁵⁾.

La observación de la práctica profesional y su valoración a través del MiniCEX aporta información sobre los dominios competenciales siguientes:

- Entrevista clínica.
- Exploración física.
- Profesionalismo.
- Juicio clínico.
- Comunicación.
- Organización y eficiencia.

c) Análisis de documentos elaborados por los estudiantes o profesionales

Una tercera fuente de información sobre el aprendizaje o la competencia profesional es el análisis de documentación generada por los estudiantes, residentes o profesionales. Fundamentalmente hay 2 tipos de instrumentos: el análisis de la calidad (auditoría) de sus registros (historia clínica, informe de alta, interconsulta, gráfica de seguimiento, etc.), por un lado y, por otro, los escritos narrativos orientados a fomentar y evaluar la capacidad de reflexión, como son por ejemplo los incidentes críticos.

c.1) *Auditoría de registros e informes*

El proceso de auditoría y análisis de los registros se basa en la asunción de que lo que se registra refleja lo que la persona hace. Su aplicación consta de 3 fases relevantes: la identificación de indicadores y estándares de calidad, su aplicación a los registros clínicos del estudiante, residente o profesional y su posterior análisis. El proceso de análisis lo puede realizar el propio candidato (autoevaluación), otros candidatos (evaluación entre iguales) o el tutor o profesional responsable de su aprendizaje (heteroevaluación).

Los ámbitos competenciales que se pueden valorar con estos instrumentos son los siguientes:

- Toma de decisiones clínicas.
- Seguimiento del manejo del paciente.
- Seguimiento de las actividades preventivas.
- Uso adecuado de los recursos (pruebas complementarias, interconsulta, etc.).

c.2) *Incidentes críticos*

La capacidad de reflexión, tanto sobre la propia práctica como sobre el contexto en que se produce, es fundamental en el desarrollo profesional. La reflexión es una competencia esencial para mantener el aprendizaje continuado a lo largo de toda

la vida profesional, y una forma efectiva de desarrollar el razonamiento clínico y el juicio profesional (12). Por otro lado, la capacidad de reflexión no se desarrolla de forma espontánea lo que implica una atención especial por parte de los docentes sobre el aprendizaje, desarrollo y evaluación de esta. Uno de los instrumentos más utilizados para aprender y evaluar la capacidad de reflexión es a través de los denominados incidentes críticos, que son componente esencial de los portafolios, que recogen también otra documentación generada por el discente.

Los incidentes críticos (o análisis de hechos significativos), son narraciones cortas de un suceso singular de la propia práctica, con el fin de reflexionar sobre lo que ha sucedido y avanzar en el desarrollo profesional. Para ello, se suelen escoger hechos especialmente desafiantes, significativos o perturbadores vividos en primera persona. Es una manera de estimular el aprendizaje reflexivo y la adquisición de los valores y las actitudes necesarias para el ejercicio profesional.

Combinación de diferentes instrumentos: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOEs)

En este apartado de instrumentos es preciso mencionar especialmente uno muy utilizado en la actualidad sobre todo a nivel del grado: la Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOEs). Se trata de una evaluación de diferentes estaciones en entorno simulado. Su origen se basaba en la utilización de pacientes simulados, pero su posterior desarrollo ha ido incorporando diferentes instrumentos (maniqués, preguntas de respuesta múltiple, preguntas abiertas cortas, interpretación de pruebas diagnósticas, etc.). Por este motivo, en el Cuadro 2.5., se proponen los mejores instrumentos para cada dominio competencial y, para la ECOE, se han propuesto las competencias que suele evaluar en la combinación de instrumentos más frecuente.

Cuadro 2.5 Propuesta de instrumentos de evaluación válidos y fiables para distintos ámbitos competenciales

Ámbitos competenciales	TRM	360°	Mini-CEX	DOPS	Audit.	Incidentes críticos	ECOE
Conocimientos							
Razonamiento clínico							
Toma de decisiones							
Trabajo en equipo							
Comunicación y relación interpersonal							
Calidad de gestión de recursos							
Profesionalismo							
Asesoramiento y educación de pacientes y familiares							
Entrevista clínica							
Exploración física							
Juicio clínico							
Técnicas y procedimientos							
Actividades preventivas							
Seguimiento de pacientes							
Práctica reflexiva							

TRM: test de respuesta múltiple. DOPS: Habilidades procedimentales por observación directa (Directly Observed Procedural Skills). Audit: Auditoría de registros e informes clínicos.

2.5. Establecimiento de estándares: insuficiencia y excelencia

Al diseñar una actividad de evaluación en cualquier etapa del *continuum* educativo, es necesario fijar criterios significativos de rendimiento, diseñados para proporcionar evidencias de que los candidatos han alcanzado las competencias contempladas en un programa formativo. Sin embargo, en la realidad, los candidatos se ubican en una escala progresiva en la que el grado de desempeño alcanzado puede variar desde la no competencia a la competencia mínima y máxima posible. En consecuencia, los responsables de elaborar las pruebas de evaluación necesitan herramientas educativas para determinar el punto de corte en la escala de puntuación que separa a

los no competentes de los competentes. Sin duda las aproximaciones tradicionales que utilizamos, por ejemplo, exigir un 70% de la puntuación total, no parecen válidas para tomar decisiones del tipo aprueba/suspende y muy especialmente en el caso de que esta decisión implique consecuencias importantes para el alumno.

Se hace imprescindible establecer estándares. El establecimiento de estándares es el proceso que permite definir o juzgar el nivel de conocimiento y habilidad

requerido para alcanzar un nivel típico de desempeño y luego identificar un puntaje en la escala de valoración de la prueba que se corresponda con ese estándar de desempeño. Los procedimientos de establecimiento de normas se emplean para proporcionar

una definición conceptual de competencia para una ocupación o dominio educativo y para poner en práctica el concepto.

La decisión sobre el nivel de conocimiento y habilidad necesarios para considerar que se ha alcanzado (ha aprobado) la competencia no puede ser arbitraria. Existen diferentes métodos que establecen estándares para decidir el nivel para superar una evaluación.

Sin embargo, aunque existe una gran cantidad de investigación sobre como establecer los estándares para considerar que un alumno ha adquirido el mínimo necesario para superar una evaluación, tanto en el caso de las pruebas de elección múltiple como en las pruebas basadas en el rendimiento, no existe una puntuación determinada ni ningún método que podamos considerar de forma indiscutible como el mejor ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Métodos diversos producen diferentes resultados. La selección de uno u otro depende del propósito del examen y de los recursos disponibles para realizar el esfuerzo necesario para el establecimiento de estándares. Las notas de corte prefijadas para marcar la suficiencia sin tener en cuenta el contenido de la evaluación o el rendimiento pueden variar enormemente, debido a la dificultad de la prueba o del mismo contenido y pueden provocar una toma inadecuada de decisiones.

La determinación del punto de corte a partir del cual se ha de establecer si el estudiante supera o no la prueba o test, como cualquier proceso en que está implicado el juicio humano, incluye siempre un cierto riesgo de error que puede dar lugar a falsos positivos o falsos negativos. Para intentar obviar este problema se opta habitualmente por uno de estos dos sistemas ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾:

- **Sistema de normalidad:** tiene en cuenta el rendimiento en términos de la posición de un individuo determinado en el grupo (*por ejemplo, obtener un resultado mejor que el 90% del conjunto de los alumnos*).
- **Sistema referenciado a un criterio:** fijar un mínimo determinado (por ejemplo, responder un 50% de preguntas correctas) independientemente del rendimiento del grupo.

Los criterios pueden estar centrados en *el contenido de la prueba, en el examinando o ser mixtos*.

En los sistemas centrados en **el contenido**, un grupo de expertos establece previamente el estándar mediante la revisión de los elementos de la prueba y decide el nivel de rendimiento del estudiante considerando los aspectos clave que demuestran su competencia. Entre ellos cabe citar los métodos de Nedelsky, Angoff y sus modificaciones y el de Ebel (17-18).

En los sistemas centrados **en el examinando** la decisión se toma en base a la revisión del rendimiento de los examinandos o de un grupo similar antes de considerar cual es el límite entre la existencia y la falta de competencia. Entre ellos cabe citar los métodos de Livingstone o de Zieky (17-18).

El método seleccionado para establecer el estándar debe estar alineado con los objetivos de la evaluación, ser fácil de explicar y de implementar, requerir juicios basados en los datos del rendimiento, implicar una reflexión y estar fundamentado en resultados de investigaciones previas.

En cualquier caso, el nivel de corte debería ser determinado por un grupo con experiencia en evaluación y en el dominio evaluado y que cuente con ayuda de expertos en psicometría.

Podemos concluir afirmando que el establecimiento de estándares es absolutamente necesario, aunque sea preciso admitir que el proceso no está exento de dificultades.

2.6. Consideraciones finales

Evaluar forma parte indisoluble del proceso educativo y nos permite conocer si se han conseguido y en que grado los objetivos de aprendizaje. La combinación de evaluaciones sumativas y formativas en un marco de evaluación programática posibilita, al mismo tiempo, calificar a los alumnos y detectar y corregir posibles deficiencias del sistema y de los programas formativos dando *feedback* a los discentes sobre su progreso competencial. Evaluar la formación nos permite también cumplir con la responsabilidad social de asegurar que los profesionales tienen el nivel de competencia suficiente para asumir un ejercicio seguro.

2.7. Referencias

1. KIRKPATRICK DL. *Evaluación de acciones formativas*. Barcelona: Gestión; 2000.
2. MILLER G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990; 65: S63-7
3. M VAN DER VLEUTEN, CPM & Heeneman, S. A new holistic way of assessment: programmatic assessment. *FEM* 2016; 19 (6): 275-279
4. SHUMWAY JM, HARDEN RM. AMEE Guide no. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. *Med Teach* 2003; 25: 569-84.
5. SIMPKIN AL, SCHWARTZSTEIN RM. Tolerating uncertainty -The next medical revolution? *N Engl J Med*. 2016;375:1713-5
6. NEWBLE DI, JAEGER K. The effect of assessments and examinations on the learning of medical students. *Med Educ* 1983; 17: 165-71
7. WOOD D. *Formative assessment*. Edinburgh: Association for the Study of Medical Education; 2007.
8. VAN DER VLEUTEN CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications, *Adv Health Sci Educ* 1996; 1: 41-67.
9. ELSTEIN AS, SHULMAN LS, Sprafka SA. *Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning*. Cambridge, Massachusetts. 1978 Harvard University Press.
10. EVA KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education*, 2004; 39: 98-116
11. National Board of Medical Examiners. *Cómo elaborar preguntas para evaluaciones escritas en las áreas de ciencias básicas y clínicas*. Philadelphia 2016 (https://www.nbme.org/sites/default/files/2020-01/DownloadingtheGoldBook_ES.pdf).
12. MORÁN BARRIOS, J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1. a Parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.001>.
13. NORCINI JJ, BLANK LL, ARNOLD GK, KIMBALL HR. The Mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med* 1995; 123: 795-9.
14. NORCINI JJ, BLANK LL, DUFFY D, FORTNA GS. The Mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* 2003; 138: 476-81.
15. ROBERT T. Teaching, Learning, and Assessing Professionalism: The biggest Challenge of all. *FEM*, 2017, 20 (2): 47-51.
16. NORCINI JJ. Setting standards on educational tests. *Med Educ*. 2003; 37(5): 464-469.
17. BANDARANAYAKE RC. Setting and maintaining standards in multiple choice examinations: AMEE Guide No. 37. *Med Teach*. 2008; 30(9-10): 836-45.
18. FRIEDMAN BEN-DAVID, M. Standard setting in student assessment, AMEE Guide No. 18 *Medical Teacher*, Vol. 22, No. 2, 2000.

3. La evaluación en la formación de Grado

3.1. Acceso a la formación de Grado

Ventajas y dificultades de pruebas específicas para el ingreso al Grado

La necesidad de implementar pruebas específicas para acceder a los estudios del Grado de Medicina, más allá de la evaluación de conocimientos que se realiza en España mediante las actuales pruebas de acceso a la Universidad (EBAU), está sobre la mesa y en algunos entornos se ha empezado a analizar este tema y está previsto poner en marcha pruebas específicas para el ingreso en Medicina. Así mismo en ciertas universidades privadas ya se vienen realizando pruebas específicas previas al ingreso de los estudiantes a sus facultades de medicina.

Las EBAU son pruebas generales basadas en los contenidos del bachillerato y no específicas para un determinado estudio o grado. En la calificación final que determina si un estudiante puede ingresar en unos estudios concretos tiene un peso determinado el expediente académico de los estudios previos de bachillerato. Las ventajas, tal vez las únicas, que tiene este sistema son su transparencia y su igualdad que hacen muy difícil sino imposible que un estudiante pueda ingresar en un grado de cualquier universidad pública española a través de mecanismos espurios. En esta dinámica, los centros universitarios no tienen intervención, y, por tanto, tampoco responsabilidades, ya que se limitan a aceptar aquellos candidatos que les son asignados.

Este sistema permite afirmar que los estudiantes que son admitidos en una facultad de medicina son en teoría unos magníficos estudiantes (suele decirse que son los mejores), con las calificaciones más altas en las pruebas de acceso y con magníficos expedientes. Por lo tanto, en principio, podemos asumir que poseen los conocimientos necesarios para cursar la carrera que escojan. Sin embargo, no podemos asegurar que todos estos estudiantes reúnan las características personales, de valores, actitudes, de conducta ética más adecuada para ejercer la medicina. Muchas veces se asume que un estudiante que logra las mejores calificaciones en sus estudios previos a la universidad también será capaz de desarrollar automáticamente todas las competencias necesarias para ser un buen médico, pero debemos ser conscientes de que algunos estudiantes pueden no ser los más adecuados para seguir una carrera de medicina, aunque hayan alcanzado los estándares académicos necesarios.

Y esto es así, porque la práctica de la medicina requiere de altos estándares de conducta profesional y personal. Cuando existen dudas fundamentadas respecto al comportamiento o valores de los candidatos sería preferible no admitirlos en lugar de que posteriormente tengan que abandonar los estudios o la profesión, con la consecuente frustración y pérdida de tiempo en esta etapa crucial de la vida de los jóvenes.

Aunque estas consideraciones podrían hacerse extensivas, al menos parcialmente, a otras carreras profesionales no deja de ser cierto, que, en el caso de los estudiantes de medicina, determinados atributos personales y competenciales pueden ser predictores de un ejercicio profesional de mayor calidad y de un comportamiento futuro con mayor sintonía con los principios que rigen la práctica médica. En esta perspectiva, su consideración podría tener una importancia al menos similar a la de las propias calificaciones académicas.

De todo ello puede derivarse la necesidad de que las facultades de medicina establezcan procesos de selección de los candidatos que vayan más allá de la mera evaluación de los conocimientos científicos generales y específicos, necesidad que ha sido expresada en diferentes estudios (1-3).

A pesar de las dificultades, hay una opinión mayoritaria sobre la conveniencia de que las facultades de medicina incorporen procesos de selección de los candidatos que vayan más allá del conocimiento científico

Instrumentos. Experiencias en diversos países

Una vez aceptada la necesidad de establecer una prueba específica para el ingreso a las facultades de medicina, la pregunta que se plantea es: ¿cómo debemos hacerlo? Para contestar a esta pregunta, el primer punto a considerar es el tipo de pruebas que se deberían establecer. Debemos partir de la base de que el sistema o sistemas de selección que se quieran implementar han de ser válidos y fiables desde el punto de vista psicométrico, pero sobre todo justos y transparentes, legales y éticos, así como conocidos y aceptados por todos los implicados.

Como en cualquier sistema de evaluación, hemos de ser conscientes de la necesidad de utilizar varios instrumentos para construir una decisión final fiable y objetiva. En primer lugar, nos podemos plantear realizar pruebas que tengan en cuenta el rendimiento académico a lo largo de los estudios previos. Es cierto que ya se realiza un examen de contenidos en las EBAU que podrían ser un punto de partida, pero esto no imposibilitaría que las facultades que lo desearan pudieran implantar como primer paso un examen de conocimientos más específicos y adecuados a los estudios de Medicina.

Pero se debería ir más allá. Deberían valorarse otros aspectos significativos de su trayectoria vital y académica y establecer unas pruebas específicas para hacer una segunda selección que evaluara otros aspectos relacionados especialmente con cualidades personales no académicas. Entre estas, por ejemplo, estarían las pruebas (test) de personalidad y de aptitudes. De hecho, la investigación en este ámbito nos indica que existen correlaciones entre los rasgos de personalidad y el rendimiento en determinadas profesiones (4).

También existen experiencias en este campo basadas en la utilización de pruebas que exploran determinadas aptitudes de los candidatos (ver Cuadro 3.1). Con

Para el ingreso en las facultades de medicina distintos países utilizan instrumentos de evaluación válidos y fiables

todas estas posibilidades sobre la mesa, los expertos recomiendan la combinación de diferentes instrumentos. Una posible secuencia de utilización podría ser la que se muestra en el Cuadro 3.2.

Cuadro 3.1 Pruebas para la exploran determinadas aptitudes de los candidatos

1.	<i>UK Clinical Aptitude Test (UKCAT)</i> ⁽⁵⁾ . Se utiliza en el Reino Unido para la selección de candidatos de Medicina y Odontología y explora atributos importantes para los profesionales de la salud como razonamiento verbal, cuantitativo y abstracto, análisis de decisiones y juicio de situaciones.
2.	<i>Situational Judgement Test (SJT)</i> ⁽⁶⁾ . Esta prueba enfrenta a los candidatos a diferentes escenarios en formato escrito o en vídeo, analizando sus respuestas ante distintas situaciones.
3.	<i>Personal Quality Assessment (PQA)</i> ⁽⁷⁾ . Este método evalúa una serie de cualidades personales consideradas importantes para el estudio y la práctica de la medicina y otras profesiones sanitarias como la agilidad mental, los valores interpersonales y la responsabilidad social.
4.	<i>Mini Entrevistas Múltiples (MMIs)</i> ⁽⁸⁾ . Este método, actualmente muy utilizado, incluye, a diferencia de los anteriores, la observación del candidato en acción. Se desarrollaron por primera vez en la Universidad de McMaster en Canadá a principios de este siglo para la evaluación de sus candidatos. Estas pruebas están basadas conceptualmente en las conocidas Evaluaciones Clínicas Objetivas Estructuradas (ECOEs) y se componen de una serie de entrevistas de unos 8 minutos aproximadamente en las que los aspirantes se enfrentan a diferentes situaciones o estaciones en las que sus actuaciones son observadas por un evaluador. Se exploran aspectos no cognitivos como la comunicación, el pensamiento crítico, aspectos éticos, la resiliencia, la empatía, el razonamiento moral, la capacidad de iniciativa, etc. Las MMIs utilizadas actualmente por diferentes facultades de medicina de todo el mundo (Reino Unido, Australia, Canadá, Israel, Portugal) se han demostrado válidas y fiables. Las decisiones finales sobre la admisión se toman siempre sobre la base de un consenso entre evaluadores en el seno de un comité de selección.

Llegados a este punto no se puede dejar de notar que una cosa es la teoría y la otra la práctica y que estructurar un proceso de selección de este tipo es difícil y requiere la participación de todos los implicados incluyendo profesionales expertos en este ámbito y en métodos de evaluación. También requeriría adaptar los sistemas actuales de admisión a la universidad, hoy día muy fragmentados en las diferentes comunidades autónomas. No parece existir oposición entre las Facultades de Medicina y de las asociaciones de estudiantes a establecer un sistema de admisión específico a los estudios de Grado de Medicina además de las actuales EBAU. Sin embargo, otro aspecto a tener en cuenta es la posible resistencia de la administra-

ción educativa tanto a nivel estatal como autonómico a iniciar un proceso serio de reflexión sobre este tema por las dificultades que puede entrañar. De hecho, consta que algunas Facultades de Medicina han diseñado un sistema de admisión pendiente de la luz verde por parte de las administraciones.

Cuadro 3.2 **Secuencia de instrumentos según expertos para el acceso al grado de medicina**

- 1) Prueba(s) de rendimiento académico
- 2) Test de aptitudes
- 3) Referencias personales
- 4) Mini-entrevistas

Desde la FEM entendemos que si se quiere conseguir el mejor ajuste posible del perfil personal y competencial de los candidatos a las necesidades del ejercicio profesional de la medicina se debe tener en cuenta que:

- Es aconsejable complementar las pruebas “generales” de acceso a las facultades de medicina con pruebas “específicas”.
- Hay evidencia de pruebas “específicas”, utilizadas en diferentes países, que han demostrado ser fiables y válidas.
- Las pruebas “específicas” de selección deben garantizar la equidad; por tanto, deberían tener un sólido soporte legal en el marco de los procedimientos de acceso a los estudios universitarios y ser adoptadas por todas facultades de medicina del estado.
- La instauración de pruebas “específicas” de ingreso a las facultades de medicina, requeriría profesionales expertos en este campo.
- El proceso adoptado debería ser válido, fiable, transparente, justo, con adecuada relación coste/eficacia y aceptado por el conjunto de los afectados por su ejecución.

Las pruebas específicas de selección deben garantizar la equidad, ser válidas, fiables, transparentes, justas y aceptadas por todos los afectados

El lector interesado puede encontrar más información en la revisión de Cleland (9, 10).

3.2. Evaluación durante el Grado de Medicina

Situación actual

En los últimos años, las facultades de medicina de nuestro país han ido incorporando parcialmente a sus currículos los requisitos fijados en el Espacio Europeo de Educación Superior, en la llamada Declaración de Bolonia (11). Entre ellos, destaca el de pasar del paradigma de la formación basada en contenidos al de la educación basada en competencias (*outcome-based*) (12,13), entendidas éstas como la combinación dinámica de conocimientos, habilidades, actitudes y valores. Por tanto, se refieren a lo que un estudiante o un graduado ha de ser capaz de hacer en un contexto y momento determinado.

El trabajar en base a competencias, implica la necesidad ineludible de evaluarlas y hacerlo de forma correcta. Supone pasar de evaluar la asimilación de contenidos teórico-prácticos a la evaluación de la competencia adquirida.

Por otra parte, la adquisición de las competencias ha de ser un proceso continuado y por ello los expertos en evaluación nos dicen que también la evaluación de estas ha de ser continuada y progresiva y para ello se deberían establecer programas integrados y progresivos de evaluación de las competencias, basándonos en el paradigma de la evaluación programática (14).

Sin embargo, transcurridos bastantes años desde la implementación del proceso de Bolonia, una revisión de esta cuestión en las facultades de medicina españolas pone en evidencia que este cambio de los sistemas y métodos de evaluación sigue siendo, en general, una asignatura pendiente en la formación de grado.

La adquisición de competencias es un proceso continuado. Por ello su evaluación también ha de ser progresiva y continuada, de acuerdo con el paradigma de la evaluación programática

Mayoritariamente, las facultades de medicina siguen funcionando en base a asignaturas aisladas, verdaderos compartimentos estancos

Actualmente y de forma mayoritaria, las facultades de medicina siguen funcionando en base a asignaturas aisladas, verdaderos compartimentos estancos en los que se evalúa a los estudiantes de la manera que cada una considera más adecuada, sin conexión significativa con el resto de las materias. Es cierto que se han ido introduciendo diversos instrumentos de evaluación, pero siguen primando los exámenes de elección múltiple, muchas veces diseñados y utilizados de forma incorrecta.

Por otro lado, la concentración de la evaluación en uno o dos puntos temporales induce a que los estudiantes no se preparen de forma continuada a lo largo del programa formativo, sino que lo hagan de forma intensiva y diríamos que hasta

compulsiva cuando se aproxima un examen, provocando distorsiones importantes en el seguimiento normal del curso. De esta forma su objetivo se centra en ir superando las diferentes asignaturas y cuando se superan de forma independiente todas y cada una de ellas, se otorga el título de Grado-Máster en Medicina porque se considera que se han adquirido todas las competencias previstas.

Esta dinámica, que en cierto modo podríamos considerar “poco adecuada”, debe hacernos reflexionar sobre la inconsistencia de deducir que un alumno, por el hecho de haber superado de forma independiente cada una de las asignaturas del grado, ha adquirido las competencias previstas en el conjunto del plan de estudios.

En un intento meritorio de superar esta contradicción evaluativa, las facultades de medicina han desarrollado e implementado una evaluación clínica objetiva estructurada (ECOЕ) que se realiza al final de la carrera, generalmente al finalizar el periodo de prácticas tuteladas y que sirve de evaluación de esta materia. Pero es preciso no engañarse. La ECOЕ de final de grado, que comporta un importante esfuerzo de implementación con una logística compleja y altos costes económicos y de tiempo, no permite asegurar la adquisición global de las competencias ni puede sustituir la falta de una verdadera evaluación continua de la competencia y con elementos suficientes de *feedback* a lo largo de todo el grado.

No se puede negar el impacto educativo de un instrumento de evaluación como la ECOЕ, pero no puede ser en el que se base, casi de forma única, la comprobación final de la situación competencial de nuestros estudiantes. Sea dicho lo anterior, sin considerar los problemas en el diseño, realización y valoración de estas pruebas en nuestro medio desde el punto de vista psicométrico, u otros aspectos como puede ser la falta de mecanismos de remediación para los alumnos que no la superan (porcentaje muy bajo) o la dificultad para dar *feedback* sobre una prueba que se realiza al final del grado (15,16).

Hay que subrayar positivamente el impacto educativo-formativo de la ECOЕ, sin embargo, realizada al final del grado:

- i) no permite dar *feedback*,
- ii) no asegura haber adquirido de forma global las competencias,
- iii) no sustituye a la evaluación continua

De la evaluación fragmentada a la evaluación continuada y holística

Las facultades de medicina y el conjunto de su profesorado no pueden conformarse con el avance que ha supuesto la instauración generalizada de la ECOЕ de fin de grado. Es preciso que asuman la necesidad de avanzar en el desarrollo de un sistema de evaluación continua e integrada a lo largo de esta primera fase del *continuum* formativo, y aplicarlo de forma global y no a asignaturas o materias in-

dividualizadas. Llegados a este punto es preciso insistir en que alcanzar este objetivo es inviable sin que se disponga de los medios necesarios en términos de recursos organizativos, de tiempo, materiales y humanos con referencia especial a la existencia de profesionales expertos en este campo trabajando en el marco de una estructura académica estable de educación médica que, como función relevante tenga, entre otras, la de centralizar los procesos de evaluación en todo el Grado. Disponer de estas unidades expertas y dotarlas de la autoridad y medios necesarios para cumplir sus funciones, debería ser un requisito que cumplir por las facultades para ser acreditadas o mantener esta cualidad.

La necesidad de monitorizar de forma continua el rendimiento del estudiante a lo largo del programa formativo de grado, de tal forma que podamos darle *feedback* y ayudarle en su aprendizaje, nos conduce al concepto de la **evaluación continua**, que no debe entenderse como estar haciendo evaluaciones continuamente.

El concepto de **evaluación integrada** en la perspectiva de la comprobación competencial implica la existencia de mecanismos potentes de coordinación entre materias diversas en los terrenos curricular y de evaluación. A estos dos conceptos deberíamos añadir el de **evaluación colegiada**, como aquella que no es realizada de forma unipersonal por el docente si no por un equipo de evaluadores expertos en los distintos aspectos de la competencia objeto de análisis.

Disponer de un sistema de evaluación continua de los estudiantes no es un capricho para complicar la vida al profesorado. La evaluación continua va indisolublemente unida al *feedback* que debe proporcionarse al estudiante y es útil y necesaria para monitorizar la progresión del aprendizaje y tomar decisiones sumativas (pasa/no pasa). La evaluación sin *feedback* pierde gran parte de su utilidad. Esta afirmación es válida tanto para el profesor que imparte una asignatura como para la facultad que certifica un grado.

La evaluación continua ha de estar engranada en un programa de evaluación institucional global. Además del sentido común, la literatura científica muestra que cuanto más importante sea la decisión para tomar en base a los resultados de una evaluación, (por ejemplo, certificar la adquisición de un grado), mayor ha de ser el número y calidad de los informes, datos y actividades evaluativas de los que se debe disponer a lo largo del periodo evaluado⁽¹⁴⁾. Solamente un número suficiente de puntos de referencia, estructurados y organizados dentro del programa de la institución, permitirán tomar las decisiones coherentes y justas que la sociedad demanda.

Hay también muchas evidencias que apoyan la necesidad de movernos desde el discurso psicométrico dominante, basado en pruebas estructuradas y test de toda índole, hacia **actividades de evaluación no paramétricas**, personalizadas y realmente continuadas, en las que el profesorado experto en evaluación aplique todo el fruto de su experiencia en la mejora del rendimiento del estudiante. La evalua-

ción continua no ha de servir sólo para la nota final; es uno de los instrumentos del aprendizaje. Utilizar la evaluación continua como instrumento de formación no es optativo para el profesor, es una obligación.

La investigación en el campo de la educación médica nos proporciona cada día nuevos instrumentos para evaluar diferentes aspectos de la formación de los médicos. Entre ellos los hay de todo tipo, complejos de aplicar o especialmente sencillos, económicos y caros y los hay fiables, consistentes y reproducibles. Saber escoger el instrumento adecuado para cada evaluación, en cada momento y en cada lugar no puede ser fruto de la tradición (siempre se ha hecho así y los resultados son buenos), ni tampoco de la moda (es el último instrumento publicado). La elección del instrumento de evaluación no ha de seguir otro criterio que el mismo utilizado en la investigación biomédica: el científico. Es especialmente necesario formar a los docentes en métodos de evaluación formativa y continua que trascienden a la evaluación de cada asignatura.

La evaluación continua comporta ventajas sobre todo para los propios estudiantes. Estos han de entender qué mediante una evaluación continua, asimilarán mejor los conocimientos y adquirirán la competencia programada de forma más completa y gradual. Además, la evaluación continua con un fuerte componente formativo a lo largo del curso permite a los estudiantes recibir comentarios sobre sus fortalezas y debilidades, sobre su propio ritmo de aprendizaje, y les brinda oportunidades para corregir sus errores, ofreciéndoles posibilidades de recuperación y reorientación de su aprendizaje, si es necesario. Además, se ha demostrado que un sistema de evaluación continua mejora el rendimiento del estudiante y el número de estos que tienen éxito en el curso. Por otra parte, la evaluación continua también elimina en gran medida la ansiedad que afecta a los estudiantes cuando tienen que enfrentar un examen final y facilita el aprendizaje continuo, y no intensivo al final de las diferentes etapas del programa formativo. Una evaluación continua bien planificada con objetivos claros, utilizando adecuadamente los instrumentos y con una secuencia temporal lógica puede hacer innecesario un examen final⁽¹⁷⁾. El Cuadro 3.3. expone algunos conceptos relevantes para la evaluación en el Grado de medicina.

La evaluación continua con un fuerte componente formativo a lo largo del curso permite a los estudiantes recibir comentarios sobre sus fortalezas y debilidades, sobre su propio ritmo de aprendizaje, y les brinda oportunidades para corregir sus errores, ofreciéndoles posibilidades de recuperación y reorientación de su aprendizaje

Para los profesores, si bien la evaluación continua representa más trabajo, ciertamente les permite hacer un seguimiento más confiable del aprendizaje del alumno, les proporciona información sobre la adquisición de los resultados del aprendizaje y permite un *feedback* de la calidad de su propia docencia y del programa formativo.

Cuadro 3.3 **Conceptos relevantes en la evaluación de estudiantes del grado de medicina**

1.	Cuanto más importante sea la decisión que tomar, mayor ha de ser el número y calidad de las evaluaciones.
2.	Debemos pasar de la “evaluación del aprendizaje” al de “evaluación para el aprendizaje”.
3.	La “evaluación continua” es un instrumento de aprendizaje y no solo un instrumento para la nota final.
4.	La “evaluación continua” va indisolublemente unida al <i>feedback</i> .
5.	La “evaluación continua” eliminatória es un oxímoron.
6.	La evaluación continua mejora el rendimiento y el éxito del estudiante, elimina la ansiedad del examen final, y facilita el aprendizaje continuo.
7.	La evaluación no paramétrica, personalizada y continuada, es válida y fiable, y no sustenta el discurso psicométrico dominante.

Hay que reconocer que la implantación de estrategias de este tipo tropieza con dificultades entre las que no son menores las de mentalidad de todos, gestores institucionales, estudiantes y profesores. Por ejemplo, por lo que se refiere a los estudiantes, estos piden que las pruebas de la evaluación continuada sean eliminatorias. Argumentar a los estudiantes que la “evaluación continuada eliminatória” no solo no existe en ningún país del mundo, sino que es una contradicción en sí, resulta casi tan difícil como inventar la rueda cuadrada. Con respecto a los profesores, hay que considerar una tendencia hacia la comodidad de instalarse en aquello que se viene haciendo de forma habitual, así como una motivación insuficiente para abordar los problemas que puede plantear una estrategia de cambio profundo como el que se propone.

Sin embargo, reconocer estas dificultades no puede inducirnos a la parálisis inmovilista, todo lo contrario. Hay que desarrollar acciones decididas que nos permitan combatir este contexto cultural y diseñar estrategias de transición entre la situación actual y la que se pretende alcanzar.

Por encima de otras consideraciones, lo que hace realmente difícil aplicar en nuestras facultades de medicina los principios anteriormente descritos (la evaluación de competencias, la evaluación continua y sus ventajas para el aprendizaje) es la propia estructura de los departamentos universitarios y de los currículos. Es muy difícil llevar a cabo una evaluación continua de las competencias con unos currículos que en su mayor parte no están integrados, sino estructurados en asignaturas o compartimentos aislados sin ninguna conexión entre sí y que siguen basándose más

en los conocimientos propios que en el trabajo de aquellos aspectos específicos que han de contribuir a la adquisición de las competencias finales.

Un currículo basado en competencias es por definición un currículo integrado que abarque desde los aspectos más básicos a los más clínicos, sin solución de continuidad. Un currículo integrado permite trabajar realmente en base a competencias y, sobre todo, establecer un sistema de evaluación programática.

La evaluación programática, holística y global requiere de currículos realmente integrados

Por todo ello, se debe progresar hacia la reforma de los currículos, tendiendo a su máxima integración tanto en sentido horizontal como vertical. Ello permitiría superar la clásica división básicas-clínicas, y al tiempo facilitaría por parte del alumno la mejor comprensión de la relevancia de las ciencias básicas para una adquisición sólida y ordenada de las competencias clínicas. Con ello se evitaría lo que sucede ahora que, cuando un alumno se examina de una materia, la supera y se olvida de ella. La implementación de un currículo integrado ayudaría en mayor medida a la adquisición progresiva de las competencias, y trabajar de forma repetida distintas competencias a lo largo de todo el proceso formativo. También permitiría tener un contexto en el cual la evaluación podría hacerse de forma más adecuada.

Sin embargo, la implementación de un currículo integrado no es fácil y más en facultades de medicina de estructura tradicional. Hay división de opiniones entre los expertos sobre si el proceso ha de ser progresivo o se ha de implementar de forma radical, pero en cualquier caso es complicado y sea cual sea la estrategia por la que se opte, lo innegable es que se requiere una predisposición clara de los profesores y sobre todo de una autoridad política, académica e institucional comprometida con estos principios para transitar de un modelo a otro. En cualquier caso, una buena hoja de ruta para este proceso, lo podemos encontrar en el modelo de la “escalera de Harden” (18).

Este contexto de integración facilitaría también pasar del concepto de “evaluación del aprendizaje” al de “evaluación para el aprendizaje”. Se dejaría de pensar en términos de “momentos únicos de evaluación” para pasar a “momentos múltiples de evaluación”. La evaluación pasaría de ser única a progresiva a lo largo de todo el proceso formativo y permitiría valorar no solamente la adquisición de las competencias sino también el mantenimiento de estas. La evaluación debería dejar de ser del profesor y ser de la institución, dejar de ser un examen y convertirse en un programa centralizado en un servicio experto de la propia facultad como se comentaba anteriormente.

Una evaluación de este tipo, holística y programática, debería utilizar múltiples instrumentos en diferentes momentos, obtener información formativa del alumno

de forma periódica, facilitarle *feedback*, dándole opciones de mejora, y finalmente, en base a toda la información recibida, tomar decisiones sumativas al final de cada año académico ⁽¹⁴⁾.

Por otra parte, la falta de formación en general del profesorado en metodologías de la evaluación dificulta este cambio de paradigma. Deberían arbitrarse programas de formación del profesorado universitario sobre metodologías docentes y de evaluación, al que se acogiese la mayor parte de este y que su participación fuera parte importante del proceso de desarrollo profesional de los docentes y fuera valorado en su justa medida en los procesos de acreditación de profesorado por parte de las agencias de acreditación, al mismo nivel de la investigación.

La evaluación programática, holística y global requiere profesorado con formación específica, por ello:

- i) la formación en docencia debe formar parte del desarrollo profesional del profesorado y,
- ii) debe estar debidamente reconocida por las agencias nacionales

Evaluación formal versus seguimiento grupal o personalizado. Tutorización y *coaching* en el contexto de una evaluación programática

La evaluación significa *feedback*, y sin este pierde su sentido. Este *feedback* solo es posible si el alumno está sometido a un proceso cercano de tutorización, mentorización o *coaching*. Si nuestra evaluación se basa únicamente en un examen formal sumativo al final de un periodo docente es muy difícil dar *feedback* al alumno y por tanto es prácticamente imposible ofrecerle propuestas para la mejora de su rendimiento, sobre todo si esto se hace a final del curso, sin posibilidad de corrección. También es muy difícil facilitar esta tutorización en sistemas como el nuestro en el que la docencia se realiza en forma de materias aisladas impartidas concentradamente en periodos breves de tiempo.

Por ello, la única solución es impartir la docencia de una forma integrada, durante un periodo de tiempo lo suficientemente largo que permita hacer un seguimiento del alumnado. Esta mentorización puede hacerse de forma grupal, pero ha de ser personalizada, ya que no todos los alumnos, por sus propias características personales, pueden avanzar con ritmos iguales.

La mentorización o tutorización en un sistema como este ha de ir a cargo de profesores que sean capaces de analizar los resultados periódicos del alumno y orientarle en caso necesario en su proceso de mejora mediante un *feedback* adecuado que le facilite la reflexión. En esta perspectiva, cada estudiante debería tener un mentor con el que debería mantener reuniones periódicas. Un mentor podría hacerse cargo de varios estudiantes. Los tutores deberían someterse a un proceso de entrenamiento sobre como proporcionar a sus alumnos un *feedback* efectivo.

El papel del mentor adquiriría gran importancia sobre todo en el seguimiento de la adquisición de las llamadas competencias comunes y transversales,³ no fácilmente definibles ni evaluables de forma objetiva o estandarizada, requiriendo la observación y del juicio profesional, aspectos donde juega un papel clave el mentor. Finalmente, no debemos olvidar que las labores de mentorización y de tutorización tienen también como finalidad velar cuando sea necesario, por el bienestar tanto físico como mental del alumno, sometidos en ocasiones a situaciones estresantes.

El papel del mentor es especialmente relevante en:

- i) el seguimiento del progreso del estudiante
- ii) en la adquisición de las competencias comunes y transversales, y
- iii) en los procesos de evaluación colegiada.

Evaluación competencial durante y al final del grado: propuestas concretas

Una vez establecidos los elementos teóricos, conceptuales y metodológicos, para la estructuración de la evaluación de la formación en el grado, parece adecuado plantear algunas posibles propuestas de aplicación para la evaluación competencial durante y al final del grado, aunque solo sea a título de ejemplo ilustrativo.

Como ya se ha comentado, la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina (CNDFM) ha promovido la instauración, al final del sexto curso del grado, la realización en todas las facultades de medicina de una prueba ECOE, aconsejando que su superación sea necesaria para obtener la titulación. Desde 2016, la CNDFM, tiene establecidos una serie de estándares de calidad de esta, así como los criterios generales de valoración y desde dicha fecha ha venido manifestando la necesidad de que se reconsidere la estructura y contenidos de los procesos de evaluación en el periodo de transición entre el grado y la formación especializada. Ya se ha afirmado previamente que estos avances, con ser significativos en la perspectiva de la evaluación de la formación médica, son insuficientes mientras no se aborden de forma integral los procesos de evaluación durante todo el periodo de grado.

Si nos referimos al campo de los conocimientos y su capacidad de aplicación, razonamiento clínico y de la toma de decisiones, se podría plantear realizar los conocidos *progress test* (19). Es una herramienta de evaluación educativa longitudinal y orientada a la retroalimentación para evaluar el desarrollo y la sostenibilidad del conocimiento cognitivo durante un proceso de aprendizaje. Un *progress*

3 La diferenciación entre competencias "comunes" y "transversales" pretende ser más práctica que teórica ya que no hay diferencias conceptuales entre ellas. En el texto se utiliza la denominación de "competencias comunes" al referirse a las más relacionadas con la ética, la deontología y la conducta profesional, mientras reserva el término de "competencias transversales" para referirse a las más relacionadas con la práctica clínica.

test es un examen en forma de preguntas de opción múltiple que generalmente se administra a todos los estudiantes en un programa formativo al mismo tiempo y a intervalos regulares (generalmente de dos a cuatro veces al año) durante todo el programa académico. La prueba muestra el dominio de conocimiento completo que se espera de los nuevos graduados al completar sus cursos, independientemente del nivel del año del estudiante. Las diferencias entre los niveles de conocimiento de los estudiantes se muestran en los puntajes de las pruebas; cuanto más ha progresado un estudiante en el plan de estudios, más altas son las puntuaciones. Como resultado, estos puntajes resultantes proporcionan una evaluación longitudinal, de medidas repetidas, independiente del currículo de los objetivos (en conocimientos) de todo el programa.

En múltiples países, incluyendo USA, RU, y Países Bajos, tienen ya amplia experiencia en la implantación de estos *progress test* en diversos momentos del proceso formativo, que permiten analizar la evaluación global (no de asignaturas individuales) mediante exámenes de tipo *test* de diseño centralizado para valorar, por una parte, la evolución de los conocimientos que tiene el alumno con relación a los esperados para su momento curricular y, por otra, la capacidad de aplicar dichos conocimientos. Una metodología de este tipo implica la realización de *feedback* docente-alumno y la introducción de medidas de corrección de los problemas detectados. Incluso en determinados países como en los Países Bajos, las diferentes facultades comparten bancos de preguntas comunes. La aplicación del *progress test* no impide que se puedan realizar evaluaciones de los diferentes módulos en que se estructura el currículo.

En el terreno de la exploración de las habilidades que han de poseer todos los alumnos en los distintos momentos del grado, la evaluación podría hacerse a través de pruebas OSATS (*Objective Structured Assessment of Technical Skills*) mediante un túnel de actividades que evaluarían las habilidades y procedimientos básicos que todo alumno debería saber realizar. Estos túneles de habilidades podrían llevarse a cabo 3 veces a lo largo del currículo, una de ellas en el último curso. Para ello, todas las facultades de medicina deberían consensuar las habilidades y procedimientos comunes que se esperan que alcancen en cada momento del Grado los estudiantes.

A ello podríamos añadirle la realización de un mínimo de pruebas tipo Mini-Cex de forma sucesiva durante los periodos de prácticas clínicas para valorar la adquisición de las competencias clínicas básicas en un contexto profesional real.



Cuadro 3.4

Una propuesta de sistema de evaluación en el contexto de un currículo integrado

Feedback y Mentorización permanentes a lo largo de todo el grado

1 ^{er} curso	2 ^o curso	3 ^{er} curso	4 ^o curso	5 ^o curso	6 ^o curso
3 progress tests	3 progress tests	3 progress tests	3 progress tests	3 progress tests	3 progress tests
		OSATS			OSATS
		Mini-CEX	Mini-CEX	Mini-CEX	Mini-CEX
			ECOEs formativas	ECOEs formativas	ECOEs formativas
ECG de 1 ^o	ECG de 2 ^o	ECG de 3 ^o	ECG de 4 ^o	ECG de 5 ^o	ECG de 6 ^o
					ECG de final de Grado

ECG: Evaluación Colegiada Global. Realizada con diferentes instrumentos

Respecto a la ECOEs, tal como se ha comentado anteriormente, no parece correcto establecer una prueba de este tipo única a final del Grado dada su complejidad y coste, aunque podrían hacerse diferentes ECOEs, más sencillas, a lo largo del Grado con carácter básicamente formativo.

En España sería adecuado, además, que las características generales y contenidos, así como los criterios básicos de esta evaluación, fueran consensuadas previamente por todas las facultades de medicina, públicas y privadas, del estado. También se deberían concretar con precisión los mecanismos para la definición de las calificaciones numéricas obtenidas por los alumnos de grado en dichas pruebas como contribución significativa para, tras superar el grado, elaborar su clasificación para la elección de unidad docente y especialidad.

Como ya se ha explicado, la evaluación programática de las competencias adquiridas durante el grado requiere de:

- I. diferentes medidas a lo largo del grado,
- II. realizadas con diferentes instrumentos, y
- III. organizadas de forma integral (al menos en módulos) y no por asignaturas.

El Cuadro 3.4. muestra una posible distribución de las diferentes medidas (evaluaciones) a lo largo del grado de medicina.

3.3. Consideraciones finales

Los procesos de innovación de la evaluación de la formación durante el grado que se proponen en este informe pretenden romper con una situación de cierta parálisis modificada solamente por la introducción de las ECOEs en el curso final del grado en los últimos años. Somos conscientes de las dificultades del cambio propuesto, tanto en lo que se refiere a las pruebas específicas para el ingreso en el grado de Medicina (referidas sobre todo a su necesaria fiabilidad, equidad y homogeneidad para el conjunto del estado así como a las posibles resistencias por parte de la comunidad universitaria), como a las de una instauración progresiva pero decidida de una evaluación integrada para el aprendizaje que rompa con la inercia de los actuales exámenes predominantemente memorísticos incentivando el abandono de una dinámica basada en la impartición aislada de las asignaturas. A estas dificultades se suman las derivadas de la falta de cultura de colaboración estrecha y continuada de los ministerios de Sanidad y Universidades en este campo.

Valorar adecuadamente las dificultades del proceso no puede significar una renuncia explícita a la necesidad de avanzar en la innovación de la evaluación a lo largo del grado mediante la utilización de múltiples instrumentos para permitir una valoración continua del progreso competencial del alumno y evitando también la concentración de las pruebas de evaluación al final de cada curso y del grado.

3.4. Referencias

1. Fundación Educación Médica. El Médico del Futuro. (2009). https://www.educacionmedica.net/sec/The_Physician_of_the_Future.pdf.
2. Medical Schools Council. Guiding principles for admission of Medical students. (2010). <https://www.medschools.ac.uk/media/1931/guiding-principles-for-the-admission-of-medical-students.pdf>.
3. The Schwartz Report: Fair Admissions to higher education. Recommendations for good practice (2004). <http://dera.ioe.ac.uk/5284/1/finalreport.pdf>.
4. ONES D.S, DILCHERT S, VISWESVARAN C and JUDGE T. In support of personality assessment in organizational settings (2007). *Personnel Psychology*, 60(4), 995-1027.
5. <https://www.ukcat.ac.uk/ukcat-test/>.
6. FITZPATRICK, S., DUNLEAVY, D. Exploring a situational judgement test for use in medical schools' admission (2016). AAMC. <https://www.aamc.org/download/462754/data/sjtupdatefor2016pdc.pdf>.
7. <http://www.pqa.net.au/files/description.html>.
8. EVA, K.W, ROSENFELD, J, RETTER, H and NORMAN, GF. (2004). An admissions OSCE: the multiple mini-interview. *Medical Education*; 48: 314-326.

9. CLELAND, J., DOWELL, J., MCLACHLAN, J., NICHOLSON S. and PATTERSON F. Identifying best practice in the selection of medical students (literature review and interview survey) (2012). https://www.gmc-ido.adaptandopdf_51119804.pdf.
10. PATTERSON F, KNIGHT A, DOWELL J, NICHOLSON S, COUSANS F, CLELAND J. How effective are selection methods in medical education? A systematic review. *Med Educ*. 2016; 50(1):36-60.
11. Bologna Declaration. The European Higher Education Area. Joint Declaration of the European Ministers of Education (Bologna), 1999. <http://www.ehea.info/page-ministerial-conference-bologna-1999> (07-07-2020).
12. HARDEN RM. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education. *Med Teach* 21, 1999 (1): 7-14 <https://doi.org/10.1080/01421599979969>.
13. SMITH SR. AMEE guide No. 14: Outcome-based education: Part 2-Planning, implementing and evaluating a competency-based currículum. *Med Teach* 21, 1999 (1): 15-22. <https://doi.org/10.1080/01421599979978>.
14. VAN DER VLEUTEN, CPM & HEENEMAN, S. A new holistic way of assessment: programmatic assessment. *FEM* 2016; 19 (6): 275-279.
15. BOURSCOT K, KEMP S, WILKINSON T, FINDYARTINI A, CANNING C, CILLIERS F, ET AL. Performance assessment: Consensus statement and recommendations from the 2020 Ottawa Conference. *Med Teach* 2021; 43: 58-67.
16. PALÉS ARGULLÓS J, MARTÍN ZURRO A. Consenso de expertos sobre evaluación de estudiantes y residentes a partir de la Ottawa Conference 2020. *FEM* 2021; 24 (1): 1-3.
17. GUAL A, PALÉS-ARGULLÓS J. Una rara avis: la evaluación continua. *FEM* 2012; 15 (4): 185-188.
18. HARDEN R. The integration ladder: a tool for currículum planning and evaluation. *Medical Education*, 2000; 34:552-557.
19. WRIGLEY W, VAN DER VLEUTEN CPM, FREEMAN A, MUIJTENS A. 6. A systemic framework for the progress test: Strengths, constraints and issues: *AMEE Guide No. 71*. *Med Teach* 2012; 34: 683-697.

4. La evaluación en el acceso a la formación especializada

4.1. La evaluación en la transición desde el grado a la formación especializada. El ingreso en el sistema MIR

Los cambios por introducir en la transición entre el grado y la formación especializada deberían permitir conseguir, al menos, los siguientes objetivos iniciales (Cuadro 4.1.).

Cuadro 4.1 Mejoras en el acceso a la formación especializada (FE)

<p>1. Disminuir el periodo entre el final del grado y el acceso a la FE</p>	<p>La transición formativa entre el grado y la especializada debe tener continuidad temporal, evitando periodos “muertos” más o menos prolongados. La finalización del grado debería ir seguida del inicio de la formación especializada de forma casi inmediata, con el mínimo intervalo posible. Debe evitarse una prolongación innecesaria de la duración total de la formación en las profesiones sanitarias que, en el caso de los médicos, es la más larga de todas las de grado universitario.</p>
<p>2. Eliminar las interferencias externas</p>	<p>Eliminar las interferencias negativas que hoy tiene la evaluación inicial de entrada al sistema de formación especializada sobre la formación en la fase de grado.</p>
<p>3. Poner en valor el título de grado como garante del nivel competencial para el acceso a la FE</p>	<p>Que la posesión del título de grado sea la credencial que asegura que el graduado tiene el nivel competencial necesario para acceder a la formación especializada, tanto en lo que hace referencia a los conocimientos como a las habilidades, actitudes y valores.</p>
<p>4. Impedir las bolsas de graduados españoles sin acceso a la FE</p>	<p>Que todos los graduados españoles tengan acceso, sin excepción, a la formación especializada, lo que implica una planificación rigurosa de las necesidades de RR.HH. en el ámbito sanitario.</p>
<p>5. El proceso de acceso a la FE ha de servir únicamente para la clasificación ordinal de los graduados españoles</p>	<p>Que el sistema de acceso a la formación especializada de los graduados españoles sirva únicamente para clasificarlos ordinalmente para la elección de unidad docente y especialidad.</p>
<p>6. Disponer de un calendario quinquenal para las fechas:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) de la prueba clasificatoria, y ii) de la incorporación al puesto de trabajo 	<p>Que se elimine la incertidumbre actual de los calendarios para las pruebas clasificatorias y de la incorporación real a la formación especializada, estableciendo normativamente y para un periodo mínimo de 5 años las fechas concretas de dichos eventos. Fijando, por ejemplo, la fecha de la prueba clasificatoria durante la primera quincena de octubre y la de incorporación en los primeros quince días del mes de enero.</p>

Una vez decaído, política y técnicamente, el proyecto de troncalidad^(1,2) propuesto en 2014, de forma sorprendente dado el entusiasmo y apoyos generales que pareció suscitar inicialmente su gestación, parece necesario elaborar propuestas alternativas que permitan desarrollar operativamente los seis puntos señalados previamente y que, al mismo tiempo, potencien la coherencia de la evaluación en el *continuum* formativo, en este caso entre las etapas de grado y formación especializada. Para admitir que la evaluación competencial positiva que supone la superación del grado sea el factor esencial y, por tanto, determinante para el ingreso en el sistema MIR es preciso que las instituciones responsables del grado asuman y desarrollen en la práctica los cambios propuestos en el apartado anterior de este informe. Estas consideraciones nos llevan a afirmar la necesidad de que las posibles innovaciones en la evaluación en el ingreso a la formación especializada han de ir acompañadas necesariamente de cambios en la de los estudios de grado. En caso contrario no se potenciará la coherencia del conjunto del proceso formativo.

Parece una obviedad pero hay que seguir repitiendo que la instauración del examen MIR hunde sus raíces políticas en la razonable desconfianza del gobierno y los líderes de la época de la formación especializada en España acerca de la capacidad de la institución universitaria para participar con un rol protagonista en la modernización de los procesos de especialización sanitaria, asumiendo los mecanismos necesarios para garantizar su calidad tanto en los antiguos hospitales clínicos como en la entonces nueva red emergente de centros de la Seguridad Social. En nuestro país, hasta hoy y a pesar de preconizarse declarativa y legalmente la necesidad de su coordinación, no ha sido posible que las administraciones sanitaria y educativa lideraran de forma equilibrada e integrada en la práctica real el proceso de formación especializada. Parece necesario cambiar la situación y que ambas actúen al unísono ya que con ello se incrementaría de forma clara la efectividad y eficiencia del proceso⁽³⁾.

En el mundo de la educación médica no hay consenso sobre la instauración de exámenes masivos de alto impacto y de ámbito nacional, sobre todo si no están adecuadamente confeccionados o tienen una débil calidad psicométrica, al considerar que pueden tener efectos indeseables sobre la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje pasados y futuros, además de introducir rigideces que luego son difíciles de revertir^(4, 5).

El actual examen MIR ha sido y es objeto de abundantes críticas relativas tanto a su concepción como a sus contenidos. Todo el mundo parece estar de acuerdo en que la virtud básica del examen de acceso al sistema radica en la garantía de la equidad y en la práctica ausencia de sesgos derivados de actuaciones irregulares en todo el proceso de calificación y adjudicación de las plazas formativas ofertadas en las convocatorias anuales. También hay que considerar en el lado negativo de la balanza su escasa capacidad para evaluar otros elementos competenciales distintos de los conocimientos teóricos. Hay un elevado grado de consenso sobre que el examen

MIR tiene tendencia a seleccionar a los acumuladores de conocimientos, *clúster* que no tiene que coincidir necesariamente con el de los mejor preparados y motivados para el futuro ejercicio en alguna de las especialidades oficiales.

Con independencia de sus características técnicas siempre será necesario garantizar que las pruebas y criterios utilizados para la evaluación al ingreso en la formación especializada de los aspirantes reúnan en un grado máximo las características de: **equidad, accesibilidad, transparencia y seguridad.**

En este contexto de cambios globales adquiere plena vigencia la propuesta de que el procedimiento para el ingreso de los graduados en el sistema MIR sirva únicamente para definir su clasificación ordinal para la elección de especialidad y unidad docente. Si esto fuera así y todos los graduados han de acceder obligatoriamente a la formación especializada, disminuirían de forma significativa las interferencias actuales del examen MIR sobre la formación y evaluación en el grado y se enfocaría de forma más flexible y diferente el diseño de la prueba o pruebas que definirían como realizar la clasificación para la elección de plaza formativa.

El sistema de acceso a la formación especializada de los graduados españoles debe servir únicamente para clasificarlos ordinalmente para la elección de unidad docente y especialidad

En cualquier caso, la prueba o pruebas para la clasificación de los graduados deberían contemplar una valoración suficiente de las calificaciones obtenidas a lo largo del grado con los nuevos criterios y métodos nacidos a partir de las propuestas contempladas en el correspondiente capítulo de este informe, así como la valoración de otros méritos de su trayectoria vital y académica. En la situación actual en la que se adjudica un máximo del 10% de la puntuación total para la clasificación final a las calificaciones del grado se podría decir que en la práctica se minusvaloran claramente los méritos acumulados durante el mismo y con ello se disminuye mucho la potencia del estímulo sobre los estudiantes para obtener mejores puntuaciones en sus niveles competenciales a lo largo del grado. Esta infravaloración es, al menos en parte, fruto de la falta de homogeneidad en la evaluación de las facultades de medicina del estado, así como del hecho de que las que se realizan en la actualidad valoran esencialmente la acumulación memorística de conocimientos y no la evolución en la adquisición del conjunto de los componentes competenciales por el alumno. Para que se produzca este cambio en la valoración de los méritos académicos de los graduados es necesario que, tal como se ha señalado previamente, se aborden globalmente y de forma coordinada las innovaciones a introducir en la evaluación de las fases de grado y formación especializada.

El segundo componente para la clasificación de los graduados para la elección de plaza y especialidad podría ser una prueba estatal que reúna las características señaladas previamente y que permita evaluar principalmente su nivel competencial en el

terreno de las habilidades clínicas y el dominio de técnicas esenciales y no de forma casi exclusiva, como sucede hoy, los conocimientos. En el apartado de este informe dedicado a la evaluación en el grado se proponen pruebas como las OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills) y Mini-Cex (Mini Clinical Evaluation Exercise) que pueden servir de base para la definición de la futura prueba estatal. Es evidente que el diseño e implantación de una prueba estatal de este tipo implica una asignación significativa de recursos en términos de formación de los responsables de su realización y para la estructura necesaria para su realización práctica y evaluación.

Las consideraciones y propuestas anteriores son esencialmente válidas para los graduados médicos españoles. Para los procedentes de otros grados es preciso analizar cuáles pueden ser los tipos de pruebas que se adapten mejor a las características y contenidos de sus formaciones de grado, así como para los médicos que proceden de otros países para los que, además de la suficiencia idiomática, hay que valorar (tal como sucede en otros estados) si se precisa comprobar su suficiencia competencial.

4.2. La elección de especialidad

En la elección de especialidad y unidad docente en el sistema MIR español influyen dos factores esenciales: en primer lugar, las apetencias vocacionales del graduado con relación a cada especialidad o grupo de ellas y en segundo las posibilidades que le otorga el número obtenido en el examen MIR. En cualquier caso, la realidad nos muestra que un porcentaje significativo de residentes vuelven a presentarse a la prueba estatal para intentar cambiar de especialidad y unidad docente. Sería necesario diseñar acciones dirigidas a incrementar el nivel de información accesible para los graduados en este ámbito con el objetivo de que puedan construir mejor sus criterios para elegir especialidad como, por ejemplo, la elaboración y actualización periódica por los Ministerios de Sanidad y Universidades de informes sobre la Formación Sanitaria Especializada en los que se describan con un detalle suficiente las características principales de las distintas especialidades y que incluyan sus programas oficiales de formación así como la cantidad de efectivos existentes y necesarios a corto y medio plazo en España en cada una de ellas en los distintos ámbitos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, las Áreas de Capacitación Específica y Diplomas de Acreditación a que se puede acceder desde cada especialidad y los aspectos primordiales del Desarrollo Profesional Continuo, incluyendo las vertientes académica, docente e investigadora.

Una modificación sustantiva del peso de los méritos curriculares en la definición de la puntuación y clasificación final de los graduados para la elección de especialidad y unidad docente que les otorgue un porcentaje claramente superior al de la nueva prueba estatal también podría influir, disminuyéndolo, sobre el número de residentes que se presentan repetidamente a la prueba de acceso.

La presencia de una Agencia/Consortio de los especialistas de ciencias de la salud sería determinante para la gobernanza del *continuum* entre el grado y la especializada.

4.3. Las competencias comunes y transversales⁴ y las distintas especialidades

Parece existir un amplio acuerdo sobre la necesidad de que la formación especializada de los profesionales sanitarios contemple una fase de aprendizaje teórico-práctico durante la que se puedan adquirir, y también evaluar, un conjunto de competencias básicas, comunes y transversales, que son necesarias para el ejercicio autónomo posterior en el ámbito sanitario y que, además, incrementen la polivalencia competencial de los profesionales al introducir un necesario equilibrio y contrapeso en la tendencia hacia una super-especialización que puede limitar indebidamente sus posibilidades de actuación en contextos asistenciales diferentes y con diversos niveles de complejidad.

Las especialidades pueden agruparse en nuevos ámbitos, superando diferencias clásicas como médico/quirúrgico, que delimitan los grandes rasgos del ejercicio profesional, en la relación con los pacientes, lo que repercute sobre la definición de las competencias comunes y transversales que han de utilizar aquellos en su actividad cotidiana. Es evidente que no han de poseer ni ejercer en el mismo grado o nivel las distintas competencias comunes y transversales los especialistas que trabajan esencialmente a través de la interacción con personas/pacientes que otros que se centran en el manejo de maquinaria o técnicas de laboratorio.

La adquisición de las competencias comunes y transversales debe iniciarse durante la formación de grado y completarse en la de especialización y no debe ser entendida solo ni principalmente como un periodo temporal, aunque sea durante los primeros años de la especialización cuando deba finalizarse. Es preciso que, tras una descripción clara de todas y cada una de las competencias comunes y transversales posibles, se proceda a una definición del modo y lugar(es) de adquisición y de sus mecanismos de evaluación.

4.4. Consideraciones finales

Parece necesario seguir insistiendo en la necesidad de que los cambios a introducir en la evaluación en el ingreso en la formación especializada deben ir acompañados de otros simultáneos o precedentes en la del periodo de grado. Solamente de esta forma se conseguirá potenciar la coherencia de estos procesos a lo largo del *continuum* formativo.

4 La diferenciación entre competencias “comunes” y “transversales” se indica en el pie de página 3.

La concepción actual del examen de ingreso en la formación especializada necesita ser reconsiderada, tanto en lo referente a sus objetivos como a su metodología y calendario, disminuyendo en lo posible el alargamiento innecesario entre el final del grado y la incorporación a la especialización y fijando para periodos amplios de tiempo las fechas de todos los eventos de esta fase crucial para la futura vida profesional de los graduados.

4.5. Referencias

1. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la re-especialización troncal y las áreas de capacitación específica.
2. MARTÍN ZURRO A. *Formación especializada en España: y después de la troncalidad, ¿qué?*. FEM 2019; 22 (2): 53-55.
3. PALÉS J, GUAL A. Medical education in Spain: current status and new challenges. *Med Teach*. 2008;30(4):365-9.
4. NICHOLS SL, BERLINER DC. Collateral damage: How high-stakes testing corrupts America's schools. Cambridge, MA: *Harvard Education Press*; 2007.
5. SÁNCHEZ-MENDIOLA M, DELGADO-MALDONADO L. Exámenes de alto impacto: implicaciones educativas. *Inv Ed Med*. 2017; 6(21): 52-62.

5. La evaluación durante la formación especializada

5.1. Aspectos generales

La evaluación durante el conjunto del periodo formativo debe fundamentarse en dos pilares esenciales: la tutorización activa continua y, en su seno, el desarrollo óptimo de la dinámica de *feedback* tutor-residente.

Los distintos instrumentos y métodos de evaluación se pueden utilizar con finalidades formativas o sumativas⁽¹⁾.

La evaluación formativa tiene una finalidad esencial (reconocida en el RD 183/2008)⁽²⁾: “evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas”.

Los instrumentos principales son las entrevistas trimestrales tutor/residente y las pruebas objetivas de análisis del progreso competencial. Ambos tipos de instrumentos deben estar especificados en el programa de cada especialidad y, por tanto, ser conocidos previamente a su inicio tanto por el tutor como por el residente. Estos dos instrumentos para la evaluación forman parte de la estrategia de Tutorización Activa Continua del médico residente por su tutor como responsable de desarrollar todo un conjunto de actuaciones dirigidas a la orientación y evaluación continua de su proceso de aprendizaje, así como a la prevención y detección precoz de los problemas o déficits que pudieran aparecer a lo largo de los diferentes años del programa formativo incluyendo todos los aspectos relativos al bienestar físico y mental del residente. El tutor registra y archiva los datos de las entrevistas con el residente, así como los de las pruebas objetivas de análisis del progreso competencial y es el responsable de su programación. Las pruebas han de tener como objetivo esencial la constatación de que el médico residente va adquiriendo los elementos competenciales propios de la espe-

Cuadro 5.1 Cambios esenciales en la evaluación durante la formación especializada

- | | |
|----|---|
| 1. | Potenciar la garantía de realización y registro de las actividades de valoración formativa (entrevistas tutor-residente y pruebas de análisis del progreso competencial). |
| 2. | Definición más precisa de los componentes y actores de la evaluación anual, con participación y firma conjunta del tutor y del Comité de Evaluación. |
| 3. | Simplificación del sistema, eliminando ponderaciones no bien justificadas de la evaluación de las rotaciones y de la final, según año de residencia, así como las duplicidades de informes del Tutor y del Comité de Evaluación en las evaluaciones anuales y en las de los periodos de recuperación. |

cialidad en el momento adecuado y de acuerdo con la fase del programa formativo en que se encuentre. Los instrumentos para la evaluación pueden ser de naturaleza técnica diversa, pero, en cualquier caso, han de estar centrados en la obtención de datos sobre la práctica clínica y profesional del residente (ver Cuadro 5.1.).

La evaluación es responsabilidad primero del tutor y, al final de cada año, del Comité de Evaluación. El Comité de Evaluación revisaría juntamente con el tutor las valoraciones formativas del año, así como las sumativas de las distintas rotaciones realizadas y como fruto de esta revisión se elaboraría y firmaría conjuntamente un informe de evaluación anual del residente en el que se integrarían las valoraciones formativas con las sumativas cuantitativas de cada rotación.

En la normativa legal, tal como se ha apuntado antes, se debería especificar el modelaje general para el registro de las entrevistas tutor-residente y de las pruebas de análisis del progreso competencial. En ellos, se deberían incluir obligatoriamente los comentarios del residente relativos a la organización y calidad de la docencia recibida en el periodo. Ambos deberían firmar, librando copia al residente, el documento que reflejase los contenidos abordados durante cada entrevista.

Véase en el Cuadro 5.2 la síntesis de las evaluaciones.

Cuadro 5.2 **Síntesis de las evaluaciones formativas y sumativas**

Evaluaciones formativas

Entrevistas (como mínimo) trimestrales Tutor-Residente

- Modelo estándar.
- Registro de su desarrollo y archivo por el Tutor.
- Copia al residente.

Pruebas objetivas de análisis del progreso competencial

- Establecidas en cada programa de especialidad
- Conocidas previamente al inicio del programa por el residente
- Necesidad de superación por el residente (posibilidad de repetición de la prueba en una ocasión en caso de no superación inicial)

Evaluaciones sumativas

De las rotaciones internas y externas realizadas.

La evaluación anual

Se realizaría de forma conjunta por el tutor y el Comité de Evaluación y debería constar de los siguientes componentes:

- Evaluaciones formativas
- Informes de las rotaciones (Evaluación Sumativa). Todas las rotaciones se evaluarían con los mismos criterios con independencia de su duración.
- Evaluación conjunta del Tutor y del Comité de Evaluación en la que con los elementos anteriores se definiría la calificación final anual del residente:
 - Positiva.
 - Negativa susceptible de recuperación.
 - Negativa sin posibilidad de recuperación (rescisión del contrato).

Si se estableciera un periodo de recuperación el informe sobre su superación sería realizado de forma conjunta por el Tutor y el Comité de Evaluación, siguiendo los mismos parámetros y dinámica que los establecidos para las rotaciones. La evaluación sería positiva o negativa. En este último caso el residente abandonaría el programa formativo.

5.2. Los tutores y colaboradores docentes en la formación especializada

La figura del tutor de postgrado no ha recibido hasta hoy la atención que merece como figura central en los procesos de aprendizaje del residente y de evaluación formativa y sumativa de la docencia y los residentes. A pesar de que los primeros pasos para la acreditación y el reconocimiento de la acción tutorial se iniciaron hace ahora casi 30 años aún existen lagunas significativas en estos dos ámbitos que inciden de forma muy negativa sobre la calidad de los procesos docentes y de evaluación, así como sobre la viabilidad del pleno desarrollo de las funciones de estos profesionales⁽³⁾.

Una parte importante de las deficiencias que tanto docentes como residentes advierten en nuestro sistema de formación especializada tiene relación más o menos directa con esta falta de atención hacia la figura del tutor.

Los tutores, de forma paralela a la instauración de mecanismos efectivos de reconocimiento de su actividad, deben ser sometidos a procesos de acreditación y reacreditación periódica demostrativos de su competencia para ejercer como tales a partir de la valoración de sus perfiles clínico, docente e investigador. Lo que parece a todas luces absurdo y poco viable es instaurar este tipo de procesos sin que los posibles candidatos visualicen esta función bajo un prisma positivo, motivador.

El reconocimiento de los tutores debe abarcar como mínimo los siguientes ámbitos del Cuadro 5.3.

Cuadro 5.3 Ámbitos esenciales para el reconocimiento de los tutores de formación especializada

1.	Documental: reconocimiento mediante certificados oficiales del propio centro y de otras instituciones de ámbito estatal o autonómico. La credencial óptima para los tutores sería la obtención de un Diploma de Acreditación (DA) o un Diploma de Acreditación Avanzada (DAA), credenciales aún por desarrollar.
2.	Reserva de tiempo específico para la tutorización para permitirle disponer de un número de horas suficiente para esta actividad.
3.	Económico , por ejemplo, como parte de la retribución variable establecida por la consecución de objetivos
4.	Formativo , facilitando y priorizando la participación de los tutores en actividades docentes específicas, por ejemplo, en aspectos metodológicos de la docencia y su evaluación.
5.	Desarrollo y carrera profesional , valorando adecuadamente el mérito de la propia tutoría en el contexto de su progreso como profesional y en su promoción en el seno de la empresa y del centro de trabajo.

Este reconocimiento de la acción tutorial ha de ir acompañado de una estrategia de formación inicial y actualización periódica del perfil competencial de los tutores con el fin de garantizar que desarrollan correctamente su labor como tales. Se considera imprescindible que las entidades acreditadas para la formación especializada implementen programas docentes dirigidos específicamente a los tutores.

La figura del tutor (tutor principal) ha de contar con la participación de los colaboradores docentes (tutor de servicio) de cada uno de los ámbitos acreditados del centro para poder desarrollar de forma plena y con garantía de calidad sus funciones, especialmente las relacionadas con la supervisión del grado de cumplimiento por parte del residente de los objetivos de aprendizaje competencial establecidos para cada una de las múltiples rotaciones que incluyen habitualmente la mayoría de los programas de formación especializada. Este tutor de servicio debe actuar por delegación del jefe de este y mantener los contactos necesarios con el tutor principal del residente durante su rotación y en el momento en que la finaliza.

5.3. Evaluación al final de la formación especializada

En sus inicios el sistema MIR contemplaba la realización, tras el periodo formativo, de un examen final previo a la obtención del título de especialista. La oposición frontal de los propios médicos residentes impidió que se llevara a efecto.

Se podría argumentar sobre si se puede producir un cierto grado de incoherencia intelectual y conceptual por el hecho de que un programa formativo tan complejo, costoso y con tanta repercusión sobre la calidad de la atención sanitaria prestada a la población no disponga de un mecanismo igual para todo el estado que garantice al final de la formación que los residentes hayan adquirido en su grado óptimo las competencias necesarias para ejercer de forma autónoma con un nivel satisfactorio de calidad, pertinencia y eficiencia. Este razonamiento se puede rebatir, al menos parcialmente, si consideramos cierto que las evaluaciones parciales, formativas y sumativas realizadas a lo largo del proceso se han producido de forma objetiva y técnicamente correcta, y han sido positivas. En este supuesto se podría afirmar que la visión global valorativa de la idoneidad competencial del profesional puede ser deducida fielmente al considerar los resultados de las múltiples evaluaciones formativas y sumativas realizadas a lo largo del periodo de formación.

La evaluación en el conjunto del periodo formativo debe fundamentarse en dos pilares esenciales: la tutorización activa continua y, en su seno, el desarrollo óptimo de la dinámica de feedback tutor-residente

Evidentemente, no se trata de añadir obstáculos innecesarios en el proceso formativo y de evaluación, tampoco de que el residente se vea obligado a jugarse total

o parcialmente su futuro a la carta de un examen. El punto clave radica en si la realización de una prueba final complementaria de las evaluaciones parciales añade o no valor, y en grado relevante, al conjunto del proceso en términos de mejora de la garantía del nivel competencial de los egresados del sistema. En este contexto no creemos que hoy sea prioritario añadir una prueba al final de la formación especializada, en el marco de una correcta evaluación programática, aunque se debe mantener una puerta abierta a la reconsideración del tema en un futuro según la evolución observada del conjunto del sistema.

5.4. Evaluación en los distintos grupos de especialidades y profesiones⁽¹⁾

El diseño de un sistema de evaluación efectivo, eficiente y aceptable por todos los colectivos implicados no puede obviar las diferencias existentes entre las diferentes especialidades y profesiones sanitarias. Al mismo tiempo, si lo que se pretende es la comprobación de que el profesional posee las competencias necesarias para un ejercicio autónomo, seguro y de calidad tampoco debe ignorarse el tipo y el nivel de cada una de ellas que precisa cada clase de especialista. En esta perspectiva de la evaluación competencial las distintas especialidades se pueden integrar en tres categorías (ver Cuadro 4.4.).

Cuadro 5.4 Categorías de las especialidades

1.	Con acción directa sobre las personas y pacientes a nivel individual o colectivo, con independencia del tipo de problema o necesidad de salud que presenten y del aparato o sistema deteriorado que lo cause (especialidades “generalistas”).
2.	Con acción directa sobre personas y pacientes, para intervenir sobre uno o más aparatos o sistemas deteriorados (especialidades médico/quirúrgicas “clásicas”).
3.	Sin acción directa sobre personas o pacientes, y dedicadas al manejo e interpretación de técnicas diagnósticas y terapéuticas (especialidades de servicios centrales, esencialmente laboratorios e imagen).

Parece evidente que las competencias comunes y transversales que deben incluir estas categorías y los mecanismos necesarios para su evaluación son diferentes. Las categorías 1 y 2 comparten la mayoría de las competencias comunes y transversales, aunque en la primera la mayoría tienen una trascendencia superior y los profesionales deben poseerlas en un nivel más elevado que los de la segunda. También hay que valorar las diferencias existentes en esta segunda categoría, esencialmente entre las exclusiva o predominantemente médicas y las quirúrgicas.

También hay que tener en consideración que en el sistema de formación especializada hay especialidades a las que tienen acceso tanto médicos como profesionales de otros grados como, biología, bioquímica, farmacia, física, psicología, o

química. Por ello, al menos en lo que se refiere a la evaluación de las competencias comunes y transversales de dichas especialidades, sería necesario diseñar elementos específicos de valoración que tengan en cuenta tanto la formación recibida en la fase de grado como aspectos concretos del ejercicio profesional como especialistas de ciencias de la salud. A pesar del interés que tendría ir más allá y abordar otras profesiones sanitarias tituladas, especialmente enfermería por tener acceso a formación especializada, este informe por la razón de su origen se limita esencialmente a la profesión médica.

Las figuras del tutor de postgrado y de los colaboradores docentes no han recibido hasta hoy la atención que merecen como figuras centrales en los procesos de evaluación formativa y sumativa de la docencia y de los residentes

5.5. Evaluación de programas, centros y docentes

El sistema de evaluación de la formación especializada no puede centrarse exclusivamente en el análisis del progreso competencial de los discentes. Es preciso que contemple también y con un alto grado de prioridad la valoración de las estructuras, personas e instrumentos que tienen como misión esencial impartir las enseñanzas teóricas y prácticas. Es a partir de esta valoración que será posible diseñar e implementar aquellas medidas que permitan corregir los errores o problemas detectados y, con ello, mejorar la calidad de la docencia impartida.

En este ámbito son de importancia primordial los procesos de acreditación, re-acreditación periódica y auditorías a los que deben estar sometidos los centros y los responsables de impartir la docencia, procesos que deben tener una permanente actualización y un alto grado de rigurosidad con un cumplimiento estricto de los plazos temporales en los que deben tener lugar. Estos procesos deben estar a cargo de equipos profesionales expertos y estar auspiciadas por una entidad independiente de elevado prestigio científico-técnico en la materia como podría ser una **Agencia/Consortio estatal de los especialistas en ciencias de la salud**.

También es esencial que los propios discentes generen *inputs* valorativos de los mismos y que sean objeto de atención preferente y continuada por parte de los organismos y personas responsables del sistema, tanto en el nivel local como central. La encuesta de opinión que realiza actualmente el Ministerio de Sanidad es de cumplimentación voluntaria por parte de los residentes. Es preciso cambiar esta dinámica en los siguientes aspectos que se muestran en el Cuadro 5.5.

Cuadro 5.5 Características básicas de las Encuestas a los residentes

1. Anónimas y Obligatorias	La encuesta de opinión debería ser de cumplimentación obligatoria y anónima por parte de los residentes al finalizar cada año de formación.
2. Recorrido: <i>i) Unidad Docente,</i> <i>ii) CC.AA.,</i> <i>iii) CNECS, y</i> <i>iv) DGOP</i>	Las encuestas deberían ser entregadas a la Comisión de Docencia de cada Unidad y posteriormente remitidas al órgano responsable de la formación postgraduada de la Comunidad Autónoma y desde ésta a al CNECS y finalmente a la DGOP del Ministerio de Sanidad.
3. Feedback	Con periodicidad anual, el Ministerio de Sanidad procedería a la explotación de los datos de las encuestas y enviaría un informe con los resultados estatales a los centros y unidades docentes acreditadas en el que se especificasen las recomendaciones generales derivadas de aquella.

5.6. Consideraciones finales

La introducción de innovaciones significativas en la evaluación de la formación y en su estructuración organizativa en el inicio y durante la especialización se enfrenta a no pocas dificultades. Son habituales y están extendidas las críticas al examen MIR así como a las deficiencias docentes, de supervisión y carga laboral que ocurren durante los distintos años de los programas formativos pero, a pesar de ellas, parece existir una importante resistencia institucional a la introducción de cambios significativos. Lo mismo podríamos decir de todo lo que se refiere a la acreditación, reconocimiento e incentivación de los tutores de postgrado cuando ya hace 30 años que se propusieron las primeras iniciativas en este ámbito. Los procesos de acreditación, reacreditación y vigilancia de la calidad docente de las unidades, centros y servicios se desarrollan de forma irregular y con cierta falta de rigor. El sistema de evaluación durante la formación especializada adolece de sesgos significativos, tiene cada vez menos prestigio y sus resultados carecen de trascendencia de cara al futuro del profesional tras la finalización del periodo de residencia. Es necesario potenciar la sintonía entre las prioridades políticas de los Ministerios de Sanidad y Universidades en los ámbitos de recursos humanos y formación para evitar la infravaloración sistemática de las tareas desarrolladas por los tutores y colaboradores docentes. Los gestores o responsables institucionales no pueden olvidar que los residentes son en primer lugar personal en formación.

Es posible que en lo que se refiere a nuestro sistema MIR nos pase algo parecido a lo que nos viene sucediendo al hablar del sistema sanitario público: se presume de tener uno de los mejores sistemas del mundo y, por ello, se mantienen actitudes inmovilistas mientras se asiste a su deterioro ante la ausencia de implantación de aquellas iniciativas que posibilitarían su mejor adaptación a las necesidades cambiantes del entorno, corrigiendo los déficits de funcionamiento observados.

5.7. Referencias

1. EZQUERRA LEZCANO M, BUNDO VIDIELLA M, DESCARREGA QUERALT R, MARTÍN ZURRO A, FORES GARCÍA D, FORNELLS VALLÈS JM. Valoración formativa: experiencia de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria de Cataluña. *Aten. Primaria*. 2010. 42 (4): 233-40.
2. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
3. MARTÍN ZURRO A. ¿Qué está pasando con la acreditación y reacreditación docente de los centros de atención primaria y de los tutores? *Aten. Primaria*. 1999; 23 (5): 257-259.

6. La evaluación del desarrollo profesional continuo y de la formación médica continuada

6.1. Conceptos generales

Para ejercer, los médicos han obtenido dos credenciales sucesivas, la primera corresponde al grado de medicina y la segunda a la especialidad.⁵ Estas dos credenciales, ambas obtenidas mediante formación reglada, de 6 años de duración la primera y 4 o 5 años de duración la segunda, podrán complementarse con una tercera credencial, concretamente la de las Áreas de Capacitación Específica (ACEs) de 1 o 2 años de formación, no desarrollada en la actualidad y a la espera de su plena implementación (ver Cuadro 6.1.).

Cuadro 6.1 Credenciales de los médicos

1. Grado o Licenciatura	Tipo de formación: Reglada. Institución responsable: Universidad. Administración responsable: Ministerio/Consejería Universidades.
2. Máster, Doctorado, Postgrado	Tipo de formación: Reglada. Institución responsable: Universidad. Administración responsable: Ministerio/Consejería Universidades.
3. Especialidad en Ciencias de la salud	Tipo de formación: Residencia (<i>Learning by Doing</i>). Institución responsable: Sistema Nacional de Salud (SNS). Administración responsable: Sanidad.
4. ACE, Área de Capacitación Específica	Tipo de formación: Residencia (<i>Learning by Doing</i>). Institución responsable: Sistema Nacional de Salud (SNS). Administración responsable: Sanidad (DGOP).
5. Actividades con créditos de Formación Continuada	Tipo de formación: Formación continuada no reglada. Institución responsable: Diferentes instituciones (Colegios, SS.CC., Instituciones sanitarias, Universidades, Otras). Administración responsable: Ministerio/Consejerías Sanidad.
6. Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada, (DA / DAA)	Tipo de formación: Formación continuada no reglada. Institución responsable: Sistema Nacional de Salud (SNS). Administración responsable: Ministerio-DGOP/Consejerías Sanidad.

Así pues, a partir de que un especialista obtiene sus dos (o tres) credenciales básicas puede ejercer su especialidad el resto de los años de su actividad profesional sin más

5 En este ámbito hay al menos dos situaciones especiales, aunque no afectan de forma relevante a esta revisión: la situación de los graduados/licenciados que han accedido a más de un título de especialista, y la de aquellos que no han realizado ninguna especialidad.

cortapisas que la inscripción en un Colegio Oficial de Médicos, condición vigente para ejercer en España en el ámbito asistencial. A pesar del exponencial crecimiento de los conocimientos biomédicos, un profesional podría ejercer durante más de 35 años sin estar sujeto a ningún otro proceso formativo que no sea el compromiso moral al que le obliga el código deontológico de mantener y actualizar su competencia. A pesar de ello, en la práctica, no hay ningún profesional que a lo largo de su ejercicio no continúe su formación mediante diversas opciones y métodos. Entre estas opciones de formación, las menos habituales son las actividades regladas vía universidad mediante másteres, postgrados o doctorado. La opción tradicional y más habitual es la Formación Médica Continuada (FMC), presencial o a distancia, que se complementa con otras acciones formativas que se engloban bajo el epígrafe de Desarrollo Profesional Continuo (DPC).

Esta parte del informe está dedicada a revisar estos dos últimos aspectos, las actividades de FMC y las actividades de DPC, prestando atención especial al proceso de su evaluación.

6.2. Marco legislativo y diferencias entre FMC, DPC y CP

Formación Médica Continuada (FMC)

Los glosarios al uso definen a la FMC como: *Conjunto de actividades educativas orientadas a la adquisición, mantenimiento o mejora de la competencia profesional.*

En España, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) define la Formación Continuada como: *Proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. De manera genérica, la FMC se suele definir como el conjunto de actividades educativas que lleva cabo el médico una vez finalizado su período de pregrado y de especialización, para mantener actualizada su competencia y que no comportan una titulación adicional.*

La lectura de estos dos párrafos permite observar con claridad dos ópticas diferentes, la del primer párrafo, la óptica profesional, y la del segundo, la óptica de la administración sanitaria. La primera preocupada por la “competencia” y la segunda preocupada por la “reglamentación”.

En todo caso, cabe destacar como común a las dos visiones que la FMC son las “actividades educativas” o “procesos de enseñanza y aprendizaje” que realizan los médicos (especialistas) durante el ejercicio de su profesión. Digámoslo de forma más concreta. La FMC está integrada por los cursos, talleres, seminarios, congresos,

en los que participa el profesional, y en los que a su término se obtiene una credencial (diploma) de aprovechamiento.

Cuadro 6.2 Responsables de la financiación de la formación continuada

1) El propio médico.	4) La industria (farmacéutica, tecnológica, otras).
2) Organizaciones profesionales (Colegios y SSCC).	5) Sindicatos.
3) La empresa.	6) Las administraciones sanitarias.

Las actividades de FMC, ya sean presenciales o a distancia, tienen un coste (profesorado, logística, fungible, etc.) que asume alguien, básicamente el médico, la empresa, la industria, los sindicatos y, en alguna medida, la administración sanitaria (Cuadro 6.2.). Es relevante señalar que en España tanto los colegios profesionales como las sociedades científicas constituyen estructuras relevantes en la formación continuada, actuando generalmente como promotores o facilitadores, o incluso en numerosas ocasiones como organizadores directos de sus actividades.

En España, tanto los colegios profesionales como las SS.CC., son estructuras relevantes en la formación continuada, actuando como promotores, o incluso, como organizadores directos de actividades de FMC

El hecho de que las actividades de FMC sean concretas, esto es, que disponen de programa, profesorado, calendario, etc., permite que puedan ser analizadas y refrendadas por expertos que basándose esencialmente en dos parámetros (duración/extensión y calidad) confirman, o no, su validez. Esto ha permitido generar el concepto de “acreditación” de la FMC y, consecuentemente, otorgar a estas actividades un número de créditos, que de alguna manera indican su calidad y por tanto su valor académico o técnico y de mercado (ver Anexo I).

Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

Al igual que con la FMC, los glosarios definen al DPC como: *Conjunto de todas las actividades orientadas a la actualización, desarrollo y mejora de la competencia requerida para una adecuada práctica clínica a lo largo de la vida profesional, y comprende fundamentalmente tres tipos de actividades: el aprendizaje autónomo, el aprendizaje en servicio y las actividades de formación médica continuada.*

Independientemente de las definiciones académicas o legalistas, podemos puntualizar que el DPC es más amplio que la FMC, ya que de hecho el primero, incluye a la segunda, y se completa con otros dos aspectos, el aprendizaje autónomo (leer/ estudiar un libro o una publicación científica, etc.), y el aprendizaje en servicio, esto es aprender haciendo, o viendo/preguntando como lo hace un colega. Por llevar las

cosas al extremo podríamos decir que preguntar a un colega su opinión sobre un caso clínico, en su despacho o incluso en un lugar informal, sería una acción que permite aprender y por tanto considerarla como una actividad de DPC.

A diferencia de las actividades de FMC, las actividades de DPC no son concretas, no han de tener necesariamente un programa o calendario específico o escrito, y por tanto es más difícil que puedan ser examinadas y refrendadas con créditos. Solo algunas de las actividades de DPC son susceptibles de ser examinadas y acreditadas como ha hecho la UEMS-EACCME (Cuadro 6.3.), de manera que para dichas actividades se han definido criterios y un baremo para otorgarles créditos. Estos créditos no son específicos del DPC, sino que son los mismos que los de FMC.

Cuadro 6.3 **Actividades de DPC reconocidas por la UEMS con créditos de formación médica continuada, ECMECs**

1.	Revisión de material científico y educativo (REV)
2.	Publicación de material científico y educativo (PUB)
3.	Aprender como profesor de actividades de FMC (LbT)
4.	Examinador en un examen institucional (UEMS, SEAFORMEC, etc.)

El proceso de evaluación con el formato de “créditos” ha facilitado que un profesional pueda aportar en su currículum un factor numérico que representa su esfuerzo en FMC en un periodo de tiempo. Incluso, permite incluir diversas actividades de DPC (Cuadro 6.3.).

El Desarrollo Profesional en el marco legislativo

En España se introduce el concepto de Desarrollo Profesional en dos leyes, aunque es obligado matizar que las dos describen el concepto con diferente intencionalidad.

La Ley 16/2003 ⁽¹⁾ (Ley de Cohesión y Calidad) sitúa a los profesionales sanitarios como uno de los elementos esenciales para modernizar y alcanzar las cotas de calidad que la sociedad demanda a nuestro sistema sanitario, y para afrontar las nuevas exigencias, dicha Ley enmarca el concepto de Desarrollo Profesional (DP), como un aspecto básico en la modernización del SNS.⁶

Esta finalidad no debe confundirse con el también denominado Desarrollo Profesional previsto en la Ley 44/2003 ⁽²⁾ (LOPS) que define el desarrollo profesional como: *El reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanza-*

6 Relacionando el DP de la Ley 16/2003 con tres instrumentos: la formación continuada, la carrera profesional y la evaluación de competencias, que se reconocen como herramientas externas de motivación profesional.

do por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que presta sus servicios.

Así pues, el DPC previsto por la Ley 16/2003 se configura para el cumplimiento de una finalidad institucional (la modernización del Sistema Nacional de Salud) mientras que el DPC expresado por la Ley 44/2003, propone un sistema para estimular al profesional (mediante el reconocimiento público y expreso) a mantener y mejorar su competencia profesional.

Parece obvio pues, que unos y otros, los académicos, los legisladores en las diferentes disposiciones y los sindicatos, hablan sobre cosas diferentes con terminologías parecidas. Lo que si parece quedar establecido en el Artículo 4.6.⁷ de la LOPS es que se une “Formación continuada” a “Acreditación de la competencia profesional”.

La LOPS establece que la “Formación continuada” está ligada al “Desarrollo profesional” y por tanto a la recertificación.

Si nos detenemos en el articulado del Título III, de la Ley 44/2003, comprenderemos que el Desarrollo Profesional al que se refiere la LOPS se encuentra más cercano al concepto de Carrera Profesional (CP) que al de DPC. Basta reflexionar sobre el apartado 1 del Artículo 38 de la LOPS, cuando se refiere a que “*el reconocimiento del Desarrollo Profesional se articulará en cuatro grados*”. El DPC no puede estar estructurado en grados, ni mucho menos que cada grado comporte un reconocimiento específico para la carrera profesional. El DPC propio de cada profesional puede considerarse adecuado o que necesita mejorar, pero no está estructurado en niveles. Por tanto, el Desarrollo Profesional de la LOPS es diferente del de la Ley de Cohesión y Calidad, y a su vez, ambos diferentes de lo que entendemos académicamente por DPC, el propio e individual de cada médico.

Sin embargo, entendemos que la propia LOPS abre una puerta al DPC entendido académicamente. En el mismo apartado 1 del Artículo 38, la LOPS indica que, además de los cuatro grados, se podrá establecer un “*grado inicial*” que bien puede considerarse la puerta de entrada que, una vez superada, permitiera el acceso a la carrera profesional. En este sentido, dicho grado inicial, como requisito para el ejercicio profesional, bien pudiera ser o parecerse a lo que hemos definido como valoración del DPC.

Dada la complejidad y confusión entre estos términos, e independientemente de los múltiples glosarios al uso existentes, creemos necesario consensuar entre los actores españoles implicados en estos procesos una terminología que unifique el lenguaje y el uso de los términos que se manejan en esta parte del informe. No consideramos oportuno

7 LOPS. Artículo 4.6. Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.

hacer aquí una propuesta concreta ya que creemos que sería necesario consensuarla con los principales actores implicados. Como *Fundación de Educación Médica*, nos ofrecemos a elaborar una propuesta para que sea trabajada por el conjunto de todos ellos con el objetivo de clarificar las definiciones contenidas en el marco legislativo.

Carrera Profesional (CP)

La Carrera Profesional (CP) no es en sí mismo un proceso formativo y por tanto *stricto sensu* no debería formar parte de este informe. Sin embargo, es de interés clarificar conceptos dada la frecuente confusión entre DPC y CP. La instauración de la CP ha de estar precedida por el DPC ya que los méritos de este deben ser los elementos esenciales que la alimentan.

Internacionalmente se entiende por CP al reconocimiento **no jerárquico** y **reversible** de unas funciones o responsabilidades específicas dentro de una institución u organización asistencial en el marco de su política de recursos humanos (RR. HH.). En España viene definida en la Ley 55/2003 ⁽³⁾ del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, como: *el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización en la que prestan sus servicios.*

La formulación operativa de la CP depende de los gobiernos de las Comunidades Autónomas (CC.AA.). Esta dependencia ha permitido que el reconocimiento e implementación de la CP en España sea diferente entre las 17 CC.AA. existentes.

Como se ha señalado en el apartado anterior sobre el DPC, la interpretación internacional de este concepto queda violentada en la LOPS cuando liga su reconocimiento *“...al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios”*. Es obvio que, al involucrar los objetivos de la empresa (se entiende igual para empresas públicas o privadas) en el DPC, entra, al menos en parte, en el terreno de lo que es propio de la CP.

Interesa señalar que los actores, los protagonistas, de la CP son esencialmente diferentes de los del DPC/FMC. Por supuesto que el médico es protagonista en ambos contextos, pero donde radica el conocimiento de los requisitos de la competencia profesional es en los expertos y por tanto sus entes profesionales (Colegios y SS.CC.) son intervinientes necesarios en la estructura del DPC/FMC. Sin embargo, en la CP, la empresa y las organizaciones sindicales son las que deben protagonizar la generación del consenso para definir los límites del campo de juego (Cuadro 6.4.).

Los expertos, poseedores del conocimiento profesional, se localizan en los colegios y en las SS.CC. Por tanto, ambas organizaciones son intervinientes necesarios en la estructura del DPC/FMC

Ante la desacertada descripción que la LOPS hace del DPC parece justa la reivindicación sindical de participar activamente en el DPC/FMC. En cualquier caso, al margen de intereses corporativos y dada la necesaria transparencia tanto del proceso del DPC/FMC como de la CP, la mejor fórmula para aunar esfuerzos es que los protagonistas de uno y otro proceso participen como actores concurrentes en el proceso en el que no son protagonistas. Esta concurrencia de instituciones no solo no debería ser un obstáculo o complicación, sino que permitiría sinergias enriquecedoras en el desarrollo tanto del DPC/FMC como de la CP.

Cuadro 6.4 Responsabilidades de los actores corporativos en la evaluación del DPC/FMC

Instituciones/Organizaciones	Responsabilidades en el DPC/FMC	Respons. en la CP
Colegios y Consejos oficiales de médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Actor principal. • Código deontológico. • <i>Autoritas</i>, Competencias profesionales (en especial las comunes a todos los médicos). • Registro. • Patrocinador. 	N/A
SS.CC. FACME	<ul style="list-style-type: none"> • Actor principal • <i>Autoritas</i>, Competencias profesionales (las transversales y en especial las específicas) • Patrocinador 	• Actor concurrente. ⁸
CNECS CNEMS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autoritas</i>, Función asesora (de especial relevancia por su situación entre el mundo profesional y la administración sanitaria). 	N/A
Administración sanitaria⁹ (Central y Autonómica)	<ul style="list-style-type: none"> • Actor principal. • <i>Potestas</i>, Autoridad certificadora. • Capacidad auditora/sancionadora de los procesos de evaluación de DPC/FMC. • Patrocinador. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Potestas</i>. • Autoridad certificadora.
Sindicatos profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Actor concurrente.⁸ • Facilitador del DPC/FMC. • Patrocinador. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autoritas</i>. • Actor principal.
Empleador (público o privado)	<ul style="list-style-type: none"> • Actor concurrente.⁸ • Facilitador del DPC/FMC. • Patrocinador. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autoritas</i>. • Actor principal.
Instituciones/Corporaciones (Academias, Asociaciones de pacientes, UEMS-EACCME, AMA, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Actor concurrente.⁸ • Cooperaciones y sinergias. 	N/A
Industria¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Patrocinador. 	

8 Aceptación de concurrir: Contribuir con una cantidad o manera para determinado fin.

9 La administración debe jugar 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 Colegios y SS.CC.

10 La industria no es un actor, ni principal ni concurrente, pero se incluye en el cuadro para destacar su relevante papel como patrocinador (sponsor).

Por otra parte, es una gran responsabilidad que la administración separe con absoluta transparencia sus papeles de empleador, de regulador y de certificador (Cuadro 6.5.). En algunas CC.AA. el organigrama de la consejería diferencia quien contrata (un organismo de la propia consejería) de quien es el responsable de la provisión de la asistencia, ya sea una empresa pública o privada; esta división de funciones facilita la diferenciación entre el papel de empleador del de regulador. Aun así, si no hay una voluntad expresa para diferenciar las tres funciones, en la práctica será difícil separarlas.

La administración sanitaria es responsable de separar claramente sus responsabilidades de “Empleador”, “Regulador”, y “Certificador”

Cuadro 6.5 Responsabilidades/Roles que la administración sanitaria debe diferenciar y separar

- 1) Empleador
- 2) Regulador
- 3) Certificador

6.3. Actores del DPC/FMC y su implicación en el proceso

Actores protagonistas individuales

Queda fuera de toda duda la relevancia de dos actores, por un lado, el médico, como sujeto activo al que se propone evaluar su DPC/FMC, y por otro el paciente (o si se prefiere más genéricamente, el ciudadano), como sujeto al que se le garantiza que la atención médica que recibe es la más adecuada posible.

Al menos desde tres instancias se podría solicitar, incluso exigir, que de forma periódica se demande al médico no solo una valoración del DPC/FMC, sino un proceso más estricto que evaluara su nivel de competencia profesional. La primera de estas tres instancias es la ciudadanía, en segundo lugar, la empresa para la que trabaja el médico, y finalmente el propio médico. Sin embargo, si queremos caminar firmemente en esta dirección es preciso diseñar y recorrer sin precipitaciones imprudentes las etapas necesarias.

Avanzar sobre la evaluación del DPC/FMC requiere empezar por definir e implementar un marco general, una primera etapa, a partir de la que podremos acceder posteriormente a una certificación de la competencia individual del médico. Como apuntábamos, es preciso iniciar prudentemente el proceso y, hoy, debemos comen-

zar por definir si las actividades formativas desarrolladas durante el largo periodo del ejercicio profesional son las adecuadas y suficientes para mantener la competencia del médico. Debemos entender que el primer paso, el primer escalón, que se debe subir en la evaluación del DPC/FMC debe ser asumible conceptualmente por todos los profesionales, además de ser factible en la práctica. Se debe validar, simplemente, si el médico ha utilizado los recursos adecuados en cantidad y calidad para seguir siendo competente y, en caso de que no fuera así, indicarle y proporcionarle el programa de mejora más adecuado. De esta concreción se deduce una cuestión especialmente relevante del proceso de evaluación del DPC/FMC, que no es otra que dicha evaluación no puede finalizar con una nota, y menos con un aprobado o suspenso del médico, sino que debe acabar confirmando si su formación ha sido adecuada y suficiente o si se le proponen actividades complementarias (*remedial*) para alcanzar el nivel mínimo consensuado de competencia.

Avanzar sobre la evaluación del DPC/FMC requiere empezar por definir e implementar un marco general, una primera etapa, a partir de la que podremos acceder posteriormente a una certificación de la competencia individual del médico

La atención adecuada de la ciudadanía, fin último tanto del propio proceso del DPC/FMC como del de su evaluación, la sitúa como el otro protagonista del proceso, el que percibe el beneficio del DPC/FMC, y aunque no es el sujeto activo, se la debe tener siempre en cuenta valorando su opinión y beneficio. Además, no se debe olvidar que el ciudadano es el que tiene la potestad de exigir al estado el nivel y la calidad de la asistencia sanitaria del sistema nacional de salud.

Actores protagonistas institucionales. Organizaciones profesionales

A pesar de que los actores individuales, médico y ciudadano, son realmente las dos figuras protagonistas del proceso, los actores institucionales son los que más nos conciernen en este análisis ya que son los responsables de gobernar el proceso. Como en tantos otros ámbitos en los que intervienen diferentes actores, es fundamental que cada uno asuma su papel y procure no solo no entorpecer el rol del otro sino establecer sinergias que beneficien a todos.

Entre los actores institucionales hay dos grandes grupos, por un lado, las organizaciones profesionales (Colegios y SS.CC.) y por otro las administraciones sanitarias, tanto la administración central (el Ministerio de Sanidad) como las administraciones autonómicas, las consejerías (Cuadro 6.4.).

Respecto a las Instituciones profesionales con responsabilidades en el DPC/FMC, encontramos por una parte los colegios oficiales de médicos, instituciones de derecho público, y sus organizaciones jerárquicas, esto es, los Consejos Autonómicos y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). De hecho, los esta-

tutos del CGCOM (Real Decreto 300/2016 ⁽⁴⁾, de 22 de julio) asignan a los colegios, entre otras funciones, una clara responsabilidad protagonista en el DPC/FMC.¹¹

Por otro lado, se encuentran las sociedades científicas (SSCC) así como la estructura que engloba a las sociedades de especialidades reconocidas en España y que conforman la Federación de Asociaciones Científico Médicas, FACME. Sin duda, el conocimiento experto de cada una de las especialidades médicas radica en la sociedad respectiva. Por tanto, si es necesario determinar y poner al día los contenidos y competencias de una especialidad, parece difícil hacerlo adecuadamente sin la intervención de las SS.CC. Además, hay otra razón pragmática que requiere su intervención ya que, por razones obvias, las SS.CC. mantienen un vínculo directo con sus asociados, los especialistas, y por tanto están en condiciones de poder canalizar adecuadamente la gestión del DPC/FMC de cada médico.

Todas las instancias profesionales tienen algún tipo de responsabilidad en DPC/FMC. De forma general y sin visualizar excepciones, se podría asignar mayormente a las estructuras colegiales las responsabilidades deontológicas, los principios de la ética profesional, así como las competencias comunes, es decir aquellas que son propias del médico, de todos los médicos, independientemente de su especialidad. Las SS.CC. también son responsables de las competencias transversales, sin embargo, es fácil deducir que las competencias específicas, las propias de una especialidad médica, las deberá definir la sociedad científica, nacional o supranacional, de la especialidad de que se trate, y por tanto es el ámbito de su mayor responsabilidad.

Sin desmerecer otras instancias que pueden establecer sinergias, hay tres actores principales en el DPC: los colegios, las SS.CC. y la administración sanitaria

Administración sanitaria

Unas estructuras de especial interés, a medio camino entre el mundo profesional y la administración, son tanto las Comisiones Nacionales de las Especialidades en Ciencias de la Salud, como el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y de Universidades ⁽²⁾. La composición de unas y otro, está integrada por profesionales designados en parte por el Consejo General correspondiente, por las SS.CC. y por la propia administración. Esta composición/designación coloca a dichas instituciones a medio camino entre las organizaciones profesionales y la administración, de manera que unas y otra están en una

11 RD 300/2016, de 22 de julio, Artículo 2., Apartado 3., Ítem j): *Actualizar la competencia profesional de los médicos, procurando el perfeccionamiento de la actividad profesional y la formación permanente y promoviendo, por sí mismo o en colaboración con instituciones públicas o privadas, actividades de formación médica continuada, ejerciendo las funciones de acreditación y registro oficial que le sean delegadas por las Administraciones públicas. Colaborar, cuando sea requerido para ello, en la elaboración de los planes de estudio, manteniendo el contacto con los centros docentes.*

situación ideal para conectar la sociedad civil con la administración sanitaria. Entre las funciones del CNECS tienen especial relevancia las relacionadas con la formación especializada, sin embargo, también tiene capacidad para emitir su opinión en el DPC/FMC. Además, el CNECS al definir los programas y las competencias de las diferentes especialidades está indirectamente marcando el territorio en el que se debe mover la FMC de cada una de ellas. No corresponde a este informe profundizar en las funciones del CNECS y de las CNEMs, pero por su estructura, compuesta en su totalidad por profesionales de reconocido prestigio, y su relación directa con la administración sanitaria central, debería adquirir un gran peso y relevancia tanto en la formación especializada, en la que hoy ya es relevante, como en el DPC/FMC.

Las Comisiones Nacionales de las Especialidades en Ciencias de la Salud, y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y de Universidades, deben tener un peso muy relevante en todos los procesos de formación y evaluación del continuum formativo de los médicos

El otro gran grupo es el que se refiere directamente a las administraciones sanitarias, tanto la central, el Ministerio de Sanidad, como las autonómicas, con sus respectivas Consejerías de sanidad. El Ministerio de Sanidad, normalmente desde la Dirección General de Ordenación Profesional (DGOP), con una subdirección general específica para la formación continuada, asume competencias reguladoras de la FMC, y por tanto es actor principal en el DPC/FMC por derecho propio. Las transferencias a todas las CC.AA. en materia de sanidad posibilitó en su momento que las 17 consejerías adquirieran las competencias operativas en lo relativo al DPC/FMC quedando en manos del Ministerio las de homogeneización y regulación general.

Otras Instituciones y Organizaciones

En España la universidad está al margen o, si más no, alejada de la formación continuada en general y del DPC/FMC en particular. La actividad universitaria se ha centrado en posgrado y másteres, muchos de ellos profesionalizadores, que están al filo de lo que entendemos por FMC. Tampoco las Reales Academias han ocupado espacio significativo en la FMC, aunque, en algunas autonomías, hay instituciones de gran prestigio en la FMC, como la *Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears*, ACMSCB.

La *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) y su European Council for CME (EACCME®) se ha convertido en una estructura clave en el DPC/FMC no solo europeo sino mundial al mantener un acuerdo con la AMA americana y acreditar la FMC de países repartidos por todos los continentes. La UEMS es un órgano consultivo para los asuntos sanitarios de EPSCO (*Empleo, Política social, Sanidad y Consumidores*) del Consejo de la Unión Europea y tanto sus "Boards" como su estructura acreditadora del DPC/FMC están consolidados internacionalmente.

Cuadro 6.6 Instituciones profesionales relacionadas con procesos del DPC/FMC

1.	WONCA, Organización Mundial de Médicos de Familia.
2.	UEMO, European Union of General Practitioners / Family Physicians.
3.	CONFEMEL, Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe.
4.	AMA, American Medical Association.
5.	EJD, European Junior Doctors.
6.	CEOM, Consejo Europeo de Organizaciones Médicas.
7.	AEMH, Asociación Europea de Médicos de Hospitales.
8.	FEMS, Federación Europea de Médicos Asalariados (en España CESM).
9.	FIEM, Foro Iberoamericano de Entidades Médicas.

El Cuadro 6.6. muestra diversas instituciones, tanto europeas como iberoamericanas, que disponen de documentación y de procesos de interés relacionados con el DPC/FMC, pero con diferente significado y número de profesionales. Dadas las relaciones que España mantiene con varias de estas instituciones, se debe considerar su posible repercusión y la posibilidad de establecer sinergias con sus iniciativas relacionadas con la evaluación del DPC/FMC.

6.4. Proceso de evaluación del DPC/FMC

Establecido que es el DPC/FMC así como los actores intervinientes, debemos asomarnos a los componentes y etapas de su evaluación, lo que denominaremos proceso de evaluación del DPC/FMC o simplemente “proceso” del DPC/FMC. Desde siempre, los médicos se han formado a lo largo de sus años de ejercicio profesional dado que los conocimientos y tecnologías biomédicas siguen un proceso de cambio exponencial. No extrañará a nadie la sentencia “*todos los médicos han realizado a lo largo de su vida actividades de DPC/FMC*”. Pero al hablar del proceso no nos referimos tanto a las actividades propias de DPC/FMC, sino a como comprobamos, regulamos, certificamos y garantizamos la idoneidad, oportunidad, calidad y pertinencia de las actividades de formación realizadas por un médico en ejercicio.

Los tiempos evolucionan y lo que antes la sociedad daba por bueno y por creíble ahora exige que se acredite y se aporte documentación que lo garantice. A cualquier proceso se le requiere algún tipo de ISO, y hoy los médicos, como otros profesionales, deben disponer de credenciales que certifiquen que su actuación profesional, y consecuentemente su formación, son las adecuadas para el nivel de competencia que requiere y exige el estado actual de la ciencia y, también por qué no decirlo, la propia ciudadanía.

Pues bien, ¿se debe comprobar, regular, certificar y garantizar la idoneidad, oportunidad, calidad y pertinencia de las actividades de DPC/FMC que realizan los médicos? ¿cómo, qué, quien, y cuando debería hacerse? El DPC/FMC que realizan los médicos ¿asegura su competencia profesional? ¿quién debe velar por todos estos procesos? ¿cuándo deben realizarse? Responder a estas cuestiones, qué, cómo, quién, y cuándo, es a lo que nos referiremos a continuación como proceso del DPC/FMC.

Cómo enfocar la ejecución del proceso

Es obvio que no hay una manera única de realizarlo. Podemos advertir en diferentes países enfoques diferentes, todos ellos válidos y útiles y con sus puntos fuertes y débiles. Las diferencias entre países están principalmente condicionadas por dos aspectos, uno se relaciona tanto con la estructura administrativa de cada país como su sistema sanitario (por ejemplo, no son comparables el SNS español con los sistemas sanitarios de Francia o USA), y el otro aspecto es cultural, tanto social como profesional. La cultura y legislación anglosajona acepta con facilidad la *accountability* y la responsabilidad individual, mientras que la cultura latina recela de la evaluación (de los exámenes) y nuestra legislación, basada en el derecho romano, resulta especialmente garantista. En cualquier caso, es pertinente tener en cuenta los elementos positivos implementados en diferentes países comunes y no descartar otros elementos diferenciales de otros sistemas. Entendemos pues, que el proceso de evaluación del DPC/FMC deberá ser propio de nuestro país al alojarse en un SNS consolidado con estructuras tanto administrativas como profesionales potentes y competentes.

Elementos básicos para la implementación del proceso

Con fecha 6 de septiembre de 2012, el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud aprobó el Documento de consenso elaborado por el grupo de trabajo sobre “Desarrollo Profesional y Desarrollo Profesional Continuo” (5). Posteriormente, el 3 de junio de 2014, la misma Comisión aprobó el “Documento técnico sobre el proceso de evaluación del Desarrollo Profesional” (6). Por su interés, ambos documentos se adjuntan en el Anexo II. Dichos documentos incluyen los principios sobre los que se debería apoyar la evaluación del DPC/FMC (Cuadro 6.7.).

Cuadro 6.7 Principios del proceso de evaluación del Desarrollo Profesional (DP) aprobados por la Comisión de RR.HH. del Sistema Nacional de Salud (SNS)

1.	Ser comprensible por todos los profesionales.
2.	Ser de fácil implementación.
3.	Estar estructurado.
4.	Tener carácter periódico.
5.	No ser punitivo y asociarse a un programa de mejora.
6.	Basarse en indicadores, definidos previamente; con peso significativo en la práctica clínica; consensuados; con criterios de calidad contrastada.
7.	Asimilables a procesos internacionales reconocidos.
8.	Voluntario.
9.	Con validez en todo el Sistema Nacional de Salud, lo que implica un proceso de homologación.

En la práctica, estos principios no son otra cosa que las características básicas que debería tener el proceso de evaluación del DPC/FMC para su implementación y se entendieron como una base sólida para una propuesta de evaluación del DPC/FMC en nuestro país, dado que no solo lo propuso una comisión técnica con representantes de diferentes CC.AA.¹² sino que fueron aprobados por la Comisión de RR.HH. del Sistema Nacional de Salud (SNS). Todos los esfuerzos que las organizaciones profesionales han realizado hasta la fecha en pro de la evaluación del DPC/FMC, (Colegios, SS.CC., y FACME), se han basado en los criterios de estos dos documentos.

Entendemos que revisar estos nueve principios, destacando sus fortalezas (la mayoría) y sus puntos débiles, puede enmarcar lo que entendemos debería ser la implementación de la evaluación del DPC/FMC en España.

Se debe enfatizar la necesidad de que los médicos entiendan que la valoración del DPC/FMC no es ni un examen ni una traba u obstáculo a añadir a la ya compleja actividad profesional cotidiana, más bien todo lo contrario, como un instrumento positivo y de ayuda para su ejercicio cotidiano. Y para estar seguros de que lo entiendan así es necesario un esfuerzo de comunicación, para explicarlo pormenorizadamente, y no dar por hecho lo que para algunos médicos puede ser obvio, pero que puede no serlo para una parte

La información que se le da al médico, el veredicto, de la evaluación de su DPC/FMC, es la hoja de ruta para el desarrollo profesional en los próximos años. La valoración del DPC/FMC está pensada para aportar confianza y tranquilidad

¹² Grupo de Trabajo del "Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP)" en el que participaron las CC.AA. de Andalucía, Aragón, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Murcia, y Valencia.

importante de profesionales. En alguna medida, todos los médicos realizan DPC/FMC y cuando hablamos de la necesidad de valorarlo, de baremarlo o de puntuarlo, estamos diciendo que la pretensión no es otra que la de indicar a cada médico, de forma personalizada, si las actividades que realiza para formarse son las adecuadas o si debe reforzar algunas áreas o campos en concreto. La información que se le da al médico, el veredicto, de la evaluación de su DPC/FMC no puede nunca ser un suspenso porque no es un examen. La valoración del DPC/FMC está pensada para aportar confianza y tranquilidad al médico, ya que le facilita una credencial que acredita que su desarrollo profesional es el adecuado.

Además, dicha credencial también aporta seguridad al paciente, ya que acredita que el médico que le atiende lo hace con un nivel competencial adecuado. Es necesario realizar todo el esfuerzo pedagógico que sea necesario para que el médico entienda que la evaluación del DPC/FMC es un proceso de naturaleza **win-win** y no una traba en su actividad profesional.

El médico debe entender que la evaluación del DPC/FMC es un **win-win** y no una traba en su actividad profesional

¿Y que pasa si la valoración concluye que su formación no es la adecuada? Si la valoración detecta alguna/s área/s en las que la formación no es adecuada, el proceso del DPC/FMC siempre debe ofrecer al médico un programa de mejora (*remedial*) a desarrollar en un determinado plazo de tiempo tras el cual habrá alcanzado los objetivos competenciales necesarios.

Desde el inicio del desarrollo del proceso de implementación del DPC/FMC siempre debemos tener presente una frase: el proceso ha de ser fácil, sencillo y amigable. Rellenar multitud de papeles o páginas de la web, entrar en programas informáticos farragosos, o simplemente complejos no ayudará ni al proceso ni al médico. Por supuesto que el proceso habrá de ser riguroso, pero eso no debe impedir que su cumplimentación sea lo más sencilla posible. Hoy es impensable que la valoración habitual del DPC/FMC sea presencial o mediante la presentación física de memorias y documentos. La cumplimentación ha de basarse en un programa informático ágil, estructurado, que se pueda ir cumplimentando/rellenando a lo largo del periodo de evaluación, probablemente de 5 a 6 años, como se comentará en el siguiente apartado, y que el propio programa informe (avise) al médico de los dominios consolidados, de los plazos marcados, y del porcentaje final de su cumplimentación.

No está de más insistir en que un médico no puede suspender la valoración de su DPC/FMC. Y no lo puede suspender porque como se ha dicho, la valoración del DPC/FMC no es un examen. Su valoración solo puede calificarse de dos maneras, o bien confirmando que sus actividades de DPC/FMC garantizan su competencia profesional, o indicando si en alguna área o dominio debe profundizar su competencia, es decir, proponiendo un *remedial* a realizar en un periodo de tiempo concreto para me-

jorar su formación en determinados dominios. Una sociedad científica o un “board” europeo puede implementar programas de excelencia profesional, incluso estableciendo diferentes niveles de excelencia, pruebas frente a las que el médico puede pasar o no pasar (aprobar/suspender). Sin embargo, al estimar la implementación de la valoración del DPC/FMC, no estamos valorando la excelencia sino la competencia básica exigible a un médico para garantizar la calidad y seguridad de la atención prestada al paciente. Serán las SS.CC. las que, como poseedoras del conocimiento, la *autoritas*, pueden identificar los dominios en los que un médico requiere mejorar su competencia y, si es el caso, el programa de mejora que se le ofrece y el tiempo requerido para ello. En el caso de los dominios relacionados con la ética, la deontología y las competencias comunes serán los colegios profesionales los que han de asumir la responsabilidad de proponer los *remedials* pertinentes.

Seguramente el punto más crítico en la valoración del DPC/FMC es obtener el consenso sobre cuáles son los indicadores que deben tenerse en cuenta. Los ya mencionados documentos (5 y 6) de la Comisión de RR.HH. del SNS, especialmente el segundo documento (*Proceso de evaluación del Desarrollo profesional*), proponen unas pautas agrupadas en tres grandes ámbitos, indicando para cada uno de ellos su peso específico global y señalan, además, para cada ámbito los indicadores más relevantes (Cuadros 6.8.).

Cuadro 6.8 Ámbitos y sub-Ámbitos para la valoración del DPC/FMC

1	Ética y Profesionalismo (Código deontológico, Valores profesionales)		Sí/No
2	Actividad Asistencial (Asistencia, Gestión clínica, actividades clínicas, estancias clínicas)		60 %
	Sub-Ámbitos de la actividad asistencial		
	Actividades clínicas/asistenciales	<i>Es imprescindible aportar indicios en este apartado que pueden ser suficientes.</i>	
	Estancias clínicas	<i>No es imprescindible aportar indicios en estos apartados.</i>	
	Actividades de gestión clínica		
3	Formación, Docencia e Investigación (FMC, Actividades de Docencia, Investigación, Otras actividades)		40 %
	Sub-ámbitos de Formación, Docencia e Investigación		
	Actividades de FC acreditada	<i>Es imprescindible aportar indicios en este apartado que pueden ser suficientes.</i>	
	Actividades Docentes	<i>No es imprescindible aportar indicios en estos apartados.</i>	
	Actividades científicas		
	Otros méritos y actividades		

La ponderación de los tres ámbitos que presenta el documento de la Comisión de RR.HH. del SNS, sugiere unos comentarios de especial interés. El primer comentario es que el ámbito de los valores no está sujeto a una valoración específica, es dicotómico: o se cumplen o no se cumplen. Sin embargo, los otros dos grupos, actividad asistencial primero y formación, docencia e investigación después, no solo se ponderan, sino que se propone a la actividad asistencial una ponderación mayor, concretamente de un 60%. Independientemente del valor concreto de esta ponderación lo que nos parece relevante es asignar mayor relevancia, en la evaluación del DPC/FMC, a la actividad asistencial. El mensaje es claro. Para ser catedrático, jefe de servicio, presidente de una institución, etc., son relevantes en su medida actividades de formación, docencia o investigación, incluidos premios, patentes u otras distinciones. En cambio, para asegurar que un paciente está atendido con la adecuada competencia lo que cabe valorar en primer lugar es el desempeño profesional en la actividad asistencial. El jefe de servicio deberá tener cualificaciones específicas para ejercer su cargo, pero todos los médicos del servicio, desde el jefe a los adjuntos, deberán tener la adecuada cualificación competencial clínica para atender a los pacientes.

Independientemente de la valoración numérica y el puntaje que los documentos del Ministerio proponen, que podrían ser matizables, incluso diferenciarse entre especialidades, la filosofía que sustenta la propuesta ministerial nos parece acertada.

Como ya ha sido comentado, es acertada la propuesta de que las actividades clínicas tengan mayor ponderación que las de formación, y en segundo lugar también es acertado que dentro de cada ámbito se pueda alcanzar la valoración positiva solo con las actividades clínicas/asistenciales en el primer caso, y solo con las actividades de formación continuada en el otro. Las actividades clínicas/asistenciales del ámbito asistencial y las actividades de formación continuada acreditada del ámbito de formación, docencia e investigación son propias de todos los médicos, mientras que no es obligado que otras actividades (publicaciones, investigación, estancias) las puedan aportar todos los profesionales.

La actividad clínica, la competencia, debe ser lo más relevante en la valoración del DPC, por encima de cargos de gestión, premios y honores o investigación

Así como los indicadores para el apartado de la formación continuada se pueden determinar con facilidad, ya que solo se requiere consensuar un número determinado de créditos de formación continuada (ver Anexo I), los indicadores del apartado de las "Actividades clínicas/asistenciales" resultan más complejos de definir. En base a los nuevos programas de formación especializada, estructurados en "*Competencias*", entendemos que resulta obligado generar los indicadores clínicos también en base a competencias. Serán pues las CNEMs y las SS.CC. quienes deberán especificar primero cuales son las competencias que evaluar periódicamente, así como

los indicios o pruebas que se deberían aportar en cada caso. Sin duda, ayudarse de experiencias internacionales para determinar tanto ámbitos como indicios sería de gran ayuda, aunque se debe tener en cuenta la gran variabilidad observada a nivel internacional. Los ETR (7) de la UEMS pueden ser de gran utilidad para consensuar las competencias de cada especialista.

La obligatoriedad/voluntariedad de este proceso es una cuestión que considerar. Teniendo en cuenta que la valoración del DPC/FMC debe de ser de mínimos y universal, y que su primera justificación es la seguridad del paciente, entendemos que hay argumentación suficiente para que, de una forma progresiva y escalonada, se instaurara de forma universal y, por tanto, obligatoria para todos los profesionales con ejercicio clínico. Sin embargo, las propuestas de SS.CC. o *boards* europeos que quisieran desarrollar requisitos de mayor exigencia definiendo diferentes niveles de excelencia no deberían en ningún caso ser obligatorios. Entendemos que implantar desde el punto de partida la obligatoriedad de la evaluación del DPC/FMC puede no ayudar a la aceptabilidad y viabilidad del proceso y que, por tanto, se podría diseñar un calendario gradual de desarrollo. Es más, se podría considerar un proceso voluntario, aunque el empleador, público o privado, en aras de la seguridad del paciente, pueda exigirlo como requisito a los médicos con práctica asistencial, convirtiéndolo así, en voluntario de hecho y en obligatorio *de facto*.

Finalmente hay que considerar la necesidad de que una vez esté establecido el proceso de evaluación del DPC/FMC, y dada su condición tanto de mínimos como de seguridad para el paciente, ha de ser válido en todo el territorio nacional, ya sea a partir del reconocimiento ministerial o de la consejería autonómica correspondiente.

Una vez esté establecido el proceso de evaluación del DPC/FMC, y dada su condición de mínimos y de seguridad para el paciente, ha de ser válido en todo el territorio nacional

Cuando debe realizarse el proceso

Una vez terminada la especialidad, la vida laboral de un médico durará, aproximadamente, entre 35 y 40 años si bien puede continuar con ejercicio activo unos años más. Debe entenderse que justo al terminar la especialidad dispone de un primer periodo en el que no sería necesario que revisase su formación y por tanto su primera evaluación podría ser tras 6 años de terminada la especialidad. Parece adecuado que un médico a lo largo de su ejercicio deba revisar su competencia profesional no más de 5-6 veces lo que nos lleva a una revisión cada 5 o 6 años. En los documentos de la Comisión de RR.HH. del SNS ya citados sobre el Desarrollo Profesional (5, 6), se propone que el periodo sea cada 6 años, lo que concuerda con la pauta comentada.

Un aspecto para valorar es si las sucesivas evaluaciones han de ser de iguales características o ir modificándose a lo largo del curso del DPC/FMC. Seguramen-

te, cada especialidad valorará esta cuestión y aportará información adecuada que permita realizar propuestas específicas según la especialidad de que se trate y el periodo profesional en el que se realice la recertificación.

Quién o quiénes deben realizar el proceso

En España los cuatro actores principales (Cuadro 6.4.) tienen argumentos para defender su participación en la evaluación del DPC/FMC; por tanto, la exclusión de uno de ellos será siempre origen de conflicto. Percibiremos enseguida que subyace la dialéctica entre autoridad y potestad como factores del entramado social. Unos, los profesionales agrupados en colegios y sociedades científicas disponen de la autoridad que es la *verdad* socialmente reconocida, mientras que los otros, la administración, dispone de la potestad que es el *poder*, también socialmente reconocido. Los dos grupos tienen en común el reconocimiento social, pero divergen en que la esencia de la autoridad de colegios y sociedades científicas se halla en el *saber*, mientras que la de la potestad de la administración se encuentra en el *poder*, en este caso plasmado a partir de disposiciones legales publicadas en el BOE. Poner en sintonía la dicotomía entre los dos tipos de autoridad, la *autoritas* y la *potestas*, no solo no debe considerarse como un problema, sino que debe permitir delimitar y conjugar los límites del ejercicio del poder en su interacción con el saber científico-técnico.

En España los cuatro actores principales tienen argumentos para defender su participación en la evaluación del DPC; por tanto, la exclusión de uno de ellos será siempre origen de conflicto

España, integrada en la Unión Europea (UE), sujeta al Tratado de la Unión Europea (TUE)/Tratado de Maastricht⁽⁸⁾, debe seguir en la distribución de tareas de cualquier proceso en general y en el proceso de la evaluación del DPC/FMC en particular, el principio de subsidiariedad.¹³ Por ello, la administración sanitaria, como uno de los actores principales del DPC/FMC, debe asumir sus responsabilidades y establecer las mejores sinergias apoyándose en los otros actores cualificados. En el proceso del DPC/FMC, como en cualquier otro, la administración es siempre responsable de:

En la valoración del DPC y la recertificación y en su ejecución debe prevalecer el principio de subsidiariedad de la UE

- que se haga, lo que se deba hacer,
- que lo que se haga, se haga bien, y
- que lo haga quien sabe hacerlo (aplicando el principio de subsidiariedad).

13 Tratado de la UE. Preámbulo: ...Resueltos a continuar el proceso de creación de una unión cada vez más estrecha entre los pueblos de Europa, en la que las decisiones se tomen de la forma más próxima posible a los ciudadanos, de acuerdo con el principio de subsidiariedad...

Solo en el caso, excepcional, de que no hubiese quien asuma hacer lo que se deba hacer, la administración debería responsabilizarse de ejecutar la acción.



Figura 1: Actores en los procesos de evaluación del DPC/FMC

Por su lado, el mundo profesional, el más cercano a los médicos, no solo está en situación privilegiada para asumir el DPC/FMC, por su proximidad, sino que está cualificado para asumirlo ya que posee la *autoritas*, el conocimiento experto, y los recursos, humanos y tecnológicos. La Figura 1 y el Cuadro 5.4 permiten visualizar de forma esquemática la participación y los roles funcionales de los actores en la evaluación del DPC/FMC.

En el grupo de los profesionales, colegios y sociedades científicas, también se delimitan responsabilidades según las funciones o competencias que tienen asignadas. Por un lado, los colegios, entidades de derecho público, son responsables de tutelar, generar y difundir *i)* el conocimiento deontológico, *ii)* el registro, y *iii)* las competencias comunes (propias de todos los médicos independientemente de la especialidad que ejerzan). Por otro lado, las SS.CC. son poseedoras y responsables de tutelar, generar y difundir las competencias específicas propias de cada especialidad sin descuidar su responsabilidad en las competencias transversales que les afectan.

A los actores institucionales principales cabe añadir otros actores institucionales, no protagonistas, pero que en función de su propia actividad e intereses pueden colaborar en la mejora del DPC/FMC. Entre estos actores debemos señalar al empleador, así como a las organizaciones sindicales, unos y otros actores principales en la Carrera Profesional.

Es posible que con frecuencia no se hayan tenido en cuenta estas dos últimas instituciones para definir y evaluar el DPC/FMC con el argumento de que no son

actores principales y ciertamente no lo son. Sin embargo, hay que reconocer que la definición y evaluación del DPC/FMC afecta y condiciona a la CP. Por ello, tanto uno como el otro, como protagonistas en los procesos de la CP, resultan afectados, al menos indirectamente, por las decisiones que se puedan tomar en relación con el DPC/FMC. Entendemos que es mejor buscar sinergias y complicidades con estos actores que mantenerlos al margen y por ello deberían incorporarse, al nivel que corresponda, con el convencimiento de que pueden ayudar y aportar conocimiento en el proceso de la evaluación del DPC/FMC (Cuadro 6.4.). Es forzosa una llamada de atención al empleador cuando este sea la propia administración. En este caso, como en cualquier otro conflicto de intereses, deben estar bien diferenciados los posibles roles que una misma institución puede desempeñar, en este caso los de empleador, regulador y certificador (Cuadro 6.5.).

Finalmente hay otro actor que no goza del título de protagonista ni tampoco del de actor concurrente en la evaluación del DPC/FMC, pero que sin embargo participa con frecuencia en las actividades de este ámbito. Hablamos concretamente de la industria, que ocupa un papel relevante como patrocinador (*sponsor*) de las actividades de DPC/FMC. Entendiendo que los procesos de acreditación de la FMC velan por la transparencia y la resolución de los posibles conflictos de interés, es igualmente válido aplicar a la industria el criterio señalado para el empleador o las organizaciones sindicales, esto es analizar las sinergias, requisitos y complicidades que contribuyan a la mejora de DPC/FMC (Cuadro 6.4.).

6.5. Metodologías, Instrumentos y Evidencias para la evaluación del DPC/FMC

Como se ha apuntado en el inicio de este informe, las tres metodologías para evaluar son:

- Preguntar.
- Observar.
- Analizar.

Sin embargo, según el nivel del *continuum* educativo que consideremos, establecemos diferencias en la aplicación de las metodologías y de los instrumentos (Cuadro 6. 9.). Por ejemplo, una metodología como “preguntar”, no la aplicaremos igual en el grado, en la formación especializada o en la formación continuada, pero la base metodológica es la misma: preguntar. En el grado podemos hacer directamente un examen (del tipo que sea) ya que tenemos a los estudiantes disponibles y podemos con facilidad fijar día y hora para una prueba que, habitualmente, explorará conocimientos. En la formación especializada también disponemos de la posibilidad de preguntar al residente de forma oral intentando explorar no solo conocimientos sino también y fundamentalmente razonamiento clínico.


Cuadro 6.9 Ejemplos de evidencias según la metodología y el nivel de la evaluación

Metodología	Evaluación del Alumno de grado	Evaluación del Residente	Evaluación del DPC/FMC
Preguntar	<ul style="list-style-type: none"> Examen escrito. 	<ul style="list-style-type: none"> Sesión oral. 	<ul style="list-style-type: none"> Credencial/Diploma de una actividad aprobada con examen.
Observar	<ul style="list-style-type: none"> Una práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> Como explora un paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> A través de una rúbrica obtenida en un taller. Un video de su actividad
Analizar	<ul style="list-style-type: none"> Informes de los tutores de prácticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Una historia clínica que haya realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> Auditoría de registros. Registro de actividad. Incidentes críticos. Informes e indicadores de actividad asistencial.

En la evaluación del DPC/FMC no resulta fácil ni sería conveniente solicitar la presencia del evaluado. En cualquier caso, la no presencia del evaluado no es óbice para disponer de instrumentos y evidencias para cada metodología.

Evidencias para evaluar el DPC/FMC

Efectivamente, para la evaluación del DPC/FMC se pueden y deben utilizar todas las metodologías y para cada una de ellas encontraremos en la literatura diferentes instrumentos ya comentados en la primera parte de este informe. El Cuadro 6.10. muestra diferentes evidencias para los instrumentos más comunes utilizados en la evaluación del DPC/FMC.

Cuadro 6.10 Evidencias para los instrumentos más comunes utilizados en la evaluación del DPC/FMC

Instrumento de evaluación	Evidencia
Exámenes escritos (Preguntar)	<ul style="list-style-type: none"> Certificados como docente o discente de cursos acreditados que requieran superar test de conocimientos (superar un examen). Certificados de superación de pruebas de aptitud europeas cuando los haya. Certificados de superación de pruebas de conocimientos de sociedades científicas y colegios profesionales cuando los haya. Examen o prueba de aptitud específica de la especialidad.

Observación directa (Observar)	<ul style="list-style-type: none">• La aportación de valoraciones de los colegas (<i>peer-review</i>) a través de rúbricas, listas de comprobación, etc.• La aportación de videgrabaciones de situaciones reales que los evaluadores podrán analizar, evaluación de práctica.
Observación 360° (Observar)	<ul style="list-style-type: none">• Informes de superiores, colegas o subordinados en la esfera de influencia del evaluado (Normalmente mediante encuestas / cuestionarios que recaben la información sobre el desempeño del profesional en determinados temas.
Análisis de Registros (Analizar)	<ul style="list-style-type: none">• Registros clínicos (historias clínicas anonimizadas, informes de laboratorio, notas clínicas, presentación del caso en sesión, etc.).
Certificados de actividad profesional (Analizar)	<ul style="list-style-type: none">• Comités del hospital, o de la SS.CC.• Protocolos (Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs) propietario, autor o revisor).• Certificado de: Comisión de docencia del centro, Entidad organizadora, Universidad, Organismo oficial, Sociedad científica, etc.
Informes de actividad profesional (Analizar)	<ul style="list-style-type: none">• Datos estadísticos e indicadores (de la actividad de la sección/ unidad de que se es responsable).• Informes de superior jerárquico.
Portafolio (Preguntar + Analizar)	<ul style="list-style-type: none">• Reflexión sobre un proceso de la practica.• Elaborar un informe técnico sobre un incidente crítico, problema concreto.

6.6. Acciones de futuro

La evaluación del DPC/FMC es una asignatura pendiente que nadie se decide a abordar en profundidad y de forma específica por su complejidad y por generar cierta sensación de temor en los actores principales, Colegios, SS.CC., CNECS y administraciones sanitarias. Temor a que los médicos lo entiendan como una traba más, a las muchas de su actividad profesional, y obstaculicen el proceso instrumentándolo en contra de las instituciones que representan.

Entorno al DPC/FMC es necesario que los actores, principales y concurrentes, se movilicen con un plan común, para desarrollar el máximo de sinergias posibles

Sin embargo, hemos expuesto que la evaluación del DPC/FMC es un proceso *win-win* y que por tanto el problema está en saber explicarlo a cada médico individualmente de forma comprensible, fácil, y alentadora.

Es necesario que los actores principales se movilicen con un **plan común** y contar con la participación del resto de actores para desarrollar **el máximo de sinergias** posibles. No hay necesidad de actuar con prisas, pero es necesario **no**

pararse ni dilatar innecesariamente el proceso. Hay que hacerlo **fácil y transparente**. Hay que llamar a las cosas por su nombre, y dejar claro que la evaluación del DPC/FMC no es otra cosa que la **recertificación profesional** exigible para ejercer. Y hay que explicar que es exigible para ejercer porque es el **control de calidad que demanda el paciente/ciudadano**.

El DPC/FMC y su evaluación no son otra cosa que la recertificación profesional

¿Y que hay que hacer? Pues que cada uno de los actores principales asuma hacer lo que le toca, coordinadamente con los otros, para después, coordinarse con el resto de los actores para afinar la propuesta final común.

Situación actual

Todos los actores han hecho parte de su trabajo, lo cual es de agradecer, pero no lo han hecho ni coordinada ni conjuntamente, lo que ha provocado lentitud en las acciones individuales y falta de recorrido del proceso.

¿Qué ha hecho la Administración Sanitaria?

La Administración sanitaria, a través de la DGOP, coordinó un grupo de trabajo de representantes autonómicos que elaboró dos documentos, citados repetidamente en este trabajo (5, 6), que definieron una buena base operativa para desarrollar la evaluación del DPC/FMC o, si se prefiere, para afrontar la recertificación de los médicos. Estos dos trabajos fueron aprobados por la Comisión de RR.HH. del SNS respectivamente en el 2012 y el 2014:

- Documento 1: Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP), Comisión de RR.HH. del SNS, (fecha de aprobación: 6 de septiembre del 2012).
- Documento 2: Proceso de evaluación del Desarrollo Profesional (DP), Comisión de RR.HH. del SNS, (fecha de aprobación: 3 de junio del 2014).

Desde el 2014 hasta el 2021 la Administración sanitaria no ha avanzado ni sobre en el DPC/FMC ni sobre el proceso de recertificación. En el último borrador de RD de formación Especializada que salió a trámite de información pública a mediados del 2021, se introduce por primera vez en un texto legislativo de sanidad el concepto de “recertificación” en su adicional segunda. A finales de 2021 el Ministerio de Sanidad ha encargado dos informes, uno para evaluar el estado de la recertificación en Europa y otro para proponer un proceso de recertificación en España, aparentemente ligado a la formación especializada, en detrimento de la LOPS que vincula la recertificación a la FMC y al DPC.

En dicho borrador de *RD por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud...*, aparece la palabra “recertificación” ligada

a la formación especializada, pero sin que se defina el proceso ni se explique el procedimiento para realizarlo. Esta propuesta sorprende ya que Colegios y SS.CC., con mayor o peor acierto, han ido construyendo durante 7 años una estructura para el DPC/FMC y para la recertificación en base a la propuesta explicitada por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad. Esta adicional segunda, sin que las partes la hayan consensuado, pone en entredicho el trabajo realizado sobre la evaluación del DPC/FMC y conjuntamente el de la recertificación. Además, como ya ha ocurrido en otros países (Ej. en el Reino Unido), al convertir la recertificación en un acto administrativo ha perdido su valor real y su capacidad como control de calidad y seguridad de la atención del paciente.

Los documentos referidos aprobados por la Comisión de RR.HH. del SNS son documentos técnicos y, legalmente, no condicionan actuaciones y nuevas propuestas legislativas de la DGOP. Pero, si bien no lo hacen legalmente, desconsiderar los principios aprobados en su momento por las diferentes formaciones políticas, y no tener en cuenta el laborioso trabajo realizado en base a dichos acuerdo por Colegios, FACME y SS.CC., no auguraría un buen comienzo para la recertificación de los médicos españoles. Como tampoco lo tendría cualquier diseño en el que no hayan tomado parte activa todos los actores.

Documentos técnicos sobre el DPC y la recertificación aprobados por la Comisión de RR.HH. del SNS no condicionan nuevas propuestas legislativas, sin embargo, desconsiderarlos no augura un buen comienzo para la recertificación de los médicos españoles

¿Qué han hecho los Colegios Oficiales de Médicos?

Posiblemente son los que tanto a nivel teórico como práctico han avanzado más. Hace más de 12 años los Colegios Oficiales de Médicos, a través de su Consejo General (CGCOM), definieron e implementaron un proceso denominado Validación Periódica de la Colegiación (VPC) con la idea de validar de una forma sencilla las responsabilidades colegiales frente a la ciudadanía. Esto es, con el programa de la VPC los Colegios intentan ayudar a la formación y práctica deontológica de cada médico y validarla, revisar su salud para la práctica profesional, asegurar que el médico sigue profesionalmente en activo y, como cuarto elemento, ayudar a la formación de sus competencias comunes y, si es el caso, validarlas.

La VPC ha conseguido una implantación en toda España del 7,5 % de la colegiación,¹⁴ aunque su distribución es muy variada. Desde Colegios que activamente no se han interesado en participar en el programa de la VPC, hasta CC.AA. que han hecho un esfuerzo importante llegando a una participación del 35 % de la colegiación.

14 Sobre una colegiación aproximada de 270.000 médicos.

En cualquier caso, la VPC se encuentra en un impasse dado que si la VPC no va seguida del reconocimiento de las SS.CC. por una parte, y de la Administración sanitaria por otra, es difícil que el médico entienda el significado final de lo que debería ser un proceso de recertificación.

Con posterioridad a la implantación de la VPC, el CGCOM ha intentado activar otro programa denominado VPC-R. Este programa consiste en unir dos procesos, la VPC por una parte y la recertificación de las competencias específicas de las diferentes especialidades médicas. A pesar del interés específico de algunas SS.CC., el progreso de este programa ha sido escaso.

La estrategia de la VPC-R, trabajada desde el CGCOM, se basaba en conjugar sucesivamente varias etapas:

- Implementar la credencial VPC a nivel colegial.
- Estimular a las SS.CC. y a FACME a que definieran su programa y credencial de recertificación a nivel de cada especialidad, la R.
- Sumar la VPC con la R para otorgar una nueva credencial, la VPC-R.
- Dirigirse, juntamente con FACME, al CNECS primero, y a la DGOP después para que valorara la idoneidad del proceso VPC-R, sugiriéndose posibles mejoras y se incorporara como actor, en el proceso de la valoración del DPC/FMC o recertificación profesional.

El tiempo ha puesto en evidencia que la estrategia de alinear sucesivamente a los actores principales fue un error.

- Los colegios no han sido capaces de universalizar la VPC, (un 50% de la colegiación hubiese sido suficiente).
- Las SS.CC. no han avanzado por diversas razones, siendo la principal no considerar que la unión hace la fuerza.
- Y la Administración sanitaria, la DGOP, seguramente no ha tenido la valentía de destapar el proceso del DPC/FMC porque lo visualiza como un conflicto en lugar de un *win-win*.
- Y aún hay otro error, como es el de no incorporar los actores concurrentes,¹⁵ los actores de reparto, que en mayor o menor medida deben fortalecer el proceso.

Si esta estrategia fue un error, y lo fue porque no ha funcionado, queda la alternativa de proponer otro abordaje.

¹⁵ Empleadores, Sindicatos, Estudiantes, Industria, etc.

¿Qué han hecho las SS.CC.?

Tampoco se puede decir que las SS.CC. no se hayan interesado, explícita o implícitamente, por los procesos de recertificación. Diversas SS.CC. ha entendido que el primer paso que les incumbe para poder realizar la recertificación de sus especialistas es definir sus competencias, transversales y específicas, y el segundo paso era estudiar y proponer los posibles instrumentos y evidencias disponibles para realizarlo. Son varias las SS.CC. que dentro o fuera del marco de FACME se han puesto manos a la obra y han definido competencias, y han propuesto instrumentos y evidencias para evaluarlas. No es desacertado, según nuestro conocimiento actual, decir que más de un tercio de las especialidades han recorrido correctamente estas etapas, y quizá, pudieran ser más las que han trabajado ya competencias específicas, instrumentos y evidencias.

Sin embargo, todas las SS.CC. han de asumir colectivamente que el proceso de recertificación ha de mantener unas normas básicas de uniformidad entre todas ellas, aunque no debe ser óbice para que cada SS.CC. tenga el grado de libertad suficiente para desarrollar sus características. Por otro lado, las SS.CC. han de juzgar que, si bien es cierto que son figuras centrales tanto en la definición como en la ejecución, hay otros actores relevantes, CNECS, Colegios y Administración sanitaria, y aún hay otros actores concurrentes (empleador, organizaciones sindicales, estudiantes, la industria, etc.) con capacidad de aportar ideas y establecer sinergias enriquecedoras.

Acciones por desarrollar

Disponemos de metodologías, instrumentos, y evidencias, aceptados internacionalmente, para evaluar el DPC/FMC. Disponemos de reconocidos expertos para hacerlo. Nos falta la voluntad de hacerlo. Y ese es el problema, ya que se requiere no solo la voluntad en abstracto sino la voluntad particular de todos y cada uno de los actores involucrados.

Dado que Colegios y SS.CC. no han sido capaces de desencallar los roces entre actores y alinearlos, alguien podría vislumbrar un camino rápido para desarrollar la evaluación del DPC/FMC y la recertificación. Nos referimos a un Real Decreto Ley sobre el DPC/FMC. Entendemos que la tentación de utilizar esta vía puede ser real. Sin embargo, lo sucedido en el Reino Unido, nos debería advertir que amén de rápido no es la vía para conseguir su propósito real que no es otro que un efectivo control de calidad para la seguridad del paciente. El RD que a medio plazo debería generarse, debe nacer como resultado de un trabajo previo, armonizador, para estrechar voluntades y establecer el máximo número de sinergias.

Las cuestiones técnicas del proceso del DPC/FMC y su evaluación ya se están trabajando y no debería ser difícil consensuarlas. Lo que queda por desarrollar no

son las cuestiones técnicas, sino la voluntad política. Entendemos y proponemos que el único camino que conduce al éxito para la implementación del DPC/FMC 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 trabajo de los técnicos.

Las cuestiones técnicas del proceso del DPC/FMC y su evaluación ya están solucionadas y no hay que darle más vueltas. Lo que queda por desarrollar no son las cuestiones técnicas, sino la voluntad política

Nuestra propuesta es sencilla. Se solicita a la DGOP que institucionalmente encargue un grupo de trabajo con representación de los actores profesionales principales, CNECS, CNEMs, CGCOM y FACME, para que elaboren una propuesta para la recertificación del DPC en España. Dicha propuesta, consensuada con todos los actores, principales y concurrentes, debería inspirar la norma administrativa que fuera pertinente.

6.7. Consideraciones finales

Podemos asumir sin riesgo a equivocarnos que existe un consenso conceptual general y acerca de la necesidad de que se evalúe la situación competencial de los profesionales a lo largo de toda su trayectoria, y de que esta evaluación no tenga un carácter punitivo sino todo lo contrario, que sea visualizada tanto por las instituciones, administración y organizaciones profesionales como un instrumento de soporte para el propio desarrollo profesional así como para la mejora del ejercicio y de la garantía de calidad de la atención prestada a la ciudadanía.

A pesar de ello persisten dificultades para su pleno desarrollo en España derivadas de la complejidad del problema y de la ausencia hasta hoy de un marco de coordinación bien definido y estable en el tiempo entre todos los actores implicados, sean protagonistas o concurrentes según el tema concreto a abordar.

Como colofón a estas líneas queremos hacer un llamamiento a la administración, instituciones y organizaciones para crear este marco de coordinación a la mayor brevedad posible y en un contexto de confianza mutua y amplitud de miras.

6.8. Referencias

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. Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP), junio del 2013, Comisión de Recursos Humanos, del Consejo Interterritorial de Salud.
6. Proceso de evaluación del Desarrollo Profesional (DP), noviembre del 2013, Comisión de Recursos Humanos, del Consejo Interterritorial de Salud.
7. European Standards in Medical Training, ETRs. <https://www.uems.eu/areas-of-expertise/postgraduate-training/european-standards-in-medical-training>.
8. Tratado de la Union Europea (TUE)/Tratado de Maastricht, de 7 de febrero de 1992. <https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/es/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/maastricht-treaty>.

Anexos

Anexos

- **Anexo I.** Acreditación de las actividades de FMC y de DPC.
- **Anexo II.** Documentos de Consenso de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Anexo I

Accreditación de las actividades de FMC y de DPC

- I. **Criterios básicos que deben reunir las actividades de DPC/FMC.**
- II. **Control de calidad; ex ante y ex post.**
- III. **Sesgo en las actividades de formación.**

Listar todas y cada una de las actividades que realiza un profesional (por ejemplo, en una lista, en un portfolio o en un archivo informatizado) sería una manera de saber que actividades ha realizado un profesional, para poder posteriormente evaluarlas. Pero esto presenta algunos problemas logísticos. Esta lista puede hacerse larga y compleja, pero sobre todo genera la dificultad de comparar unas actividades con otras. ¿son todas de la misma calidad? ¿de la misma extensión? ¿las hay con poco contenido versus otras con un contenido extenso? Es evidente que 10 actividades aportadas por un profesional pueden contener menor o peor formación y conocimientos que una sola actividad que presente otro médico. Por ello, se ha universalizado un sistema para puntuar numéricamente la FMC y en parte también el DPC. Este sistema de puntuar consiste en someter las actividades de DPC/FMC a una evaluación sistemática realizada por expertos que terminan asignado un número de créditos a cada actividad. El sistema acreditador termina enviando al promotor o responsable de las actividades de FMC una credencial en la que se comunica el número de créditos máximo que puede conceder dicha actividad. Estas credenciales fiables y creíbles se han convertido en créditos de formación continua. Ya no vale haber hecho una actividad de formación, hoy es necesario que esta actividad esté acreditada con un número “*n*” de créditos. Eso nos permite que al presentarnos delante del que ha de juzgar un currículo (generalmente el empleador) se pueda obviar la farragosa lista de actividades realizadas y presentemos el número de créditos obtenidos: tengo tantos créditos de FMC. Ya no necesito nada más. Se desprende que quien tenga más créditos habrá hecho más actividades de formación y por tanto habrá adquirido o actualizado conocimientos. Es posible que esta última afirmación no sea exactamente correcta, y que podamos encontrar excepciones, pero podemos aceptar como coherente la generalización de “a más créditos, más formación”.

Los créditos en el DPC/FMC han introducido un índice numérico que resulta creíble y manejable. Así pues, no hemos tenido inconveniente en desarrollar sistemas de acreditación de la FMC basados mayormente en dos parámetros, la calidad (objetivos, contenido, profesorado, metodología, y evaluación) y la duración (a más horas más formación y por ende, más créditos). No es pretensión de este trabajo valorar los procesos de acreditación de la FMC, por ello, el Anexo I describe los aspectos relevantes de la acreditación de actividades de FMC y de DPC.

I. Criterios básicos que deben reunir las actividades de DPC/FMC

La UEMS define una serie de criterios básicos que debe reunir una actividad de DPC/FMC. Estos criterios, consensuados por un panel muy amplio de expertos, nos define un espacio donde se debe encontrar una actividad de DPC/FMC. En base a los criterios de la UEMS la Cuadro I muestra lo que podríamos calificar de criterios básicos que debe cumplir una actividad de DPC/FMC.

Un promotor de actividades de FMC debe tener presente los aspectos claves de las actividades de FMC (Cuadro I), aspectos que forzosamente serán valorados si dicha actividad se somete a un proceso de acreditación. El promotor debe haber fijado el/los objetivo/s que se pretenden alcanzar y, más específicamente, si dichos objetivos son pertinentes en el marco (temporal, estructural, económico, etc.) en el que se proponga la actividad. Una misma actividad puede ser pertinente para un colectivo, pero puede no serlo para otro colectivo.

Cuadro I. Criterios básicos de las actividades de DPC/FMC

Todas las actividades de DPC/FMC deben

1.	Estar estructuradas en base a objetivos que satisfagan las necesidades educativas previamente detectadas y definidas.
2.	Identificar los objetivos perseguidos y explicitar los resultados educativos esperados.
3.	Presentar un programa actualizado que incluya los recursos (humanos y materiales), la organización y la logística.
4.	Proponer un programa que incluya: <ol style="list-style-type: none"> la metodología docente relacionada con los objetivos propuestos, la población diana a la que se dirige, y la metodología para promover el aprendizaje activo y el aprendizaje de adultos.
5.	Contar con el compromiso del alumno y deben contemplar indicadores de participación del alumno en la actividad formativa.
6.	Cumplir con: <ol style="list-style-type: none"> estándares de calidad definidos, un proceso de control de calidad, y los criterios de confidencialidad, así como con las regulaciones vigentes.
7.	Identificar la organización proveedora de la actividad, indicando al Director, según corresponda, a los Comités organizador y científico.
8.	Incluir: <ol style="list-style-type: none"> la declaración de Conflicto de Intereses de todos los implicados (organizadores y profesorado), y la confirmación de la resolución de cualquier conflicto de intereses.

9.	Explicar como se financian y confirmar: a) que no tienen sesgo comercial, b) que el contenido de toda la actividad está libre de cualquier influencia de los patrocinadores (<i>sponsor</i>), y c) que todo el material educativo esta libre de cualquier forma de publicidad o sesgo.
10.	Incluir: a) la evaluación de la actividad por el alumno, y b) la evaluación de la actividad por el proveedor.

Por otro lado, una actividad de FMC debe contar con los recursos humanos (profesorado) y los recursos materiales necesarios, la logística adecuada, y la metodología pertinente para su correcta ejecución y desarrollo. Si se pretende dar a conocer un nuevo programa de vacunación es posible que un aula con pizarra o proyector sean suficientes, sin embargo, si se pretende que el alumno aprenda a suturar, el aula con pizarra no sería un recurso adecuado, ya que necesitaremos un quirófano (real, experimental o simulado) y una piel (experimental o real) que suturar. Finalmente, es obvio que el proceso enseñanza/aprendizaje requiere de una metodología adecuada para el aprendizaje del alumno. Aunque la evaluación es un aspecto más de la metodología, debe dársele una relevancia especial por su peso en el proceso enseñanza/aprendizaje (ver Cuadro II).

Cuadro II. Aspectos claves de las actividades de FMC

1.	Objetivos claros
2.	Pertinencia
3.	Organización y logística adecuadas y suficiente
4.	Metodología coherente con los objetivos
10.	Evaluación del alumno, del profesorado, y de la actividad

II. Control de calidad; *ex ante* y *ex post*

Ningún proceso debe estar libre del control de calidad. Y el control de calidad debe ser ante y post. En el mundo sociosanitario no es esperable que un promotor pretenda distribuir un producto que el mismo considere que no reúne los estándares de calidad exigidos. En cualquier caso, dadas las consecuencias para el ciudadano/paciente, el promotor de actividades de FMC debe estar seguro de la calidad de sus propuestas, mediante el concurso de expertos externos a la actividad.

Por otro lado, debemos tener en cuenta la evaluación *ex post*. Por un lado, la opinión de los implicados, alumnos y profesorado, sobre la formación recibida/im-

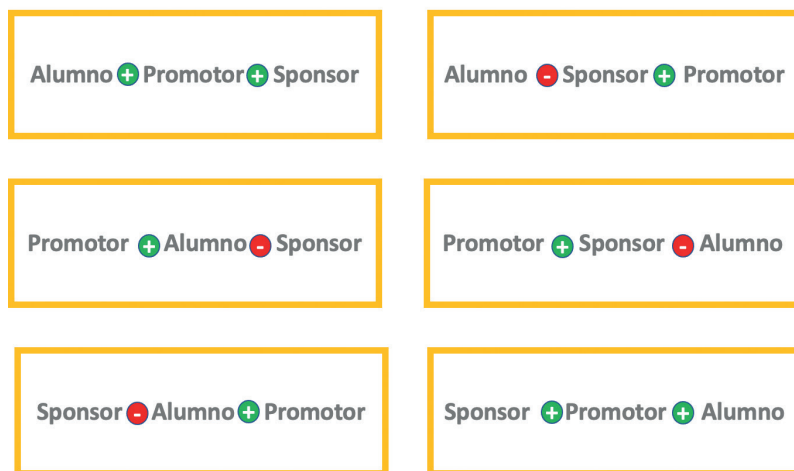
partida, y por otro lado el análisis de los resultados de la actividad. Unos y otros son datos vitales del control de calidad que, en ningún caso, deben obviarse.

III. Sesgo en las actividades de formación

Otro elemento relevante y común de las actividades de DPC/FMC es que no han de presentar sesgo alguno. La industria, fundamentalmente farmacológica y tecnológica, genera permanentemente innovaciones metodológicas, terapéuticas, y nuevas estrategias que llegan a los profesionales para ser implementadas o utilizadas.

La industria cuya investigación y producción va dirigida al mundo sanitario en general y a los médicos en particular, tiene derecho, como el fabricante de jabones o el vendedor de limones, a publicitar su producto en el entorno que vaya a utilizar el producto. Pero todos los actores del DPC/FMC deben exigir que se diferencie lo que es promoción del producto de lo que es FMC.

Figura 1. Relaciones adecuadas + e inadecuadas - entre [Patrocinador/Sponsor] – [Promotor/Organizador] – [Alumno]



Asegurar por parte de todos los implicados que se diferencie promoción de formación es asegurar la falta de sesgo. Por tanto, todas las actividades de formación deben haber resuelto, si los hubiere, cualquier conflicto de intereses. Patrocinar (*sponsorizar*) la FMC no solo no debe criminalizarse, sino que debe facilitar aplicando los procedimientos necesarios para deshacer cualquier conflicto de interés entre el promotor y el patrocinador (*sponsor*) (ver Figura 1).

Criterios básicos que deben reunir las actividades de DPC/FMC

La UEMS define una serie de criterios básicos que debe reunir una actividad de DPC/FMC. Estos criterios, consensuados por un panel muy amplio de expertos, nos define un espacio donde se debe encontrar una actividad de DPC/FMC. En base a los criterios de la UEMS la Cuadro II muestra lo que podríamos calificar de criterios básicos que debe cumplir una actividad de DPC/FMC.

Anexo II

Documentos de Consenso aprobados en el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud:

- “Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP)”, (fecha de aprobación de 6 de septiembre de 2012).
- “Documento técnico sobre el proceso de evaluación del Desarrollo Profesional”, (fecha de aprobación 3 de junio de 2014).

Desarrollo Profesional Continuo (DPC) Y Desarrollo Profesional (DP)

Comisión de Recursos Humanos del SNS
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Dirección General de Ordenación Profesional
Subdirección General de Ordenación Profesional

6 de septiembre de 2012



Introducción

El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y el Desarrollo Profesional (DP) se han incorporado en los últimos años al contexto sanitario de forma progresiva, aunque también heterogénea. Dada la multiplicidad de agentes implicados, existen diferentes visiones y perspectivas sobre el mismo. Además, debe distinguirse con claridad los conceptos genéricos y académicos del DPC y DP, de lo que son sus herramientas de desarrollo práctico entre las que destacan los instrumentos para su valoración. Por otra parte, las características propias de los sistemas de salud de las diferentes Comunidades Autónomas muestran diferentes implementaciones del DPC y del DP y más concretamente diferencias en su valoración. Este documento debe perseguir dos aproximaciones, *i)* definir para el SNS el concepto académico de DPC y DP en base a los estándares reconocidos internacionalmente, y *ii)* establecer los elementos comunes para su evaluación que permitan a las Comunidades Autónomas utilizar los instrumentos y procedimientos que mejor se adapten a las características de su sistema de salud y permitan definir el marco de DP del SNS.

El DPC se entiende, desde una perspectiva internacional, fundamentalmente como un proyecto de carácter individual del profesional sanitario, enmarcado en el ideario del profesionalismo, que tiene sus raíces en el compromiso ético-profesional de mantenerse competente durante la vida activa, con objeto de ofrecer en todo momento una actuación adaptada a las corrientes científico-sanitarias del momento y al sistema sanitario en el que se desenvuelve profesionalmente. Este concepto del profesionalismo tiene antecedentes en abundantes publicaciones científicas y en diversas experiencias nacionales y supranacionales, de las que se desprenden los principios que lo sustentan y que implican no solamente un compromiso personal con el bienestar de cada uno de sus pacientes, sino también un esfuerzo colectivo para mejorar los sistemas de salud y el bienestar de la sociedad. Estos principios del profesionalismo implican que el profesional sanitario asuma el compromiso de man-

tener su competencia profesional desarrollando un proceso de aprendizaje y mejora continua que dure toda su vida; a la vez que desarrolla la responsabilidad de realizar un trabajo en equipo, esforzándose en aumentar la seguridad, evitar el uso excesivo de recursos y optimizar los resultados de sus acciones profesionales.

Desde la perspectiva de la World Federation for Medical Education (2004) el DPC es el periodo de educación y formación de los profesionales que comienza tras la formación básica y de postgrado —en su caso— y que a partir de aquí se extiende a lo largo de toda la vida profesional.

En el SNS el DPC debe entenderse desde una perspectiva global e integradora de elementos de formación/aprendizaje, de valoración de la actividad asistencial, docente, investigadora y de gestión clínica, de la capacidad de respuesta a los cambios del entorno, de la capacidad de reflexión sobre la propia práctica y su repercusión individual, social y organizativa. En definitiva, del mantenimiento y progreso competencial y de su evaluación. Es evidente la repercusión que el DPC del profesional tiene en la organización en la que este presta sus servicios. Por ello, las organizaciones deben utilizar el Desarrollo Profesional (DP) como una opción estratégica de gran utilidad en la motivación de los profesionales. Los Sistemas de Salud de las CC.AA. deben utilizar el DP como estrategia de mejora de la calidad de sus servicios y deben aprovecharse del esfuerzo individual que representa el DPC. En este contexto de las organizaciones el elemento esencial es garantizar a la ciudadanía la calidad de las actuaciones de los profesionales sanitarios mediante un sistema que asegure el mantenimiento y mejora de la competencia de los profesionales sanitarios y del equipo asistencial en su conjunto reconociendo el esfuerzo individual y proporcionando mecanismos de estímulo, soporte, facilitación, reconocimiento y progresión profesional. Ello supone dar un paso más en los procesos de la evaluación de los profesionales focalizando estos hacia la evaluación de competencias. La formación de los profesionales, especialmente en el segundo y tercer periodo del *continuum* formativo, debe avanzar hacia el concepto de aprendizaje auto-dirigido adquiriendo cada vez más protagonismo el DPC ya que engloba el abanico completo de los procesos de formación aprendizaje.

Marco de referencia

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, sitúa a los profesionales sanitarios como uno de los elementos esenciales para modernizar y alcanzar las cotas de calidad que la sociedad demanda a nuestro sistema sanitario.

Para afrontar las exigencias técnicas, científicas y profesionales, la Ley enmarca, el concepto de DP, como el aspecto básico en la modernización del SNS y lo relaciona con tres instrumentos: la formación continuada, la carrera profesional y la

evaluación de competencias, que se reconocen así como herramientas externas de motivación profesional.

Esta finalidad, con sus tres herramientas, no debe confundirse con el también denominado “Desarrollo Profesional”, previsto en el Título III de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

A diferencia del desarrollo profesional previsto por la Ley 16/2003, el Desarrollo Profesional constituido por la Ley 44/2003, no se configura para el cumplimiento de una finalidad institucional (la modernización del Sistema Nacional de Salud), cuya ejecución beneficia automáticamente a la generalidad de sus actores, sino que se trata de un sistema creado para estimular, mediante el reconocimiento público y expreso, la evolución, madurez, implicación y desempeño profesional que de forma particular, voluntaria e individual puede alcanzar el profesional sanitario titulado a lo largo de su trayectoria profesional, valorándose para ello los aspectos previstos en el artículo 37.1 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

El Desarrollo Profesional así considerado, únicamente es predecible para los profesionales sanitarios titulados referidos en los artículos 6 y 7 de la Ley 44/2003, y aún más, no para todos, sino sólo para aquéllos que voluntariamente acceden al Sistema de Desarrollo Profesional.

Así mismo, y habida cuenta que los méritos y beneficios que deberán otorgar los sistemas autonómicos de DP deben ser reconocidos de forma pública en todo el SNS y por los propios ciudadanos, se entiende la conveniencia de establecer unos principios y criterios flexibles que proporcionen el marco para el acceso del personal sanitario a los *sistemas* particulares de DP de cada Comunidad Autónoma. Este marco de referencia debe proporcionar comodidad tanto al SNS y a las Comunidades Autónomas que desarrollen su sistema de DP particular, como a las partes implicadas en su organización, esto es:

- i) Los entes co-reguladoras (administración/es y corporaciones profesionales).
- ii) los empleadores del SNS (que coexistan).
- iii) Los profesionales.

Dado que la administración juega un papel múltiple en este contexto (empleador, regulador, y certificador), será especialmente cuidadosa en diferenciar adecuadamente los tres roles.

No debe olvidarse la íntima conexión existente, aunque con diferencias esenciales, entre la Carrera Profesional que, de forma generalizada, el marco jurídico reconoce para todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Desarrollo Profesional en los términos descritos, y cuyo máximo exponente lo encontramos en el texto articulado de la Ley 44/2003 y 55/2003, artículos 38.1.f) y 40 respectivamente.

Actores del desarrollo profesional continuo y del desarrollo profesional

El DPC, entendido en un sentido amplio, debe situarse no solamente en la etapa de la actividad profesional autónoma, sino a lo largo de todo el “*continuum*” formativo, iniciado en el grado y seguido por la formación especializada. Sin embargo, este documento no focaliza tanto estas dos últimas etapas aunque las deberá tener en cuenta en tanto se pueda comprometer el concepto del *continuum* formativo.

La administración es junto al profesional un actor importante en el DPC e insustituible en el DP, pero no es menos cierto que existen otros actores que contribuyen a facilitar, pensar y construir el camino del DPC a los profesionales. La administración es insustituible tanto en cuanto en una sociedad democrática tiene la responsabilidad, frente a la sociedad, de garantizar la mejor asistencia posible. Para ello dispone de mecanismos de certificación que debe utilizar y que en ningún caso puede delegar. Pero el profesional sanitario también dispone de las organizaciones profesionales, Colegios y Sociedades Científicas, poseedoras de la autoridad científica, entre cuyas funciones está precisamente marcar la línea de la correcta formación y la adecuada competencia; los Colegios deben garantizar la buena praxis y los valores profesionales, mientras que las Sociedades Científicas, son garantes de la doctrina científica más actualizada. Además, las organizaciones empresariales, los empleadores, al igual que las propias administraciones sanitarias están interesadas en ofrecer la mejor asistencia posible y por tanto son co-responsables de facilitar a los profesionales la buena dirección en su DPC y responsables del DP de su institución.

Debe considerarse que el DP tiene lugar en un sistema autonómico de salud concreto, enmarcado en un conjunto de valores. Más específicamente, el DP, se da en el Centro y Unidad Asistencial en el que trabaja el profesional con unas tareas y objetivos específicos que vienen determinados por distintos elementos: la población atendida, la cartera de servicios, la configuración local de la red de atención sanitaria, la estructura profesional y de recursos y otros. Por ello, la definición de los objetivos y resultados, los métodos de aprendizaje, la planificación, los recursos educativos, los métodos de evaluación, el reconocimiento, el seguimiento y feed-back y otras cuestiones, deben formar parte esencial de la estrategia de la unidad, el centro sanitario y el sistema de salud de la Comunidad Autónoma. El marco del DP de SNS deberá contemplar las particularidades propias de los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas haciendo compatibles diferentes procedimientos.

En resumen, distinguimos por una parte el DPC cuyo actor principal es el propio profesional, quien, en su contexto organizativo, sanitario, social y profesional, configurará su proceso de formación/aprendizaje en base a mejorar su grado de competencia y utilizando las herramientas y procedimientos más adecuados que pueda

disponer. Por otra parte el sistema de DP ha de proporcionar a los profesionales un marco organizativo de formación/aprendizaje en el SNS, compatible con los valores propios de los sistemas de salud de cada Comunidad Autónoma y su organización.

Componentes del desarrollo profesional continuo y del desarrollo profesional

Tanto el DPC como el DP no han de ser procesos teóricos sino prácticos. Por ello, los entes reguladores deben aprovechar el DPC y el DP como instrumentos óptimos para mejorar la satisfacción y motivación personal y profesional, consolidar y ampliar la experiencia y las competencias de las tareas a realizar, mantener y registrar la formación en general y la continuada en particular y garantizar la continuidad de cada uno de esos elementos, a lo largo de todo el ejercicio profesional.

El conjunto de iniciativas relacionadas con el DPC y DP deben ir encaminadas a mantener y mejorar la competencia profesional individual, garantizando la calidad y seguridad de la actuación profesional, reconociendo tanto el esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia, como el reconocimiento a las capacidades de adaptación a los cambios y a las nuevas necesidades y en definitiva mejorando la calidad de la asistencia que recibe la ciudadanía.

A continuación, se describen los ámbitos que deben formar parte del procedimiento práctico que acompañe a la metodología de evaluación del Desarrollo Profesional.

Ámbitos del DPC y del DP

1.	Ética y Profesionalismo (Código deontológico, Valores profesionales)
2.	Actividad Asistencial (Asistencia, Gestión clínica, Implicación en la organización)
3.	Actividades de Formación Continuada.
4.	Actividades de Investigación
5.	Actividades de Docencia
6.	Otras actividades

Reconocimiento del desarrollo profesional

En los apartados anteriores se ha puesto de relieve la naturaleza del DP como elemento incentivador, por lo que su reconocimiento debe permitir que los profesionales sepan dónde están y puedan dirigir sus esfuerzos en la correcta dirección.

Matriz para la evaluación del Desarrollo Profesional Continuo		No realizada	No apto, suspenso, requiere mejorar	Apto*, aprobado, progresa adecuadamente
Valores profesionales	PROFESIÓN (Buena praxis)			
Ética, profesionalismo	EMPRESA (Compromiso)			
Actividad asistencial				
Formación continuada				
Investigación				
Docencia				
Otras actividades				
Valoración global				

* El nivel "apto" requiere un consenso. La aprobación de un esquema como este o similar debe comportar que un grupo de expertos defina los requisitos mínimos de apto. Es posible que una Comunidad Autónoma establezca unos requisitos mínimos en su comunidad superiores a los mínimos del marco para el SNS.

El reconocimiento del DP a lo largo del *continuum* formativo y del ejercicio profesional debe contemplar objetivos y métodos diferentes en consonancia con los propósitos y necesidades primordiales en cada uno de ellos. Como es lógico, la evaluación del DP se focaliza, en lo que concierne al SNS, en la etapa del ejercicio profesional propiamente dicho. Dicha evaluación debe entenderse como un marco que, por esta misma razón, ha de ser sencillo y ha de incluir los elementos comunes explicitados en el apartado de los componentes del DP. Su valoración debe constatar si el profesional muestra para cada uno de los ámbitos el nivel competencial propio de sus responsabilidades, entendiendo que no todos los profesionales tienen los mismos deberes y responsabilidades. El marco de la evaluación debe contemplar si se alcanza el nivel o no se alcanza, expresándolo con la locución que se considere más adecuada (apto/no apto, aprobado/suspenso, progresa adecuadamente/necesita mejorar, etc.). Los sistemas autonómicos de salud considerarán si en la valoración positiva, el apto, establecen niveles como actualmente en la Comunidad de Aragón (adecuado/experto/excelente), pero dado que dichos niveles pueden variar, o no existir, en las diferentes Comunidades Autónomas es suficiente para la valoración marco el apto/no apto. Los diferentes servicios de salud de las Comunidades Autónomas podrán, en base a un marco o matriz básico, elaborar los procedimientos de evaluación que consideren oportu-

nos, desde evaluaciones muy estructuradas como la evaluación por competencias a esquemas de evaluación más sencillos.

La responsabilidad de que los profesionales dispongan de un DP valorado periódicamente, recae en la administración que como se ha explicitado con anterioridad es la única que ostenta la potestad acreditadora. Otra cosa es que la gestión total o parcial de dicho proceso sea, según criterio de cada Comunidad Autónoma, ejercido por la propia administración o por quien ésta designe por poseer el conocimiento y la estructura para hacerlo.

Las diferentes dimensiones del DP, y en el caso de la evaluación por competencias, las competencias definidas, requieren diferentes instrumentos de evaluación. No hay ningún método de evaluación que por sí mismo pueda proporcionar toda la información necesaria para juzgar los diferentes ámbitos y competencias de un profesional. Ello comporta que la evaluación del DP es una tarea compleja en su estructura, cara en su coste, y difícil en su implementación. Además, no hay que menospreciar las resistencias que puedan ofrecer diferentes ámbitos o grupos profesionales. Por todo ello y para que la propuesta tenga la mayor viabilidad en todo el SNS es conveniente que el proceso de reconocimiento del DP sea, al menos inicialmente, un proceso sencillo, fácil de explicar y comprender, y que para los responsables de su gestión resulte una mejora en la gestión clínica y en ningún caso una carga burocrática.

Implicaciones y repercusiones del desarrollo profesional continuo y del desarrollo profesional

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias recoge la necesidad de realizar una evaluación periódica de la competencia de los profesionales sanitarios a lo largo de su ejercicio profesional, que permita su pertinente acreditación y cuya finalidad es la de garantizar al ciudadano la máxima calidad del profesional.

La evaluación del DP, y en su caso la evaluación del DPC, ha de considerarse por todos los actores como un soporte o ayuda al profesional sanitario, así como una garantía para el ciudadano.

Disponer de un DP y un DPC estructurados y en su caso evaluados implica y repercute en diferentes niveles y organizaciones:

1. La profesión

Colegios

Se enmarca en el ámbito de los Colegios Profesionales y la organización Médica Colegial. Constituye la validación periódica para el ejercicio profesional.

Los Colegios Profesionales, junto con la Administración Sanitaria, deben configurar y dotar a esta validación de los elementos necesarios para su mejor implementación, con estándares internacionales de calidad y con máxima transparencia social. Los colegios profesionales han desarrollado un programa bajo el nombre de Validación Periódica de la Colegiación (VPC).

Sociedades científicas

Se enmarca en el ámbito de las Sociedades Científicas y se define como la validación periódica de la autorización para el ejercicio de una especialidad profesional.

Las Sociedades Científicas, junto con la Administración Sanitaria, deben configurar y dotar a esta validación de los elementos necesarios para su mejor implementación, con estándares internacionales de calidad y con máxima transparencia social. Aunque en España las sociedades científicas no han implementado este proceso el nombre por el que internacionalmente se le conoce es el de re-certificación.

La VPC (con base colegial) y la Recertificación (con base en las sociedades científicas) podrán en su momento otorgar, conjunta o separadamente, las credenciales correspondientes a su autoridad respectiva, esto es, a su competencia. La/s administración/es podrán o no integrar dichas credenciales en los procesos de evaluación del DP.

2. El contratador o la empresa

Carrera Profesional

Es el resultado de la valoración de diferentes elementos del DP en relación con el contexto laboral del profesional sanitario. Dicha valoración repercute de manera directa sobre el nivel competencial del profesional de modo que a mayor nivel competencial mayor reconocimiento profesional en la empresa. El reconocimiento por parte de la empresa debe ser negociable tanto en aspectos laborales como salariales.

Estos aspectos de la Carrera Profesional (CP) hacen que ésta entre en el campo de negociación sindical, mientras que el DPC lo hace en el campo de las organizaciones profesionales y agentes reguladores.

El concepto diferenciado de CP y DPC nos permite decir, como interpretación límite, que desarrollo profesional continuo hay tantos como profesionales sanitarios, mientras que carreras profesionales hay tantas como instituciones empleadoras.

Esta repercusión del DP de los profesionales sanitarios en la Carrera Profesional debería tender a una forma armónica y homologable para todo el SNS.

Estas credenciales y sus actores se resumen en el cuadro siguiente:

Continuum educativo		Credencial	Instituciones reguladoras de la credencial
Valores		Título de grado	Administración/es Universidades
		Colegiación o licencia	Colegios Profesionales
Especialidad		Título de Especialista	Administración/es
		D.A.C.E. ¹	C.N.E.C.S. ²
Repercusiones sobre el:			
Ejercicio profesional	Profesional	Evaluación del D.P.C. ³	Administración/es Colegios Profesionales Sociedades Científicas
		D.A. / D.A.A. ⁴	
		V.P.C. ⁵	
	Recertificación		
	Contratador	Carrera Profesional	Administración/es Empresas Organizaciones Sindicales

¹ C.N.E.C.S.: Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

² D.A.C.E.: Diplomas Áreas de Capacitación Específica.

³ D.P.C.: Desarrollo Profesional Continuo.

⁴ D.A. / D.A.A: Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada.

⁵ V.P.C.: Validación Periódica de la Colegiación.

3. Otras repercusiones del Desarrollo Profesional Continuo

La importancia de estos tres elementos concretos, la VPC, la Recertificación y la CP, no deberían minusvalorar otras repercusiones del DP y el DPC y su evaluación en el ámbito de cada profesional. En sí mismo, la evaluación contrastada del DP y DPC debería entenderse como la mejor tarjeta de visita de un profesional. Si un profesional dispone de credenciales contrastadas y reconocidas, las podrá utilizar en diferentes ocasiones: solicitudes laborales, solicitud de becas o estancias, registros profesionales, participación en comisiones o comités, u otras situaciones no previsibles en este momento.

Parece coherente correlacionar el DPC, el DP, y la CP como tres peldaños de una escalera sucesivos y en este orden. Si tenemos evaluado el DPC lo podemos utilizar para la evaluación del DP, y si tenemos evaluado el DP lo podemos utilizar para la evaluación de CP sin necesidad de partir en cada nivel de cero.

Además, la obtención de la credencial de DPC debería tener otras repercusiones:

- Ser requisito para acceder a los diferentes niveles de carrera profesional. Esto permite dar coherencia y continuidad a ambos elementos y, de forma indirecta, tener una repercusión retributiva.
- Ser un mérito preferente para los procesos de selección definitiva de profesionales por parte de las instituciones sanitarias.
- Ser requisito o al menos mérito para puestos docentes, como tutoría de residentes, responsables de formación continuada o incluso profesores asociados o vinculados de la Universidad.
- Ser requisito o al menos mérito para puestos de gestión clínica como jefes de Sección, Servicio o Unidad y otros similares.

Propuestas para el marco del DP y su evaluación

- El marco del DP y su evaluación en el SNS debe ser de fácil comprensión por todos los profesionales y de fácil implementación, considerándose el modelo de evaluación basado en competencias como un modelo posible a desarrollar.
- La evaluación del DP en el marco del SNS debe ser estructurado y permitir la individualización, debe ser accesible a todos los profesionales y su implantación debe venir asociada a un conjunto de estímulos.
- La evaluación del DP en el marco del SNS debe tener un carácter periódico (entre 5 y 7 años).
- La evaluación del DP en el marco del SNS no será punitiva y consistirá en alcanzar unas competencias previamente definidas que en el caso de no alcanzarse debe asociarse a un programa de mejora. El modelo de *portfolio* podría responder bien a estas características.
- En cualquier caso, la evaluación del DP en el marco del SNS debe concluir necesariamente en una propuesta individual específica de mejora con diversas opciones de acceso a actividades.
- Los indicadores a medir para la evaluación del DP en el marco del SNS serán definidos de forma participativa, deben dar un peso importante a la práctica clínica real, y serán revisados y mejorados periódicamente de acuerdo a los resultados.
- La responsabilidad final de la credencial del DP corresponde en exclusiva a la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente y tendrá validez en todo el SNS, lo que implica un proceso de homologación.

Glosario

Partiendo de las definiciones enmarcadas en nuestro ordenamiento y adaptándonos a los conceptos reconocidos internacionalmente se ha creado este glosario de términos adaptados para la elaboración de este informe.

Desarrollo Profesional, (DP)

Proceso al que se compromete un profesional para mantener y mejorar la competencia profesional con reconocimiento de la propia profesión, de la sociedad, y de las instituciones de las que forma parte.

Su objetivo es facilitar al profesional el marco de referencia de las competencias en: liderazgo, orientación al paciente, trabajo en equipo, creatividad y actitud innovadora, mejora continua y otras, y asociadas al desempeño de su trabajo en una organización.

Su valoración debe establecerse en un momento y lugar determinado, con una periodicidad establecida, y un procedimiento de evaluación universalmente reconocido, constatándose o no la competencia profesional deseable y previamente definida; por ello no puede estructurarse en tramos.

El desarrollo profesional debe estar ligado a un “diseño profesional” y por tanto debe tener relación con otros procedimientos como carrera profesional, recertificación, relicencia-recolegiación, peritaje, miembro comisiones profesionales...

Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

Conjunto de actividades formativas orientadas a la actualización, desarrollo y mejora de la aplicación del conocimiento, habilidades y actitudes requeridos para una adecuada práctica clínica a lo largo de la vida profesional. Incluye las actividades de formación continuada, las competencias profesionales y de gestión y el conjunto de componentes de lo que se denomina “buena práctica clínica”.

Formación Continuada

Aquella que se recibe al finalizar la formación reglada y que está destinada a mantener y mejorar la competencia profesional.

Proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios.

Su acreditación tiene por objeto mejorar la oferta formativa y facilitar su selección por parte del profesional sanitario.

Carrera Profesional

Derecho del profesional sanitario a progresar en su institución de forma individualizada en base a conocimientos, experiencia en tareas asistenciales, experiencias en tareas de investigación y en el compromiso y cumplimiento de objetivos de su organización.

De la carrera profesional se derivan consecuencias profesionales de mayor responsabilidad que serán reconocidas por la empresa como mejoras laborales o salariales.

Competencia

Constructo de orden superior, basado en el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, responsable de los comportamientos y actuaciones de un profesional.

Portafolio

Conjunto de actividades profesionales llevadas a cabo por el individuo en el pasado y programadas para el presente y el futuro por un individuo, orientadas a la mejora de su formación y desarrollo profesional.

Profesionalismo

Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores, conductas y relaciones que evolucionan con los cambios sociales y que sustentan la confianza de la sociedad en una profesión.

DOCUMENTO TÉCNICO

Proceso de evaluación del Desarrollo Profesional (DP)

Comisión de Recursos Humanos del SNS
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Dirección General de Ordenación Profesional
Subdirección General de Ordenación Profesional

3 de junio de 2014



Introducción

Una vez aprobado el documento *Desarrollo Profesional Continuo (DPC)* y *Desarrollo Profesional (DP)* por el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, el 6 de septiembre de 2012, y bajo el mandato de dicha Comisión, se presenta un documento técnico sobre el proceso de evaluación del desarrollo profesional, basado en la propuesta del Grupo de Trabajo del “Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP)” en el que participaron las CC.AA. de Andalucía, Aragón, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Murcia, y Valencia.

En base a los principios aprobados el proceso de evaluación del Desarrollo Profesional (DP) se configura respetando los siguientes elementos:

- Ser comprensible por todos los profesionales.
- Ser de fácil implementación.
- Estar estructurado.
- Tener carácter periódico.
- No ser punitivo y asociarse a un programa de mejora.
- Basarse en indicadores, definidos previamente; con peso significativo en la práctica clínica; consensuados; con criterios de calidad contrastada.
- Asimilables a procesos internacionales reconocidos.
- Voluntario.
- Con validez en todo el Sistema Nacional de Salud, lo que implica un proceso de homologación.

Este proceso de reconocimiento del Desarrollo Profesional no debe entenderse como una revalidación del profesional en sentido anglosajón, sino como una primera fase en la que se cumpliría el objetivo de concienciar a la sociedad y al profesional de que la credencial para el ejercicio profesional es caducable y necesitado de renovación periódica.

Profesionales e instituciones implicadas en el Desarrollo Profesional

El profesional sanitario es el protagonista principal del Desarrollo Profesional, pero está arropado por las organizaciones profesionales, Colegios y Sociedades Científicas, que deben contribuir a facilitar, pensar y ayudar a construir el camino del Desarrollo Profesional. Además, la Administración Sanitaria como elemento co-regulador, le corresponde ser valedora y garante en todo el proceso.

El sistema de evaluación del Desarrollo Profesional debe encuadrarse en el marco organizativo de formación-aprendizaje de la institución en la que profesional sanitario se desarrolla profesionalmente y por extensión dentro del Sistema Nacional de Salud. Por ello el sistema de evaluación deberá ser compatible con los valores y procesos de los sistemas de salud de cada comunidad autónoma. La Tabla 1. resume las actuaciones de los profesionales y las instituciones relacionadas con el Desarrollo Profesional.

Tabla 1.

Profesionales / Instituciones	Actuación	Mantenimiento
Profesionales	Capacidad discrecional de solicitar la evaluación del DP	DPC/DP
Colegios profesionales y Consejos Generales	Evaluación de su ámbito Certificación	Registro Colegial
Sociedades Científicas y sus federaciones / agrupaciones	Evaluación de su ámbito	Registro de la Sociedad científica
Administraciones Sanitarias	Homologación nacional e internacional	Registro general

El marco de evaluación propuesto no pierde de vista que las comunidades autónomas, en la actualidad o en el futuro, puedan desarrollar sistemas de valoración del Desarrollo Profesional más elaborados y/o de mayor complejidad. Por otra parte se tiene en cuenta también las disposiciones Europeas en relación a la movilidad transfronteriza de profesionales así como de los derechos de los pacientes que requieren criterios de homogeneización y transparencia bajo la responsabilidad de la Administración Central.

Componentes y procesos de la evaluación del Desarrollo Profesional

Si el documento del “Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP)” diferenciaba en el DP seis ámbitos, para su evaluación es mucho más pragmático, como se muestra en la Tabla 2, integrarlos y resumirlos en tres ámbitos.

El proceso de evaluación del Desarrollo Profesional se establece en periodos de 6 años que representa un espacio de tiempo adecuado para obtener nuevas aportaciones al Desarrollo Profesional. El profesional que no alcance el mínimo exigible en una evaluación, obtendrá junto a la calificación de “requiere mejorar” un programa de mejora que le permita acceder a la solicitud de la credencial en un período de un año.

Tabla 2.

	Ámbitos del DP	Ponderación %
	Ética y Profesionalismo (Código deontológico, Valores profesionales, ...)	Sí/No
A	Actividad Asistencial (Asistencia, Gestión clínica, actividades clínicas, estancias clínicas, ...)	60 %
B	Formación, Docencia e Investigación (FMC, Actividades de Docencia, Investigación, Otras actividades)	40 %

El primer principio básico es que un profesional no debe ser evaluado positivamente con un sólo tipo de actividad y, asociado a esta premisa, se fija el nivel mínimo o de corte para cada uno de los tres bloques de aportaciones/ actividades.

La evaluación del primer grupo, ética y valores profesionales no debe ser puntuable numéricamente, sino que debe considerarse, únicamente, si se tiene acreditado o si existe algún tipo de expediente que lo impida (colegial, judicial, empresarial, o administrativo).

La evaluación del segundo grupo, actividades asistenciales que se denominan actividades tipo A, comprenden a su vez tres subtipos: (A-1) actividades clínicas; (A-2), actividades de gestión clínica y (A-3), actividades de estancias clínicas.

Este grupo determina en mayor medida el desarrollo profesional ya que un profesional que solicita la evaluación de su Desarrollo Profesional es un profesional que está realizando actividad asistencial; por tanto, un profesional sin actividad asistencial no está cualificado para obtener la validación de su Desarrollo Profesional. Esto nos lleva a disponer de un procedimiento para aquellos profesionales temporalmente alejados de su actividad asistencial y que deseen volver a la misma.

Como no todos los profesionales realizan actividades de los sub-apartados A-2 y A-3, la puntuación mínima del grupo A se puede obtener con la puntuación exigida en el apartado A-1. La tabla 3 muestra la ponderación de cada uno de los sub-apartados del grupo A y también del grupo B.

Tabla 3.

Valoración global del DP	Superado	Requiere mejorar	Reconocimiento del DP
Deontología, Ética y Profesionalismo Se aporta o no se aporta	Sí/No	Recomendaciones	Credencial colegial/ empresarial/ administrativa
Apartado A (actividades clínicas) (Máximo 60 puntos / Mínimo 25 puntos)	Sí/No	Recomendaciones	Puntuación > 25
Apartado B (FC, Docencia, Investigación) (Máximo 40 puntos / Mínimo 10 puntos)	Sí/No	Recomendaciones	Puntuación > 10
VALORACIÓN GLOBAL (Máximo 100 puntos / Mínimo 35 puntos)	Sí/No	Recomendaciones	Credencial del periodo

El tercer grupo, actividades de formación, docencia e Investigación y que denominamos actividades tipo B, se desglosa en cuatro subtipos de actividades: (B-1) actividades de formación continuada acreditada, (B-2) actividades docentes, (B-3) actividades de investigación y (B-4) otras actividades no incluidas en los apartados anteriores. La puntuación mínima del grupo B se puede obtener con la puntuación exigida en el apartado B-1.

Aportaciones a los diferentes apartados del Desarrollo Profesional

Tabla 4.

Evaluación del DP (para un periodo de 6 años)	
Ética y Profesionalismo	
	Pruebas/Indicios aportados
Código Deontológico / Valores profesionales	Seleccionar un archivo (certificación colegial)
Actividades tipo A	(Puntuación máxima 60 puntos y mínima 25 puntos)
A.1. (Puntuación máxima 40 puntos)	Pruebas/Indicios aportados
Actividades clínicas / asistenciales <ul style="list-style-type: none"> • Registros clínicos* • Comisiones/Comités clínicos • Grupos de trabajo formales, Otras 	Un máximo de 6 actividades realizadas en 3 años diferentes = 40 puntos
A.2. (Puntuación máxima 10 puntos)	Pruebas/Indicios aportados
Estancias clínicas <ul style="list-style-type: none"> • Nacionales, Internacionales, etc. 	Un máximo de 2 actividades de más de 10 días cada una = 10 puntos
A.3. (Puntuación máxima 10 puntos)	Pruebas/Indicios aportados
Actividades de gestión clínica <ul style="list-style-type: none"> • Dirección, Coordinación, Jefatura, Otras 	Un máximo de 2 actividades de más de 6 meses cada una = 10 puntos
Actividades tipo B	(Puntuación máxima 40 puntos y mínima 10 puntos)
B.1. (Puntuación máxima 20 puntos)	Pruebas/Indicios aportados
Actividades de Formación Continuada acreditada <ul style="list-style-type: none"> • Con créditos del SNFC u otros créditos del ámbito internacional reconocidos. • Otras actividades acreditadas, programas, itinerarios, diplomas de acreditación, otras actividades. 	Un máximo de 30 créditos, con un mínimo de 6 actividades, en un mínimo de 3 años diferentes = 20 puntos
B.2. (Puntuación máxima 10 puntos)	Pruebas/Indicios aportados
Actividades Docentes <ul style="list-style-type: none"> • Docente en actividades regladas. • Docente en actividades de formación continuada acreditada. • Discente en actividades regladas. 	Un máximo de 100 horas lectivas, con un mínimo de 4 actividades, en un mínimo de 3 años diferentes = 10 puntos

B.3. (Puntuación máxima 10 puntos)	Pruebas/Indicios aportados
Actividades científicas <ul style="list-style-type: none"> • Publicaciones. • Proyectos investigación. • Comunicaciones científicas. • Transferencia conocimiento. • Otras actividades. 	Un máximo de 6 aportaciones a valorar = 10 puntos
B.4. (Puntuación máxima 10 puntos)	Pruebas/Indicios aportados
Otros méritos y actividades <ul style="list-style-type: none"> • Premios, Becas, etc. • Participación en Sociedades Científicas. • Actividades editoriales. 	Un máximo de 6 aportaciones a valorar = 10 puntos

* Registros clínicos: Los registros clínicos son un testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida información sobre la actividad del profesional sanitario referente al paciente, su tratamiento y su evolución.

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Plaza de las Cortes, 11
28014 Madrid
Tel +34 914 317 780
cgcom@cgcom.es
www.cgcom.es