

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

TESIS DOCTORAL

ANÁLISIS OFERTA-DEMANDA DE LA FORMACIÓN
MÉDICA CONTINUADA EN UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL

Directores:

Prof. Dr. A. García de Lorenzo y Mateos

Prof. Dr. J. A. Rodríguez Montes

Luís Tomás Gallego Morales

Madrid, 2007

A mi hijo David.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no pudiera haberse llevado a cabo sin la intervención un número de personas que, aprovechando estas líneas, me gustaría considerar. Quisiera agradecer, confiando en no dejar a nadie sin reconocer su ayuda:

- Al Profesor Abelardo García de Lorenzo y Mateos, maestro y amigo, que desde el primer momento ha creído en esta tesis y ha sabido orientarme y aconsejarme.
- Al Profesor José Antonio Rodríguez Montes, codirector de esta tesis, por su incondicional apoyo y sus sabios consejos.
- A Dña. Raquel Sampedro Blázquez, Subdirectora de Gestión del Hospital Universitario La Paz, por su confianza e impulso en este y otros proyectos.
- Al Dr. Javier Maldonado González, Subdirector Médico del Hospital Universitario La Paz, por su inestimable ayuda a la hora de darme a conocer el complejo mundo de la gestión sanitaria.
- A Dña. Rosario Madero Jarabo, Unidad de Bioestadística del Hospital Universitario La Paz, por su inestimable colaboración en la metodología y aspectos técnicos del trabajo.
- Al Dr. Ricardo Ruiz de Adana Pérez, de la Agencia “Laín Entralgo” para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, por su generosidad al facilitarme documentos de difícil acceso.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
A.- Definición y objetivo de la formación médica continuada	2
B.- Organización internacional de la formación médica continuada	4
C.- Organización de la formación médica continuada en España	11
D.- Organización de la formación médica continuada en el Hospital Universitario La Paz	16
II. OBJETIVOS	35
III. JUSTIFICACIÓN	37
IV. MÉTODO	40
V. RESULTADOS	47
A.- Encuesta del año 1997. Análisis descriptivo	48
B.- Encuesta del año 2000. Análisis descriptivo	57
C.- Encuesta del año 2005. Análisis descriptivo	65
D.- Análisis comparativo de las encuestas 2000-2005	75
E.- Resultados de la actividad de la Unidad de FMC	78
VI. DISCUSIÓN	87
A. Directrices internacionales sobre la organización de la FMC. ...	89
B. Análisis de los resultados del estudio de la Unidad de FMC del HULP	91
C. El futuro de la FMC	112
D. Propuestas de mejora	147
VII. CONCLUSIONES	150
VIII. RESUMEN	152
IX. ANEXOS	172
1. Anexo I. Encuesta 1997.....	173
2. Anexo II. Encuesta 2000	179
3. Anexo III. Encuesta 2005	185
VIII. BIBLIOGRAFÍA	193

I.- INTRODUCCIÓN

I.- INTRODUCCIÓN

A.- Definición y objetivo de la formación médica continuada

La formación del médico especialista es un proceso complejo que consta de tres fases: la formación pregraduada que culmina con la licenciatura en medicina, la formación especializada que termina con la titulación de especialista y la formación continuada que es la que el médico, éticamente responsable con la sociedad, realiza durante toda su vida profesional. Estas dos últimas fases se corresponden con la formación postgraduada. La diferencia de la formación médica continuada (FMC) con las dos etapas educativas previas es que no se trata de una enseñanza programada sino un proceso educativo personalizado, orientado por carencias y deficiencias detectadas. Es decir es una actualización de lo que “ya se está haciendo”¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1973 definía la FMC como “aquella formación que un médico sigue después de finalizar su instrucción médica básica o, en su caso, después de terminar cualquier estudio adicional para ejercer la carrera de médico general o de especialista”. En nuestro ámbito, la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (SNS) la define como “el conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional (conocimientos, habilidades y actitudes) una vez obtenida la titulación básica o la especialidad correspondiente”.

Los procedimientos para conseguir la necesaria formación continuada son tres:

- El autoaprendizaje que se adquiere a través del estudio y la experiencia. Es un proceso individual y el primer estadio del proceso de aprendizaje.

- La formación desarrollada en el puesto de trabajo, bien a través de sesiones clínicas en las que los asistentes pueden participar como docentes o como discentes, bien a través de grupos de trabajo o bien a través de rotaciones en otros Servicios y/o Centros. Este proceso es el que más costes tiene para la organización, sobre todo indirectos en número de horas empleadas.
- La formación estructurada y organizada a través de cursos, que es a lo que se ha venido denominando formación continuada o continua.

Aunque tradicionalmente en el ámbito hospitalario se ha utilizado el nombre de "formación médica continuada" para designar al área encargada de la formación de especialistas de plantilla, este área se encarga de la formación de profesionales sanitarios de nivel licenciado que se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en ciencias de la salud según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPSE- Ley 44/2003 de 12 de septiembre). Estos son: médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, psicólogos, químicos, biólogos, físicos y bioquímicos.

La FMC se presenta como una forma de mejorar la competencia y actuaciones profesionales que permitan una adaptación y respuesta a los continuos cambios del progreso científico y técnico, de la evolución social y de las transformaciones de los sistemas de salud. Por tanto la FMC trata de²:

- dar un valor añadido a los profesionales y a la organización
- responder a las diferentes demandas de los facultativos especialistas en ciencias de la salud
- actualizar conocimientos y habilidades.
- mejorar la eficacia y la calidad de los servicios prestados.

- ser un instrumento que ayude a implantar o desarrollar la denominada carrera profesional y por tanto la posibilidad de promoción.
- proporcionar pautas para afrontar cambios en las expectativas de los pacientes, de los usuarios del sistema y, en general, de la sociedad.

B.- Organización internacional de la formación médica continuada

1. En Estados Unidos de América

Está estrechamente relacionada con el proceso de acreditación³, que equivale al reconocimiento formal de una institución proveedora que cumple los requisitos exigidos por el ente acreditador que es el *Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME). Este organismo, creado en 1981, acredita en la actualidad a más de 600 organizaciones, entre las que se encuentran la *American Medical Association* (AMA), la *Association of American Medical Colleges*, la *American Hospital Association*, el *American Board of Medical Specialities*, el *Council of Medical Speciality Societies*, la *Association for Hospital Medical Education* y la *Federation of State Medical Boards*⁴. El proceso es largo y riguroso e incluye varias auditorías que pueden extenderse durante un período no inferior a un año. Una vez obtenida la acreditación, la institución puede acreditar las actividades que organiza ella o en colaboración con otros proveedores, en cuyo caso la observancia de los requerimientos de la ACCME recae sobre la institución acreditada de forma explícita⁵. En España se utiliza este mismo criterio para la acreditación institucional, pero además se utiliza el término acreditación para la concesión de un número de créditos a una actividad formativa.

Las primeras experiencias en Estados Unidos de América se remontan a 1947, cuando la Academia Americana de Médicos de Familia introdujo determinados requerimientos a sus afiliados para el mantenimiento de su

condición de miembro⁶. Sin embargo, fue la AMA, en 1968, la que introdujo un sistema de acreditación de la FMC a través del establecimiento del *Physician Recognition Award* (PRA) (Premio de reconocimiento al médico)⁷. El objetivo del PRA era reconocer el esfuerzo individual en la realización de actividades formativas y estimular la participación del médico en las actividades de FMC. En la actualidad son más de 25 los Estados los que cuentan con legislación sobre el tema, de los que la mayoría aceptan el PRA de la AMA⁸.

En cuanto a la recertificación, no todas las 24 especialidades médicas contempladas en el *Board* requieren una recertificación regular, pero ésta puede ser solicitada por sociedades científicas, por organizaciones para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization- HMO-*) o por determinadas especialidades como Medicina Interna. La recertificación debe renovarse cada 5-7 años⁹. El examen para obtener la recertificación tiene dos partes. Una, es la superación de un audit de 4 Historias Clínicas de pacientes atendidos por el candidato. La segunda, es, o bien a través de la justificación de 600 horas en cursos acreditados por la ACCME realizados en los últimos 6 años (créditos tipo 1), o bien a través de la obtención de determinado número de créditos a través de la publicación de artículos en revistas del sistema de revisión por pares o "*peer review*" o a través de la participación en conferencias (créditos tipo 2)¹⁰.

Durante todos estos años de funcionamiento, el sistema norteamericano ha demostrado sus bondades aunque no ha estado exento de críticas fundamentadas. Algunas de ellas se refieren al componente burocrático del sistema, a sus costes, al mercado multimillonario que ha generado, al papel importante de la industria farmacéutica, a los aspectos políticos de la acreditación institucional, a los requerimientos para la obtención del PRA, a la desconexión entre las necesidades reales de los médicos y a la estructura y funcionamiento del sistema¹¹.

2. En Canadá

En la FMC canadiense las corporaciones médicas han tenido un papel significativo. El *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (RCPSC) diseñó un sistema voluntario de mantenimiento de la competencias (*Maintenance of Competence*, MOCOMP) en colaboración con las Facultades de Medicina y las Federaciones de Médicos Especialistas. Este sistema consiste en que el propio médico debe proponer cuales son sus déficits formativos y por tanto a qué acciones formativas debe asistir y cómo auto-evaluará el aprendizaje¹². Este sistema, que cuenta con un apoyo del 70% de los médicos, según una encuesta del RCPSC, se aplica desde enero de 2001 en ciclos de 5 años y será de obligado cumplimiento para ser admitido o para conservar la condición de miembro del RCPSC¹³. La publicación del Registro de miembros se hará en 2006, coincidiendo con el fin del primer ciclo de aplicación del programa¹⁴.

3. En Australia y Nueva Zelanda

Estos dos países han introducido un sistema de recertificación, desde el año 1992, mediante un sistema de créditos a lo largo de un período altamente personalizado¹⁵.

4. En Europa

Aunque es el Comité Permanente de Médicos Europeos (PCEM) el que agrupa a todas las organizaciones médicas de la Unión Europea (UE) y a Noruega, existen dos grandes organizaciones que merecen ser reseñadas. Una es la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), fundada en 1958, y representa a 1,4 millones de médicos. La otra es la Unión de Organizaciones Médicas Europeas (UEMO), que representa a los médicos generales.

No existe una normativa europea sobre la obligatoriedad y la acreditación de la formación, existiendo diferencias entre países en cuanto a su regulación legal, financiera y profesional. En la Declaración de Basilea de 2001, el concepto de FMC se ha ampliado al de desarrollo profesional permanente (DPP), definido como el conjunto de medios educativos para la actualización, desarrollo y mejora de la aplicación de conocimientos, habilidades y aptitudes requeridas para el ejercicio de la profesión médica. En la actualidad, existen países en los que la realización de actividades de FMC es obligatoria por ley, mientras que en otros es voluntaria aunque las autoridades recomiendan su realización¹⁶(Tabla I).

Países Con FMC/DPP (Obligatoria)	Países con FMC/DPP Voluntaria (Recomendada)
Alemania (en hospitales y prácticas)	Bélgica
Austria	Dinamarca
Francia	España
Holanda (para especialistas)	Finlandia
Hungría	Grecia
Italia	Irlanda
Polonia	Luxemburgo
Reino Unido	Noruega
Suiza (para especialistas)	Portugal

Tabla I

En cuanto a la acreditación de la FMC, muchos países, entre los que se encuentra España, tienen un sistema de acreditación basado en créditos para cada acción formativa. En este sentido, la UEMS¹⁷, consciente de coordinar y homogeneizar la FMC en Europa, puso en marcha en 1998 un

sistema de evaluación por medio de créditos. Esta idea desembocó en la creación, en enero de 2000, del *European Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ECCAME) cuya principal función es facilitar el intercambio de acreditaciones obtenidas en distintos países, no teniendo como objetivo ni establecerse como única autoridad europea para conceder la acreditación institucional, ni acreditar las actividades de FMC en el marco europeo la cual debe ser una tarea básica de los sistemas nacionales¹⁸. Las únicas actividades que acredita son las de carácter internacional y siempre somete los créditos concedidos a reconocimiento por el sistema del país en el que se celebra dicha actividad. Como sucede en la mayoría de sistemas de acreditación utiliza el crédito-hora como elemento de referencia universal. Si el ACCME profundiza en su papel armonizador de los sistemas nacionales, en la medida en que introduce mínimos exigibles para la homologación y reconocimiento mutuo de créditos, puede convertirse en el sistema europeo de referencia.

Por otra parte, en ningún país de Europa se ha seguido un modelo de examen para la recertificación. En el momento actual existe un borrador avanzado de recertificación que hace hincapié en la detección del ejercicio profesional de calidad inaceptable. Este modelo se está creando en Holanda¹⁹.

El CPME ha cuestionado la validez y la conveniencia de instaurar un sistema de recertificación argumentado que estos sistemas no reflejan las carencias del médico o su bajo rendimiento²⁰. Las principales propuestas de este comité^{21 22}son:

- La FMC y el DPP son una obligación ética y un derecho fundamental.
- El médico responde de su formación continuada. Los empresarios y otros organismos de financiación de la asistencia, son los responsables de crear las condiciones económicas para el desarrollo de la FMC y del DPP.

- El coste de la FMC y del DPP es parte integrada del coste total de la asistencia sanitaria. La financiación externa no debe comprometer la independencia profesional de los médicos.
- Los métodos de aprendizaje son numerosos y están diversificados. Se deben estudiar los que mejor se adapten a las necesidades particulares.
- La autorregulación de la FMC y de la DPP es una función esencial de la profesión médica.
- La profesión médica debe asumir la acreditación de actividades formativas como garantía de calidad.
- La recertificación no ayuda a identificar a los médicos incompetentes o de bajo rendimiento.

En cuanto a los proveedores de formación, en 13 países son organizaciones profesionales y en 5 organizaciones profesionales y administración.

5. Elementos clave en la organización de la formación médica continuada

En las dos últimas décadas los países occidentales han puesto de manifiesto los siguientes elementos claves en la organización de actividades de FMC:

- El autoaprendizaje y la utilización de métodos activos de aprendizaje. Ante los métodos tradicionales (cursos, conferencias y similares) se propone realizar actividades mixtas, más interactivas y con prácticas²³.
- Nuevos instrumentos para la enseñanza/ aprendizaje. Frente a los tradicionales métodos de enseñanza centrados en la adquisición de conocimientos se pone énfasis en la enseñanza²⁴ y evaluación de habilidades clínicas y de actitudes y pautas de comportamiento²⁵.
- Orientación hacia los resultados que se deseen obtener^{26 27}.

- La evaluación de la estructura, el proceso y resultados de los programas formativos^{28 29 30}; incorporando nuevos modelos de calidad total como el modelo *European Foundation for Quality Management* (EFQM) de excelencia³¹.
- Énfasis en la mejora de habilidades educativas del profesorado³².
- Investigación y enseñanza de la medicina basada en la mejor evidencia^{33 34 35}.
- La gestión del conocimiento como mejor manera de aprovechar la experiencia adquirida para desarrollar capacidades, habilidades, procesos y métodos de trabajo³⁶.
- La planificación de la formación continuada como forma de dejar de considerar las actividades de formación de forma aislada y pasar a enmarcarlas en un contexto de planes y programas formativos³⁷.
- La inclusión de los programas de formación en el contexto de la política de recursos humanos y del desarrollo profesional continuo como una manera de formar a los profesionales en las características conceptuales y organizativas en las que trabaja³⁸.
- Las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones (formación a distancia y a través de Internet)³⁹.

6. Dónde se realiza y quien la proporciona

Todos los expertos coinciden en la preferencia por la realización de actividades formativas en el lugar de trabajo ya que han demostrado que contribuyen a conectar la formación con la práctica⁴⁰. Aunque existe un amplio consenso en todos los países en que la diversificación de la oferta formativa, por los distintos proveedores, es deseable, siempre y cuando responda a necesidades objetivas y sea calificada.

7. Obligatoriedad

A este respecto existen dos grandes modelos. Uno de ellos se venía utilizando en Rusia y los antiguos países del Este en los que la formación continuada era obligatoria y se basaba en un sistema altamente burocratizado que obligaba al médico a pasar periódicamente por alguna institución estatal docente para mantener la licencia⁴¹. El otro modelo tiene su origen en Estados Unidos y se basa en la introducción de unos requerimientos (recertificación) por parte de diferentes agentes del sistema, con la regulación de algún ente estatal o federal y con la activa participación de las organizaciones profesionales⁴². La recertificación se refiere a la existencia de algún requerimiento profesional necesario para revalidar la licencia (obtenida por titulación o certificación bien en la Facultad o tras un período de especialización en instituciones oficialmente reconocidas) de la práctica profesional⁴³.

C.- Organización de la formación médica continuada en España

1. Perspectiva histórica

Previamente a las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CC/AA) las actividades de FMC han sido una fuente de controversia y confusión por la escasez de normativa explícita y por la ausencia de jurisprudencia. La referencia normativa existente parte de La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) que en su Artículo 104 dice *"...toda estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales..."*.

Ante la diversidad de proveedores de actividades de FMC y la heterogeneidad de procedimientos para impartir actividades, el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud estableció un procedimiento normalizador de esta materia a través de la creación de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (B.O.E. 12/02/98) y la Resolución de la Subsecretaría de Sanidad (B.O.E. 28/08/99) en la que se establecen los requisitos mínimos y procedimientos que deben reunir las actividades que soliciten acreditación para poder impartir actividades de FMC.

A raíz de las transferencias sanitarias, cada CC/AA tiene competencias para llevar a cabo una adecuada promoción, ordenación, coordinación, gestión, mejora y evaluación de las actividades de FMC, estableciéndose en el Artículo 38 de la Ley 1/2003 de 28 de mayo que, con el fin de garantizar la calidad en estas actividades, las distintas administraciones públicas establecerán criterios comunes para ordenar las actividades de FMC.

Con la aprobación, el 12 de septiembre de 2003, de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPSE) se establecen en su Capítulo IV, Artículo 34, Título 2, los objetivos de la formación continuada, que son:

- Garantizar la actualización de conocimientos profesionales, la mejora de su cualificación y una vía de incentivación y motivación en el trabajo de los profesionales sanitarios.
- Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.

- Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.
- Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social como agentes individuales en un sistema general de atención de la salud y de las exigencias éticas que ello comporta.
- Posibilitar el establecimiento de comunicación entre los profesionales sanitarios.

Por último, la LOPSE en su Capítulo IV, Artículo 36, Título 3, establece que sólo podrán ser subvencionadas con cargo a fondos públicos las actividades y centros que estén acreditados. De la misma forma sólo se tendrán en cuenta en la carrera profesional las actividades acreditadas. De esta forma se instaura el proceso de acreditación como un sistema de garantía de calidad.

En España, se ha realizado un importante esfuerzo en los últimos 10 años en inversión en formación, siendo ésta en el año 2003 un 1,8 % del coste laboral neto. Sin embargo, estamos aún lejos de países como Francia (3,25 %), Inglaterra (3,6 %) o Alemania (3,6 %).

2. Organización en las Comunidades Autónomas

En noviembre de 2003 la Agencia Laín Entralgo (ALE) para la formación e investigación de estudios sanitario de la Comunidad de Madrid, publica un informe sobre la situación de las entidades oficiales proveedoras de FMC en las distintas CC/AA, con las siguientes conclusiones⁴⁴:

- No existe homogeneidad en la estructura de las instituciones que imparten formación continuada en el Estado Español.

- Los modelos de organización se agrupan en dos: estructuras con personalidad jurídica propia (bajo la fórmula de organismo autónomo o fundación) y las estructuras sin personalidad jurídica propia (en dependencia a las distintas Consejerías de Sanidad de las CC/AA, con la salvedad de la Escuela Nacional de Sanidad) a las que se denominan escuelas, institutos y agencias.
- De las instituciones dedicadas a formación en las distintas CC/AA: 5 comparten formación e investigación, 4 comparten FC y cooperación internacional, 2 tienen consultoría y asesoramiento y 3 son exclusivas de formación.
- La gran mayoría de estas instituciones no cuentan con profesorado propio.
- No existe homogeneidad en el número de horas lectivas y cursos, variando el espectro entre 600 horas/20 cursos de Castilla-León y las 170.000 horas/1400 cursos de Canarias.
- La descentralización de la financiación (asignación presupuestaria a hospitales y centros sanitarios para la organización de cursos) resulta muy heterogénea, variando entre el 28 % de presupuesto descentralizado en el País Vasco y el 91 % en Canarias.
- Las actividades relacionadas con publicaciones e investigación debieran suponer una parte más importante en las instituciones oficiales proveedoras de FC.
- Todas las organizaciones presentan actividades formativas organizadas por horas, desde talleres a másteres, pero sin homogeneidad entre ellas.
- Los criterios de selección de alumnos así como los medios de difusión de las actividades tienen bastantes similitudes. Destaca la creación de perfiles de discentes y la publicidad a través de hojas web e información en papel enviada a los responsables de formación de cada centro sanitario.

- Los modelos de encuesta son muy diversos aunque todos recogen: objetivos, contenidos, metodología, valoración del profesorado, organización y utilidad.

3. Organización en la Comunidad de Madrid

Con anterioridad de las transferencias sanitarias en la Comunidad de Madrid (CM) el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) funciona como único proveedor, con la excepción de la Escuela Nacional de Sanidad, de la promoción y financiación de las actividades de FC de los centros sanitarios públicos. A nivel general y dado que los recursos económicos eran y son muy limitados se entendió por actividades formativas aquellos cursos, talleres y seminarios a desarrollar en cada centro, con la excepción de cualquier financiación a otros tipos de actividades formativas (congresos, másteres, y demás cursos que no estuvieran dentro de los planes formativos de cada centro) que también formarían parte en lo que se entiende por formación continuada. Para llevar a cabo el plan formativo, que se desarrollaba en cada Centro, el INSALUD realizaba un posicionamiento presupuestario anual, cuya cuantía dependía del número de trabajadores de cada centro y del cumplimiento presupuestario que el centro hubiera tenido en ejercicios anteriores. Esta asignación presupuestaria, gestionada por la Dirección General de Recursos Humanos del INSALUD, provenía de fondos del Ministerio de Administraciones Públicas, de fondos europeos para el desarrollo (FORCEM) y de fondos propios del INSALUD.

Con la llegada de las transferencias sanitarias a la CM y a través de la Ley 12/2001 de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la CM (LOSCAM) se crea, en su Título X, la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la CM " Laín Entralgo " que comienza su andadura, en el año 2003, como único ente proveedor de actividades de FC para personal sanitario. El objetivo de esta Agencia en materia de formación va a ser la

elaboración, coordinación y seguimiento del plan de formación continuada para los profesionales sanitarios de la CM.

Es a partir del año 2004 cuando la ALE adquiere plena operatividad organizando actividades centralizadas (en su propia sede) dirigidas al personal sanitario de todas las áreas de salud y asignando una partida presupuestaria descentralizada para que cada centro desarrolle sus propias actividades formativas.

Con respecto a las actividades centralizadas, toma como propias las áreas de metodología de investigación, salud pública, bioética y derecho sanitario, calidad y gestión sanitaria a la hora de planificar sus propuestas formativas.

En cuanto a las actividades descentralizadas los criterios de financiación van a ser que el 80% del presupuesto total esté en función del número de profesionales con los que cuente cada centro, y el 20 % restante sea variable en función del grado de ejecución del crédito del plan de FC del ejercicio anterior (14%) y del porcentaje estandarizado de actividades acreditadas (6%).

D.- Organización de la formación médica continuada en el Hospital Universitario La Paz

1. Perspectiva histórica

Desde 1995, y a raíz de una resolución interna de la Dirección General del INSALUD, se crearon las Unidades de formación continuada y la figura del Coordinador (con distinta dedicación y en su caso con otras funciones añadidas, según los centros) en el ámbito hospitalario. El Coordinador es nombrado según lo previsto en la Instrucción 8.2 de la Resolución de la extinguida Dirección General de INSALUD sobre formación continuada del

personal facultativo de atención especializada, de 22 de febrero de 1996, en la que se dicta que la Dirección Gerencia del Centro designará, a propuesta de la Junta Técnico-Asistencial, a un facultativo como Coordinador de Formación Médica Continuada. Dicho Coordinador dependerá de la Dirección Médica. Pero no es hasta el 15 de abril de 1997 cuando la Comisión de Dirección del Hospital Universitario La Paz (HULP) aprueba la creación de la Unidad de Formación Médica Continuada, que comenzará a ser operativa en octubre del mismo año. Esta unidad nace ante la necesidad de cubrir institucionalmente la oferta formativa para los facultativos del Área 5 de Atención Especializada. Una vez se comiencen a organizar actividades, también se dará la posibilidad de que en ellas participen como discentes facultativos del Área 5 de Atención Primaria.

Un órgano importante en el análisis de necesidades formativas, en la priorización de las mismas y en el establecimiento de nuevas líneas de actuación, ha sido la creación de una Comisión Clínica. Desde 1998 hasta el año 2000 funcionó la Comisión de FMC, formada por 10 miembros y exclusiva del área de facultativos. A partir del año 2000 se creó la Comisión clínica multidisciplinar de FC y biblioteca, que sigue funcionando en la actualidad, y que está formada por facultativos, enfermeras, personal del área de gestión y biblioteca.

2. Análisis interno de la Unidad

a. definición de la Unidad

La Unidad de FMC es el área que, dependiendo funcional y jerárquicamente de la Dirección Médica del hospital, se encarga de la promoción, organización, coordinación, ejecución y evaluación de las actividades de formación continuada de los facultativos del Área 5 de Atención Especializada de la Comunidad de Madrid (CM).

b. funciones

Para elaborar y coordinar el plan de formación anual realiza los siguientes procesos:

- Detecta la necesidades formativas.
- Prioriza estas necesidades.
- Realiza una estimación presupuestaria del plan anual.
- Propone el plan anual a la Comisión de FC para su aprobación.
- Diseña y planifica el desarrollo de las actividades formativas.
- Prepara y realiza los trámites necesarios para solicitar la acreditación de las actividades formativas tanto a la ALE como al Ministerio de Sanidad y Consumo. En el caso de ser acreditadas, hace constar el número de créditos en los diplomas de asistencia.
- Difunde las actividades formativas.
- Realiza las gestiones oportunas (infraestructuras, etc.) para que se lleven a cabo las acciones.
- Evalúa las acciones formativas.
- Promueve la coordinación, a la hora de organizar actividades, con las áreas de formación de enfermería y personal no sanitario del HULP, con la industria farmacéutica, colegios profesionales y otras instituciones.
- Lleva la gestión administrativa y financiera de las actividades:
 - Inscripción de participantes.
 - Certificación de las acciones formativas.
 - Propuestas de las memorias para el pago de profesores.
- Realiza un análisis mensual del impacto que las actividades formativas realizadas en ese período tiene tanto en los objetivos como en las áreas estratégicas del hospital.

c. recursos humanos y recursos materiales

La Unidad cuenta con los siguientes recursos humanos:

- 1 Coordinador de formación con dedicación a tiempo completo.
- 1 Auxiliar administrativo con dedicación a tiempo parcial.

Los recursos de los que dispone:

- Dos despachos. Uno para el Coordinador y otro para el Auxiliar ubicados en diferentes edificios.
- Ordenador personal en los dos puestos.
- Correo electrónico en los dos puestos.
- Teléfono en los dos puestos.
- Acceso a Internet en uno de los puestos.
- Mesas de trabajo y material de oficina.

d. servicios que presta

El área de actuación de la Unidad de FMC, al igual que en el resto de CM, se circunscribe a la organización de actividades formativas (cursos, talleres y seminarios), excluyendo cualquier participación en la organización y/o financiación de sesiones clínicas y congresos.

Como novedad, con respecto a otras unidades formativas del sistema, la Unidad de FMC del HULP, ha implantado un programa de "Ayudas para Estancias a Otros Centros", que ha permitido a diferentes facultativos de nuestro hospital ampliar e importar técnicas y conocimientos a través de estancias, durante un período mínimo de tres meses, en hospitales de otros países. También ha impulsado la creación de un proyecto denominado "Aula Clínica La Paz" a través de un convenio entre el hospital y la empresa Drug Farma. El objetivo de este proyecto consiste en exportar, de forma no presencial, las actividades que se realizan en el centro de forma presencial, por todo el territorio español y países hispanoamericanos.

e. fortalezas y debilidades

e1. fortalezas

- Buen canal de información en la publicitación de actividades formativas. Este proceso se lleva a cabo a través del envío personalizado a cada facultativo del catálogo anual con las actividades previstas y mensualmente con información detallada de las actividades que se llevarán a cabo el mes siguiente.
- Flexibilidad en el desarrollo del plan de formación.
- Buena e intensa colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Estrecha relación con el área de formación de personal no sanitario a la hora de realizar actividades multidisciplinares, especialmente en actividades de ofimática y en las de manejo de situaciones potencialmente conflictivas en la atención al usuario.
- Implica a la industria farmacéutica en la financiación de actividades que quedan fuera de la dotación presupuestaria pública así como en la subvención de los gastos de elaboración de trípticos de determinadas actividades con impacto nacional e internacional.
- Colabora con la Biblioteca en dar a conocer, a través de cursos, el acceso a plataformas que permiten conectar con revistas electrónicas.
- Gran conocimiento organizativo, tanto a nivel formal como informal, lo que conduce a que el proceso de gestión económico-administrativo resulte fácil.
- Posibilita, a través de una estrecha relación con la Jefatura de Estudios, la participación de los Residentes en determinadas actividades formativas dirigidas al personal de plantilla a través de la reserva de un número de plazas en cursos de interés para este personal. Además, esta colaboración se ve intensificada a

través de un facultativo de la Comisión de FC que forma parte de la Comisión de Docencia.

- Organización con una visión unitaria de la gestión del conocimiento (conexión entre formación e investigación).
- Apoyo de la dirección del centro.

e2. debilidades

- Plan de detección de necesidades ausente en algunos Servicios.
- Ausencia de una aplicación informática que permita explotar una base de datos de los participantes.
- Escasa colaboración con el área de formación de personal sanitario no facultativo.

3. Diagnóstico de necesidades formativas

El análisis de las necesidades formativas tiene como marco general los objetivos estratégicos del hospital, las carencias detectadas por cambios en los sistemas de trabajo o nuevos Servicios, los desempeños insuficientes, los proyectos críticos y la mejora de indicadores. Los métodos seguidos para la detección de necesidades han sido entrevistas, cuestionarios y reuniones de la Comisión clínica de FC. Este proceso concluye en un listado de necesidades que permite la planificación de las diferentes actividades.

4. Análisis de las actividades

En general, los contenidos docentes han intentado dar respuesta a las prioridades y carencias de cada momento. En su diseño han estado presentes las opiniones de los profesionales (a través de encuestas), de los equipos directivos y de las líneas estratégicas de la Dirección General que únicamente se dictaron para el año 2001, época gestionada por el

extinto INSALUD, a través del Contrato de Gestión 2001⁴⁵. En este marco, los objetivos para la formación continuada para 2001 fueron:

- Elaborar en cada hospital un plan de formación, único para todas las categorías profesionales, e integrado.
- Desarrollar en las actividades de formación, de forma prioritaria e interdisciplinar, los siguientes temas:
 - Adecuación de la práctica clínica a la medicina basada en la evidencia.
 - Metodología y herramientas de gestión clínica.
 - Uso racional del medicamento.
 - Seguimiento de la incapacidad transitoria.
 - Gestión de la calidad total.
 - Gestión de recursos. Contabilidad analítica y coste por proceso.
 - Gestión por competencias.
 - Cuidados paliativos.
 - Detección de riesgo social al ingreso.
 - Prevención de riesgos laborales. Salud laboral.
 - Comunicación interna y externa. Relaciones con pacientes y familiares.
 - Motivación y gestión del estrés.
 - Ofimática.
 - Coordinación del voluntariado.
 - Educación y/o cuidados en pacientes crónicos ambulatorios.

No se dispone de un sistema de información programado que nos permita cuantificar el volumen de actividad docente organizada desde los propios Servicios (sesiones clínicas, másteres, congresos y rotaciones externas distintas a las "Ayudas para estancias en otros Centros"). Aunque durante el ejercicio 2005, a instancia de la ALE, se realizó una encuesta específica sobre estos temas.

a. actividades anteriores a las transferencias (1998-2002)

Con la excepción de las actividades organizadas por la Escuela Nacional de Sanidad y a las que tenían acceso el personal al servicio de los centros sanitarios (según convenio INSALUD- Escuela Nacional de Sanidad), el resto de actividades formativas se organizaban de forma descentralizada en cada centro.

A continuación, en la tabla II, se presenta un resumen del número de actividades, horas lectivas y plazas ofertadas en el HULP en el período 1998-2001:

Evolución de la actividad en la Unidad de FMC del HULP			
Períodos	Actividad		
	Nº Cursos	Nº Horas	Nº Plazas ofertadas
1998	24	232	407
1999	21	246	392
2000	23	313	522
2001	30	387	568

Tabla II

b. actividades posteriores a las transferencias (2002-2005)

En la tabla III se presentan los datos de actividades descentralizadas que ha realizado la Unidad de FMC del HULP a raíz de producirse las transferencias sanitarias en 2002:

Evolución de la actividad Descentralizada de FMC del HULP			
Períodos	Actividad		
	Nº Cursos	Nº Horas	Nº Plazas ofertadas
2002	38	914	1022
2003	40	857	1030
2004	47	735	793
2005	52	1129	1559
2006	49	1223	1637

Tabla III

Aunque a nivel presupuestario en el ejercicio 2003 se hace una distinción entre actividades centralizadas y descentralizadas (ambas se desarrollarán en cada centro), no es hasta el año 2004 cuando la ALE va a organizar las actividades centralizadas. En la tabla IV se recoge un resumen de los profesionales que solicitaron/ participaron en estas actividades:

Resumen actividades Centralizadas			
Períodos	Actividad		
	Plazas solicitadas	Personal admitido	Area tematica de los cursos
2004	26	19	Calidad y Gestión
2005	12	5	Ética, Gestión y Calidad
2006	32	27	Ética, Gestión y Calidad

Tabla IV

Se consideran actividades centralizadas aquellas que la ALE organiza en sus propias instalaciones y que van dirigidas al personal sanitario de todas las áreas de atención primaria y especializada de la CM. Las áreas sobre las que la ALE ejerce una cierta exclusividad para organizar dichas actividades son:

- Metodología de investigación
- Salud pública
- Bioética y derecho sanitario
- Calidad
- Gestión sanitaria

A partir del segundo semestre de 2005 la ALE comienza a organizar actividades de otras áreas (competencia técnica, etc) que en principio eran privativas de los centros y de la misma forma permite que cada institución organice actividades que en un primer momento eran de su exclusividad.

5. La formación estratégica

Cuando se confecciona un plan de necesidades formativas se ha de tener en cuenta las carencias detectadas a través de la opinión de los usuarios/ciudadanos, la opinión de los profesionales del sistema y de las directrices del propio centro.

Con la finalización del año 2001 se cierra un ciclo dentro de la formación continuada del HULP, para dar paso a una nueva etapa donde se hablará de "formación estratégica", entendida ésta como aquella formación que contribuye al cumplimiento de los objetivos del plan estratégico del hospital a través de sus diferentes áreas según recoge la tabla V. Es por tanto a partir del año 2002 cuando se toman en consideración las directrices del centro a través del control y seguimiento de las distintas actividades formativas. Este seguimiento integrará a las tres coordinaciones que agrupan a todos los estamentos del centro, a fin de conseguir que la formación sea un vehículo de desarrollo del plan estratégico y que a su vez persiga el cumplimiento del modelo de calidad EFQM. En definitiva se trata de que la formación sea una herramienta de gestión y un elemento de comunicación de la cultura hospitalaria.

El plan de formación estratégica comienza por la definición, por parte de la dirección, de cuáles son las áreas estratégicas y los objetivos asociados a ellas (tabla V) para pasar a dar un peso a cada una de ellas a través de una ponderación (figura 1), que de forma no fiscalizante sino orientativa, permita al responsable de cada coordinación elaborar, junto con los resultados de los análisis de necesidades, un plan anual de formación.

ÁREAS DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Calidad	<i>Mejora de la calidad científico-técnica</i>
Desarrollo Directivo	<i>Mejora de la identidad corporativa</i>
Desarrollo Organizativo	<i>Potenciar la autonomía de gestión</i>
Competencia Técnica	<i>Mejora de la atención al paciente</i>
Innovación	<i>Desarrollo del plan de investigación y docencia</i>
Infraestructura y Seguridad	<i>Reordenación de espacios</i>
Comunicación e Imagen	<i>Mejora de la atención al paciente y de la identidad corporativa</i>

Tabla V

Ponderación de las Áreas de Formación en el Plan Estratégico

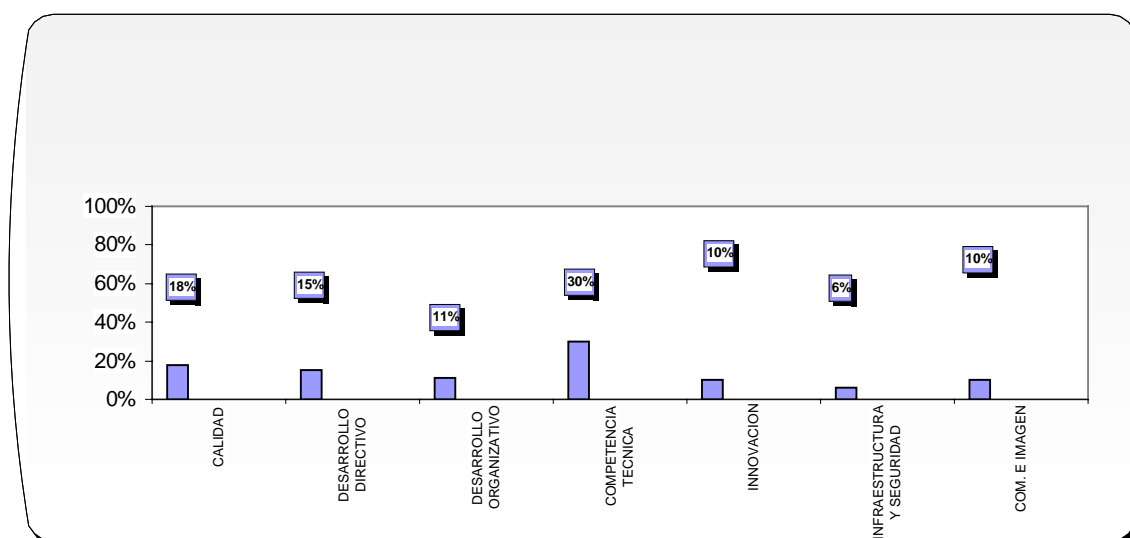


Figura 1

6. Los Docentes

Exceptuando las actividades de las áreas de ética e idiomas, los docentes de la Unidad de FMC pertenecen a la organización. El hecho de contar con docentes internos da un valor añadido a los planes formativos. Por un lado, es una forma de fomentar la gestión del conocimiento dado el alto grado de cualificación presente en los profesionales del hospital. Por otro, es una forma de introducir elementos motivadores tan escasos en los sistemas sanitarios.

En cada actividad existe la figura de director del curso, que además de ser el interlocutor con el coordinador de FMC, es el responsable de organizar las sesiones, de coordinar al profesorado, de realizar algunas de las gestiones administrativas de la actividad (recogida de firmas y del cuestionario de evaluación del curso) y de velar para que se desarrollen los contenidos previstos.

Ocasionalmente, los cursos son considerados como actividades del Servicio, lo que revierte en la implicación de un gran número de facultativos del mismo, mientras que otras veces agrupan a especialistas de diferentes Servicios.

7. Financiación de la Unidad de FMC

Desde la creación de la Unidad de FMC del Hospital Universitario La Paz (HULP) en 1997 hasta las transferencias sanitarias en 2002, la entidad proveedora ha sido el INSALUD, que posicionaba anualmente a cada centro una asignación presupuestaria para el desarrollo de actividades formativas dirigidas a todo el personal del hospital (sanitario y no sanitario). Dado que esta asignación resultó insuficiente para el desarrollo del plan de formación global del Centro y, tras aprobación de la Comisión

de Dirección del HULP, la Unidad de FMC comenzó su andadura desarrollando sus actividades con cargo a fondos del hospital.

A partir de las transferencias sanitarias y de la creación de la ALE, la Unidad de FMC pasa a depender del presupuesto descentralizado de ésta hasta la actualidad y a partir de 2005 cuenta además con presupuesto del Instituto Madrileño de Administraciones Públicas para cursos de idiomas. Con respecto a la participación de la industria farmacéutica en la financiación de actividades formativas, ésta ha sido bastante escasa, limitándose a cursos puntuales. De la misma forma, la colaboración de colegios profesionales en la organización y/o financiación de actividades formativas también ha sido puntual.

El crédito que se posiciona anualmente para el desarrollo de actividades formativas es dedicado íntegramente a costes directos (pago de hora lectiva a docentes, costes de coordinación, gastos de desplazamientos y en su caso dietas). Al igual que en el resto de administraciones estatales y autonómicas, nunca se han analizado costes indirectos de la formación (sueldos de coordinadores y colaboradores, costes laborales de la "hora docente", costes de la preparación de documentación, infraestructuras) ni tampoco gastos de actividades que quedan fuera de las propias de FMC (cursos de autoformación, sesiones clínicas, asistencias a congresos, master, etc.). La asignación presupuestaria para gastos directos en FC ha sido la que se expone en la tabla VI:

Evolución del gasto en la Unidad de FMC del HULP	
Períodos	Presupuesto
1998	20.880,00 €
1999	20.700,00 €
2000	25.290,00 €
2001	33.210,00 €
2002	57.274,50 €
2003	57.778,44 €
2004	51.235,20 €
2005	88.495,00 €
2006	95.810,00 €

Tabla VI

8. Nuevos retos

a. Nuevas directrices de la ALE

La ALE ocupa un lugar destacado en el funcionamiento de la Unidad de FMC, al ser, con la excepción de los cursos de idiomas, la entidad proveedora del crédito anual descentralizado de sus actividades.

Es a partir del ejercicio 2005 y para su cumplimiento a partir del 2006, cuando la ALE comienza a establecer criterios de cumplimiento comunes a todos los centros sanitarios de la CM, a fin de establecer estándares de calidad homogéneos a todos. Estos son:

- Ejecutar, al menos, el 80 % del presupuesto posicionado.
- Llegar a cubrir, como mínimo, el 70 % de las plazas ofertadas
- Acreditar, al menos, el 80 % de las actividades susceptibles de ser acreditadas (quedando excluidas las actividades de idiomas y ofimática).

- Tender a mantener aquellas líneas formativas cuya media de evaluación del alumnado llegue o sea superior a 7 en una escala de 1 a 10 puntos.
- Que los cursos de carácter general cuenten con, al menos, 15 alumnos inscritos. También podrán organizarse, cuando las necesidades así lo justifiquen, cursos con menos alumnos.
- Fomentar la participación de personal que aunque ajeno a la Institución pertenezca al Sistema, siendo deseable que el porcentaje de este personal ronde el 30 % de los asistentes a cada actividad.
- Participar en grupos de trabajo, a instancias de la ALE, que trabajen en la elaboración de un formato único de publicitación para todos los centros.

b. Sistema de Acreditación de actividades de FMC

Con la puesta en marcha de un sistema acreditador se ha pretendido ordenar y mejorar la formación continuada de los profesionales sanitarios dotándoles de un sistema que suponga una garantía de calidad de las actividades y dimensione la demanda en el sentido de que cada trabajador pueda adecuar su formación a su competencia profesional, lo cual redundará en los servicios que se prestan⁴⁶.

El objetivo principal de la acreditación de la FMC es mejorar la oferta formativa, dando prioridad a las actividades de FMC más cualificadas y útiles para el mantenimiento y la mejora de la competencia profesional del médico⁴⁷.

b1. Antecedentes

Con la creación de la Comisión de Formación Continuada (Resolución de 22 de diciembre de 1997, de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, B.O.E. 13 de febrero de 1998), al amparo de lo previsto en los Artículos 5

y 8 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que tiene carácter de Comisión Permanente del Consejo Interterritorial del SNS, de conformidad con lo previsto en su Artículo 8 de su reglamento interior, nace la necesidad de buscar mecanismos para asegurar la calidad de actividades formativas necesarias para la constante actualización obligada por el incesante progreso científico y técnico. El objetivo de esta Comisión va a ser ordenar la formación continuada de todos los profesionales sanitarios, incluida la enfermería, a través de la implantación de un sistema de acreditación que corresponda a la necesidad de, por un lado, garantizar la calidad de las actividades formativas, y por otro, resaltar el carácter profesional que tiene la formación cuyo fin es actualizar los conocimientos mejorando la capacidad científica y técnica así como la asistencia prestada. El sistema, ampliamente descentralizado en las CC/AA, de carácter voluntario, va a contar con la participación de los principales protagonistas del mundo de la FMC: las organizaciones profesionales (Colegios de Médicos y Sociedades Científicas), las Universidades, los Ministerios de Sanidad y Educación, el Consejo de Especialidades y representantes de las Consejerías de Sanidad de las diferentes autonomías⁴⁸.

La implantación de un modelo acreditador supone una idea pionera europea, existiendo únicamente una referencia en Francia, que dispone de una ordenación sobre FMC de profesionales que ejercen su profesión de manera independiente y centrado básicamente en la estimación individual del propio médico en la formación que le es necesaria para el desarrollo de su trabajo⁴⁹.

Para obtener acreditación⁵⁰ todas las instituciones proveedoras de FC deberán rellenar un formulario de acreditación en el que constan las actividades programadas. Posteriormente será el Comité de Acreditación quien le aplique el baremo diseñado y dependiendo si cumple los requisitos lo proponga, si procede, a la Comisión para su acreditación que

puede resolver la concesión de la acreditación por un período de un año prorrogable a otro o por un período máximo de 5 años (renovado automáticamente o revocado por cualquier incumplimiento). Si la actividad resulta acreditada se lo comunicará a la entidad proveedora que deberá observar el cumplimiento de las indicaciones que se reseñaban en el formulario⁵¹. Además, para las actividades acreditadas, se hará constar en el diploma el número de créditos asignados a la actividad, así como el logotipo de la Comisión de FC del SNS. Cualquier institución pública o privada puede ser entidad proveedora de actividades de formación continuada, siempre y cuando tenga un historial reconocido en la provisión de actividades, tenga un sistema de evaluación adecuado y suficiente y cuente con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar un correcto desarrollo de la actividad. Este sistema clasifica las actividades en presenciales (cursos, seminarios, grupos de trabajo, talleres interactivos, estancias, congresos, simposios, sesiones clínicas y bibliográficas, etc) y no presenciales, entendidas éstas como actividades a distancia o de autoformación (libros y monografías, revistas, programas audiovisuales, materiales didácticos de los programas a distancia, Internet, etc).

b2. Funcionamiento actual

A raíz de las transferencias sanitarias a la CM la acreditación de actividades formativas va a estar regulada por la Comisión de FC del SNS y por el Decreto 65/200 de la Consejería de Sanidad de la CM (B.O.C.M. nº 108 de 8 de mayo de 2000). Basada en ésta normativa, a partir de 2002, la ALE va a establecer un sistema acreditador que va a tomar como referencia al que venía funcionando a través del Ministerio de Sanidad.

De esta forma, en la actualidad, se dispone de dos modelos acreditadores: uno, dependiente del Consejo Interterritorial del SNS con cobertura nacional, dirigido actualmente a las actividades no presenciales a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y a las actividades presenciales a

través de las CC/AA y otro, el SEAFORMED, de las Organizaciones Médicas colegiales y de las Sociedades Científicas.

Por tanto, en nuestra CA, la ALE va a erigirse como una entidad financiadora de las actividades de carácter sanitario desarrolladas por organizaciones públicas (presenciales y no presenciales) y con su propio sistema acreditador para las actividades presenciales.

El modelo acreditador de la ALE, prácticamente similar al del SNS, dispone de una instancia para que cualquier institución pública o privada pueda solicitar la acreditación de una actividad como mínimo con dos meses de antelación al inicio de la misma. En esta instancia se van a recoger aspectos relacionados con la entidad proveedora así como de la actividad a desarrollar (objetivos, pertinencia, personal al que va dirigido, período y lugar de celebración de la actividad, etc). El procedimiento⁵² que se lleva a cabo para la acreditación es:

- recepción de la solicitud remitida, de forma gratuita y voluntaria, por el proveedor de la actividad
- evaluación formal por parte de la secretaría técnica
- remisión a tres evaluadores independientes de la profesión a la que se oferta la solicitud
- propuesta de resolución a la Dirección General de la ALE, emitida por la Comisión
- resolución de la Dirección General de la ALE, y por último
- notificación de la resolución al proveedor.

El cálculo de créditos que se concede a cada actividad sigue el procedimiento general de la Comisión Nacional. Se calcula un componente cualitativo según las calificaciones que los evaluadores hacen de la actividad respecto a cinco criterios: objetivos, organización y logística, pertinencia, metodología docente y evaluación de la actividad. A continuación, se multiplica por el componente cuantitativo que está en

función de las horas de la actividad y por último se asignan los créditos. Para las actividades acreditadas se debe hacer constar el número de créditos. Aunque este organismo sólo tiene cuatro años de vida sí cabe destacar la introducción, año a año, de nuevos requisitos necesarios para la acreditación, lo cual está generando un sistema acreditador altamente fiscalizante.

c. El desarrollo de la carrera profesional y las actividades de FMC acreditadas

A finales de 2005, la Dirección General del Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, tras llegar a un acuerdo con los agentes sociales, pone en marcha el desarrollo de la carrera profesional para empleados públicos de los Servicios de Salud. Este proceso, que comienza por los profesionales sanitarios, se aplica en su primera fase a través de un complemento económico mensual y de forma lineal a aquellos profesionales que lleven prestando sus servicios más de 5 años en una institución sanitaria pública.

Aunque en el momento de escribir esta tesis no están diseñados ni los criterios ni los niveles de desarrollo de la carrera profesional, sí se conoce que en ella va a tener un peso importante las actividades de formación continuada acreditada. Además, la implantación de la carrera profesional va a estar condicionada a las directrices que marque el Ministerio de Administraciones Públicas, y que cada CM desarrollará, que en la actualidad está trabajando en el desarrollo de una Ley de Estatuto del Empleado Público⁵³. Esta Ley permitirá establecer el derecho de los empleados públicos al desarrollo de la carrera profesional y a la promoción interna, estando sujeta al establecimiento de sistemas objetivos de evaluación del desempeño. Además establecerá asignaciones retribuidas para cada nivel laboral independientemente de la Administración en la que se trabaje.

II.- OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

A. Objetivo primario

1. Analizar si las actividades de los planes de formación de la Unidad FMC del HULP, desde su creación hasta la actualidad, se adecúan a las necesidades y expectativas reales de los facultativos.

B. Objetivos secundarios

1. Identificar aquellos elementos, si los hubiere, en los que hay que incidir para mejorar y adecuar la oferta formativa.
2. Estudiar la pertinencia de la implantación de modelos de evaluación de la competencia y/o recertificación, en los que la FCM tiene un papel primordial, dentro del modelo sanitario público español.

III.- JUSTIFICACIÓN

III. JUSTIFICACIÓN

En el contexto sociosanitario actual en el que gran parte de las autonomías del territorio nacional, gestionadas hasta diciembre de 2002 por el extinto INSALUD, acaban de vivir un proceso descentralizador a nivel sanitario, cobra especial importancia el papel de la formación médica continuada (FMC). La FMC no sólo va a ser, como se venía entendiendo hasta ahora, un vehículo necesario para el desarrollo profesional permanente, sino que va a cobrar especial protagonismo al convertirse en un elemento necesario en las políticas de recursos humanos y particularmente en una pieza clave en los planes de carrera. En el momento de realizar este estudio se desconoce exactamente el peso específico que tendrá la FMC en la carrera profesional de las diferentes autonomías, entre otros motivos porque las políticas a este respecto no están perfiladas, pero lo que sí se conoce es que junto a otros criterios como la antigüedad y la actividad científica e investigadora, serán aspectos que se tendrán en cuenta en el desarrollo de la misma.

Por otro lado, esta descentralización autonómica abre una nueva etapa en la forma de gestionar los planes formativos de cada centro. En la mayoría de los casos, el proceso descentralizador ha conllevado un nuevo proceso centralizador en la medida en que se han creado nuevos organismos de gestión de la formación a nivel autonómico. En el caso de la Comunidad de Madrid, estos organismos centralizadores han sido la Agencia Laín Entralgo para la formación, investigación y estudios sanitarios, en el caso de aquella formación de carácter sanitario, el Instituto Madrileño de Administraciones Públicas (IMAP) para formación de contenidos no sanitarios e informática Comunidad de Madrid (ICM) para formación informática. Cada uno de estos organismos ha desarrollado sus propios programas formativos dirigidos a los trabajadores de las instituciones públicas en general y cada uno de ellos ha establecido diferentes criterios

para la gestión de las actividades desarrolladas por cada centro, lo que ha repercutido en un aumento considerable en las tareas burocráticas. También es verdad que este proceso descentralizador ha conllevado un aumento considerable en recursos económicos que ha ampliado el abanico de la oferta formativa.

En este marco abierto a multitud de posibilidades, cobra especial interés examinar si lo que realmente se oferta tiene una validez relativa en la medida en que es fiel reflejo de las carencias de cada Centro. Además y dadas las peculiaridades específicas de cada organización hospitalaria, bien por la cultura organizativa específica de cada uno de ellos o bien por las características asistenciales a las que dan servicio, se considera pertinente realizar este estudio en un único centro de nivel III, con gran prestigio y actividad asistencial, como es el Hospital Universitario La Paz. La clasificación de Centros se puede realizar según el nivel asistencial: Nivel I: hospitales comarcales con menos de 200 camas; Nivel II: hospitales comarcales con más de 200 camas; Nivel III: hospitales generales terciarios⁵⁴.

Este estudio va a constituir una experiencia pionera, ante la casi total ausencia de estudios en este ámbito, que esperamos sirvan de punto de reflexión para orientar las futuras actuaciones de mejora, en la Unidad de FMC del HULP, hacia la elaboración futura de planes de formación más adaptados a las necesidades reales, y como punto de partida para otros Centros, dentro de un contexto sociológico actual en el que el médico se siente acosado y escasamente valorado⁵⁵.

IV.- MÉTODO

IV. MÉTODO

A. Diseño y ámbito

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo basado tanto en encuestas realizadas al personal facultativo del Área Sanitaria 5 de Atención Especializada de la Comunidad de Madrid como en el análisis cuantitativo y cualitativo de las actividades realizadas por la Unidad de Formación Médica Continuada (FMC) de dicha Área en el período comprendido entre 1997 y 2006.

B. Materiales

Se analizaron los resultados de tres encuestas correspondientes a los siguientes períodos:

- Encuesta de 1997 (anexo I). Encuesta no confeccionada por la Unidad de FMC, cuyas directrices vienen marcadas por la Dirección General del extinto INSALUD. Consta de 43 preguntas cerradas y abiertas. En las preguntas cerradas, en unos casos se debe elegir una de las afirmaciones de las que se presentan, en otras, se pueden elegir entre varias alternativas, en algunas se debe elegir entre sí o no y en otras se debe elegir una puntuación expresada en un continuo numérico que va de 1 a 5. Existen dos preguntas abiertas en las que ofertan la posibilidad de indicar los comentarios que se consideren pertinentes. Se analizan 186 respuestas de 929 encuestas enviadas.
- Encuesta de 2000 (anexo II). Encuesta creada por la Unidad de FMC del Hospital Universitario La Paz (HULP). Consta de 20 preguntas semiabiertas y abiertas. En las preguntas semiabiertas en unos casos se debe elegir una de las afirmaciones de las que se presentan, en

otras se pueden elegir entre varias alternativas, en algunas se debe elegir entre sí o no y en otras se debe elegir una puntuación expresada en un continuo numérico que va de 1 a 9. En cualquier caso se da la opción de contestar otras posibilidades no expresadas en las preguntas. Existen tres preguntas abiertas en las que ofertan la posibilidad de indicar los comentarios que se consideren pertinentes. Se analizan 58 encuestas respondidas sobre 850 enviadas.

- Encuesta de 2005 (anexo III). Se trata del mismo formato de encuesta de 2000 aunque se introduce una pregunta sobre la actividad centralizada que organiza la ALE y un suplemento sobre las sesiones de los Servicios . Se analizan 94 respuestas sobre 850 encuestas enviadas.

Se realiza análisis descriptivo de las tres encuestas y análisis comparativo entre las encuestas de 2000 y 2005.

Para analizar las actividades realizadas por la Unidad de FMC del HULP, se obtiene información cuantitativa de las Memorias anuales de formación del extinto INSALUD (período 1997-2002) y de la Agencia Laín Entralgo (ALE) (período 2002- 2006) así como información de la base de datos de participantes de la Unidad. Para obtener información cualitativa se estudia el análisis de la formación estratégica que trimestralmente realiza la Unidad desde el ejercicio 2002.

C. Variables

Las variables recogidas se obtuvieron de las encuestas llevadas a cabo en los años 1997, 2000 y 2005 a los facultativos del HULP. Las encuestas de 2000 y 2005 presentan el mismo formato. Debido a que las variables de la encuesta de 1997, aún coincidiendo en algunos casos con las variables de

las encuestas de 2000 y 2005, presentan diferentes escalas de medida, se comparan, en este estudio, las variables de las encuestas de 2000-2005 que son las siguientes:

1. Opinión sobre la FMC

Variable que plantea las siguientes cuestiones:

- La FMC es necesaria: SI/NO (dicotómica)
- La FMC es importante: SI/NO (dicotómica)
- La FMC me interesa: SI/NO (dicotómica)

2. Características de las actividades

Variable dicotómica que recoge los siguientes asertos sobre las actividades de FMC: número suficiente, calidad suficiente, cumplimiento de expectativas, seguir en la línea actual, dejando abierta la posibilidad de expresar otras opciones.

3. Participación

Se presenta la siguiente información:

- De forma dicotómica se pregunta si se ha participado en alguna actividad organizada por la Unidad de FMC o no. Cuantitativamente se recoge el número de actividades.
- En el caso de haber participado en alguna actividad, se indican algunos motivos que han podido ser inductores para la participación (interés por el tema, créditos, profesorado y tiempo libre) dejando abierta la posibilidad de indicar cualquier otra respuesta. También se presentan de forma cuantitativa en una escala de 1 a 9 aquellos aspectos en los que se debería mejorar (temario, profesorado, horario, aulas, información previa, material entregado, encuesta de evaluación y control de asistencia) dejando abierta cualquier otra opción de respuesta.

- En el caso de no haber participado en actividades, se indican posibles causas (escaso interés del temario, horario, necesidades del servicio, falta de información y escaso interés por la FMC) dejando abierta la posibilidad de otras respuestas.

4. Catálogo de actividades

Variable cualitativa que recoge la opinión sobre el catálogo.

5. Sistema de información

Variable dicotómica expresando si es correcta y suficiente la manera de informar y convocar las actividades o no.

6. Horario

Variable cualitativa que presenta el horario más conveniente (mañana, tarde o mixto) así como preferencia de realizar las actividades en períodos continuos o alternos para actividades superiores a 20 horas.

7. Lugar de realización

Variable cualitativa que indica lugares (Hospital, Facultad, a distancia y lugar ajeno al Hospital) como posibilidades para realizar las actividades de FMC, dejando abierta la posibilidad de indicar otras propuestas.

8. Actividades conjuntas

Variable cualitativa que recoge la pertinencia de realizar actividades conjuntas con otros estamentos.

9. Acreditación

Variable dicotómica que recoge la necesidad de que las actividades de FMC estén acreditadas o no.

10. Opinión sobre la Comisión Clínica de Formación

Variable dicotómica que expresa el conocimiento de su existencia, composición, funciones y deseo de participar en ella o no.

11. Horas/ año a dedicar a FMC

Variable cualitativa que expresa las horas que debería dedicar un facultativo al año a actividades de FMC excluyendo congresos, sesiones y reuniones científicas.

12. Actividades por estamentos

Variable dicotómica que recoge la posibilidad de realizar actividades de FMC por estamentos o no.

13. Problemas para asistir a actividades

Recoge la siguiente información:

- De forma dicotómica que expresa si se ha tenido alguna dificultad para asistir a actividades de FMC o no.
- En el caso de haber tenido dificultades de asistencia se presentan una serie de posible motivos (plazas limitadas, falta de información, presión asistencial, falta de apoyo jerárquico, horario y duración excesiva) dejando abierta la indicación de otras posibilidades.

14. Implicación de la Comisión en otras áreas

Variable dicotómica que presenta la posibilidad de que la Unidad de FMC participe en otras actividades de formación no estructuradas (permisos a congresos y reuniones, sesiones clínicas, ayudas para asistencia a otros centros) dando la posibilidad de proponer otras respuestas.

15. Pertinencia de las actividades programadas

Variable cuantitativa en la que se presentan actividades y áreas de conocimiento (RCP, medicina basada en la evidencia, cuidados paliativos, calidad, investigación, bioestadística, gestión, tutores MIR, comunicación científico- técnica) a ordenar en una escala de importancia numérica continua de 1 a 9, dejando abierta la posibilidad de proponer otras opciones.

También se estudia de forma cualitativa considerando la no respuesta como no interesa o cero y >1 sí interesa.

16. Sugerencias y comentarios

Se presentan tres preguntas abiertas acerca de áreas temáticas y actividades de interés y aspectos no recogidos en el cuestionario.

D. Análisis estadístico

Los datos se han analizado en el programa estadístico SPSS 9.0 (SPSS Inc.) en colaboración con la Sección de Bioestadística del HULP. La descripción de los datos cualitativos se realiza en forma de frecuencias absolutas y porcentajes y los datos cuantitativos mediante media \pm desviación típica.

En la comparación de datos cuantitativos entre dos grupos, se utilizó el test de la U de Mann-Whitney como prueba no paramétrica. Los datos cualitativos se compararon mediante el test exacto de Fisher y el test de la Chi-cuadrado.

Todos las pruebas estadísticas se han considerado bilaterales y como valores significativos aquellos con p inferiores a 0,05, considerándose tendencia a la significación los valores inferiores a 0,20.

V.- RESULTADOS

V. RESULTADOS

A.- Encuesta del año 1997. Análisis descriptivo

Los resultados del análisis descriptivo de la encuesta de 1997 que a continuación se presentan se consideran un punto de partida para conocer cuáles son las expectativas de los facultativos sobre la FMC.

Población

De las 929 encuestas enviadas se han obtenido 186 respuestas, lo que supone el 20% de la plantilla de facultativos del Centro.

La edad media global de los encuestados es de $46,7 \pm 9$ años, con una antigüedad media en el Centro superior a 20 años y repartidos en las siguientes áreas de especialidad (figura 2):

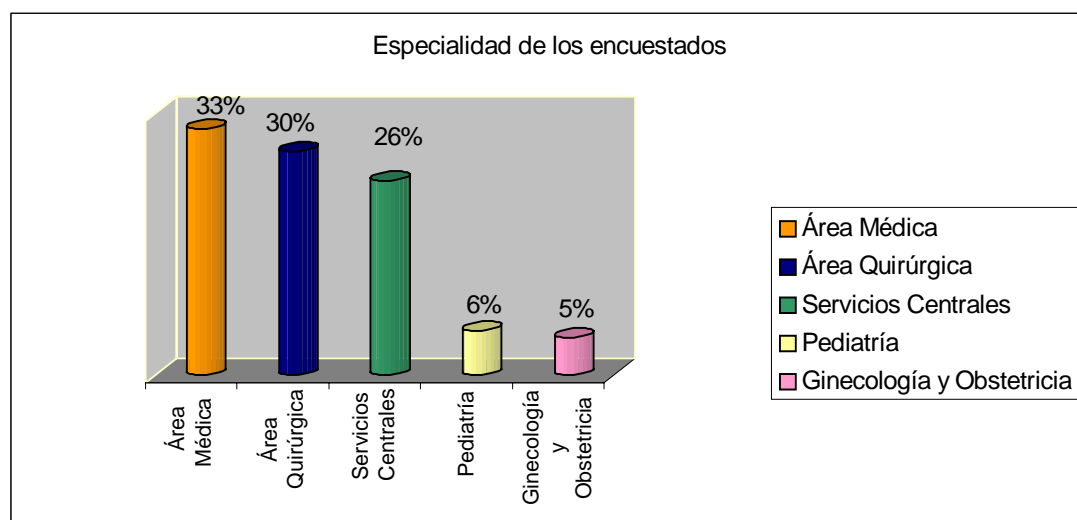


figura 2

La mayoría de los encuestados consiguió el título de especialista entre los años 1974 y 1980 (33%) y tiene una antigüedad en el Centro superior a 20 años (43,7%).

La incidencia de respuesta por cargo fue (figura 3):

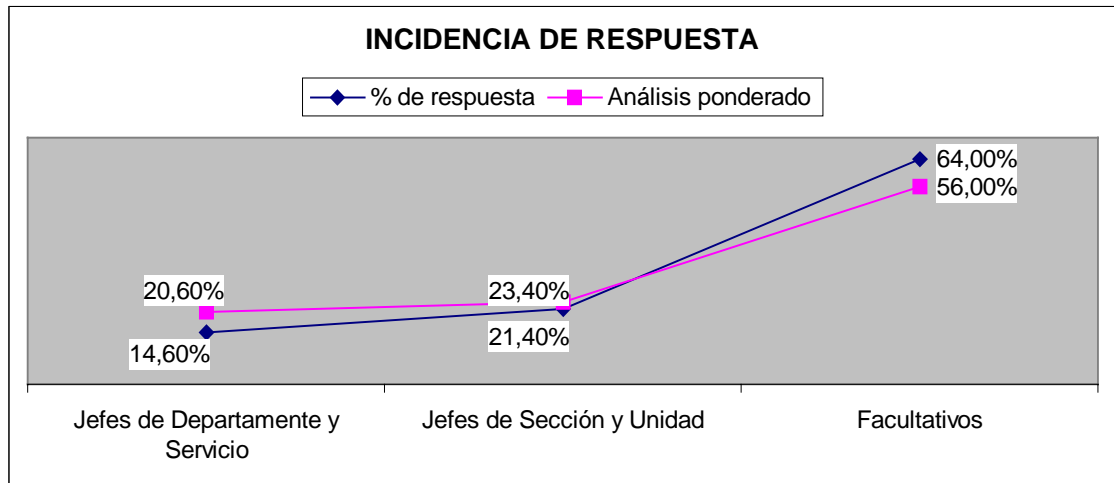


figura 3

1. Percepción de la FMC

La gran mayoría de los encuestados (98,6%) considera que la FC es importante, algo importante o muy importante (figura 4).

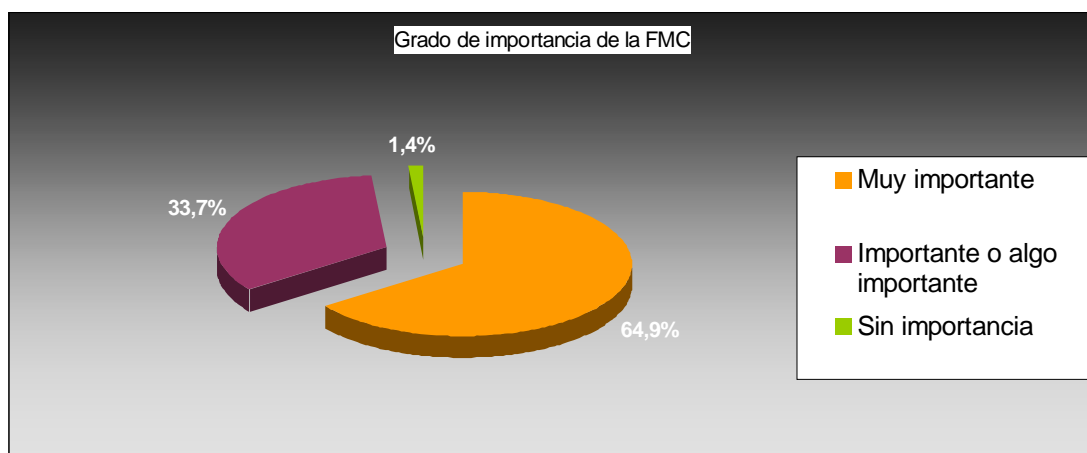


figura 4

Más del 65% considera que la FC es una exigencia ética y una responsabilidad profesional. Además, el 58% cree que las Facultades de Medicina no predisponen al aprendizaje futuro durante la vida profesional ni orientan al aprendizaje autodirigido ni a la autoevaluación (65%).

2. Participación en Actividades

a. Obligatoriedad

Al preguntar si la FMC debe ser obligatoria y en su caso cuál sería el mecanismo más eficaz para llevarla a cabo, se han obtenido las siguientes respuestas (figuras 5 y 6):

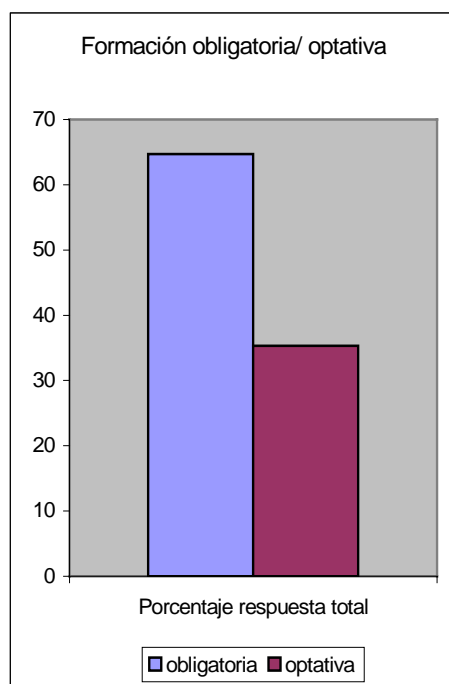


figura 5

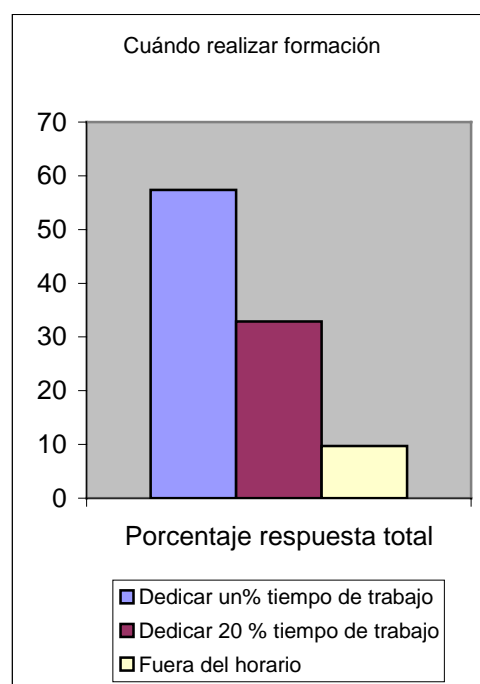


figura 6

b. Reconocimiento de la participación

La gran mayoría de los encuestados cree que debería incentivarse la FC como mérito para la promoción en la carrera profesional (95,2%).

Por orden de importancia, las modalidades que deberían utilizarse para el reconocimiento de la participación en actividades acreditadas son:

- Reconocimiento de la competencia profesional (48,4 %)
- Sistema de créditos (puntos acumulables) (39,8 %)
- Diploma de participación (11,8 %)

Algo más de la mitad de los encuestados considera que la participación en actividades acreditadas debería ser evaluada para certificar la participación.

c. Dificultades encontradas para participar en actividades de FC

Los resultados obtenidos, que se reflejan en la tabla VII, indican que se consideran como principales dificultades la falta de financiación y la presión asistencial, no percibiéndose como tales el idioma o la localización geográfica.

Obstáculos para participar en actividades	SI	NO
Falta de financiación	76,8 %	23,2 %
Presión asistencial	65,5 %	34,5 %
Aislamiento geográfico	40,1 %	59,9 %
Idioma	39,1 %	60,9 %

tabla VII

3. Sistema de acreditación

Es por todos admitido que establecer un sistema de acreditación en las actividades de FC es una forma de establecer una metodología de garantía de calidad. El 98,5 % de los encuestados considera que a la hora de acreditar una actividad de FC debería valorarse en mayor medida los contenidos, en detrimento del tiempo de duración de la actividad.

4. Recertificación

Ante la pregunta de si es partidario de un sistema de recertificación, la mitad de los encuestados responde que sí y la otra mitad que no.

5. Necesidades de formación percibida

a. Oferta formativa

A la hora de organizar y ofertar actividades de FC se considera el siguiente orden de importancia:

1. Las necesidades percibidas por los especialistas (20,6%)
2. Actividades mixtas: conocimientos, habilidades y actitudes (17,7%)
3. Actividades orientadas a la adquisición de técnicas/habilidades (12,8%)
4. Actividades orientadas a la adquisición de conocimiento (12,2%)
5. La fijación de mínimos estándares de competencia profesional (10,2%)
6. Actividades orientadas a la adquisición de actitudes (9,5%)

7. Necesidades del sistema de salud (7,4%)
8. Necesidades expresadas por la Sociedad (5,4%)
9. Actividades pluridisciplinarias (2,8%)
10. Actividades multiprofesionales (1,4%)

b. Grado de importancia a cada tipo de contenido

En cuanto al grado de importancia del contenido de la actividad se obtienen los siguientes resultados por áreas (figura 7):

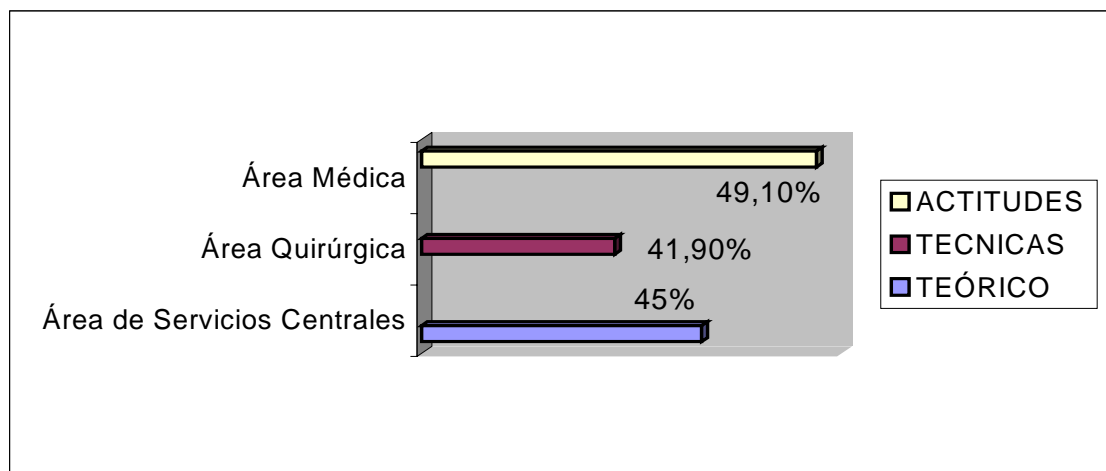


figura 7

c. Lugar de realización

En cuanto al entorno en el que debería realizarse la FC, la mayoría de los encuestados cree que debería realizarse en el hospital y en el entorno de trabajo (86%), mientras que el 14% responde que en el entorno universitario.

d. Destinatarios (tabla VIII)

Profesionales a los que deberían ir destinadas las actividades			
Médicos por especialidad	Médicos de otras especialidades	Personal sanitario no facultativo	Otros profesionales
40,2%	34,8%	17,6%	7,4%

tabla VIII

e. Contenidos generales de las actividades (figura 8)

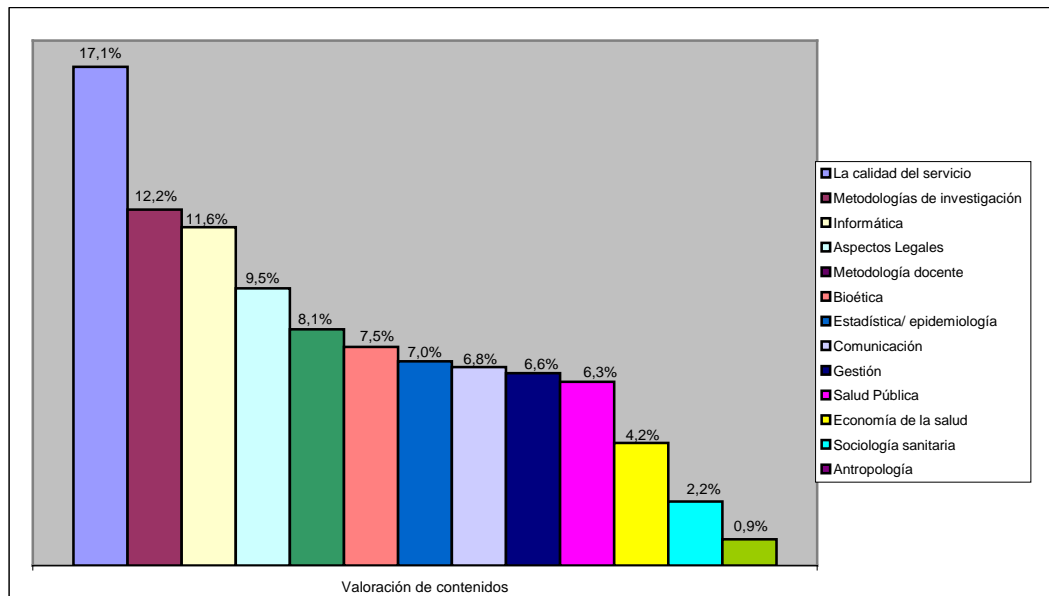


figura 8

f. Actividades de autoaprendizaje realizadas en los dos años anteriores (1996-1997)

- Material Utilizado (figura 9)

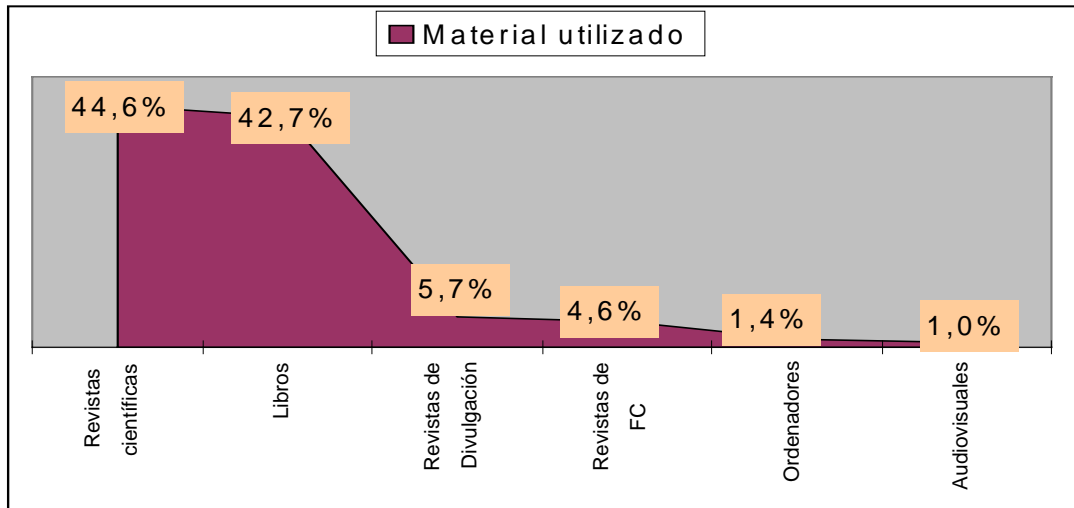


figura 9

- Tiempo dedicado

En cuanto al promedio de horas al mes del tiempo de trabajo dedicado a actividades de autoaprendizaje, el valor más frecuente ha sido de 10 horas/mes.

- Contenido (figura 10)

El contenido del porcentaje de tiempo dedicado al autoaprendizaje ha ido dirigido a la adquisición de:

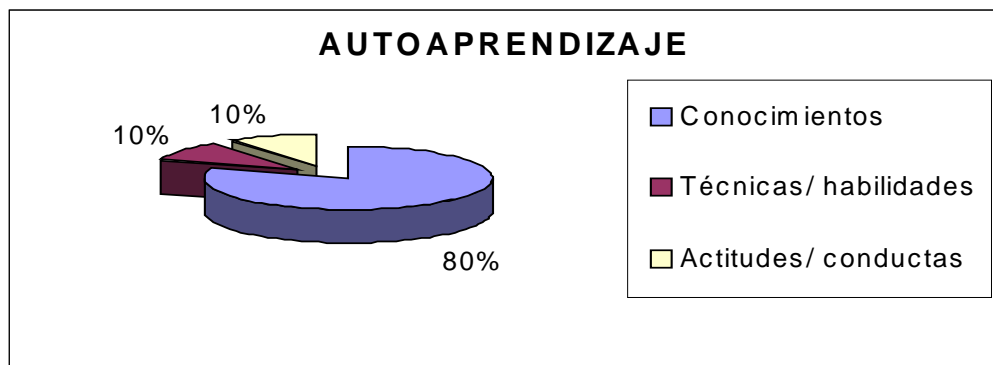


figura 10

- Impacto del autoaprendizaje

De las 186 encuestas, 108 contestan esta pregunta. Todas las respuestas, favorables, indican que la realización de actividades de aprendizaje tuvo un impacto positivo sobre:

- La mejora de la calidad asistencial
- La actualización de conocimientos
- La mejora de la calidad total
- El aprendizaje de nuevas técnicas

g. Actividades de NO autoaprendizaje realizadas en los dos años anteriores (1996-1997)

En cuanto al tipo de actividad, la mayoría contestan que era un curso o seminario distribuidos en las siguientes áreas de contenidos (figura 11):

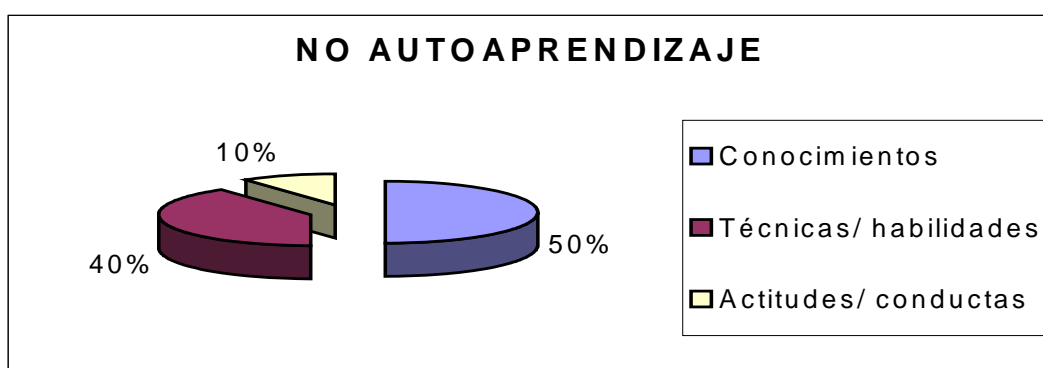


figura 11

B.- Encuesta del año 2000. Análisis descriptivo

Población

De las 850 encuestas enviadas se han recibido 58 respuestas (6,8 % de la población). Ello hace que se deba asumir un error de muestra entre el 5 y el 13 % (para asumir un error máximo de muestreo del 5 %, se deberían haber recibido unas 250 respuestas).

Debido a ello solo se puede efectuar un análisis global de las respuestas, exceptuando una estratificación basada en asistencia o no a actividades formativas.

1. Opinión sobre la FMC (figura 12)

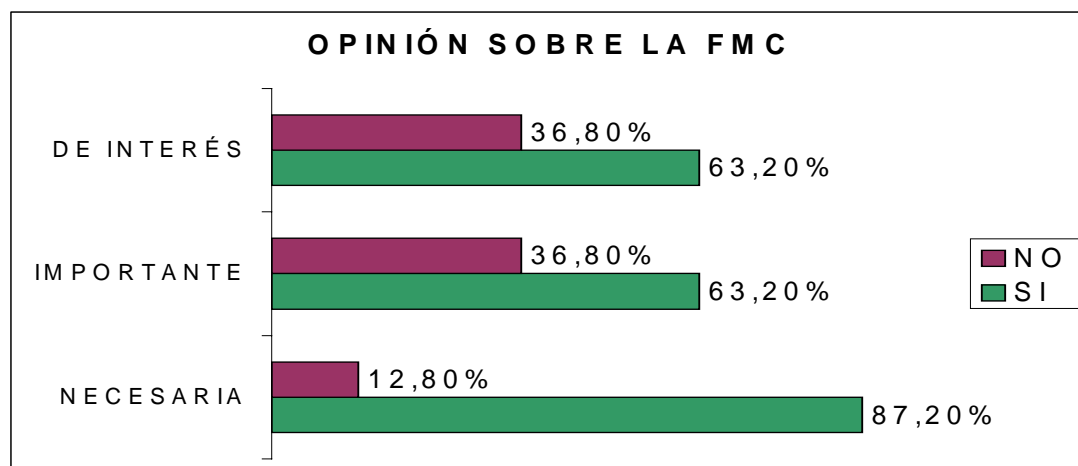


figura 12

2. Características de las Actividades (tabla IX)

	Número suficiente	Calidad suficiente	Cumple expectativas	Se debe seguir en la línea actual
SI	49,1 %	56,1%	36,8%	47,4%
NO	50,9%	43,9%	63,2%	52,6%

tabla IX

3. Participación

En el grado de participación en las actividades organizadas por la Unidad se obtuvieron los siguientes datos (figura 13):

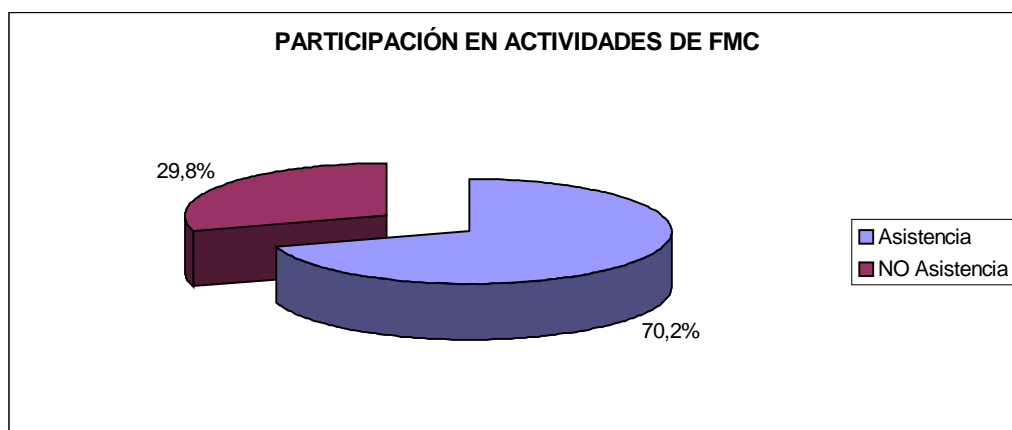


figura 13

a. Población que ha asistido a actividades

Del porcentaje de personas que han participado en actividades de FMC (70,2%) la media de asistencia ha sido de 2,6 actividades en los últimos 28 meses. Algo más de la mitad ellos (53,8%) considera que estas actividades han mejorado su actuación profesional. Los

principales motivos de asistencia y los factores a mejorar se explicitan en la tabla X:

ASISTENTES	
Motivos para asistir	Aspectos a Mejorar
Interés por el tema (70,2%)	Horario (57,9%)
Créditos (8,8%)	Temario (49,1%)
Profesorado (5,3%)	Aulas (45,6%)

tabla X

b. Población que no ha asistido a actividades

Los motivos fundamentales que aducen los que contestan que no han participado en actividades de FMC (29,8%) son (tabla XI):

CAUSAS DE NO ASISTENCIA
Necesidades del Servicio (24,6%)
Horario (19,3%)
Escaso interés por el temario (7%)

tabla XI

4. Catálogo

a) Opinión general (figura 14)

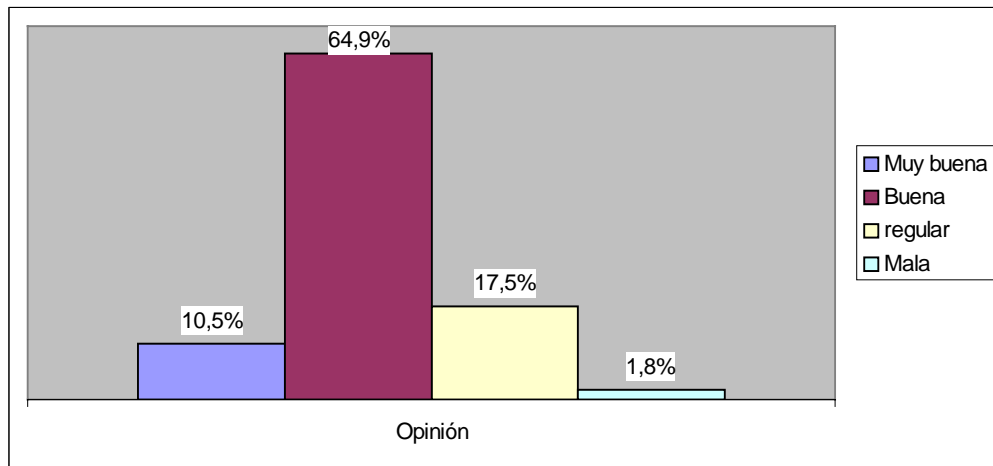


figura 14

b) Contenidos (figura 15)

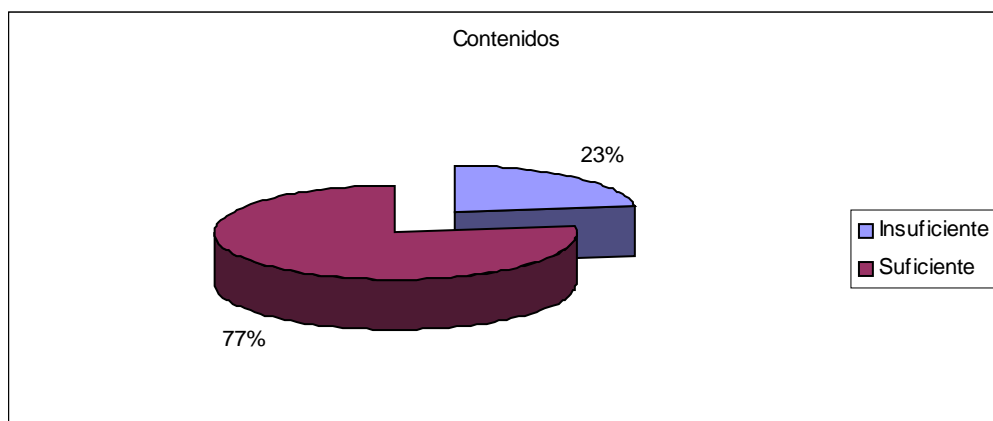


figura 15

c) Enfoque

El 83,7% de los encuestados considera que el catálogo está bien enfocado.

5. Información sobre actividades

La mayoría de los encuestados (91%) considera correcto y suficiente el procedimiento actual de informar y convocar las actividades a través del catálogo, carta nominal y tablón de anuncios.

6. Horario más conveniente

a. Horario en general (figura 16)

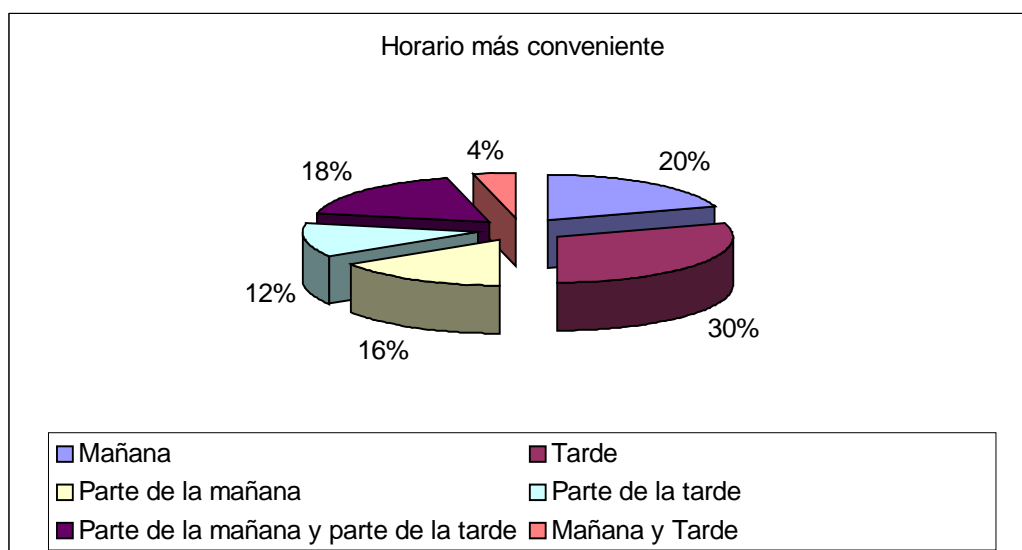


figura 16

b. Para cursos de más de 20 horas (figura 17)

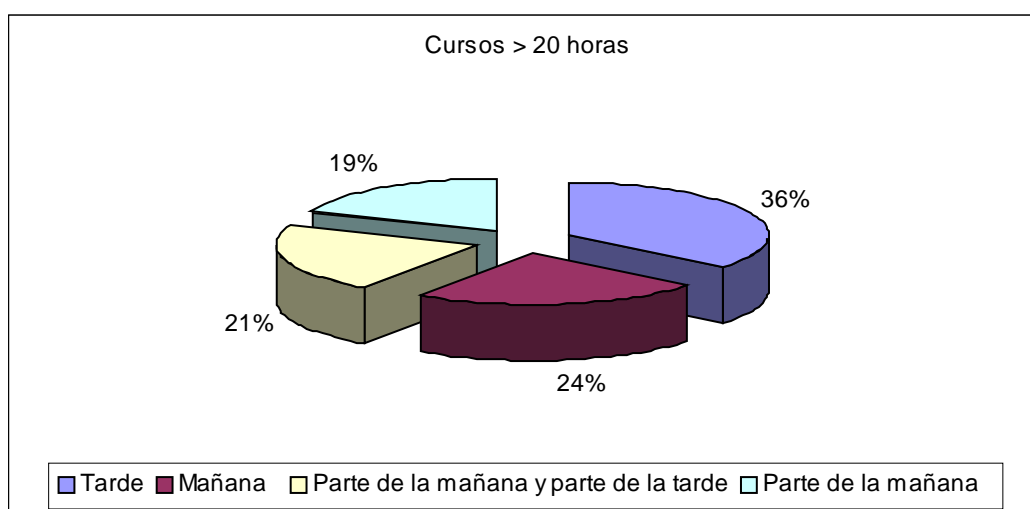


figura 17

7. Lugar de realización de las actividades (tabla XII)

Espacio físico preferido para realizar actividades FMC			
Hospital	A distancia	Facultad de Medicina UAM	Lugar externo
71,9%	12,3%	10,5%	3,5%

tabla XII

8. Actividades conjuntas (tabla XIII)

Actividades conjuntas con Enfermería, Gestión o Primaria		
Siempre	Ocasionalmente	Nunca
11%	80%	5%

tabla XIII

9. Créditos

En relación a los créditos de las actividades formativas, concedidos por la Comisión de Acreditación del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, el 96,4 % considera importante esta acreditación.

10. Grado de conocimiento de la Comisión de FMC

El 70,9 % conoce la existencia de la Comisión Clínica de FMC del hospital y al 54,3 % le gustaría participar en ella. Ahora bien, sólo el 53,8 % conoce sus funciones, mientras que el 65 % desconoce su composición.

11. Tiempo a dedicar a Formación

En cuanto a las horas al año que un facultativo debería dedicar al año a actividades de formación (excluyendo congresos), los resultados se expresan en la tabla XIV:

Horas / año a dedicar a Formación			
0-10 horas	20-30 horas	40-60 horas	> 60 horas
2%	40%	36%	22%

tabla XIV

12. Realización de actividades por estamentos

Mayoritariamente (70%) se desestima el enfoque de realizar actividades por estamentos jerárquicos (Jefes de Servicio, Jefes de Sección, Adjuntos...).

13. Dificultades para asistir a actividades de FMC

El 67,3 % de los encuestados han tenido dificultades para asistir a actividades formativas. Las causas más frecuentes son (figura 18):

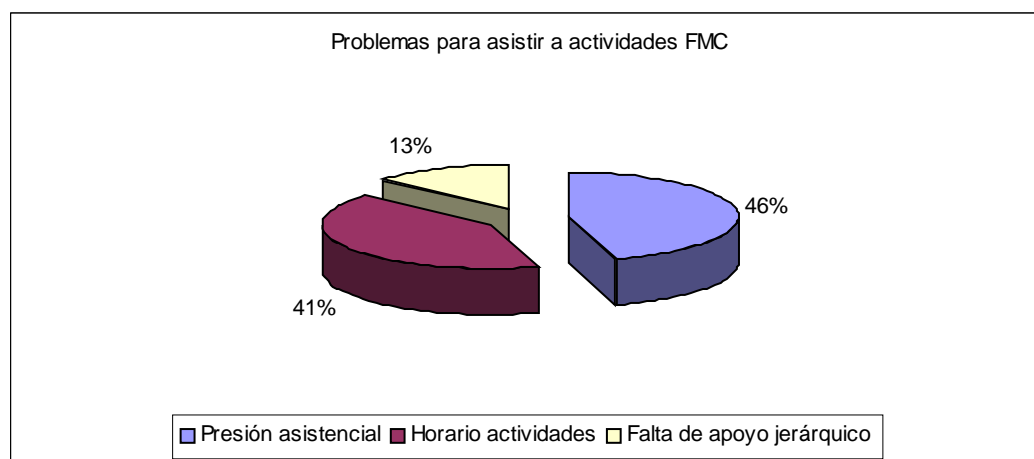


figura 18

14. Implicación en otras actividades

En lo que respecta a la implicación/ participación de la Unidad o de la Comisión en otras actividades, los resultados obtenidos son (tabla XV):

Implicación en otras actividades		
Becas para asistencia a otros Centros	Sesiones clínicas	Permisos a Congresos/ Reuniones Científicas
89,1%	56,4%	44,9%

tabla XV

15. Pertinencia de los temas ofertados (figura 19)

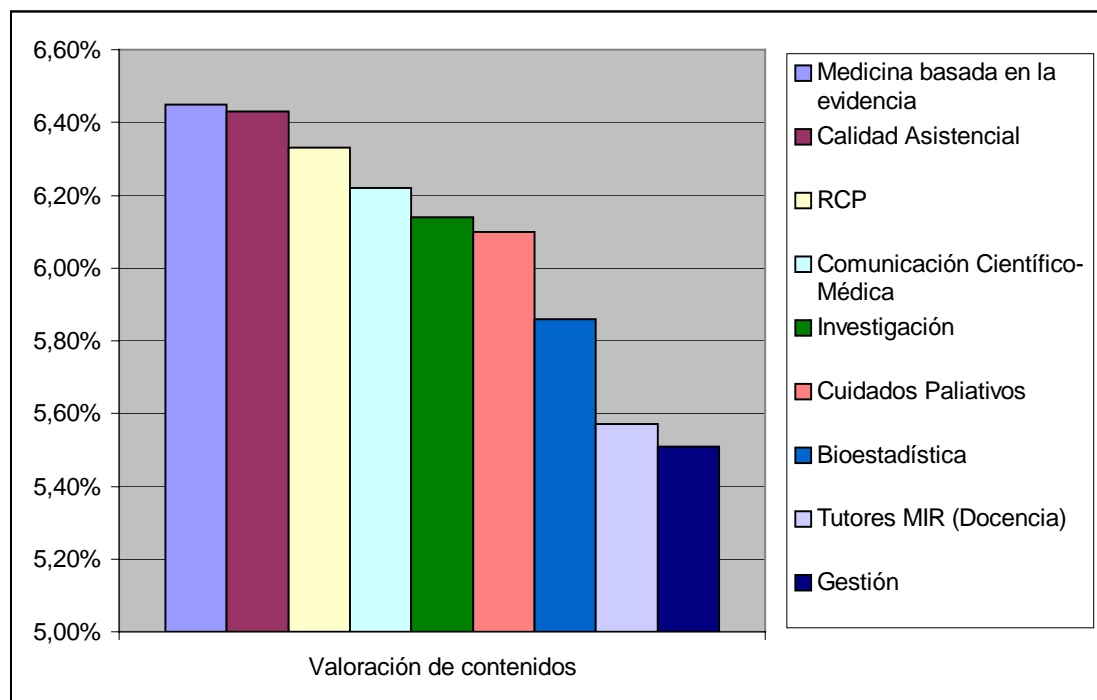


figura 19

16. Preguntas abiertas/sugerencias

a. Actividades de interés para el futuro

Los temas de interés propuestos versan sobre actividades por especialidades, comunicación con el paciente, gestión, metodología para la confección de memorias e Internet.

b. Temas prioritarios para el hospital

Entre ellos se encuentran los relacionados con la gestión, investigación, calidad, medicina basada en la evidencia, RCP, bioestadística y comunicación científico-médica.

c. Comentarios finales

Se recoge la dificultad de asistir a actividades de FMC debido a la presión asistencial. La necesidad de establecer el desarrollo de la carrera profesional y la conveniencia de realizar sesiones hospitalarias e interhospitalarias.

C.- Encuesta año 2005. Análisis descriptivo

Población

1. De 850 encuestas distribuidas en dos envíos, se han recibido 94 respuestas (8 % de la población).
2. Ello hace que se deba asumir un error de muestra de entre el 8 y el 10 % (para asumir un error máximo de muestreo del 5 %, deberíamos haber recibido unas 250 respuestas).
3. Debido a ello sólo se puede efectuar un análisis global de las respuestas, exceptuando una estratificación basada en asistencia o no a actividades formativas.

1. Opinión sobre la FMC (figura 20)

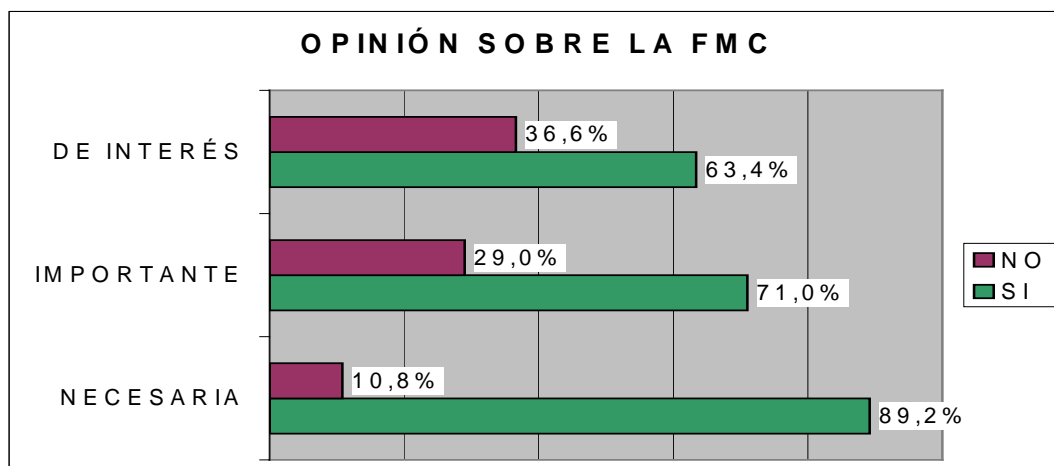


figura 20

2. Características de las Actividades (tabla XVI)

	Número suficiente	Calidad suficiente	Cumple expectativas	Se debe seguir en la línea actual
SI	57%	67,7%	43%	58,1
NO	43%	32,3%	57%	41,9%

tabla XVI

3. Participación

El grado de participación en las actividades de FMC organizadas por la unidad encontramos los siguientes datos (figura 21):

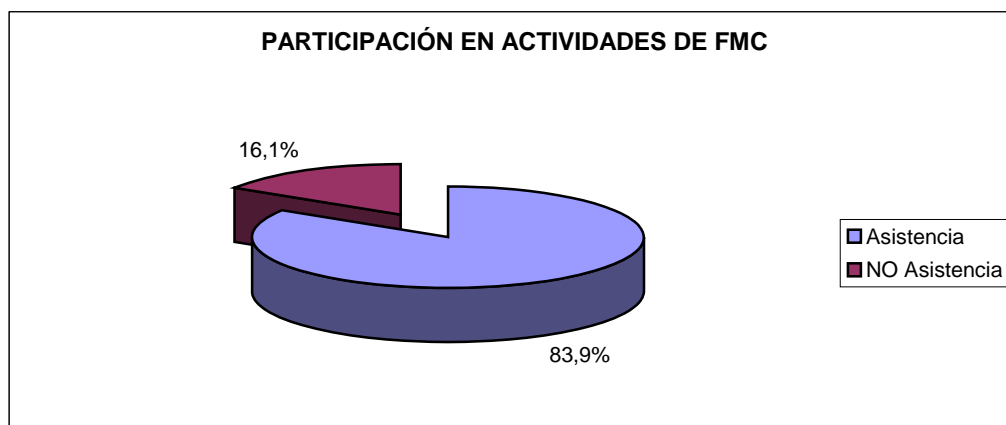


figura 21

4. Población que ha asistido a actividades de FMC

Del porcentaje de personas que han participado en actividades de FMC (83,9%) la media de asistencia ha sido de 3,3 actividades en los últimos 4 años. De ellos el 63,4% considera que estas actividades han mejorado su actuación profesional. Los principales motivos de asistencia y los factores a mejorar se explicitan en la tabla XVII:

ASISTENTES	
Motivos para asistir	Aspectos a mejorar
Interés por el tema (81,7%)	Horario (65,6%)
Créditos (14%)	Temario (55,9%)
Profesorado (12,9%)	Material entregado (53,8)
Tiempo libre (4,3%)	Aulas (45,6%)

tabla XVII

5. Población que NO ha asistido a actividades de FMC

Los motivos fundamentales que aducen los que contestan que no han participado en actividades de FMC (29,8%) son (tabla XVIII):

CAUSAS DE NO ASISTENCIA	
Horario	(18,3%)
Necesidades del Servicio	(17,2%)
Escaso interés por el temario	(8,5%)
Falta de información	(2,2%)

tabla XVIII

6. Catálogo

a. Opinión general (figura 22)

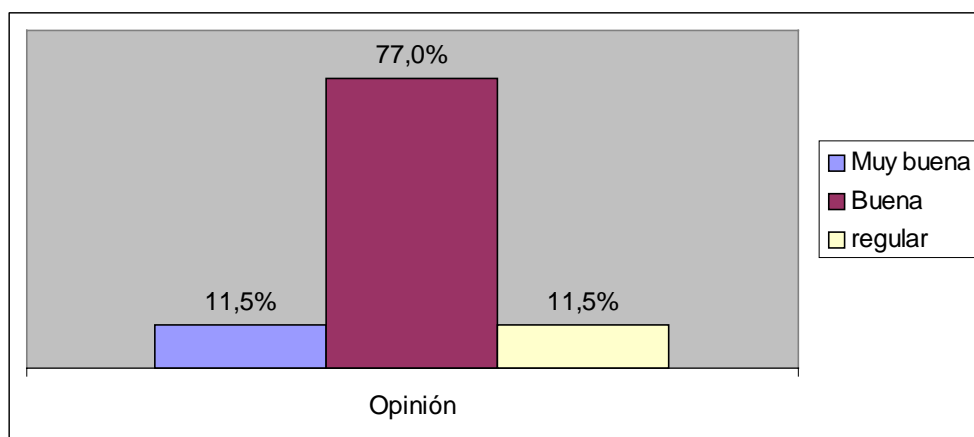


figura 22

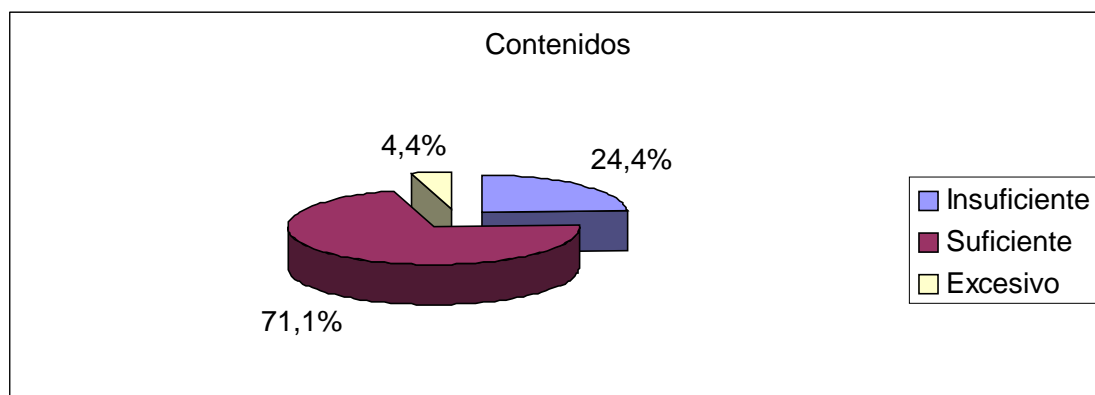
b. Contenidos (figura 23)

figura 23

c. Enfoque

El 55,9% de los encuestados considera que el catálogo está bien enfocado.

7. Información sobre actividades

La mayoría de los encuestados (83,9%) considera correcta y suficiente la actual forma de informar y convocar las actividades a través del catálogo, carta nomina y tablón de anuncios.

8. Horario más conveniente

a. Horario en general (figura 24)

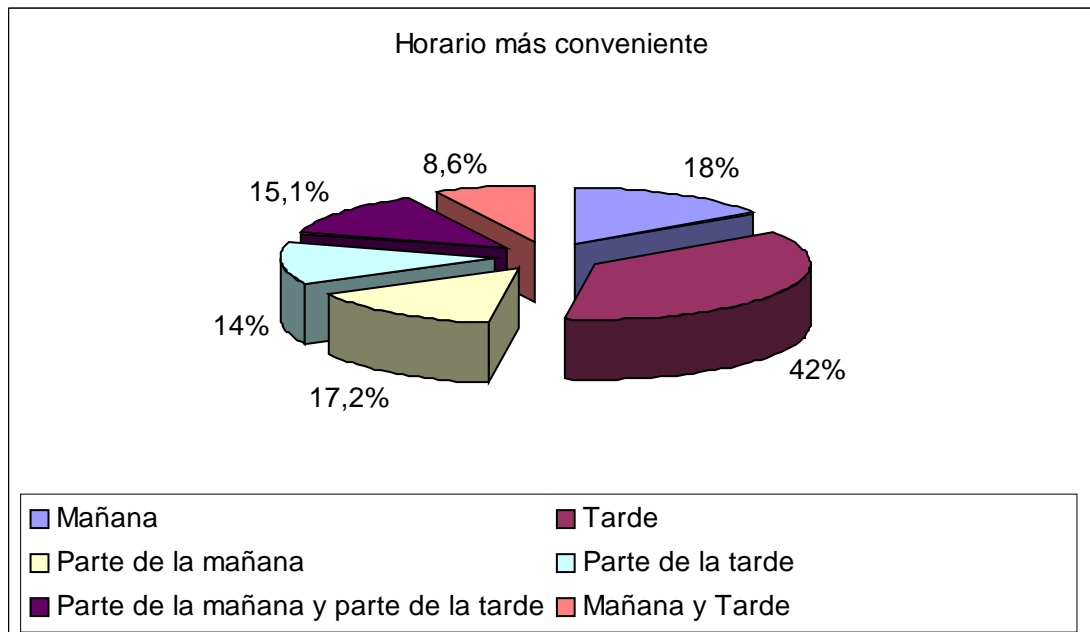


figura 24

b. Para cursos de más de 20 Horas (figura 25)

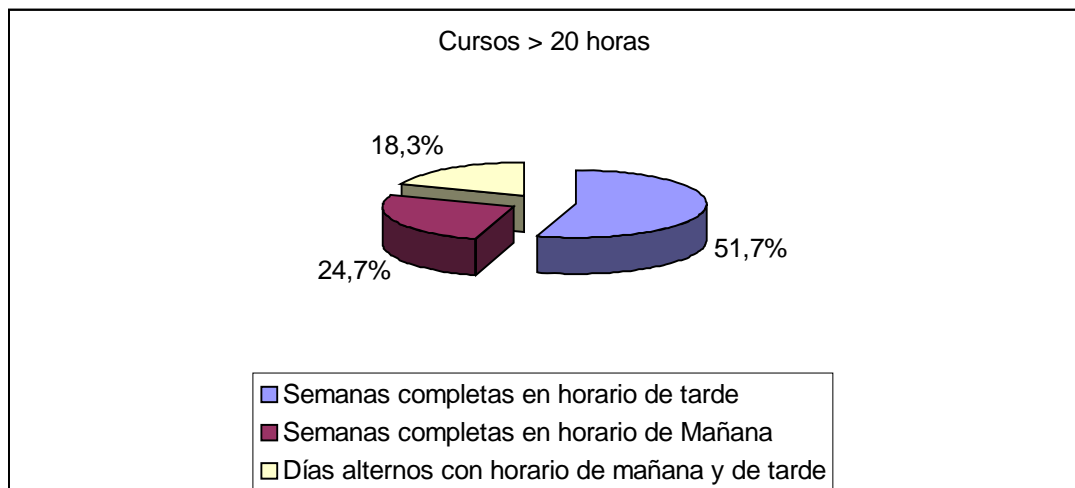


figura 25

9. Lugar de realización de las actividades (tabla XIX)

Espacio físico preferido para realizar actividades			
Hospital	A distancia	Facultad de Medicina UAM	Sede de la ALE
97,8%	26,9%	18,5%	5,4%

tabla XIX

10. Actividades conjuntas

a. Con personal de Enfermería y Gestión (tabla XX)

Actividades conjuntas con enfermería y gestión		
Siempre	Ocasionalmente	Nunca
13%	80,4%	6,5%

tabla XX

b. Con personal de Atención Primaria (tabla XXI)

Actividades conjuntas con Atención Primaria		
Siempre	Ocasionalmente	Nunca
12%	87%	1,3%

tabla XXI

11. Créditos

En relación a los créditos de las actividades formativas, concedidos por la Comisión de Acreditación del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, el 89,2 % considera importante esta acreditación.

12. Grado de conocimiento de la Comisión de FC

El 64,59 % conoce la existencia de la Comisión Clínica de FC del hospital y al 52,1 % le gustaría participar en ella. Ahora bien, sólo el 57 % conoce sus funciones, mientras que el 47 % desconoce su composición.

13. Tiempo a dedicar a formación

En cuanto a las horas al año que un facultativo debería dedicar al año a actividades de formación (excluyendo congresos), los resultados se expresan en la tabla XXII:

Horas / año a dedicar a Formación			
0-10 horas	20-30 horas	40-60 horas	> 60 horas
0%	34,4%	44%	22%

tabla XXII

14. Realización de actividades por estamentos

Gran parte (61,3%) desestima el enfoque de realizar actividades por estamentos jerárquicos (Jefes de Servicio, Jefes de Sección, Adjuntos...)

15. Dificultades para asistir a actividades de FMC

El 67,7% de los encuestados han tenido dificultades para asistir a actividades formativas. Las causas más frecuentes se indican en la figura 26:

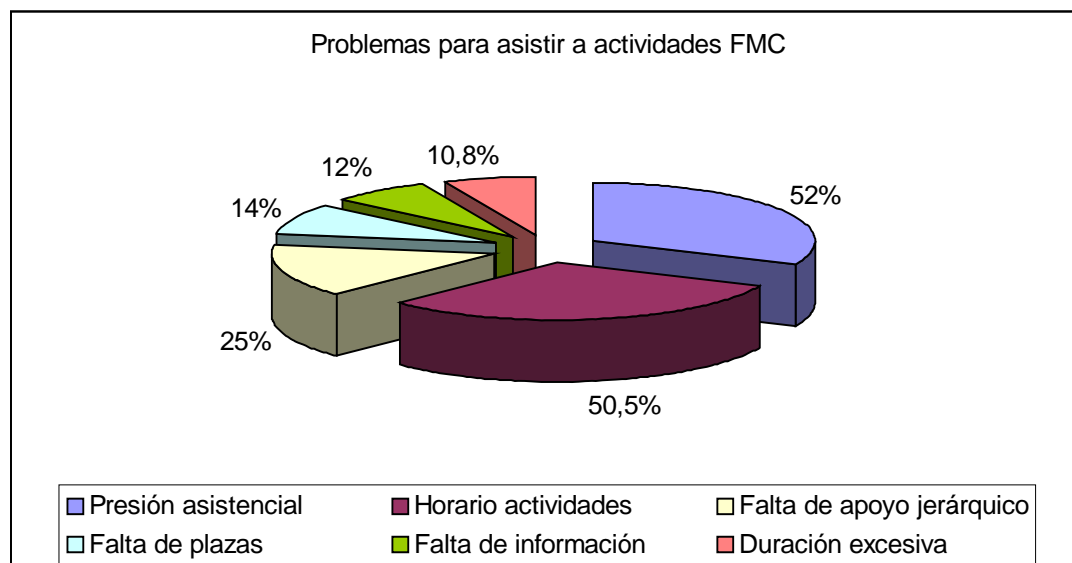


Figura 26

16. Implicación en otras actividades

En lo que respecta a la implicación/ participación de la Unidad de FMC o en su caso de la Comisión de FMC en otras actividades, los resultados obtenidos se expresan en la tabla XXIII:

Implicación en otras actividades		
Becas para asistencia a otros Centros	Sesiones clínicas	Permisos a Congresos/ Reuniones Científicas
71%	53,8%	36,6%

tabla XXIII

17. Pertinencia de los temas ofertados (figura 27)

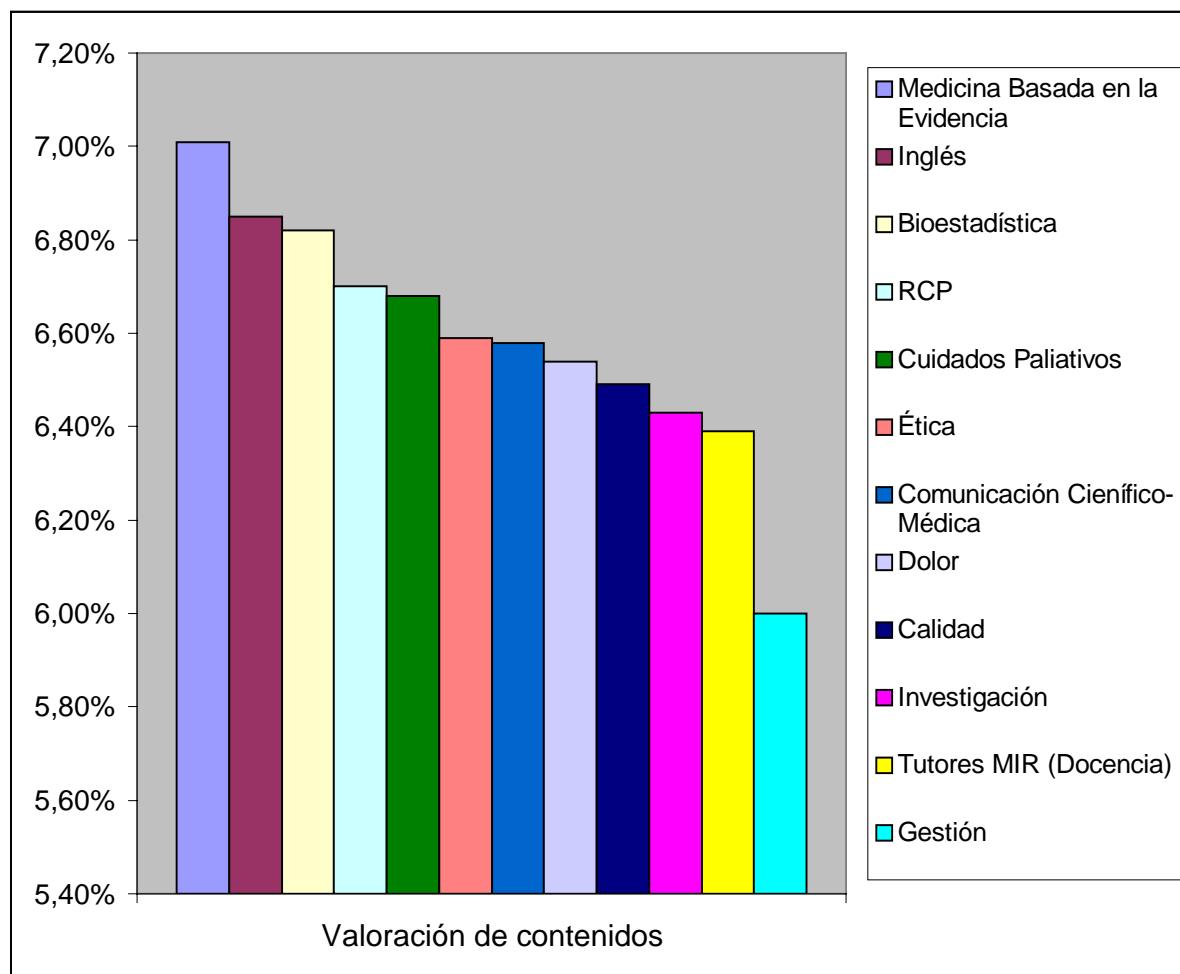


figura 27

18. Preguntas abiertas/ sugerencias

a. Temas prioritarios para el hospital

Entre ellos se encuentran los relacionados con la gestión, investigación, calidad, comunicación médico-enfermo, resolución de conflictos, innovación docente y *Burn-Out*.

b. Comentarios finales

Se recogen la dificultad de asistir a actividades de FMC debido a la presión asistencial, la necesidad de establecer el desarrollo de la carrera profesional y la conveniencia de realizar sesiones hospitalarias e interhospitalarias.

D.- Análisis comparativo de las encuestas 2000-2005

Se ha realizado un análisis comparativo entre las encuestas del año 2000 y 2005 al tratarse de encuestas con las mismas variables. Para ello se han establecido los siguientes parámetros:

- Si $p < 0,05$ se considera que existe diferencia significativa.
- Si $0,05 < p < 0,2$ se considera que existe tendencia.
- Si $p \geq 0,2$ no existen diferencias significativas ni tendencias.

En cuanto a la población que ha contestado ambas encuestas se aprecia un discreto aumento en el número de respuestas recibidas en la encuesta de 2005 (94 respuestas - 8% población) con respecto a la del 2000 (58 respuestas - 6,8 población).

Se encuentran **diferencias significativas** en las siguientes variables

1. Aumento considerable en las dificultades encontradas para asistir a actividades de FMC entre las opiniones de la encuesta del año 2000 (31,6%) y la encuesta de 2005 (67,7%). Los motivos que se aducen, por orden de importancia, se expresan en la tabla XXIV:

MOTIVOS	2000	2005	p
	n= 55	n=64	
	n (%)	n (%)	
HORARIO	28 (50,9%)	47 (73,4%)	0,014
PRESIÓN ASISTENCIAL	31 (56,4%)	48 (75%)	0,035
FALTA DE APOYO JERÁRQUICO	9 (16,4%)	23 (35,9%)	0,022
FALTA DE INFORMACIÓN	1 (1,8%)	11 (17,2%)	0,006
PLAZAS LIMITADAS	5 (9,1%)	13 (20,3%)	0,124

tabla XXIV

2. En cuanto a los temas de interés (tabla XXV) se mantiene en ambas encuestas el porcentaje de personas interesadas en:

Temas de interés	2000	2005
	n= 57	n=93
	n (media)	n (media)
ESTADÍSTICA	35 (40,04)	56 (51,60)
GESTIÓN	35 (39,16)	53 (48,03)
TUTORES MIR	28 (31,39)	43 (39)

tabla XXV

Existe una **tendencia** en las opiniones expresadas en la encuesta de 2005 frente a lo expuesto en 2000, a:

1. Realizar las actividades de FMC en el hospital frente a otros lugares (tabla XXVI).

LUGAR DE REALIZACIÓN	2000	2005	p
	n= 57	n=93	
	n (%)	n (%)	
HOSPITAL	52 (91,2%)	91 (97,8%)	0,105
AGENCIA LAIN ENTRALGO	-	5 (5,4%)	0,157
OTRO LUGAR AJENO AL HOSPITAL	3 (5,3%)	-	0,053

tabla XXVI

2. Disminuir el porcentaje de personas interesadas en cursos de reanimación cardiopulmonar, según muestra la tabla XXVII.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	2000	2005	p
	n= 57	n=93	
	n (%)	n (%)	
INTERÉS	33 (57,9%)	43 (46,2%)	0,182

tabla XXVII

3. Aumentar el porcentaje de personas que consideran que las actividades de FMC ofertadas tienen la calidad suficiente (tabla XXVIII).

CALIDAD DE LAS ACTIVIDADES DE FMC	2000	2005	p
	n= 57	n=93	
	n (%)	n (%)	
SUFICIENTE	32 (56,1%)	63 (67,7%)	0,166

tabla XXVIII

4. Aumentar el porcentaje de personas que han participado en cursos de formación en 2005 con respecto a año 2000 (tabla XXIX).

ACTIVIDADES DE FMC	2000	2005	p
	n= 57	n=93	
	n (%)	n (%)	
PARTICIPACIÓN	40(70,2%)	78 (83,9%)	0,064

tabla XXIX

5. Considerar 40 horas como el tiempo que debe invertir un facultativo al año en actividades de FMC (excluyendo congresos, reuniones, etc). (tabla XXX).

HORAS/AÑO	2000 n= 57	2005 n=93	p
	n (%)	n (%)	
40 HORAS	6 (10,5%)	19(20,4%)	0,175

tabla XXX

E.- Resultados de la actividad de la Unidad de FMC

1. Actividad

Desde su creación, la Unidad de FMC ha experimentado un crecimiento progresivo en el número de actividades organizadas en cada ejercicio, viéndose éstas aumentadas considerablemente por el incremento del crédito para formación que trae consigo las trasferencias sanitarias, que en el caso de la CM se lleva a cabo en el año 2002 (figura 28).

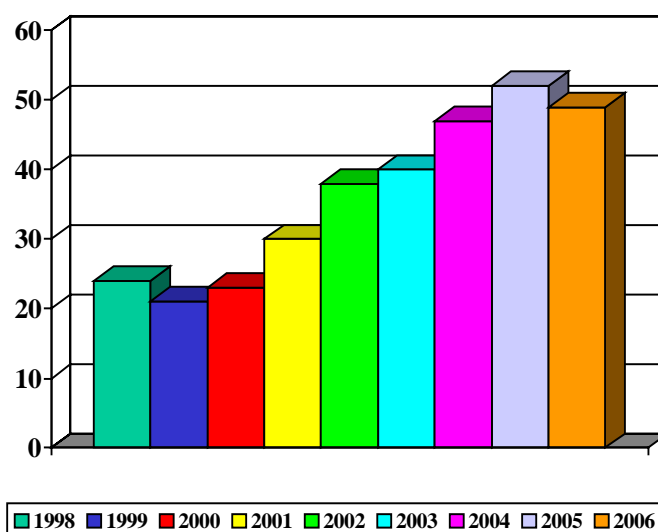


figura 28

Un índice de calidad es la comparación entre las actividades planificadas y las realizadas. Analizando la actividad realizada en el período 1998-2006, cabe destacar el alto grado de cumplimiento de las previsiones de los planes formativos en la Unidad de FMC del HULP.

Una parte importante de las energías y recursos de la Unidad ha estado orientada al marketing interno como una forma de crear una cultura de formación continuada haciendo atractiva la oferta y captando facultativos que se implicaran regularmente en tareas docentes. A este respecto, uno de los mayores logros de la Unidad ha sido la creación de un canal de comunicación que informa a los facultativos, a través del envío de un catálogo anual y una carta mensual, sobre las actividades que se van a desarrollar. Además, para facilitar que este canal sea bidireccional, la Unidad habilitó, desde su creación, una oficina única de inscripciones y recogida de diplomas que permite hacer estas gestiones telefónicamente, por correo electrónico, o por ambos.

2. Horas

El crecimiento progresivo de la actividad hace que aumente el número de horas y por tanto se incremente el presupuesto, viéndose especialmente intensificado a partir de las transferencias en el ejercicio 2002 (figuras 29 y 30).

En el ejercicio 2004 sigue la tendencia a aumentar el número de actividades, pero éstas son de menor duración y por tanto existe un ligero descenso en número de horas y en el presupuesto.

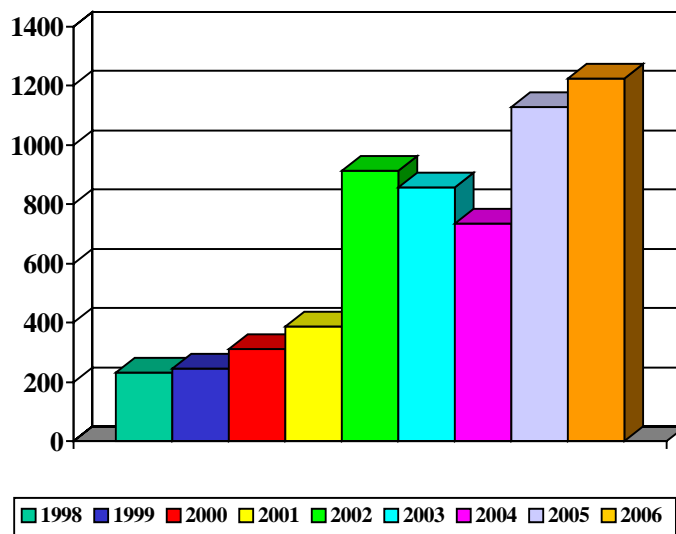


figura 29

3. Gasto

En la figura 30 se presenta la evolución del gasto anual en euros que ha tenido la Unidad desde su creación hasta la actualidad.

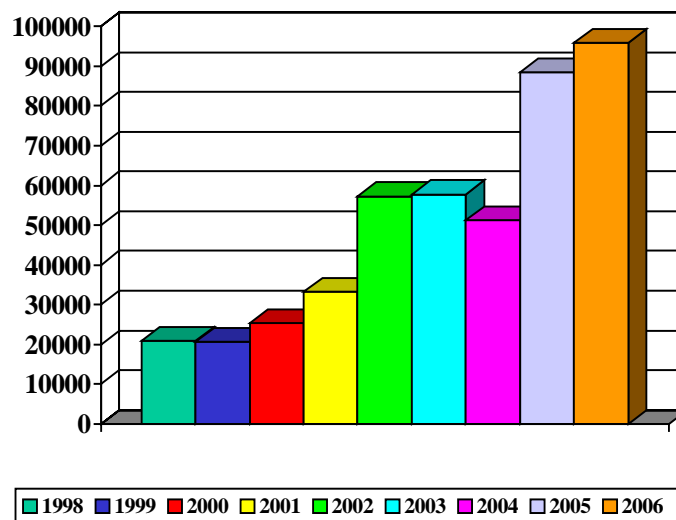


figura 30

Aunque el gasto de la Unidad de FMC se ha incrementado año a año desde su creación, existen tres períodos claramente diferenciados:

- Período 1998-2001: es la época en la que, debido a los escasos fondos que el INSALUD, entidad proveedora en aquel entonces, dedica a formación, la Unidad de FMC, tras la decisión de la dirección del Centro, realiza todas sus actividades con cargo al presupuesto del hospital. Aunque no existe ninguna limitación teórica del gasto es en ese período en el que menos gasto se realiza. Esto se debe fundamentalmente a dos motivos: el primero hace referencia a la falta de cultura o tradición entre los facultativos del hospital a la hora de participar, de forma programada y estructurada, en actividades formativas ya sea como docentes o como discentes. La segunda es consecuencia de las escasas directrices del extinto INSALUD que únicamente contempló objetivos específicos en plan de formación para facultativos de 1998, siguiendo las directrices del Plan Estratégico, de fecha 21 de diciembre de 1997, del citado organismo.
- Período 2002- 2004: coincide con las transferencias sanitarias a la CM. Es a partir de este momento cuando el presupuesto dedicado a formación pasa a obtener mayor asignación económica, obteniendo fondos provenientes de dos organismos: la ALE para actividades de carácter sanitario y el IMAP para no sanitarias. Es a partir de esta época cuando la Unidad de FMC va a tener que compartir un presupuesto limitado con las otras dos Unidades de formación del Centro: enfermería y gestión. Aun así, el presupuesto de la Unidad casi duplica al período anterior. Las causas de este aumento en el gasto se deben a tres motivos: el primero, es el aumento de la demanda y de la oferta formativa; el segundo, consecuencia del anterior, se debe a una mayor propuesta y aprobación de actividades que el área de enfermería con el que comparte el fondo presupuestario de la ALE; por último, el tercer motivo hace

referencia al cumplimiento íntegro del gasto que la Unidad va haciendo año tras año.

- Período 2004-2006. Las cuantías presupuestarias son similares al período anterior únicamente incrementadas con una subida anual del 3%. Aún así es el período en el que la Unidad va a contar con mayor presupuesto. Este incremento, que prácticamente duplica el del período 2002-2004 y triplica el del 1998-2001, se sustenta en tres razones. La primera, es la plena implicación en la financiación y desarrollo, a través de las directrices marcadas por la Dirección-Gerencia del Centro, en los procesos de formación y consultoría de los grupos de calidad compuestos por facultativos del área. La segunda, es el constante crecimiento de propuestas de actividades, con cargo a los fondos de la ALE, en detrimento de una estabilización en las propuestas presentadas por el resto de coordinaciones. Y el último, hace referencia a la captación de la asignación presupuestaria que la ALE destinaba al hospital para la formación en ofimática y que a partir del año 2006 va a ser asumida por Informática Comunidad de Madrid a coste cero.

4. Participantes

El incremento en número y variedad de actividades ha ido en relación con una mayor participación. Al igual que en los aspectos anteriores el crecimiento en la participación ha ido aumentando año a año. Al realizar un análisis del índice de participación, cabe destacar cómo en el ejercicio 2004, año en el que ha habido un aumento progresivo de actividades, éstas han sido de menos horas y en ellas ha habido un descenso en la participación. Por el contrario, en el ejercicio 2005 ha habido un aumento considerable en el número de horas, de participantes y de coste. El aumento del número de asistentes (figura 31) se ha debido a una mayor participación de facultativos Residentes.

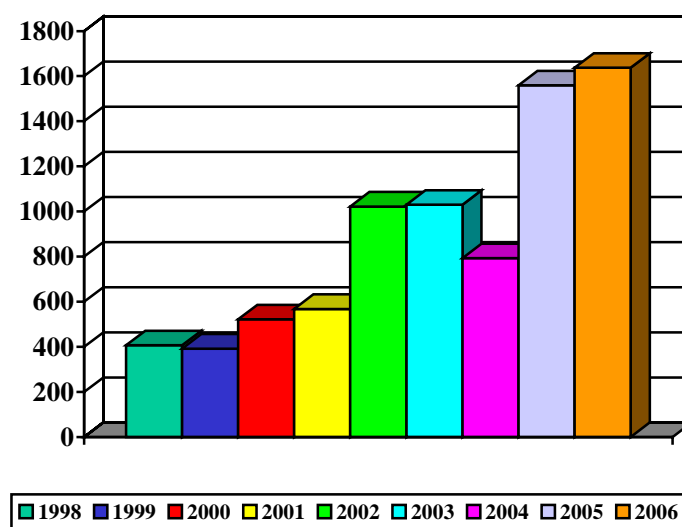


figura 31

a. perfil del alumnado

Se ha analizado el alumnado participante en las actividades de formación través de la comparación personal inscrito en la base de datos de la Unidad y del personal asistente, obteniéndose los siguientes resultados:

- Personal inscrito que no realiza las actividades: se observas que, como media entre las diferentes actividades y diferentes ejercicios comprendidos entre 1998-2006, el 7,52% de los inscritos no realizan la actividad.
- Personal no inscrito que realiza las actividades:
 - Período 1998-2002: se halló como media que el 1,87 % del personal que realiza las actividades no está inscrito. Este índice tiene su explicación en que algunas de las actividades de la Unidad también se desarrollan como actividades de doctorado y en las cuales participa personal que no pertenece a la plantilla del hospital. Además también participa personal de Atención Primaria del Área 5 de Salud.

-
- Período 2002-2006: se halló que como media entre actividades y ejercicios, el 5,67 % de las personas que realizan las actividades no están inscritas. Esto se debe al motivo reseñado anteriormente y sobre todo a que a partir de este período se alienta la participación de otros profesionales, que perteneciendo al Sistema, no pertenecen a la plantilla del Centro. Estos son, personal de Atención Primaria y Especializada de diferentes áreas sanitarias.

 - Analizado el perfil de los participantes, se obtiene que:
 - el 61,6 % de los participantes son mujeres. Los datos de plantilla a fecha 2006 indican que hay 504 varones y 362 mujeres.
 - tras cruzar la base de datos de la Unidad con la de recursos humanos del hospital, se verifica que la edad media de los asistentes se sitúa en 47,9 años en el período 1998-2002; de 47,3 años en el período 2002-2004 y de 43,1 años en el período 2004-2006. Este rejuvenecimiento de la media de edad de los asistentes es debido a la participación de los Residentes. Aunque en primera instancia su participación era condicionada a la disponibilidad de plazas y a la reserva de plazas en otras actividades, es a partir de 2005, año en que se entrega un diploma de asistencia con créditos para actividades acreditadas, cuando este colectivo participa de modo notable.

 - El índice de absentismo de los participantes se sitúa en:
 - el 25,3% para cursos entre 20-40 horas y desarrollados en días consecutivos y turno de mañana. El día que más absentismo se registró, con una media del 35,9 %, fue el viernes.

- El 16,1 % para cursos entre 20-40 horas y desarrollados en días consecutivos y turno de tarde. El día que más absentismo se registró fue el viernes, con un 63,2% de media.
- El 24,6 % para cursos entre 20-40 horas desarrollados en días consecutivos y en jornada de mañana y tarde. El día de más absentismo fue el viernes en turno de tarde (54,7%).
- el 27,2 % para cursos > de 40 horas tanto para los desarrollados en días alternos como consecutivos. Este porcentaje aumenta considerablemente hasta el 35,7 % cuando los cursos se desarrollan en turno de mañana.

5. Formación estratégica

Como muestra la figura 32, durante el período 2002-2005, prácticamente la mitad de las actividades realizadas han ido dirigidas al área de competencia técnica, a excepción del año 2003 en el que debido a la implantación del modelo de calidad total (Modelo EFQM) y al plan de prevención de situaciones conflictivas, se realizan más actividades dirigidas a las áreas de calidad e infraestructura y seguridad. También cabe destacar en este período, el mantenimiento de actividades dirigidas a las áreas de Comunicación e imagen y de Desarrollo Directivo en el que la variación del porcentaje se debe más a la ponderación global del total de actividades que a que se organicen más actividades. Por último, es significativo el poco número de actividades dirigidas al área de Desarrollo Organizativo, con excepción del ejercicio 2006, año en el que aumentan las actividades dirigidas a la calidad y desarrollo organizativo en detrimento de las dirigidas a la competencia técnica.

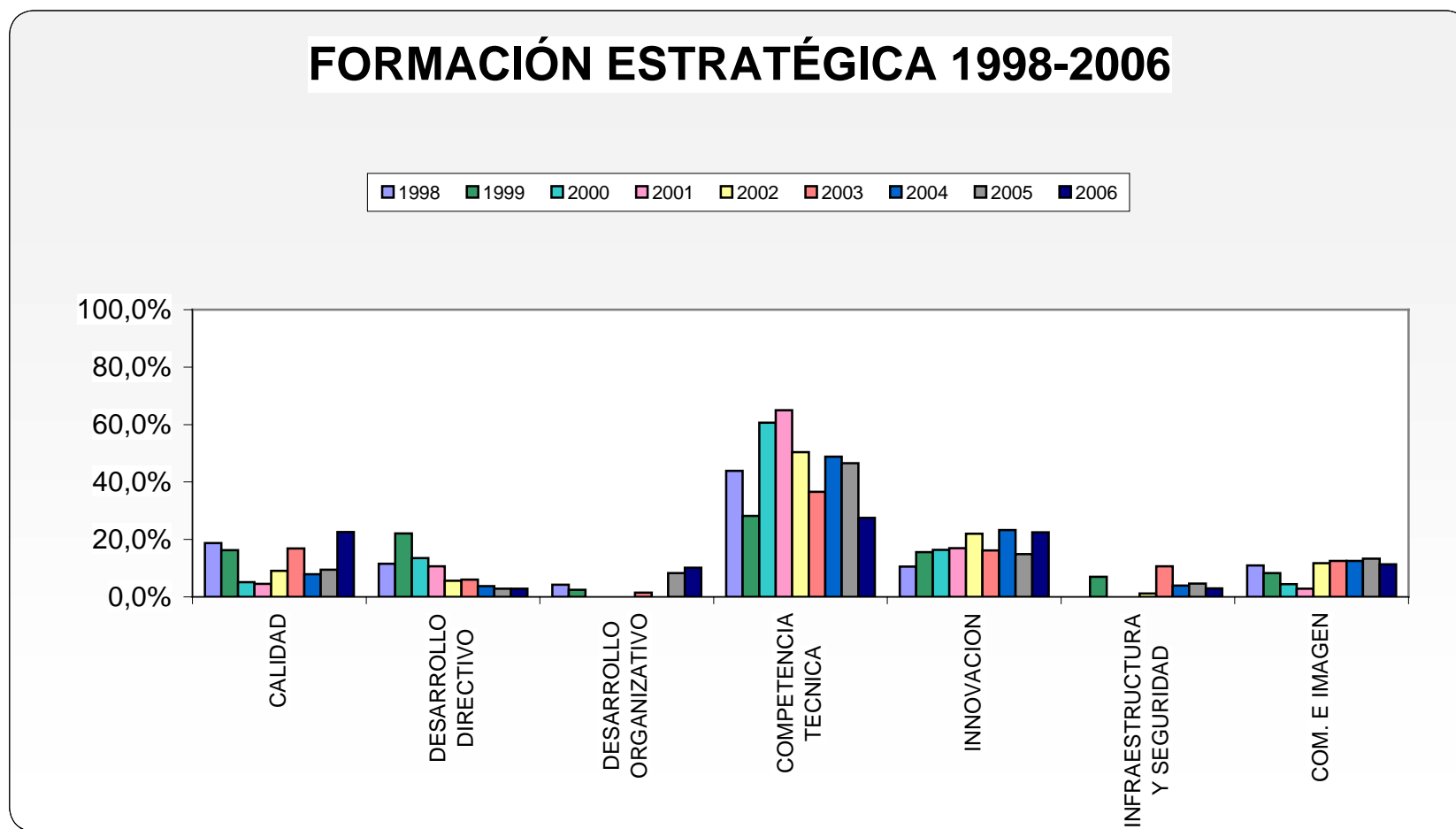


figura 32

VI.- DISCUSIÓN

VI. DISCUSIÓN

La Medicina presenta, afortunadamente, continuos cambios en sus bases científicas y en sus aplicaciones prácticas que suponen, en definitiva, importantes beneficios en la atención a los pacientes. En este contexto, la formación médica continuada se erige como un deber ético y una responsabilidad individual del médico durante toda su vida profesional en la medida en que supone una actualización de los conocimientos, habilidades y aptitudes que hacen que se alcance una competencia profesional de alto nivel. Para conseguir esta puesta al día, el profesional reconoce la exigencia de actualizarse pero quiere que se le ofrezcan las oportunidades necesarias para cumplir ese deber⁵⁶. En este ámbito es donde crece la necesidad de contar con una Unidad de Formación capaz de gestionar un plan formativo estructurado y cambiante según las necesidades de cada momento.

Históricamente las Unidades de Formación Continuada han estado sujetas a las políticas de cada centro con escasas directrices marcadas por el organismo centralizador correspondiente, que en la mayoría del territorio español era el INSALUD, y con un presupuesto muy limitado. A raíz de las transferencias sanitarias, que en las comunidades dependientes del extinto INSALUD se lleva a cabo en el año 2002, se produce una descentralización de las competencias sanitarias que va desembocar en la creación de nuevas instituciones autonómicas que centralizadamente van a gestionar determinadas áreas relacionadas con la salud. En la Comunidad de Madrid se crea la Agencia Laín Entralgo (ALE) para la formación, investigación y estudios sanitarios. A raíz de las transferencias, la formación va a tener un mayor peso dentro de las políticas de recursos humanos al convertirse en un vehículo indispensable que debe estar presente en la elaboración de modelos de carrera profesional que fomenten el desarrollo profesional permanente o continuo (DPP)^{57 58} y abra un camino para la instauración de mecanismos de promoción para

cada categoría, inexistentes hasta la fecha. El DPP es un concepto más amplio, del que forma parte la FMC, pero donde el desarrollo de las competencias comprende también ámbitos no médicos, como aptitudes personales, sociales y de gestión.

En este marco, el Hospital Universitario La Paz (HULP) es uno de los primeros hospitales españoles, y el primero en el ámbito de la Comunidad de Madrid, en número de actividades formativas desarrolladas así como en número de actividades acreditadas, horas de formación, número de participantes y gasto en formación ponderado por número de personal ⁵⁹.

Para conocer la evolución de la actividad de la Unidad analizaremos los resultados de tres encuestas realizadas en los años 1997, 2000 y 2005. Estudiaremos los cambios en la evolución de la opinión en el período 2000 y 2005 mediante un análisis comparativo de las encuestas de estos años al tratarse del mismo cuestionario. Por otro lado, correlacionaremos la percepción obtenida en estas encuestas con la actividad real llevada a cabo, a fin de conocer si las actividades que la Unidad de FMC desarrolla se corresponden con las necesidades percibidas por los encuestados. Además compararemos estos resultados con los de otras encuestas recientes como la llevada a cabo en el I Congreso de la Profesión Médica de Cataluña, de 2004. Por último, utilizaremos las publicaciones nacionales e internacionales disponibles a fin de contextualizar los resultados de este estudio. También analizaremos los nuevos retos en los que la FMC va ser parte actora en el futuro próximo, entre los cuales se encuentra la implantación de modelos de desarrollo de carrera profesional.

A. Directrices internacionales sobre la organización de la FMC

Con el fin de conseguir una educación médica más eficiente, responsable y ajustada a las necesidades sociales, la comunidad internacional converge en una serie de propuestas clave:

- El autoaprendizaje y la utilización de métodos activos de aprendizaje.
- La creación de nuevos instrumentos de aprendizaje y evaluación.
- La orientación del aprendizaje a los resultados que se pretendan obtener.
- La evaluación de la estructura, procesos y resultados de los programas formativos.
- Desarrollo de habilidades del profesorado.
- Investigación en educación médica y enseñanza de la medicina basada en la mejor evidencia.
- La gestión del conocimiento.
- La inclusión de los programas formativos en el desarrollo de la carrera profesional.
- Las nuevas tecnologías de información y comunicación.

Por lo que se refiere a los proveedores, en general, se trata de un sistema abierto donde participan Administración, Sociedades Científicas, Colegios profesionales, Universidad, Sindicatos, Industrias farmacéuticas y Entidades privadas.

En cuanto a los sistemas de acreditación, todos los países comparten un sistema de créditos con un cálculo variable del número de créditos.

La tendencia europea camina hacia un modelo europeo homogéneo de regulación de la FMC y de la acreditación, que perfila la globalización y la eliminación de barreras entre sus países miembros.

El sistema acreditador se ampliará, en breve plazo, a la acreditación de centros proveedores de formación continuada que, como ocurre entre los sistemas más experimentados como el de EE.UU., significa el

reconocimiento del ente acreditador hacia una entidad que cumple los requisitos establecidos.

Uno de los objetivos del sistema acreditador es orientar la oferta formativa dando prioridad a las actividades consideradas más pertinentes y necesarias. En esta línea, la unidad de FMC del HULP debería utilizar como criterio de priorización de las actividades del plan los créditos de cada actividad dejando fuera de este plan las actividades no acreditadas.

Lo que tradicionalmente se ha denominado acreditación individual (recertificación, revalidación) debe ser responsabilidad de las organizaciones profesionales en el marco de una autorregulación deseable, en colaboración con la organización sanitaria. A este respecto, los créditos tendrían un valor a través del currículo de médico. Es más que probable que el uso de los créditos sea tenido en cuenta para la carrera profesional y para la promoción individual, incluida la obtención de plazas.

Los créditos constituyen una garantía razonable del esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia profesional. La administración sanitaria está trabajando para implantar requerimientos a ese respecto en aspectos relacionados con la promoción del médico.

B. Análisis de los resultados del estudio de la Unidad de FMC del HULP.

1. Formato e información de las encuestas

Para trabajar en este estudio se dispone de los resultados de tres encuestas realizadas a facultativos del HULP. Una encuesta efectuada en 1997 y dos, con el mismo formato, en los años 2000 y 2005. Ambas recogen diferentes variables y presentan una estructura variable entre los diferentes ítems. En unos casos se oferta la opción de elegir entre una o

varias de las posibilidades que se presentan, en algunos casos la pregunta obliga a elegir entre sí o no y en otros se establecen unas escalas numéricas de 1 a 9 en las que se deben puntuar las diferentes afirmaciones que se presentan. Al analizar los datos se ha comprobado que el diferente formato de las preguntas ha inducido al error en determinadas respuestas, lo cual ha anulado su interpretación.

En el futuro sería conveniente conservar el modelo de los años 2000 y 2005 a fin de tener antecedentes que permitan analizar la evolución de las respuestas, pero se debe trabajar en establecer un formato homogéneo en las todas las preguntas, conservando las preguntas abiertas.

Además en este formato se hace necesario reformular la variable referente a contenidos o temas a tratar. En esta pregunta se ofertan una serie de actividades, que no recogen la variedad de temas que la Unidad desarrolla, sino se refieren mas bien a cursos realizados cuando la Unidad comenzó su andadura en 1997. Además, en algunos casos recogen áreas de conocimiento y en otros actividades específicas. Las áreas temáticas presentadas ni siquiera son fiel reflejo de las actividades que la Unidad ha ido realizando en su historia. Lo que desde aquí se propone es que se pregunte no sobre temas específicos sino sobre áreas de conocimiento. Para ello, pueden utilizarse las áreas de formación estratégica mediante las cuales el HULP realiza un seguimiento de la formación y que son: calidad, desarrollo directivo, desarrollo organizativo, competencia técnica, innovación, infraestructura y seguridad y comunicación e imagen. De seguir esta directriz se obtendrán datos suficientes para comparar los resultados PRE, obtenidos a través de las preferencias que los facultativos señalan en la encuesta, con los datos POST, obtenidos del análisis del seguimiento de las actividades que desarrolla la Unidad. De esta forma se va a poder determinar si lo que se hace corresponde a lo que se demanda.

Deben eliminarse algunas preguntas que no aportan un valor añadido, que resultan obvias o que actualmente han sido respondidas por las directrices de la ALE. Estas son:

- Si la formación es necesaria o importante.
- Si los cursos de formación que organiza la Unidad deben realizarse en el hospital. Hasta el momento casi la totalidad de actividades se llevan a cabo en el Centro.
- Si se deben organizar actividades conjuntas con facultativos de Atención Primaria y de otras áreas sanitarias. Las directrices que a este respecto marca la ALE son que al menos el 30% de plazas deben reservarse a personal de otros Centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid (CM). Además se antoja necesaria la formación conjunta con Atención Primaria, en determinadas cuestiones, a fin de que el flujo, comunicación y tratamiento de los enfermos siga una línea de continuidad entre Atención Especializada y Primaria. En esta cuestión el tiempo ha dado la razón a la Unidad ya que ha sido pionera, incluso cuando no habían directrices al respecto, al ofertar las actividades que organiza a facultativos del Área Sanitaria 5 de Atención Primaria.
- Si se considera importante la acreditación de actividades. Las directrices en las que está trabajando la ALE auguran que el futuro de las actividades no acreditadas va a ser su desaparición ya que éstas dejarán de ser financiadas.
- Si es oportuno enfocar las actividades por estamentos entre facultativos. Las plazas ofertadas en cualquier actividad que organiza la Unidad están abiertas a la asistencia de cualquier facultativo. No obstante, se hace necesario establecer un perfil de

candidatos para cada actividad, aunque se siga dejando abierta la posibilidad de que participe el facultativo que lo desee.

En conclusión, se deberían utilizar las demandas que se extraigan de las encuestas, aunque sean pobres, como un criterio prioritario a la hora de elaborar el plan de formación anual. Hasta el momento, la programación de actividades ha estado guiada más por las propuestas recibidas de los docentes que por las demandas expresadas en las encuestas, aunque se ha intentado adecuar estas variables.

2. Percepción de la FMC

La opinión general es que la FMC es importante y necesaria. Analizados los resultados de las encuestas de 1997, 2000 y 2005, entre 6 y 7 de cada 10 encuestados la considera importante y entre 8 y 9 de cada 10 la considera necesaria.

En cuanto a la obligatoriedad de recibir FMC, esta cuestión sólo ha sido preguntada en la encuesta de 1997 siendo un alto porcentaje (67,4%) los que consideran que debería ser obligatoria, debiendo dedicar un porcentaje del tiempo de trabajo a la misma. En esta línea, la encuesta llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1989 entre los médicos de Atención Primaria arrojaba una proporción similar (51%)⁶⁰. En tal sentido también opinaban los médicos catalanes (61%) en una encuesta realizada en 2004⁶¹. A la vista de estos resultados se puede decir que la mayoría de los facultativos considera que los Centros deben favorecer la participación en actividades formativas a través de la facilitación de un tiempo de la jornada de trabajo para asistir a las mismas.

3. Actividades

3.1 Características de las actividades

En líneas generales, aunque se considera que hay número suficiente de actividades y que éstas tienen la calidad suficiente, ni en la encuesta de 2000 ni en la de 2005 se considera que éstas cumplan las expectativas. Si analizamos estos datos a la luz de la actividad realizadas por la Unidad de FMC del HULP, observamos cómo la mayoría de las actividades realizadas se concentra en el área de competencia técnica, formación ésta en la que el médico preferentemente se actualiza mediante la participación en congresos, reuniones de sociedades científicas, revistas de divulgación científica y búsquedas en Internet, así como por actividades docentes intra Servicios. Por tanto, es oportuno plantearse un cambio de orientación en las actividades a ofertar en futuros planes formativos. Desde aquí se propone realizar un plan de formación con mayor peso de las actividades con contenidos generales que estén abiertos a la participación de los facultativos de distintas especialidades y que aporten una formación global y necesaria en aquellos aspectos que no pueden adquirirse en la formación científica y que son necesarios en la labor asistencial habitual.

3.2 Contenidos de las actividades

A fin de realizar un estudio que permita establecer conclusiones de interés, se han convertido las actividades de preferencia recogidas en las encuestas en áreas de formación estratégica (FE) y se han comparado con los resultados del análisis de la FE, incluso en los años anteriores a la implantación de este modelo. Posteriormente se han comparado los resultados de las preferencias con las actividades realizadas en el marco de FE.

Se han obtenido resultados significativos en las encuestas de 2000 y 2005, que reflejan un progresivo aumento de interés por áreas de innovación (actividades como estadística, con una media en 2000 del 40,04% y 51,60% en 2005), y desarrollo directivo (actividades de gestión con una media en 2000 de 39,6% y en 2005 de 48,03% y actividades de tutores MIR con una media de 31,39% en 2000 y 39% en 2005).

Por otro lado, se analizan las actividades realizadas en el marco de áreas estratégicas y se obtiene que durante el período 1998-2006 la gran mayoría de ellas se concentraban en competencia técnica.

Esta diferencia entre lo deseado y lo realizado puede comprobarse además en la opinión sobre el enfoque de las actividades del catálogo que recoge la previsión de las actividades a realizar en cada año. Mientras que en la encuesta de 2000 el 83,7% de los encuestados respondía que las actividades están bien enfocadas, en el año 2005 sólo respondía positivamente el 55,9%.

Claramente existe una preferencia a realizar actividades en las áreas de innovación, desarrollo directivo y calidad, en detrimento de las correspondientes a competencia técnica. La explicación puede estar en que los aspectos técnicos se adquieren fácilmente en la participación de congresos, sesiones y otras actividades científicas. Además, se antoja difícil pensar que cuestiones particulares de una especialidad pueden interesar al conjunto de facultativos, y cuando así es, resulta difícil explicar la continuidad en el tiempo de estas actividades. Por otro lado, cada vez más el médico considera que debe formarse en aquellos otros aspectos no técnicos que, en clara referencia a habilidades y actitudes, le hagan aumentar su competencia en relación a lo que actualmente le demanda el contexto social. Porque ser médico significa una relación con el enfermo y no sólo con la enfermedad y el aparataje cada vez más complejo, más

ahora que los pacientes viven muchos más años con varias enfermedades⁶². A este respecto las demandas emergentes de los facultativos hacen referencia a actividades comunicativas, legislativas, organizativas, de ética, de calidad o de relación con otras personas.

Actualmente, los únicos criterios que maneja la Unidad para dar continuidad a una actividad en el tiempo son la acreditación, el nivel de participación y el grado de satisfacción. En este sentido, se debería dar un giro en la elaboración de planes formativos en los que se tuvieran en cuenta las cuestiones que a continuación se relacionan, conservando el mayor logro de la Unidad que es contar con el 99 % de docentes internos. Las propuestas, agrupadas por área de FE, son:

- Área de Calidad. El objetivo fundamental de las actividades enmarcadas en este área son la mejora de la calidad científico-técnica y de la calidad percibida. Se deberían establecer planes específicos y comunes para la formación de responsables de calidad de los Servicios (Coordinadores de calidad y Tutores docentes), siguiendo la metodología de trabajo del modelo de calidad europeo EFQM- versión adaptada a la CM- y normas ISO, que conduzcan a la mejora de la calidad percibida por los pacientes y familiares.
- Área de Desarrollo Organizativo. Este área persigue la mejora de procedimientos y formas de actuación. A pesar del poco interés que pueden suscitar los contenidos de estas actividades para los facultativos, deberían potenciarse no sólo por su importancia para la organización, sino porque el facultativo puede encontrar en ellas parte de las soluciones que se presentan a los problemas que se suscitan diariamente y que no están relacionados con aspectos puramente médicos. Estas actividades, deberían ir

encaminadas a fomentar el trabajo en equipo, el desarrollo del conocimiento formal e informal y la adaptación al cambio.

- Área de Desarrollo Directivo. Se deberían protocolizar planes específicos dirigidos a la formación del jefe, que contemplaran la formación en liderazgo y acciones de mejora en la dirección de personas. Para ello se hace necesario establecer tres etapas en el desarrollo de Jefes de Servicio y de Sección: establecer un sistema de selección basado en un perfil del mando común a todas las especialidades para cada categoría; elaborar planes de formación, comenzando su implantación por los jefes de reciente nombramiento, encaminados al desarrollo del liderazgo y capacidad directiva; afianzar la excelencia a través de la gestión del talento. La convocatoria para la formación de mandos debiera hacerse de forma nominal a través de la Dirección, dejando abierta la participación voluntaria del resto de facultativos, a fin de darle un valor añadido a nivel institucional. De alguna forma se debe establecer una línea de dirección común a todos los Jefes de Servicio/Sección que huya de la anarquía de las diferentes formas de mando reinantes en cada Servicio, en que los objetivos sean claros y exista una línea de comunicación piramidal, de tal forma que las directrices marcadas por la Dirección en cada momento, y posteriormente negociadas con los Jefes de Servicio, lleguen a todos los miembros del equipo, desde el personal facultativo al personal de enfermería y al no sanitario. Los contenidos de esta formación deberían estar marcados por la Gerencia y el perfil de las actividades iría en función del nivel de responsabilidad, separando la dirigida a Jefes de Servicio y

Sección, Supervisoras y Jefes de Personal no sanitario. Esta formación debería ser lineal y se debería plasmar en una acción formativa anual para cada colectivo.

Por otro lado y en lo que respecta a la selección de nuevas jefaturas, la formación debería estar unida al proceso de selección, ya que tras un buen proceso de selección se conocen los puntos débiles del seleccionado, pudiendo organizarse actividades formativas orientadas a desarrollar éstas a través de planes particularizados para cada caso. Además se debería establecer una línea formativa, con carácter obligatorio, durante los dos primeros años para los nuevos jefes. El proceso selectivo debe huir del modelo tradicional en el que se elige al mejor clínico, para pasar a seleccionar a aquel que tenga competencias que le lleven a ser el mejor gestor. No se debe olvidar que la principal misión de un jefe es gestionar los recursos y las personas.

- Área de Competencia Técnica. Tendrían cabida en este área aquellas actividades dirigidas a la mejora de la competencia, entendida como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que conducen a un desempeño excelente. Clásicamente es el área que ha copado el mayor número de actividades desarrolladas por la Unidad. Este es el área que mayor reestructuración necesita, en la medida en que no se deberían planificar actividades específicas para cada Servicio, ya que la actualización de conocimientos está perfectamente cubierta a través de las sociedades científicas, mediante la participación en congresos, el autoaprendizaje mediante la lectura de literatura científica y la participación en sesiones clínicas y bibliográficas. Las actividades que se planificaran en este sentido deberían ser transversales e

interdisciplinarias, enmacardas dentro de la gestión del conocimiento, y dirigidas a favorecer conocimientos globales que lleven a la adaptación. También deberían recogerse actividades que versaran sobre la implantación de nuevas técnicas y procedimientos médicos.

- Área de Innovación. Este área persigue el desarrollo de la investigación y la búsqueda de nuevas formas de hacer.

Por un lado, a la hora de planificar actividades se debería realizar el análisis de necesidades conjuntamente con la Fundación de Investigación Biomédica del Centro y con información proveniente de una fluida comunicación con la Facultad de Medicina de la UAM. En esta línea una actividad altamente demandada a la Unidad ha sido "Proteómica y Genómica".

Por otra parte, tendrían cabida en este epígrafe aquellas acciones que programara la Unidad, cuya filosofía se centrara en la búsqueda creativa de nuevas soluciones a viejos problemas.

- Área de Infraestructura y seguridad. Dos líneas definen los objetivos de este área: la prevención de riesgos laborales y la seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios. Por tanto, se hace necesario trabajar conjuntamente con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales a la hora de establecer planes formativos referentes a normas de bioseguridad. También tiene cabida la realización de actividades sobre contenidos jurídicos, dada la situación social actual con la que el médico debe convivir.

- Área de Comunicación e imagen. Este epígrafe debe recoger aquellas actividades dirigidas a potenciar la comunicación interna y externa, bien sea la dirigida a la mejora de la comunicación con pacientes y familiares o la dirigida al desarrollo de habilidades comunicativas en presentaciones científicas y relaciones con la prensa.

Una de las mayores demandas sociales de mejora en el oficio del médico, recogidas por los Servicios de Atención al Paciente, no versa sobre aspectos puramente clínicos sino sobre aspectos de comunicación con pacientes y familiares. También y dado el creciente aumento en la atención a población extranjera, es pertinente continuar con la línea establecida por la Unidad sobre formación en idiomas. En esta línea y dada la alarmante situación de violencia que afecta a algunos Servicios como el de Urgencias, se deberían seguir programando actividades sobre el manejo de situaciones potencialmente conflictivas en la atención al usuario. Otra de las actividades prevalentes en los últimos años, en un hospital como el HULP, ha sido la comunicación con la prensa. Cobra especial interés para la imagen corporativa el conocer cómo realizar estas comunicaciones, que con motivo de las excepcionales actuaciones médicas de interés social se llevan a cabo en el Centro.

En conclusión, la Unidad de FMC debe tomar nota de estos resultados y plantearse la confección de un plan de formación general que otorgue un mayor peso a aspectos que, aunque no médicos, contribuyen a aumentar la competencia del facultativo y por tanto a dar un mejor servicio al paciente, que en definitiva es nuestra razón de ser. No se trata de dejar de lado aquellas actividades que hacen referencia a la competencia técnica, sino establecer una priorización que tenga en cuenta, por un lado,

la ponderación de las áreas de formación estratégica y, por otro, que potencie aquellas actividades transversales de carácter general que complementan la formación integral del facultativo. Es habitual y normal que la preocupación del médico, en lo que se refiere a la formación, esté centrada en aspectos de competencia técnica que respondan a dudas que resulten de la práctica clínica diaria. Se trata de que, sobre todo a nivel organizativo, se trabaje en instaurar una cultura que busque en las actividades de formación no técnica y transversal (áreas de desarrollo organizativo, innovación, calidad y desarrollo directivo) una vía que ayude a solucionar gran parte del quehacer diario. En cuanto a la formación de competencia técnica, la Unidad debe trabajar en personalizar esta formación, dando a conocer y facilitando la participación, además de en las propias, en actividades que se desarrollan en otros Centros. Hemos de reconocer que un hospital no puede ser bueno en todo. Se trata de, honestamente, identificar las áreas de excelencia que anexadas generalmente a una estructura de investigación básica y clínica del Centro permitan elaborar actividades formativas que se oferten a la comunidad médica circunscrita en una autonomía o a nivel estatal. En la actualidad la entidad proveedora de la CM insta a que el 30% de los alumnos de las actividades formativas sean de otros Centros de la CM.

El futuro de las actividades de competencia técnica (excluyendo congresos y sesiones clínicas) que organiza cada Centro, pasa por contemplar tres puntos neurálgicos:

- Globalizar la participación, organizando actividades asociadas a áreas de excelencia del Centro y a aquellas en las que exista una base de investigación traslacional donde se haga investigación básica y clínica de excelencia, y de la misma forma potenciando la participación en actividades de otros Centros que sigan este mismo criterio. Esta propuesta es utópica ya que es muy difícil que el espectro de Centros de la CM lleguen a un acuerdo de cuáles son sus áreas de excelencia. Pero por otro lado es una mala gestión de

recursos que dos Centros de una misma autonomía, organicen la misma actividad con diferentes docentes y con discreta asistencia.

- Organizar estas actividades a nivel interno cuando éstas tengan un perfil interdisciplinar, en caso contrario deberán pasar a formato de sesiones.
- Fomentar la formación externa en hospitales especializados. A este respecto el HULP dispone de un programa de "Ayudas para Estancias en Otros Centros", pionero en el sistema autonómico, que está aportando grandes resultados al Centro. Esta formación personalizada y altamente especializada va camino de convertirse en el futuro de la formación en competencia técnica.

En definitiva, se trata de crear un sistema de gestión del conocimiento que fomente la formación técnica y científica a través de programas personalizados y favorezca que la formación no técnica esté organizada y particularizada a las necesidades de cada Centro.

4. Participación

4.1 Asistencia

Existe una tendencia ($p < 0,064$) a aumentar el porcentaje de personas que han participado en cursos de formación en el año 2005 (83,9 %) con respecto al ejercicio 2000 (70,2%). Estos datos contrastan con el aumento de dificultades encontradas para asistir. Se encuentran diferencias significativas en el aumento de dificultades encontradas en 2005 (67,7%) con respecto a 2000 (31,6%) para asistir a cursos de formación. Los principales motivos que se aducen, por orden de importancia, son:

- El horario ($p < 0,014$), con un porcentaje de respuesta del 73,9% para 2005 frente al 50,9 % en el 2000.
- La presión asistencial ($p < 0,035$), con un porcentaje de respuesta del 75% para 2005 frente al 56,4 % en el 2000.
- La falta del apoyo jerárquico ($p < 0,022$), con un porcentaje de respuesta del 35,9% para 2005 frente al 16,4 % en el 2000.

Estas dificultades son percibidas tanto por el personal que ha asistido a alguna actividad como los que no han asistido. El personal que ha asistido expresa como principales motivos de su asistencia el interés por el tema, los créditos que mejoren su currículum y la calidad del profesorado.

En los cursos organizados en la historia de la Unidad siempre ha habido un porcentaje, no desdeñable, de plazas que no se han cubierto, bien porque no se han registrado las inscripciones suficientes o bien por el absentismo de personas inscritas que no han podido acudir aduciendo los motivos anteriormente reseñados. En los últimos años existe una tendencia ($p < 0,124$) a percibir problemas de plazas, tanto en los resultados de la encuesta de 2000 (9,1%) con la de 2005 (20,3%). Aunque se conoce que la formación acreditada va a ser tenida en cuenta para el desarrollo de la carrera profesional, en el momento de escribir esta tesis no está diseñado el peso real que tendrá ésta. A este respecto sí se puede predecir que, en cuanto se desarrolle este proyecto de carrera profesional que contempla un papel esencial de la formación acreditada, existirán problemas reales para obtener plazas en aquellos cursos con un alto número de créditos.

Al analizar los datos de actividad de la Unidad se comprueba el bajo número de inscritos de profesionales del hospital en algunas actividades que se desarrollan año tras año. Tras profundizar, se observa que se tratan de actividades que a su vez se imparten como cursos de doctorado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Estos cursos, que en su mayoría de los casos llegan al número mínimo de

participantes óptimos para cursos generales (15/ curso), no cuentan con apenas asistentes del Centro y cuando es así, se trata de Médicos Residentes cuyo participación está cuestionada al tratarse de personal en formación. Desde un primer momento la Unidad nunca ha organizado actividades exclusivas para este tipo de personal, en consonancia con las normas establecidas, pero sí ha facilitado su inclusión bien cuando había vacantes o cuando algunas actividades pudieran ser de interés para este personal y para la organización. A este respecto, es de razón decir que muchas actividades no podrían llevarse a cabo si no fuera por la participación de este colectivo, pero debería plantearse su continuidad cuando éstos conforman la mayoría de participantes. No obstante esperamos que en un futuro no muy lejano el tiempo de la razón a la Unidad permitiendo el acceso libre de Médicos Residentes a las actividades formativas, ya que dar la oportunidad de formarse en aspectos generales que no están recogidos en sus planes de estudios contribuirá a dar una formación más sólida y vasta a los que serán los especialistas del mañana. La ALE, no obstante, acaba de implantar un plan de formación complementaria para Médicos Residentes que recoge esta filosofía, que no contradice con la posibilidad de que este colectivo pueda acceder al plan de formación de la Unidad.

Por otro lado, debería cuestionarse la continuidad de aquellas actividades subvencionadas que no cumplen el criterio establecido para el alumnado (un 70% del Centro y hasta un 30% de alumnos de otros Centros pertenecientes al sistema).

En cuanto al horario, los datos de los que se dispone son los de la encuesta de 1997, en la que el 90,3% consideraba que había que dedicar un porcentaje o un 20% del tiempo de trabajo a la FMC. En la encuesta de médicos catalanes de 2004, un 60% afirma decantarse por realizar estas actividades en horario laboral. Estos datos nos ponen sobre la pista de la transformación progresiva que está experimentando la FMC como un

derecho del médico-empleado de las organizaciones sanitarias actuales, explícitamente reconocido en la Ley de Ordenaciones de las Profesiones Sanitarias⁶³. Sin embargo, los resultados obtenidos en la encuesta de 2000 y 2005 contrastan con esta visión. En ellos se contempla una preferencia por realizar los cursos en turno de tarde. Si además se analiza el índice de absentismo de los participantes, nos encontramos que hay una mayor participación en aquellas actividades que se organizan en días consecutivos y en turno de tarde, con la excepción de los viernes. Las razones de realizar la actividad formativa fuera del horario laboral hay que buscarla en los problemas para asistir en horario laboral, debido a la creciente presión asistencial y en su caso a la falta de apoyo jerárquico, producto de la necesidad de organizar los recursos humanos para acometer la actividad clínica.

Por tanto, se podría concluir, a la vista de los resultados, que el horario preferido para realizar actividades de FMC es en días consecutivos de lunes a jueves y en turno de tarde, cuando se trata de cursos de menos de 40 horas. En este sentido, se podría estudiar la programación de actividades en horario mixto de mañana y tarde, de tal forma que los participantes aporten una parte de su tiempo personal y el Centro aporte otra en horario laboral.

4.2 Personal al que deben ir dirigidas las actividades

La gran mayoría de los encuestados opina que las actividades de FMC deben dirigirse fundamentalmente a facultativos y ocasionalmente deberían realizarse conjuntamente con el resto de personal sanitario y no sanitario. En 1997, el 75% de los encuestados opinaba que sólo se deberían organizar actividades conjuntas de forma ocasional. En 2000 el porcentaje se situó en el 80% y en 2005 en el 80,4%. A este respecto, las actividades conjuntas realizadas, eminentemente siempre organizadas por la unidad con personal de enfermería, han ido dirigidas a temáticas de

competencia técnica y en ellas se han obtenido resultados satisfactorios. En lo que respecta a criterios de acreditación de actividades en la CM, sólo se acreditarán aquellas actividades conjuntas organizadas con personal sanitario, como por ejemplo técnicos especialistas, cuando estas actividades sean de carácter multidisciplinar y transversal o cuando se requiera un entrenamiento conjunto.

Además, una amplia mayoría considera que las actividades deben dirigirse en general al colectivo de facultativos sin distinción entre estamentos. En la encuesta de 2000 el 70% y en la de 2005 el 61,3 % desestiman realizar actividades por estamentos. En este caso el tiempo ha dado la razón a la unidad de FMC del HULP que, desde su creación, ha diseñado planes formativos en los que todos los facultativos han podido participar en cualquier actividad independientemente de pertenecer a una categoría u otra.

En los últimos años, la actividad formativa desarrollada en el HULP goza de una imagen externa excelente que la sitúa en los primeros puestos en cuanto a número de actividades, horas, participantes y actividades acreditadas en relación al resto de centros de la CM. Sin embargo, a nivel interno, una parte no desdeñable de actividades tiene problemas para llegara cubrir el número de plazas ofertadas. A priori se podría deducir que esta situación pudiera deberse a una falta de interés por los contenidos de estas actividades aunque la realidad hace pensar que pueda deberse a la dificultad de conciliar el trabajo con la asistencia a cursos. Para este grupo de actividades se hace necesario el establecimiento de medidas correctoras por parte de la Unidad de FMC. A continuación se presenta una propuesta, que consta de dos fases, dirigida a luchar contra la falta de *quórum* de algunas actividades y el absentismo en otras.:

- Fase 1: a llevar a cabo durante un año natural con las siguientes actuaciones:

- Proceder a una selección natural sacando del plan aquellas actividades que no contaran con el número de alumnos estipulado para cada curso y que se sitúa entre 15-20 participantes para cursos generales, y aquellas actividades cuya media de evaluación final de los alumnos no sea superior a 7 (en escala de 1-10).
- Imposibilitar la inscripción a otros cursos del plan anual a aquellos inscritos que no justifiquen su ausencia.
- Fase 2: de aplicación posterior a la fase 1 y que consistiría en limitar el número de inscripciones de una persona a diferentes actividades, de carácter general, del plan anual de formación (2 cursos/ año). Más aún si existieran dificultades de conseguir plazas cuando se implante el modelo de desarrollo de la carrera.

Por otro lado coexisten un número de actividades que superan ampliamente las expectativas de asistencia y que superan el umbral del número óptimo de asistentes.

A fin de equilibrar el nivel de participación entre unas actividades y otras, en algún momento la Unidad se ha planteado la creación de un perfil del participante para cada actividad que anime la participación en unas y limite el número de solicitudes en otras. Aunque hasta el momento no se ha llevado a cabo ninguna experiencia al respecto, no se debe olvidar que la normativa vigente⁶⁴ indica que la participación en las actividades de formación es un proceso voluntario.

5. Tiempo a dedicar a FMC

De la evolución de la opinión en los últimos años se puede concluir que existe una tendencia ($p < 0,175$) a considerar 40 horas/ año como el tiempo que debe invertir un facultativo en actividades de FMC (excluyendo

congresos, reuniones científicas, etc) al comparar los resultados obtenidos en 2000 (10,5%) con los del 2005 (20,4%).

La opinión expresada por los médicos catalanes en la encuesta de 2004 revela que hasta un 43% de ellos se inclina por un curso anual de "puesta al día" como método de FMC.

6. Lugar de realización de la FMC

Existe una clara preferencia ($p < 0,105$) a realizar las actividades de formación en las instalaciones del hospital frente a otras instalaciones externas, según muestran los resultados de la encuesta de 2000, en la que el 91,2 % contestaba en este sentido junto con el 97,8 % de respuestas obtenidas en la del 2005. A este respecto, en la encuesta de médicos catalanes de 2004, sólo el 2% es partidario de la FMC fuera del centro de trabajo.

Fundamentalmente, la causa de esta preferencia hay que buscarla en ahorro de tiempo y en la comodidad de no tener que desplazarse. Además habría que sumarle otros motivos, como ocurre en la CM en el que el organismo que organiza actividades dirigidas al personal de todos los establecimientos sanitarios las programa en horario de mañana y tarde. Este horario mixto dificulta la asistencia de muchos facultativos que tienen otras actividades fuera de su horario laboral.

Muchas autonomías, entre las que se encuentra la Comunidad de Madrid, han creado organismos centralizadores de provisión de actividades formativas. Los resultados obtenidos por estos organismos no han sido los esperados, quizás y como se verá más adelante por la preferencia de los facultativos de realizar las actividades formativas en el centro de trabajo. A la luz de estos resultados se puede advertir que de seguir esta línea centralizadora, la FMC se convertirá en una actividad estructurada,

altamente institucionalizada y burocratizada a cargo de un Centro especializado en formación.

7. Materiales y método

Resulta imposible analizar la evolución del material preferido para realizar la FMC al no existir preguntas a este respecto en ninguna de las tres encuestas analizadas. Como se acaba de ver, sí existe una preferencia a que la FMC, entendida como una formación estructurada a través de cursos, se desarrolle en el medio laboral siguiendo el método tradicional de forma presencial a través de clases magistrales, métodos interactivos y prácticas. En esto coinciden todas las encuestas de las que disponemos.

No obstante, si se compara los datos obtenidos en la encuesta de 1990, del Ministerio de Sanidad y Consumo, en la que el 67,7% de los encuestados decía utilizar libros y revistas como método principal de FMC, con los resultados de la encuesta de 2004 de los médicos catalanes, en la que sólo el 6% ($p < 0,01$) decide utilizar este método, se puede advertir que ha habido una evolución como consecuencia del desarrollo de las nuevas tecnologías y más concretamente de los métodos interactivos por ordenador.

Dada la preferencia a realizar la FMC en el centro de trabajo, se debe instar a que los Centros mejoren los recursos materiales para que ésta se pueda desarrollar en unas condiciones mínimas. Dentro de estos recursos mínimos, cada Centro debería disponer de al menos:

- Un aula con ordenadores de última generación y conexión a Internet situada en las bibliotecas de cada Centro y dedicada al acceso de plataformas de revistas científicas.
- Un espacio que permita la realización de videoconferencias.

- Un aula para realizar cursos presenciales, dotada de cañón y equipo informático.
- Un soporte electrónico, dentro de la página Web del Centro o Consejería correspondiente, para publicitar las actividades que se llevan a cabo.
- Varias aulas a tiempo parcial para realizar las sesiones clínicas, bibliográficas y hospitalarias.
- Una oficina de información y de gestión de las actividades que facilite inscripciones, diplomas, etc.

El HULP dispone de la gran mayoría de recursos materiales anteriormente citados.

8. Formación estratégica

El HULP puede alardear de tener un plan estratégico de formación, único en los Centros del sistema sanitario público, que permite hacer un seguimiento del impacto de cada actividad en las diferentes áreas formativas, lo que posibilita analizar y gestionar las orientaciones y tendencias de los planes formativos para acercarlos al cumplimiento de los objetivos del Centro.

En el ejercicio 2002 se crea el plan de formación estratégica. Se trata de un documento que recoge siete áreas con objetivos y contenidos que definen cada una de ellas. Cada área fue ponderada por la Dirección del Centro junto con los Coordinadores de formación, asignándole un valor porcentual, como forma de valorar la importancia de cada una de ellas sobre el conjunto a fin de establecer el porcentaje de actividades que se debían organizar para cada una de estas áreas. Estas son: calidad (18%); desarrollo directivo (15%); desarrollo organizativo (11%); competencia técnica (30%); innovación (10%); infraestructura y seguridad (6%) y comunicación e imagen (10%). El análisis de la FE se realiza

trimestralmente con los tres Coordinaciones de Formación del Centro y su objetivo es conocer las tendencias de los planes formativos.

Durante estos cuatro años de análisis de la formación estratégica (2002-2006), se ha obtenido una gran cantidad de información que ha permitido equilibrar las actividades y las áreas. El documento guía del plan estratégico recoge en profundidad los aspectos que definen cada una de las áreas. No obstante en la actualidad se hace necesaria una revisión, dado que algunas cuestiones no reflejan el momento presente o en algunos casos las definiciones se quedan en un terreno tan teórico que imposibilitan que algunas actividades recojan lo que allí se indica. Por tanto, es necesario que dentro del marco de la Comisión de FC se vuelvan a definir claramente los aspectos que definen cada área, así como su peso específico sobre el conjunto o lo que se viene denominando ponderación. El motivo de esta revisión radica principalmente en acotar la definición de cada área de tal forma que no tenga cabida la apreciación subjetiva a la hora de que cada Coordinador asigne una actividad a un área u otra.

C. El futuro de la FMC

1. Recertificación/revalidación, Acreditación y Carrera profesional

Desde hace unos años existe un debate dentro de las asociaciones colegiadas de España sobre la pertinencia de introducir un modelo de desarrollo profesional permanente basado en la evaluación de la competencia y en la implantación de la recertificación⁶⁵ como una forma de combatir la no participación sistemática de algunos profesionales en actividades de FMC y como una forma de paliar la existencia de personal no adecuadamente competente.

La recertificación es un proceso por el cual los médicos deben cumplir unos requisitos concretos si desean conservar su habilitación para ejercer y/o su salario. La revalidación ha sido definida como un proceso por el cual un médico demuestra periódicamente su capacidad para ejercer su profesión. En el caso de no obtener la revalidación, el médico perderá su derecho a ejercer la medicina. Cuando el trabajo de un médico se somete a una revalidación se controla por medio de valoraciones y/o evaluaciones periódicas.

Al hablar de un sistema de recertificación debemos remitirnos al modelo americano, que establece la superación de unos requisitos, entre los cuales está el reciclaje profesional a través de la FMC, exigibles para el mantenimiento del derecho al ejercicio profesional o la pertenencia a determinadas sociedades científicas. Por otro lado el Comité Permanente de Médicos Europeos ha cuestionado la validez y la conveniencia de instaurar un sistema de recertificación argumentado que estos sistemas no reflejan las carencias del médico o su bajo rendimiento. Más bien considera que la FMC y el DPP son una obligación ética y un derecho fundamental, siendo el médico quien debe responder sobre su formación. A este respecto, en la encuesta de 2004 de médicos catalanes, el 49 % afirmaba que es el médico el máximo responsable de su competencia/discompetencia.

Diferentes autores a nivel nacional ⁶⁶ plantean la oportunidad de implantar algún sistema de recertificación en España como medida para profundizar en la autorregulación profesional que legitime el nuevo contrato social de la profesión con las instituciones estatales⁶⁷ para contribuir a mejorar la imagen de la profesión. En este sentido, la mitad de los que han respondido la encuesta de 2004 en Cataluña como respuesta mayoritaria, se pronuncian a favor de introducir la recertificación. En esta misma encuesta el 77% opina que si se estableciera un sistema de evaluación de

la competencia, éste debería ser voluntario y bajo la tutela de sociedades científicas (47%) frente a los colegios profesionales (22%). Actualmente el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, que agrupa a los cuatro Colegios de la autonomía, está llevando a cabo una experiencia pionera de implantación de un proceso de recertificación voluntaria en un contexto de afirmación de la autorregulación y el profesionalismo⁶⁸. En la encuesta de 1997 realizada en el HULP, ante la pregunta de si son partidarios de la recertificación el 50% se muestra favorable y el 50% no. De estos resultados no se puede concluir que exista un espectro mayoritario de médicos partidarios de la recertificación sino más bien que este colectivo está altamente sensibilizado hacia la transparencia en su actuación y su profundo compromiso con la sociedad.

En un contexto laboral cada vez más agresivo y masificado en el que conviven los profesionales médicos y en el que surgen debates como el de la recertificación o el de la evaluación de la competencia, resurge un problema mayor que está repercutiendo sobre la ya deteriorada situación social y profesional de los facultativos y que no es otro que la ausencia de planes de desarrollo profesional que mitiguen la desmotivación y las injustas diferencias retributivas con las que conviven nuestros profesionales. Con el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) en 2003, y más concretamente en su Título II, donde se trata el desarrollo profesional y su reconocimiento, y en el Capítulo IV del mismo título, donde se referencia la formación continuada, se comienza a plantear la exigencia de la formación continuada y sus efectos de reconocimiento en el desarrollo profesional del personal de los servicios sanitarios. Con este precedente y con la legislación que se dicte en cada momento por la Administración estatal y autonómica cabe prever el desarrollo del marco normativo adecuado que ayude a fomentar el desarrollo profesional permanente (DPP) y a luchar, de forma positiva y no coercitiva, contra los profesionales que no hacen FMC sistemáticamente mediante la implantación de modelos de carrera profesional y

procedimientos de promoción interna que den un valor determinante a la formación.

Actualmente se está viviendo un momento crucial en lo que respecta al desarrollo de modelos de carrera profesional en la CM. Por un lado, se está trabajando en la elaboración de un modelo de carrera profesional aunque éste se encuentra en sus primeras etapas ya que comenzó a implantarse a finales de 2005 y en él hasta el momento sólo se ha considerado el criterio de antigüedad mayor a 5 años de servicio a efectos retributivos. Aunque, en la actualidad, se desconocen los criterios exactos que se establecerán en este modelo de carrera profesional, lo que sí se sabe es que la formación continuada acreditada tendrá un papel muy relevante. Por otro lado, a nivel estatal, el Ministerio de Administraciones Públicas está elaborando el Borrador de Anteproyecto de Ley de Estatuto Básico de Empleados Públicos, en el que se van a dictar las directrices, a desarrollar por las diferentes Comunidades Autónomas, para la implantación de modelos de carrera profesional. A este respecto, los aspectos más importantes que recoge este borrador son:

- La elaboración de un Estatuto que permita el desarrollo de Leyes de Función Pública que regulen las modalidades de carrera profesional⁶⁹.
- Se podrá valorar la trayectoria y actuación profesional, la calidad de los trabajos realizados, los conocimientos adquiridos y el resultado de la evaluación del desempeño así como la antigüedad⁷⁰.
- Las Administraciones Públicas establecerán sistemas que permitan la evaluación del desempeño de sus empleados, entendiendo éstos como aquellos procedimientos que miden y valoran la conducta profesional, el rendimiento o el logro de resultados⁷¹.

- Las Administraciones Públicas determinarán los efectos de la evaluación en la carrera profesional en la formación, en la provisión de puestos de trabajo y en la percepción de las retribuciones complementarias⁷².

La implantación de la carrera profesional va suponer una revolución en las políticas de recursos humanos. Éste área va a pasar de ser un mero administrador de personal a tener la posibilidad de establecer planes de desarrollo de los recursos humanos en la medida en que va a poder establecer modelos de evaluación del rendimiento. Dentro de los diferentes modelos de evaluación del rendimiento, tiene especial primacía el Modelo de Gestión por Competencias. En el año 2001 el extinto INSALUD a través de su Contrato de Gestión instó a que se comenzaran programas formativos sobre gestión por Competencias. Las competencias se entienden como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que tiene la persona y que le hace obtener resultados exitosos en un puesto de trabajo. Se trata de un modelo humanista ya que va a cambiar la terminología de candidatos no válidos por candidatos no adecuados en el sentido en que considera que cada persona tiene unos puntos fuertes y débiles que les hacen ser competentes para algunos puestos e ineficaces para otros. El objetivo que persigue este sistema es conseguir la adecuación persona- puesto. Para ello el primer paso que debe realizarse es definir las competencias requeridas en un puesto y en segunda instancia extraer las competencias que tiene cada persona a través de diferentes herramientas (entrevistas, *assessment center*, etc). En ambos casos y de forma objetiva se crearán, a través de comportamientos concretos y medibles, los perfiles de competencias. Estos se entienden como un conjunto de competencias necesarias para realizar un trabajo de forma adecuada. En este modelo el proceso de selección es vital para captar aquellos candidatos que tenga un perfil que se aproxime a los requerimientos del puesto. En el caso de la aplicación de este modelo a las instituciones sanitarias públicas, éste solo se aplicaría para la

evaluación del rendimiento y sus consecuencias en la carrera profesional. Este proceso consistirá en la comparación del perfil de competencias esperado para un puesto con el perfil actual del candidato. De las diferencias entre ambos perfiles se establecerán planes de mejora anuales. El sistema se materializaría a través de entrevistas periódicas entre el Jefe del Servicio correspondiente y el facultativo. En estas entrevistas, de forma cuantitativa, se establecerían objetivos a conseguir para cada año y se estipularían, de forma cualitativa, los niveles de competencias necesarias para llevarlas a cabo. De la trayectoria en la actuación profesional, medida a través de los logros conseguidos, podrían establecerse criterios objetivos para el diseño de los distintos niveles retributivos. El papel que desempeña la formación en este modelo es fundamental en la medida en que se convierte en vehículo para desarrollar aquellas competencias que la persona no posee o que posee pero que no se ajustan al nivel adecuado para el puesto. Existen experiencias recientes en la implantación de este modelo en colectivos de enfermería y personal no sanitario dentro de la red pública sanitaria de la CM, en hospitales como La Paz, Ramón y Cajal y Gregorio Marañón. Los resultados obtenidos no han sido los esperados, en muchos casos debido a que la importación de este modelo de la empresa privada ha sido de forma sesgada al no disponer la Administración Pública de mecanismos que permitan premiar o castigar los desempeños exitosos o inadecuados.

La implantación de este modelo, aunque probable, no tiene garantías de éxito en lo que respecta al personal facultativo. El motivo fundamental estriba en que en el caso de realizarse la evaluación, ésta se centraría en aspectos puramente técnicos o médicos, acercándose a lo que tradicionalmente se ha denominado acreditación individual (recertificación o revalidación). Además, el proceso de evaluación debería ser responsabilidad de las organizaciones profesionales, en el marco de una autorregulación, en colaboración con la organización sanitaria y por supuesto dentro de un marco europeo, que actualmente no lo considera

como un mecanismo válido para discriminar la falta de competencia. Por otro lado, la administración sanitaria no dispone de infraestructura suficiente para poder desarrollar este sistema en un período de tiempo razonable, dado el gran consenso que debería alcanzarse para implantarlo, bien a nivel de CCAA o bien a nivel estatal.

Por tanto, es de esperar que los elementos que de forma inmediata tendrán peso en el desarrollo de la carrera sean la antigüedad, la formación, el desempeño cuantitativo, medible en cumplimiento de objetivos, y otras cuestiones científicas, como publicaciones, participación en congresos y sesiones. En lo que respecta a la formación, la acreditación va a ser la piedra angular.

Una vez que se instaure la carrera profesional se va a vivir un antes y un después en las Unidades de FMC en la medida en que la demanda de participación en actividades formativas va a pasar de tener una afluencia discreta a haber problemas para conseguir una plaza. Esta situación se verá agravada con la necesidad de los facultativos más brillantes de conseguir créditos en calidad de discente, que serán los que tendrán mayor valor, puesto que en la mayoría de los casos este colectivo participa en las actividades como docente.

El futuro inmediato en el que se va a ver inmersa la FMC es la acreditación de la formación y su papel en la carrera profesional. A este respecto nos da la razón la tendencia europea que camina hacia un modelo homogéneo de regulación de la FMC que contempla su acreditación y que perfila la globalización y la eliminación de barreras entre sus países miembros. El sistema de créditos de actividades formativas suponen un reconocimiento de garantía de calidad. Los sistemas de acreditación de todos los países comparten un sistema de créditos en los cuales cada hora de actividad formativa, equivale a un número de créditos. Los créditos constituyen una garantía razonable del esfuerzo individual en el mantenimiento de la

competencia profesional y por tanto la administración sanitaria debería implantar requerimientos a ese respecto para la promoción del médico.

Además es de prever que el proceso de acreditación se ampliará, en breve plazo, a la acreditación de Centros proveedores de formación continuada, como ocurre en los sistemas más experimentados como el de EE.UU. y que significa el reconocimiento del ente acreditador hacia una entidad que cumple los requisitos establecidos. Cuando llegue este momento el SEAFORMEC, que es el sistema español de acreditación de las Sociedades Médicas, tendrá un peso importante. Este organismo, creado al amparo de la encomienda de gestión recibida por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos estatales, está integrado en el sistema de acreditación de la *Union Européenne de Médecins Spécialistes* (UEMS) y ha establecido convenios de colaboración con el *Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME) de EE.UU y con la *American Medical Association* (AMA). Mientras tanto, se debe trabajar en la acreditación de las acciones formativas que en el ámbito de la CM se circunscribe al sistema acreditador de la ALE enmarcado en el Consejo Interterritorial (SNS) y de valor en todo el estado español.

Por ello, y en lo que compete a la Unidad de FMC del HULP, se debe trabajar en la utilidad mayor del crédito, que es dar prioridad a las actividades más pertinentes y necesarias utilizando como criterio de selección los créditos de cada actividad y dejando fuera del plan a las actividades no acreditadas. De no ser así, en el ámbito de la Comunidad de Madrid y en un futuro no muy lejano, la ALE, entidad financiadora y acreditadora, dejará sin financiación a las actividades no acreditadas.

El buen funcionamiento de los sistemas de FMC/DPP es un requisito indispensable para dar una asistencia sanitaria actualizada pero no es una herramienta para identificar a los médicos incompetentes. La competencia de un médico es mucho más extensa de lo que se evalúa en los

procedimientos de recertificación/revalidación existentes. Faltan pruebas para poder afirmar que estos métodos, tal y como indica la UEMS, detecten de forma rápida a los médicos incompetentes. Un sistema de recertificación/revalidación gasta dinero y tiempo sin que por ello produzca necesariamente los resultados esperados. La mejor forma de fomentar que el médico tenga una obligación individual de participar en actividades de FMC/DPP va a ser a través de premiar esta participación en los modelos de carrera profesional. La profesión médica debe aceptar su responsabilidad en el control de la calidad de las actividades de FMC a través de un sistema de acreditación. Este sistema debe estar exento de cualquier influencia externa improcedente que puede poner en peligro su objetividad e independencia. Para ello se debe encomendar esta tarea a organismos públicos especializados que establezcan criterios y protocolos claros dentro de un marco que tiende a internacionalizarse.

Por ende, no se dan las circunstancias ni la necesidad ni existe la infraestructura suficiente para instaurar un sistema de evaluación del rendimiento. Actualmente, el mayor problema es la ausencia de elementos motivadores, como los planes de carrera o promoción interna, que, junto con la mala remuneración de los médicos, convierten el medio sanitario en un polvorín que en cualquier momento puede explotar. Por tanto, si algún sistema de gestión debe implantarse en una organización como es el HULP, donde la mayor riqueza son los recursos humanos, es aquel que persiga el desarrollo de las personas a nivel individual y de los equipos que la forman.

Para desarrollar el primero existe un modelo denominado gestión del talento, definido éste como la capacidad de las personas para alcanzar objetivos superiores a través del compromiso⁷³. Para gestionar el talento⁷⁴ existen herramientas o facilitadores que permiten a las organizaciones que las personas se comprometan con sus proyectos. Algunos de estos son la cultura de la organización, el liderazgo y el clima o la propia organización.

Estos elementos son cosas de siempre pero una mayor sensibilización hacia ellos por el valor intangible que aportan a los resultados, obliga a establecer sistemas de medida. En menor proporción se considera la retribución como elemento para fidelizar a los profesionales excelentes, aunque en lo que respecta a las instituciones sanitarias la mala remuneración del médico complica especialmente la instauración de estos sistemas de desarrollo de los recursos humanos. En este sentido, la Organización Médica Colegial arroja datos⁷⁵ que indican una falta de profesionales médicos en algunas especialidades, como Anestesiología, Radiología y Pediatría, que en muchos casos es debida a la marcha de facultativos a países como Portugal en los que la remuneración del médico es marcadamente superior y que obliga a algunos Centros a importar especialistas de otros países europeos.

Para desarrollar el segundo, es decir el cumplimiento de objetivos que surge de los equipos de trabajo, debemos remitirnos a la gestión del conocimiento⁷⁶ (GC) que se puede definir como el proceso de identificar, agrupar, ordenar y compartir continuamente conocimiento de todo tipo para satisfacer necesidades presentes y futuras, para identificar y explotar recursos de conocimientos tanto existentes como adquiridos y para desarrollar nuevas oportunidades. El conocimiento es el activo más importante del HULP. Por tanto el esfuerzo institucional debe ir encaminado a definir cómo adquirirlo, retenerlo y administrarlo. La GC trata de aunar la capacidad intelectual que está materializada en el saber y la habilidad para hacer. El saber facilita la toma de decisiones y el saber hacer ayuda a resolver. Esa capacitación de los miembros de la organización para que utilicen el conocimiento de manera oportuna y en el momento adecuado es lo que se entiende por GC y en ella la formación continuada en general y las sesiones clínicas o bibliográficas en particular tienen un papel protagonista en la medida en que favorecen la transformación de la información en conocimiento. Por ello la GC es un elemento imprescindible en la tarea de la innovación y creación de valor

añadido en las organizaciones⁷⁷. Por tanto, en este entorno, la gestión de los profesionales deberá ser cada vez más directa, siendo los responsables del Servicio quienes actúen como gestores de recursos humanos por lo que se hace necesario el establecimiento de metodologías y sistemas que mejoren la relación profesional-jefe.

En resumen, en las organizaciones sanitarias en general y en el HULP en particular, donde el mayor potencial es la capacidad intelectual de sus miembros, se debe trabajar en la implantación de modelos de gestión que favorezcan el desarrollo del talento organizativo (gestión del conocimiento) y del talento individual (gestión del talento) que busquen la máxima eficacia y eficiencia de la organización y el desarrollo del profesional. No es oportuno ni conveniente plantearse modelos de evaluación del rendimiento o de la competencia profesional, como son el modelo de gestión por competencias o los sistemas de recertificación, en un sistema cerrado donde no existen posibilidades reales de promoción o de instauración de sistemas de evaluación que conlleven recompensas discriminatorias para desempeños excelentes. Por tanto, se debe trabajar en el desarrollo del conocimiento y en el establecimiento de políticas de fidelización de profesionales excelentes.

2. Nuevos modelos de formación

Actualmente existe en el territorio nacional y particularmente en la CM una amplia oferta formativa, a nivel Institucional, en lo que se refiere a formación médica estructurada a través de cursos formativos. En este sentido la oferta formativa camina, en el próximo lustro, hacia una estructura que combine la formación clásica entendida como aquella presencial, y siempre necesaria en lo que compete a la parte práctica, y otra no presencial que combine literatura escrita en formato libro o en plataformas de Internet, con soportes de audio, de video y de e-learning.

Por otra parte, se debe cuestionar el actual "paradigma biomédico" en el que se forman los galenos en la mayoría de nuestras Facultades de Medicina, en el que se aborda la enfermedad desde un enfoque biologicista que olvida los aspectos sociales que ésta tiene, en la que la tendencia camina hacia la superespecialización que olvida al hombre integral. Si se analizan los resultados de las principales demandas que efectúan pacientes y familiares en los servicios de atención al paciente, éstas en su gran mayoría se deben a sugerencias de mejoras en aspectos comunicativos y de trato y no en aspectos puramente médicos. Esta realidad refuerza la propuesta desarrollada en este estudio en la que se ha planteado reiteradamente la necesidad de realizar, desde las Unidades de FMC, un plan que recoja más la formación de carácter general y menos la relativa a aspectos técnicos que queda perfectamente cubierta por las sociedades científicas, congresos y reuniones científicas, además de la proveniente de los planes propios de cada especialidad y de la formación a través de sesiones. Esta formación básica y general debería recoger aspectos epidemiológicos, de economía de la salud, comunicación, calidad, gestión y tecnología de la información. Además, se debería reforzar la formación en actitudes que por un lado permita el intercambio de experiencias que conduzca a dar un sentido global al quehacer diario, que se encuentra bastante parcelado, y por otro que genere un bienestar a nivel personal, lo cual sin duda se trasladará al ámbito profesional. En este sentido sería pertinente organizar cursos sobre estrés, cuidados paliativos, respuesta emocional ante situaciones de tensión, etc.

En los últimos años se ha planteado, de diversas formas y manifestaciones, el conflicto de poderes entre ciudadanos, la administración sanitaria y la profesión médica, magnificado en muchos casos por la influencia mediática. Este conflicto ha tenido dos vertientes. Por un lado, la creciente y legítima reclamación del derecho de los pacientes, que en muchas situaciones ha obligado a formarse en aspectos

legales. Por otro, la referente a la responsabilidad dual del médico: clínica y económica en la que el despilfarro de los recursos y la ineficiencia son éticamente rechazables. En la gestión de recursos, la Administración Sanitaria ha trabajado en la protocolización de la práctica clínica y en la incentivación de los médicos, en busca de una corresponsabilización a cambio de conservar autonomía profesional. En cuanto a la responsabilidad clínica, se ha planteado la conveniencia de adoptar algún instrumento, siempre bajo la tutela de las sociedades científicas, que asegure la capacidad de un ejercicio profesional actualizado en el que la formación continuada pase de ser una acumulación de conocimientos a una demostración de la competencia clínica.

A pesar de que el médico tenga la obligación de participar en actividades de FMC y DPP y de que sea él el más indicado para decidir sus necesidades en esta materia, existen múltiples razones para que gran parte de estas actividades se organicen formalmente a través de las Unidades de FMC:

- Para garantizar el derecho de los médicos a participar en la FMC y en DPP.
- Para garantizar posibilidades de desarrollo profesional con la creación de condiciones duraderas en un aprendizaje a largo plazo.
- Para demostrar al público en general así como a las autoridades sanitarias que los médicos participan en la FMC y el DPP.

En definitiva, el vasto terreno de la FMC vislumbra un horizonte de posibilidades en lo que la formación acreditada, con toda seguridad, jugará un papel determinante en los años venideros. La FMC y el DPP serán una herramienta de garantía de calidad en la atención a los pacientes. No se debe olvidar lo conseguido hasta el momento y aún más teniendo en cuenta que hace dos décadas no existían las Unidades de FMC y la formación carecía de estructura y legislación.

3. Nuevos Retos

En el encuentro organizado por el Círculo de Consultoras de formación del pasado 26 de abril de 2006, que agrupa a ocho de las principales firmas del país^a, se han analizado los principales retos para las áreas de formación desde la actualidad hasta el año 2010. Han concluido en la elaboración de un decálogo para la mejora de los resultados. Pasamos a comparar estas diez propuestas con la situación de la Unidad de FMC del HULP, objeto de este estudio:

1. Atender a los requerimientos de los empleados, adaptándose a las expectativas de los jóvenes, a la diversidad y a las nuevas motivaciones.

La Unidad atiende las peticiones de los facultativos a través de las encuestas que, desde su creación, viene realizando en períodos no superiores a cuatro años. La información que se extrae de estas encuestas sirve parcialmente para diseñar planes formativos adaptados a las necesidades reales de formación. El motivo quizás se deba a la cultura existente en el Centro de forma particular y en el sistema sanitario español de forma general, de considerar la formación continuada que se imparte en cada institución como complementaria, en la medida en que la formación específica (aquella que tiene que ver con cuestiones médicas y técnicas) viene dada por la participación en congresos y sesiones y por el autoaprendizaje a través de la lectura de literatura científica.

Por otro lado, y en lo referente a adaptarse a las expectativas de los jóvenes, partimos de una limitación del sistema sanitario que imposibilita la organización de actividades para facultativos

^a Telefónica, Banco Popular, Mapfre, Caja Madrid, Campofrío, Renfe, Banesto y Renault España.

Residentes al considerarlos personal en formación. En este sentido la Unidad ha hecho una apuesta facilitando la participación de este colectivo en las actividades programadas para el *staff*, en la medida en que considera que los Médicos Residentes serán los facultativos del mañana. Además, aquellos organismos que gestionan la formación sanitaria, como es la ALE en la CM, empiezan a considerar la creación de planes formativos complementarios dotando de asignación presupuestaria a las jefaturas de estudios a fin de que organicen actividades de formación para Médicos Residentes, distintos a la formación específica de cada especialidad. Por último, se antoja necesaria la inclusión en todo plan formativo de aquellas actividades que recojan las demandas sociales de los usuarios o aquellas que por adaptación a ellas demanden los facultativos, así como aquellas que conduzcan al desarrollo de nuevas formas de hacer que generen nuevas posibilidades ilusionantes.

2. Dejar de ser un mero gestor de formación, para convertirse en gestor del cambio contribuyendo a la transformación de la empresa.

La formación continuada de los profesionales sanitarios es esencial para el mantenimiento de la actualización de conocimientos, habilidades y actitudes en un sector donde los progresos científicos y tecnológicos se producen con gran rapidez, y los profesionales responsables de su aplicación constituyen el principal activo del sistema. En este sentido, la gestión del cambio debe ser entendida como la capacidad para adaptarse a este entorno de permanente cambio en detrimento de la instauración de cualquier modelo de gestión de moda en cada momento. En esta adaptación rápida y continua a los cambios cobran especial importancia tres elementos. El primero, es la calidad como elemento que debe guiar las

instauración de nuevas formas de hacer. Los otros dos hacen referencia a los recursos humanos, que es el mayor potencial del que disponen las instituciones sanitarias. El segundo, es la flexibilidad, entendida como la habilidad de adaptarse y trabajar eficazmente en distintas y variadas situaciones y con diversas personas. El tercero, es la comunicación interna, entendida como la transmisión del conocimiento siempre presente en la cultura sanitaria desde su nacimiento.

En este marco es indispensable conocer dónde se encuentra la organización y hacia dónde camina. En este sentido, la Unidad de FMC del HULP lleva trabajando desde 2002 en el seguimiento de las tendencias de la formación a través del análisis de lo que se ha denominado "Plan de Formación Estratégica" que recoge la contribución de las actividades formativas al cumplimiento de los objetivos del Centro. Este seguimiento de las actividades se agrupa en siete áreas: calidad, desarrollo directivo, desarrollo organizativo, competencia técnica, innovación, infraestructura y seguridad y comunicación e imagen.

En conclusión, se trata de cambiar el concepto de formación clásica, entendida como la planificación de actividades orientadas, por preferencias de facultativos a una formación estratégica que recoja estas preferencias pero que llegue mas allá contribuyendo al cumplimiento de objetivos del Centro y respondiendo a las necesidades reales de cada momento.

3. Fomentar y desarrollar el talento interno de la compañía, creando vínculos entre los departamentos de formación y recursos humanos.

La vasta formación y las motivaciones vocacionales inherentes a los profesionales en ciencias de la salud, hacen que las instituciones sanitarias cuenten con un elenco de profesionales con extraordinaria preparación, dedicación y resultados que les avalan. El problema estriba, al igual que en muchas empresas, en la ausencia de políticas de gestión del talento que conduzcan a fidelizar a los profesionales excelentes. En un estudio⁷⁸ realizado en 2005, que ha contado con 86.000 respuestas de diferentes profesionales de 17 países, con una edad media de 37 años, sobre los factores que determinan la capacidad de atracción, retención y fidelización de empleados, se ha concluido que los profesionales:

- Prefieren trabajar en compañías donde se siente que se valora su talento o dicho de otro modo, quieren sentirse parte de una organización de ganadores. La reputación de la empresa es el único elemento que los profesionales de todo el mundo, excepto en China, Japón y Corea del Sur, reconocen como decisivo en cualquier etapa de retención y fidelización. En nuestro país el facultativo que trabaja en la sanidad pública valora positivamente el prestigio que le aporta ésta, aunque por motivos económicos se vea obligado a combinar esta actividad con actividades privadas.
- Son bastantes críticos con la relación que mantienen con las organizaciones, particularmente en la vertiente retributiva. En nuestro ámbito este factor está acentuado negativamente en la medida en que no se discriminan los desempeños excelentes de los mediocres al estar diseñados los planes retributivos de forma lineal.
- Valoran especialmente las oportunidades de formación y desarrollo profesional. En nuestro ámbito, y mientras no se desarrolle un programa de carrera profesional, las oportunidades a este respecto son prácticamente nulas.

- Se muestran escépticos con la dirección, en la medida en que dicen no ver ni oír a sus líderes tanto como quisieran. En nuestro ámbito no se disponen de estudios que avalen esta afirmación.
- Apenas un 14 % de empleados reconoce mantener lazos estrechos con la compañía. Lo preocupante puede ser que en una buena parte de países, entre los que se encuentra España, los “no comprometidos” superan a los “entregados”.
- EL nivel de compromiso del empleado afecta a su rendimiento y a su retención. Contar con una cuarta parte de población desmotivada y poco comprometida mina la energía de la organización afectando directamente a los resultados.

Si se compara los resultados de este estudio con el clima reinante en nuestro Centro, se aprecia que a nivel retributivo, motivador y comunicador, ni el sistema sanitario en general ni el HULP en particular tienen desarrolladas acciones encaminadas a gestionar el talento. Únicamente el nivel de compromiso inherente a la profesión y al trato con pacientes y lo que se viene denominando vulgarmente “orgullo de pertenecer a La Paz”, pueden favorecer la fidelización del profesional excelente.

La gestión del talento y la gestión del conocimiento formarán parte del futuro inmediato de cualquier institución sanitaria que pretenda ser de prestigio. Para ello se hace necesario eliminar algunas barreras que puedan favorecer la desmotivación, entre las cuales se encuentran la consideración de que todos los empleados son iguales en aspectos como la retribución variable o las oportunidades de desarrollo. Por otro lado, se deben potenciar actuaciones como la política de puertas abiertas, que potencie la comunicación con las diferentes Unidades directivas, en las que ningún empleado se sienta ninguneado.

La creación de vínculos entre las áreas de formación y de recursos humanos para desarrollar y fomentar el talento interno se antoja imposible, al exceder estas competencias a los centros. Cualquier iniciativa a este respecto deberá impulsarse a través de las Direcciones Generales de las diferentes Consejerías de las Comunidades Autónomas del Estado Español.

4. Potenciar la comunicación entre el jefe y sus colaboradores para detectar posibles necesidades.

Uno de los aspectos tradicionalmente presentes en la cultura hospitalaria ha sido la peculiar manera de selección de jefes en el área de facultativos. Ante la ausencia de promoción interna, el perfil de selección de un jefe ha estado vinculado exclusivamente a la brillantez profesional del candidato. No se debe olvidar que la principal función de un jefe es la gestión de personas y de recursos. Por tanto en el proceso de selección de un jefe se han de analizar no sólo la brillantez en la trayectoria profesional sino que se han de buscar candidatos que posean competencias de gestión y desarrollo de equipos. Estas competencias serían liderazgo, capacidad de dirigir y desarrollar equipos, iniciativa, etc. Si de lo que se trata es de perfilar equipos con factores comunes y vitales para alcanzar el éxito, en los que la innovación, capacidad de respuesta, productividad y competencia sean los factores inherentes, se ha de tener especial sigilo a la hora de elegir la persona que conduzca el timón del grupo. Por tanto, se ha de buscar a un jefe en el que convivan dos características fundamentales, una el reconocido prestigio y otra la capacidad de desarrollar personas. Esta capacidad de abrir puertas a la mejora del individuo en su contexto organizativo se traduce en la búsqueda de un equilibrio entre lo que verdaderamente le gusta y le interesa al individuo y las actuaciones y resultados que persigue la organización⁷⁹.

En los últimos años, en la comunidad sanitaria, se abre un nuevo escenario en el que deben converger el quehacer diario de los miembros del Servicio con lo que el hospital necesita en función de las demandas asistenciales y de las directrices marcadas por la Dirección General del Organismo Autónomo correspondiente. En esta disyuntiva la Comisión de Dirección del Servicio, que es un órgano colegiado formado por el Jefe de Servicio, la Supervisora, el Representante de calidad del Servicio y un Médico Adjunto, cobra un papel importante, en la medida en que se convierte en interlocutor entre las situación actual del servicio y las demandas externas. Esta Comisión, desde su reciente creación, está funcionando de forma desigual en los diferentes Servicios ya que en muchos casos existe una cierta desconfianza al cambio en el modo de funcionar.

Por otra parte y de forma general, no existe una cultura en la que el jefe y el facultativo mantengan una comunicación, a través de reuniones, para analizar cómo van las cosas. Por un lado, puede deberse a la falta de competencia del jefe correspondiente para llevar a cabo la gestión de recursos humanos. Por otro lado, puede deberse a la falta de herramientas de las que dispone el jefe para corregir los desempeños no deseados o para premiar las actuaciones esperadas. En muchos casos se combinan ambas razones. Además, el diseño de la estructura en la que la enfermería y el personal no sanitario tienen una organización jerárquica distinta dificulta el proceso de dirección de un equipo como único. Lo que sí es claro es que si no hay comunicación entre los miembros del Servicio y el gestor correspondiente, que es el Jefe del Servicio, difícilmente se podrán establecer líneas dirigidas al desarrollo de personas.

En definitiva, la combinación de muchos factores, entre los que se encuentran la ausencia de planes de carrera y promoción, la sobrecarga asistencial, la división entre los miembros de algunos equipos marcada en muchos casos por una ausencia de herramientas objetivas que permitieran gestionar los recursos humanos o por la mala relación personal, hacen de las instituciones sanitarias poderosas máquinas de desmotivar. Por ello se hace necesario la implantación de nuevos sistemas objetivos de gestión, en los que cada miembro del equipo desempeñe el rol que le corresponde. En este marco se hace obligado el establecimiento de un canal de comunicación entre el jefe y los miembros del equipo que ayude a analizar la situación y a establecer planes de mejora de una forma objetiva y consensuada. Es necesario dar una retroalimentación de cómo se están haciendo las cosas que se centre en cuestiones objetivas y profesionales y que huya del terreno personal. Cada miembro del equipo debería conocer su papel dentro del mismo y lo que se espera de él, siendo sus actuaciones importantes para la consecución de los objetivos grupales y cuando estas fueran en la línea adecuada deberían ser reforzadas y recompensadas. En este contexto la formación se convertiría en una herramienta que ayudaría al desarrollo de planes de mejora y a paliar las carencias detectadas.

5. Diseñar nuevos canales de formación y definir estratégicas diversas e individualizadas.

Por un lado, tal y como se ha reseñado en el apartado anterior, si existiera un sistema de comunicación entre el jefe y el colaborador que condujera a la evaluación de las actuaciones y resultados se conocerían las carencias de cada miembro y se podrían establecer planes formativos individualizados. Esta sería una situación deseable ya que entre otras aportaciones economizaría recursos.

Mientras tanto, desde las Unidades de FMC se trabaja para que el facultativo, único responsable de su formación, acceda a la mayor oferta formativa de forma gratuita. En lo que respecta a la Unidad de FMC del HULP, en los últimos años y gracias por un lado al aumento de recursos económicos, la oferta formativa que organiza la Unidad se ha duplicado. Por otro, gracias a la creación de la ALE el facultativo tiene la posibilidad de acceder a una oferta mas amplia. Pero no se trata de tener posibilidades ilimitadas de acceso a diversos planes formativos, sino de acceder a aquellos que cubran las necesidades y demandas reales. En este sentido, y como uno de los objetivos de este estudio, se insta a la unidad de FMC del HULP a trabajar en el diseño de planes formativos que recojan aquella formación general necesaria y que no está presente en los congresos y demás reuniones científicas.

Por otro lado, y desde hace un año, la Unidad ha puesto en marcha la diversificación de la excelente capacidad docente del Centro a través de la exportación del programa formativo (a través de formatos no presenciales) a otros centros mediante el proyecto "Aula Clínica La Paz".

Se debe trabajar desde los Servicios en la realización de un análisis de necesidades que facilite a la Unidad las prioridades formativas para un determinado período. Desde aquí se insta, a que la Unidad, además de realizar una encuesta global, elabore un estudio particular de las necesidades formativas de cada Servicio.

La definición de las necesidades de FMC/DPP debe ser un proceso individual. La metodología a seguir podría ser una evaluación de los resultados obtenidos frente a los esperados, realizada por homólogos o mediante autoevaluación y de forma no fiscalizante. También debería existir una definición de los objetivos de

aprendizaje para el período venidero. Las necesidades diferirían de un facultativo a otro con arreglo al trabajo actual y futuro y a los conocimientos, habilidades y aptitudes requeridas. Definir estrategias individualizadas está también justificado en la medida en que un aprendizaje eficaz implica a menudo métodos más informales, prácticas clínicas, aprendizaje en grupo y proyectos de mejora de la calidad. A este respecto la Unidad de FMC del HULP ha implantado un programa de Ayudas para Estancia en Otros Centros, en el que el Centro concede un permiso con sueldo y una asignación económica de 1.800 € mensuales, a aquellos facultativos seleccionados para realizar un aprendizaje de nuevas técnicas y procedimientos en un Centro extranjero, por un período siempre superior a tres meses.

6. Valorar la rentabilidad de disponer de un socio externo.

Desde hace unos años tanto la Unidad de FMC en particular como el HULP en general cuentan con los servicios de asesoría de una consultora externa. Durante el año 2006 este servicio se ha ampliado a programas formativos dirigidos a los facultativos componentes del Grupo Operativo de Calidad y Grupo de Garantía de Calidad. La experiencia ha sido un éxito en la medida en que el hecho de contar con profesionales externos que dirijan proyectos, impartan formación y en su caso den forma jurídica a las decisiones de estos grupos, hace que los resultados se maximicen y se implanten procedimientos en un corto período de tiempo.

La formación favorece el incremento de la competitividad de las organizaciones y contribuye a fomentar una cultura que engloba a todos los miembros con un mayor aprovechamiento de los recursos humanos⁸⁰. La formación es una de las herramientas más potentes con las que cuenta la Dirección-Gerencia del Centro para establecer

planes integrales de mejora y desarrollo, a través de dotar a los trabajadores de los conocimientos, habilidades y actitudes que contribuyan a la consecución de los objetivos organizacionales o estratégicos marcados para cada momento. Por tanto, los planes formativos de la Unidad cuentan y han contado con actividades puntuales dirigidas a conseguir determinados objetivos gerenciales. En este sentido, deben convivir naturalmente las actividades clásicas de un programa de formación médica con otras de carácter más consultivo y de orden estratégico. Si este equilibrio se rompiera, sobre todo por la mayor realización de actividades de carácter estratégico, se perdería la esencia de la FMC.

Aunque se trate de un órgano interno, el valor añadido que aporta la Comisión de FC compuesta por personal externo a las áreas de formación es fundamental. Por un lado, aporta nuevas ideas que impulsan la FC. Por otro, ejerce como elemento de control de la actividad que se desarrolla, lo cual favorece el desarrollo de la calidad.

7. Afianzar el uso de la tecnología como herramienta de gestión y soporte de la formación.

Los continuos y constantes cambios científicos obligan disponer de tecnología avanzada en el terreno de la formación. En este sentido cobran especial importancia las plataformas de acceso a revistas científicas en formato electrónico. A este respecto, desde hace unos años, en la Consejería de Sanidad de la CM se ha creado la biblioteca virtual *Lain Entralgo* para el acceso a revistas electrónicas. Desde la Unidad de FMC del HULP se ha impartido formación para el aprendizaje de este soporte. Bien es verdad que el Centro no dispone de equipos informáticos suficientes que favorezcan el acceso a estos enlaces. No obstante, los accesos,

gratuitos, también van a poder establecerse desde equipos externos al Centro, lo cual favorecerá su uso desde el domicilio particular.

Por otro lado, se hace necesario dotar a las aulas de los equipos más avanzados que favorezcan el desarrollo visual de los contenidos de los cursos. La Unidad del FMC dispone, en el aula que gestiona, de equipo informático, cañón de proyección y televisor con lector de DVD como soporte para impartir la formación. La proyección a través de transparencias y diapositivas han pasado a la historia. Sería recomendable instalar equipos de videoconferencia, en cada uno de los hospitales del Centro, que permitieran la visión de intervenciones quirúrgicas o la celebración de debates a nivel estatal e internacional.

Con el uso de herramientas informáticas se abre la puerta a una nueva forma de gestión de la formación en la medida que se puede cuantificar la actividad que se realiza en cada momento y compararla con la llevada a cabo en otros períodos, lo que va a permitir mejorar los planes formativos. En esta línea el HULP lleva años trabajando en lo que se ha denominado "cuadros de mandos", que recogen en formato Microsoft Excel[®] el número de actividades, horas, participantes y gasto de cada actividad. También se realiza un análisis de lo que se ha denominado "formación estratégica". Se trata de un análisis de la contribución de cada actividad al cumplimiento de los objetivos establecidos para cada área estratégica. Se analizan los siguientes parámetros: número de actividades, de horas y de participantes. Este seguimiento se hace a nivel parcial, comparando las diferentes áreas estratégicas entre sí y a nivel global, comparando las diferentes áreas con las coordinaciones de enfermería y personal no sanitario. Tanto los cuadros de mando como el análisis de la formación estratégica

aportan una información muy valiosa que permite conocer dónde se está en cada momento y hacia dónde se camina, lo que posibilita tomar las decisiones que se crean oportunas en cada momento.

Las nuevas tecnologías deben utilizarse como herramientas que faciliten y simplifiquen tareas, por ejemplo las de información de las actividades programadas. Actualmente la Unidad informa mensualmente, a través de formato papel con envío nominal a cada facultativo de plantilla, de las actividades programadas. En este sentido se debe trabajar en incorporar las nuevas tecnologías, en clara referencia al correo electrónico, sustituyendo el envío en papel por el envío electrónico, que entre otras ventajas, ahorra costes de papel y horas de trabajo en la preparación de esta vasta documentación y tiempo en el sentido de que el tiempo transcurrido entre el envío y la recepción es inmediato. Este cambio requiere de un paso intermedio en el que se envíe dicha información por ambos canales (formato papel y electrónico), para asegurar la recepción del mismo. Mientras se produce este cambio la Unidad debe hacer un seguimiento del porcentaje de personas que acceden al formato electrónico, ya que pueden darse casos en los que el facultativo no disponga de correo electrónico o de equipo informático de uso habitual o que no exista la cultura de uso de estas herramientas. En esta línea y desde hace un año, la Unidad está publicitando la información que envía en formato papel, en la hoja Web del hospital. De esta forma se amplía el potencial de población, tanto interno como externo, que conoce el planograma de las actividades. En un futuro inmediato, este canal de información va a tener una importancia considerable ya que la ALE está trabajando en la elaboración de directrices para que en las actividades que se desarrollen de forma descentralizada en cada centro se reserven el 30% de las plazas para personal de otros

centros sanitarios públicos y por tanto el establecimiento canales de publicitación externos va a tener un papel esencial.

8. Medir el impacto que la formación ejerce sobre el negocio.

Una de las preocupaciones de los analistas de las grandes empresas a nivel internacional es lo que se denomina “la gestión de los intangibles”⁸¹, entendida como la cuantificación de aquellos factores no medibles que inciden significativamente en los resultados y entre los que se encuentra la formación. En esta sentido la Unidad debe trabajar en conocer y cuantificar el aporte de las actividades formativas al puesto de trabajo.

Para ello, y aunque lo más importante es la realización de un buen análisis de necesidades, se propone llevar a cabo un estudio que contemple tres momentos secuenciales:

- Un análisis de los cuestionarios de satisfacción que la Unidad lleva a cabo al final de cada actividad, que permitan conocer la valoración y la pertinencia de la actividad bajo los criterios de los asistentes.
- Análisis del aprendizaje: haciendo una medición de los conocimientos previos al desarrollo de la actividad y otro del aprendizaje posterior a través de la realización de un examen pre y otro post. De la comparación de ambas pruebas podría cuantificarse lo que aporta cada actividad. De esta forma además se daría un valor añadido en la medida en que contemplar esta evaluación en el proceso de solicitud de acreditación, favorecería las posibilidades de conseguir mayor número de créditos, según estipulan las normas actuales del proceso de acreditación.

- Análisis del impacto de la formación, llevado a cabo a través de un cuestionario que se enviaría a los participantes de cada actividad a los seis meses de haberla realizado a fin de conocer el aporte de ésta en los quehaceres habituales del puesto de trabajo y el poso de ese aprendizaje tras el paso del tiempo.

9. Identificar las fuentes de financiación para controlar la inversión.

Los créditos de formación con los que cuenta el Centro están perfectamente identificados aunque no así la cuantía asignada para cada año, que aunque similar, sufre algunos reajustes. Tal y como se ha comentado anteriormente, el dinero asignado a formación no entra dentro de los presupuestos del Centro. Por un lado, se cuenta con el crédito que la ALE posiciona en el Centro, proveniente de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CM, y que va dirigido a la realización de actividades con contenido sanitario. La cuantía de este crédito está en función del número de trabajadores que tiene el Centro, del porcentaje de actividades acreditadas y del grado de cumplimiento presupuestario en ejercicios anteriores. Este crédito se comparte con el área de enfermería y en menor medida con las actividades de carácter sanitario que contemple el área de personal no sanitario.

En segundo lugar está el presupuesto del IMAP, de la Consejería de Presidencia, enmarcado dentro de Plan de Formación para Empleados Públicos de la CM y que va dirigido a actividades de carácter no sanitario. Hasta el año 2006, período en el que se ha producido una importante reducción presupuestaria, la Unidad incluía en este plan las actividades de idiomas.

Por último, están las actividades de informática que, por su escasa demanda, se llevan a cabo conjuntamente con el área de personal no sanitario. Estas actividades están organizadas por Informática Comunidad de Madrid (ICM), órgano dependiente de la Consejería de Hacienda de la CM.

El crédito de formación, que suele crecer un 3% cada año, suele estar en un rango esperado, salvo raras excepciones como las ocurridas en los últimos años en el IMAP. Lo que no está definido es el número de actividades que la Unidad necesita desarrollar en cada ejercicio. Para solicitar éstas se ha diseñado un procedimiento de priorización en el que la Unidad numera por orden de importancia todas las actividades que solicita. Estas actividades, que casi en su totalidad se solicitan al presupuesto descentralizado de la ALE, se conjuntan con las solicitudes de las áreas de enfermería y aquellas de carácter sanitario del área de gestión, formando el plan descentralizado de formación del hospital, cuya priorización global es competencia de la Dirección del Centro. Por tanto, la asignación presupuestaria de la Unidad va a estar aleatorizada y en función de las solicitudes del resto de áreas y por los criterios de la dirección de cada momento. La Comisión de FC tampoco va a tener potestad para decidir sobre esta cuestión. En este sentido al no funcionar el área de formación como un Servicio y al depender cada una de las áreas (facultativos, enfermería y personal no sanitario) de una Dirección/Subdirección, las cantidades presupuestarias de FMC de cada año no van a ser predecibles.

10. Redefinir las funciones, misión, tamaño y perfil de los profesionales de la formación.

La Unidad de FMC del HULP nace en 1997. Su misión y estructura siguen las directrices recogidas en la Resolución de la Dirección general del extinto INSALUD sobre formación Continuada del Personal Facultativo de Atención Especializada, de 22 de febrero de 1996. Su andadura comienza de la mano de la Comisión de Formación Médica que se constituye en octubre de 1997, tras la elección de vocales por la Junta Técnico Asistencial del Centro en junio del mismo año. Su misión se centra en tres áreas de trabajo:

- Coordinar la docencia que se realiza actualmente dentro del Centro, creando un sistema que facilite su organización.
- Organizar la actividad docente para el hospital.
- Coordinar la financiación de estas actividades

El primer objetivo es la realización de una encuesta, entre el personal facultativo del Centro, a fin de comenzar a diseñar un plan formativo estructurado para el ejercicio 1998.

Los principales problemas con los que se ha encontrado la Unidad han sido (y siguen siendo):

- Partir de una normativa de funcionamiento que no está totalmente definida por los responsables del extinto INSALUD.
- Medios deficientes en cuanto a ubicación, apoyo administrativo y comunicaciones.
- Desconocimiento de los recursos que van a ser destinados para desarrollar los planes de FMC.

A pesar de estos condicionantes la Unidad ha desarrollado planes de formación anuales cuyo volumen, en la actualidad, duplica a la actividad desarrollada en los primeros años.

Uno de los principales retos que debe afrontar la Unidad es el establecimiento de canales de coordinación con las áreas de enfermería y gestión. Con estas áreas no sólo debe compartir presupuesto sino que además las demandas actuales hacen que sea necesario el establecimiento de líneas formativas dirigidas a la totalidad del personal del Centro. En este sentido, la Unidad tiene una comunicación fluida con el área de gestión y no tanto con el área de enfermería pese a los esfuerzos empleados.

La formación continuada del Centro cuenta con tres áreas o coordinaciones cada una dependiente de una dirección. El área de facultativos dependiente de la Dirección Médica, el área de enfermería de la Dirección de Enfermería y el área de gestión de la Subdirección de Recursos Humanos.

La coordinación de las tres áreas siempre ha venido de la mano de la Dirección y los cambios de Dirección-Gerencia habidos han requerido un período de adaptación en el que, con el esfuerzo de todos y en la mayoría de los casos, se ha mantenido la operativa de trabajo.

La falta de estructura orgánica, que en algún momento puede poner en peligro el desarrollo de los planes formativos, induce a plantear la conveniencia de crear una Jefatura de Servicio de Formación Continuada.

Asumiendo la premisa de que nadie duda de la eficacia de la gestión de los recursos materiales y humanos de las instituciones hospitalarias organizadas en Servicios, la creación de la figura de Jefe de Servicio de FC, no interferiría en la dependencia jerárquica actual de cada coordinador, que a nivel orgánico dependería de la dirección correspondiente, tal y como ocurre en cualquier Servicio Clínico del hospital en los que la enfermera depende de la Dirección de Enfermería o el celador de la Dirección de Gestión.

A pesar de que nunca se ha planteado claramente, uno de los elementos que pudieran bloquear este desarrollo pudiera ser el interés legítimo por parte la dirección/subdirección correspondiente de considerar la formación como vehículo o herramienta para implantar estrategias o políticas que se desean establecer en cada momento.

Este razonamiento se desvanece ya que la estrategia a seguir debe ser marcada por la Dirección-Gerencia correspondiente en una única línea de actuación para las Direcciones o Subdirecciones correspondientes, sin que, por supuesto, cada Área tenga la independencia para materializar los planes formativos adaptados a la cultura organizativa de su personal, tal y como se viene haciendo hasta la actualidad.

Existen muchas razones para plantearse la creación de un Servicio de Formación Continuada, entre las que se encuentran principalmente:

- El presupuesto que se dedica a formación no es un crédito que provenga del hospital sino que se deriva de asignaciones de organismos autonómicos de diferentes Conserjerías (IMAP- *Consejería de Presidencia* -; Agencia Laín Entralgo- *Consejería de*

Sanidad; e ICM- *Consejería de Hacienda*-) que hacen necesaria una única figura que ejerza de interlocutor representando al hospital y que se encargue de protocolizar, agrupar en un único plan las propuestas de las tres áreas de formación y de tramitar la documentación necesaria para la obtención del mismo. Actualmente esta responsabilidad es asumida por el Subdirector de Docencia, Investigación y Calidad, en la que el Coordinador de FMC participa muy activamente. Es entendible que en tres áreas de formación (facultativos, enfermería y gestión) que funcionan al mismo nivel y con total autonomía sea necesaria la creación de un puesto orgánico que ejerza el liderazgo y la coordinación entre ellas. De no ser así se corre el peligro, tarde o temprano, de que la ausencia de este liderazgo conduzca a la pérdida de recursos en un hospital que alardea externamente de ser el número uno de la Comunidad de Madrid en cualquiera de los indicadores (crédito, acreditación, horas, participantes...) de esta disciplina.

- Ayudaría a trabajar en una misma línea estratégica. De esta forma se evitarían duplicidades en actividades, que actualmente se planifican para un colectivo concreto, pudiendo ampliarse a colectivos con las mismas áreas de responsabilidad. Es fundamental formar en una misma línea al personal que está abocado a trabajar en equipo, y cuyo trabajo depende en gran medida del trabajo desarrollado por un compañero/a. Aunque también es cierto que algunas actividades requieren su organización para personal con el mismo nivel de responsabilidad.
- Mediante la organización propia de un Servicio se eliminarían tareas o responsabilidades que, al estar situadas en terreno de nadie, no están definidas.

- Obligaría a instaurar una forma de trabajo común a todos los coordinadores en el que cada uno aportara aquello que le ha hecho obtener resultados positivos y en el que se abordaran estrategias conjuntas.
- Generaría autonomía de funcionamiento, posibilitando un funcionamiento normal y definido aún cuando se produjeran cambios de Gerente y/o de Coordinador.
- Permitiría compartir recursos como el apoyo administrativo. A este respecto en la actualidad existen dos secretarías, a tiempo parcial, que apoyan a FMC. Dos a tiempo completo que apoyan a las áreas de enfermería y gestión. Se centralizaría una secretaría conjunta con dos/tres secretarías a tiempo completo para las tres áreas, unificando ésta en un espacio físico común. Actualmente las inscripciones, diplomas y otras tareas de apoyo, dependiendo del área de que se trate, se realizan en diferentes espacios físicos. De esta forma además se llevarían todas las gestiones, incluidas las reservas de aulas, en una ventanilla única.
- Cada Coordinador tendría las mismas funciones y responsabilidades que actualmente en cuanto a la formación del personal a su cargo. El/la Jefe del Servicio asumiría la coordinación de recursos humanos y materiales de las tres áreas.
- A nivel económico no supondría un gasto añadido, en la medida en que las áreas de formación ya cuentan con la figura de coordinador médico, responsable de la FMC, la figura de supervisora encargada de la formación de enfermería y la figura

de técnico superior que se encarga de la formación del personal no sanitario. Exclusivamente habría que darle forma en la estructura de gestión nombrando como jefe del mismo al facultativo responsable del área médica.

- En cuanto al planteamiento de estructurar las áreas de formación en un único ente gestor denominado Servicio, la Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud han creado grupos de trabajo⁸² que están manejando documentación al respecto sobre proyectos de creación de un Servicio de Docencia y Desarrollo Profesional dentro de un marco de una dirección general como se baraja en el País Vasco. Por otra parte, la Comunidad Foral de Navarra está estudiando la posibilidad de crear Secciones dentro de las estructuras de los Centros, como entes que gestionen la actividad formativa.

De este decálogo, los tres retos elegidos por la mayoría, como los más importantes para mejorar la formación fueron: dejar de ser un mero gestor de formación para convertirse en un gestor del cambio que contribuya a la transformación de la empresa; potenciar la comunicación entre el directivo y sus empleados, tratando de que el jefe se comprometa con la formación; y entrenar y desarrollar el talento interno de la compañía, creando vínculos entre las funciones de formación y recursos humanos; hacer marketing interno y mejorar la imagen del departamento de formación de las distintas organizaciones⁸³. Estos cuatro retos también se pueden extrapolar a nuestra organización como los más relevantes, puntualizando además, que en nuestro Centro se debe trabajar en la creación de una estructura de gestión, llamada Servicio o Unidad, que aglutine a las tres áreas de formación implicadas: facultativos, enfermería y gestión.

D. Propuestas de mejora

A fin de establecer una cultura hospitalaria que fomente la participación y que posibilite la creación de Planes de Formación integrales que recojan actividades que respondan a las necesidades reales, se propone introducir las siguientes actuaciones:

a) A nivel de la Unidad de FMC:

- Elaborar Planes de FC priorizados en los que se reduzca las actividades de competencia técnica y se potencien las actividades transversales y de carácter general centradas en las áreas de interés (innovación, desarrollo directivo y calidad).
- Establecer un protocolo anual de comunicación con los responsables de los Servicios a fin de conocer cuáles son sus necesidades. Posteriormente, darles retroalimentación haciéndoles ver que la formación transversal puede ser una vía que aporte soluciones a sus necesidades.
- Habida cuenta que el futuro de las actividades que conformen los planes de FMC deberán estar acreditadas y que se establecerán mecanismos auditores de las actividades acreditadas, la Unidad deberá trabajar en:
 - Ir retirando del plan aquellas actividades que conjuntamente se imparten como cursos de doctorado, que al tratarse de formación reglada no se acreditarán.
 - Llevar un control exhaustivo de la asistencia fijando los criterios establecidos por órganos acreditadores para la emisión de diplomas a aquellos alumnos que hayan asistido al 100% de las sesiones en cursos de menos de 20 horas o al

90% en cursos de más de 20 horas. Hasta el momento la Unidad se ha ocupado más de fomentar la participación en las actividades que de controlar el porcentaje de asistencia de éstos.

- Canalizar la información de Grupos de Calidad, Comisiones Clínicas y Servicios clave, como Prevención de Riesgos Laborales y Atención al Paciente a la hora de elaborar los Planes de Formación.
- Establecer tres requisitos mínimos para dar continuidad a una actividad: que la actividad esté acreditada, que cuente con al menos 15 participantes y que la media de evaluación de la actividad sea igual o superior a 7 en una escala de 1 a 10.
- Potenciar las funciones del director del curso como gestor del programa de la actividad a través de la implicación, a nivel docente y discente, de otros Servicios afines, la inclusión de docentes de reconocido prestigio o de ambos.
- Establecer perfiles de participantes para cada actividad, estableciendo un sistema de publicitación puntual, además del sistema nominal que se utiliza actualmente, para el colectivo al que se dirija.
- Imposibilitar la inscripción a otros cursos, dentro del año natural, a aquellas personas que se inscriban y no asistan a una actividad.
- Programar las actividades, según recogen las encuestas, en horario de tarde de lunes a jueves, planteándose la posibilidad de que el horario sea parte de mañana y parte de tarde a fin de que el participante y la institución aporten proporcionalmente horas a la formación.

- Establecer una metodología común a todas las actividades que fomenten el carácter activo mediante la utilización de técnicas que han resultado útiles en el aprendizaje de adultos: dinámicas de grupo, tormenta de ideas, etc.
- b) A nivel institucional, se debe fomentar el reconocimiento de la formación que favorezca la motivación por participar en ella, a través de:
- Incluir la formación dentro de los indicadores de gestión del Servicio. Para ello se deben incluir las sesiones dentro de los planes de formación.
 - Reconocer la formación acreditada incluyéndola dentro de los baremos de las convocatorias de promoción interna, con un peso real y mensurable. A nivel de la Comunidad de Madrid, se debe dar un peso importante a la formación en las políticas de carrera profesional.
 - Analizar si las plantillas y las cargas de trabajo están acordes con los recursos humanos de los que se dispone.
 - Establecer dos tipos de permisos, anuales, con sueldo. Uno para la participación en congresos y otro para participar en actividades de formación continuada en el Centro o fuera de él.
 - Establecer líneas claras de formación que permitan el cumplimiento de objetivos estratégicos conocidos y compartidos por los Servicios.
 - Fomentar acuerdos con otros hospitales de la Comunidad de Madrid para importar y exportar actividades formativas de acreditado prestigio.

VII.- CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

1. La Unidad de FMC del HULP cuenta con un número adecuado de actividades formativas, que tienen calidad suficiente , pero que no están enfocadas a las áreas temáticas de mayor interés.
2. Se consideran dos elementos a desarrollar para mejorar la oferta formativa:
 - a. Contenidos: Hasta el momento la mayoría de las actividades de los planes de la Unidad se han concentrado en la temática de competencia técnica, contenidos que se adquieren más a través de la participación de congresos y otras actividades científicas, por lo que se hace necesario dar un cambio en los planes de formación hacia las áreas de mayor demanda: calidad, desarrollo directivo e innovación.
 - b. Participación: Si bien la participación ha ido incrementándose discretamente en el tiempo se hace necesario dar un cambio de orientación en las áreas temáticas hacia contenidos de mayor interés.
3. No existe la necesidad, condiciones adecuadas ni infraestructura suficiente para plantearse la implantación de modelos de evaluación de la competencia y/o recertificación.

VIII.- RESUMEN

VIII. RESUMEN

A. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (SNS) define la Formación Médica Continuada (FMC) como “el conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional (conocimientos, habilidades y actitudes) una vez obtenida la titulación básica o la especialidad correspondiente”.

La Unidad de FMC es el área que se encarga de la formación de profesionales sanitarios de nivel licenciado que se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en ciencias de la salud según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPSE- Ley 44/2003 de 12 de septiembre). Estos son: médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, psicólogos, químicos, biólogos, físicos y bioquímicos.

A nivel internacional existen diferentes modelos y aplicaciones de la FMC. En Estados Unidos de América (EE:UU) está estrechamente relacionada con el proceso de acreditación, que equivale al reconocimiento formal de una institución proveedora sobre el cumplimiento de requisitos exigidos por el ente acreditador que es el *Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME). En 1968, la *American Medical Association* (AMA) introduce el sistema de acreditación o recertificación individual. No todas las 24 especialidades médicas contempladas en el *Board* requieren certificación anual, pero ésta puede ser requerida para pertenecer a sociedades científicas o por organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO). La recertificación debe renovarse cada 5-7 años. El examen para obtener la recertificación tiene dos partes. Una es la superación de un audit de 4 historias clínicas de pacientes atendidos por el candidato. La segunda es, o bien a través de la justificación de 600 horas en cursos acreditados por la ACCME realizados en los últimos 6 años (créditos tipo

1), o bien a través de la obtención de determinado número de créditos a través de la publicación de artículos en revistas del sistema de revisión por pares o "peer review" o a través de la participación en conferencias (créditos tipo 2).

En Canadá se ha diseñado un sistema voluntario de mantenimiento de las competencias en colaboración con las Facultades de Medicina y las Federaciones de Médicos Especialistas. Este sistema consiste en que el propio médico debe proponer cuáles son sus déficits formativos y por tanto a qué acciones formativas debe asistir y cómo auto-evaluará el aprendizaje. Este sistema, que cuenta con un apoyo del 70% de los médicos, se aplica desde 2001 y es de obligado cumplimiento para ser admitido o conservar la condición de miembro colegiado.

En Europa no existe una normativa sobre la obligatoriedad y la acreditación de la formación, existiendo diferencias entre países en cuanto a su regulación legal, financiera y profesional. En la Declaración de Basilea, de 2001, el concepto de FMC se ha ampliado al de desarrollo profesional permanente (DPP) definido como el conjunto de medios educativos para la actualización, desarrollo y mejora de la aplicación de conocimientos, habilidades y aptitudes requeridas para el ejercicio de la profesión médica. En la actualidad, existen países en los que la realización de actividades de FMC es obligatoria por ley, mientras que en otros es voluntaria aunque si bien las autoridades recomiendan su realización. En ningún país de Europa se ha seguido un modelo de examen para la recertificación, siguiendo las indicaciones del Comité Permanente de Médicos Europeos (ACCME) que argumenta que estos sistemas no reflejan las carencias del médico o su bajo rendimiento.

En España, históricamente, la FMC se ha caracterizado por tener una escasez de normativa explícita y por una ausencia de jurisprudencia al respecto. Esta situación cambia a raíz de la creación de la Comisión

Nacional de Formación Continuada, que surge a partir de la Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) que sobre Formación Continuada se lleva a cabo en 1997, y posteriormente con la aprobación, el 12 de septiembre de 2003, de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPSE) en la que se establecen los objetivos de la FMC y se instaura el proceso de acreditación como garantía de calidad de formación. El sistema de acreditación de la formación continuada es un sistema voluntario, válido para todo el SNS, coordinado por distintas administraciones públicas, sujeto a criterios mínimos y comunes y cuyo ámbito de aplicación se cierna a actividades, centros y profesionales. Hasta el momento sólo se aplica a actividades, previéndose que en un futuro próximo se extienda hacia los centros. Se trata de una evaluación cuantitativa y cualitativa de actividades con el resultado de la asignación de un número de créditos numéricos a aquellas actividades que solicitan ser acreditadas. La utilidad a corto plazo de la acreditación de actividades tendrá dos vertientes. A nivel institucional, sólo se financiarán con cargo a fondos públicos aquellas actividades que estén acreditadas. A nivel individual, sólo computarán en la carrera profesional, que en la actualidad no está desarrollada al completo, las actividades formativas acreditadas en las que el profesional haya participado como discente. Las actividades en las que participa como docente no están sujetas a acreditación.

En lo que compete a la Comunidad de Madrid (CM), a raíz de las transferencias de las competencias sanitarias y a través de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la CM, se crea la Agencia para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios "Laín Entralgo". Este ente, que comienza su andadura en el año 2003, se va a convertir en el único proveedor de financiación y acreditación para aquellas actividades de contenidos sanitarios en la CM. Para el resto de actividades, el Instituto Madrileño de Administraciones Públicas (IMAP) e

Informática Comunidad de Madrid (ICM) serán los Centros proveedores de actividades de carácter no sanitario.

Actualmente la CM se sitúa en un lugar preferente que la convierte en un referente para el resto de Comunidades en materia de formación continuada, no sólo por el volumen de actividad que desarrolla sino porque el 45% de actividades que se evalúan en el territorio español se llevan a cabo en ella.

A partir de 1997, la Unidad de FMC del Hospital Universitario La Paz (HULP) comienza su andadura. Anteriormente ya estaban en funcionamiento las áreas de formación de enfermería y personal no sanitario. Actualmente el HULP es el primer centro sanitario de la CM y uno de los primeros centros a nivel nacional en número de actividades, horas lectivas, plazas ofertadas, presupuesto y porcentaje de actividades acreditadas. Esta primacía del Centro en formación ha venido impulsada en gran medida por el área médica que ha pasado de tener 24 actividades, 232 horas lectivas y 407 plazas ofertadas en 1998 a 49 actividades, 1223 horas lectivas y 1637 plazas ofertadas en el año 2006. Además el Centro es pionero, gracias a los planes llevados a cabo por la Unidad de FMC, en ofertar un programa de "Ayudas para Estancias en Otros Centros" a fin de que los facultativos puedan formarse en centros extranjeros con el fin de importar conocimientos y técnicas que ayuden a implementar nuevos programas médicos. También se ha creado un programa denominado "Aula Clínica La Paz" a fin de exportar, de forma no presencial, aquellas actividades formativas que se desarrollan en el Centro.

Por último, reseñar que el HULP está llevando a cabo, desde el año 2002, un análisis cualitativo del impacto que cada actividad desarrollada tiene sobre las áreas de formación estratégica (calidad, desarrollo directivo, desarrollo organizativo, competencia técnica, innovación, infraestructura y

seguridad y comunicación e imagen) y los objetivos asociados a ella que permiten analizar y dirigir las tendencias de los planes de formación de cada una de las áreas (facultativos, enfermería y gestión).

Toda la actividad formativa que desarrolla el Centro está supervisada por la Comisión Clínica de Formación Continuada que agrupa personal médico, de enfermería, de gestión y de la biblioteca.

B. OBJETIVOS

En los últimos años la FMC va a cobrar un papel fundamental no sólo como vehículo necesario para el desarrollo profesional permanente, sino como un elemento inherente en el desarrollo de modelos de carrera profesional que están comenzando a implantarse en muchas Comunidades Autónomas del Estado Español. Además, en algunos foros médicos existe un debate abierto sobre la pertinencia de desarrollar procesos de recertificación o evaluación profesional que luchen contra la no participación sistemática de algunos profesionales en actividades de FMC y como una forma de combatir la existencia de personal no adecuadamente competente.

En este contexto y ante la ausencia, según la literatura revisada, de publicaciones de estudios que analicen la situación de la FMC en centros sanitarios, cobra especial interés llevar a cabo un estudio, en este sentido, en un hospital como el HULP, que en la actualidad es el primer Centro, en diferentes aspectos de formación, en la CM.

Al llevar a cabo este estudio, nos planteamos los siguientes objetivos:

- Analizar si las actividades de los planes de formación de la Unidad FMC del HULP, desde su creación hasta la actualidad, se adecúan a las necesidades y expectativas reales de los facultativos.

- Identificar aquellos elementos, si los hubiere, en los que hay que incidir para mejorar y adecuar la oferta formativa.
- Estudiar la pertinencia de la implantación de modelos de evaluación de la competencia y/o recertificación, en los que la FCM tiene un papel primordial, dentro del modelo sanitario público español.

C. MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo basado tanto en encuestas (1997, 2000 y 2005) realizadas al personal facultativo del Área Sanitaria 5 de Atención Especializada de la CM, como en el análisis cuantitativo y cualitativo de las actividades realizadas por la Unidad de Formación Médica Continuada (FMC) de dicha Área en el período comprendido entre 1997 y 2006 a través del estudio de Memorias de actividad del Centro y de organismos proveedores de FMC de la CM.

D. RESULTADOS

El nivel de respuesta en las tres encuestas ha sido discreto. Al realizar análisis descriptivo se obtuvieron los siguientes resultados:

1) Encuesta de 1997

El 64,9 % de los encuestados considera que la FMC es muy importante. De ellos, el 64,7% opina que debería ser obligatoria. La respuesta mayoritaria indica que la FMC debería utilizarse para reconocer la competencia profesional. Las principales dificultades encontradas para participar en las actividades son la falta de financiación (76,8%) y la presión asistencial (65,5%). La mitad de los encuestados es partidario de un sistema de recertificación y la otra mitad no. A la hora de organizar la oferta formativa el 40,2 % opina que ésta debe ir encaminada a las necesidades de los especialistas. El hospital es el lugar preferido para llevar a cabo la formación (86%). El contenido general de las actividades de FMC debería ir dirigido a la

adquisición de actitudes dejando la adquisición de conocimientos para el autoaprendizaje (80 %). Sin embargo, el 50% de los encuestados responde que las actividades que habían realizado en los dos años anteriores eran de conocimientos. En cuanto a las temáticas de las actividades mejor valoradas son la calidad (17,1 %) y la investigación (12,2%).

2) Encuesta de 2000

El 87,2 de los encuestados considera necesaria la FMC. De la oferta formativa existente:

- el 56,1 % piensa que tiene calidad suficiente.
- el 63 % opina que no cumple sus expectativas.
- el 52,6 % sugiere que se debe cambiar la línea actual de las actividades.

El 70,2 % de los encuestados admite haber participado en actividades formativas de la Unidad, siendo el principal motivo de asistencia el interés por el tema. De ellos, el 57,9 % considera el horario como un aspecto a mejorar. De los que no han asistido, el 24,6 % argumenta que no ha participado por necesidades del Servicio y en un 19,3 % debido al horario. En cuanto al catálogo, el 83,7 % de los encuestados opina que está bien enfocado y el 77 % cree que tiene contenidos suficientes. El 91 % considera correcta y suficiente la forma de informar y convocar a través del catálogo, carta nominal y tablón de anuncios.

En general, el horario más conveniente, según el 30 %, es aquel que comparte parte de la mañana y de la tarde. Para cursos de más de 20 horas, el 36 % se decanta por el horario de tarde. El 71,9 % prefiere el hospital como lugar ideal para llevar a cabo la FMC. El 80 % considera que las actividades conjuntas con enfermería, gestión y/o atención primaria deben realizarse sólo ocasionalmente. El 96,4 % considera

importante que los cursos de formación estén acreditados. El tiempo anual a dedicar a FMC, excluyendo congresos, debe oscilar entre 20 y 30 horas, según el 40 % de los encuestados. El 70 % desestima dirigir las actividades por categorías dentro de un mismo estamento. El 67,3 % reconoce tener problemas para asistir a las actividades formativas, siendo los motivos:

- en el 46 % por presión asistencial.
- en el 41 % por el horario de las actividades.
- en el 13 % por falta de apoyo jerárquico.

En lo que respecta a la participación de la Unidad o de la Comisión en otras actividades, el 89,1 % considera que debe participar en las ayudas para estancias en otros centros, el 56,4 % en la organización de sesiones clínicas y el 44,9 % en la concesión de permisos para congresos y reuniones científicas.

La innovación e investigación con un 6,45 % y la calidad con un 6,22 % son considerados los temas ofertados más pertinentes. A este respecto se recogen como temas prioritarios para el hospital, los relacionados con la gestión, la investigación, la calidad y la comunicación. Por último, se recogen las sugerencias de la necesidad de establecer el desarrollo de la carrera profesional y la conveniencia de realizar sesiones hospitalarias e interhospitalarias.

3) Encuesta de 2005

El 89,2 % de los encuestados considera la FMC necesaria. De la oferta formativa existente:

- El 57 % cree que hay un número suficiente.
- El 67,7 % que tiene calidad suficiente.
- El 57 % opinan que no cumple sus expectativas.
- El 58,1 % que se debe seguir en la línea actual.

El 83,9 % de los encuestados admite haber participado en actividades formativas de la Unidad, siendo el principal motivo de asistencia el interés por el tema en un 81,7 % de los casos. De ellos, el 65,6 % considera el horario como un aspecto a mejorar. De los que no han asistido, el 18,3 % argumenta que no ha participado por el horario y el 17,2 % por necesidades del Servicio.

En cuanto al catálogo, el 55,9 % de los encuestados opina que está bien enfocado y el 71,1 % cree que tiene contenidos suficientes. El 83,9 % considera correcta y suficiente la forma de informar y convocar a través del catálogo, carta nominal y tablón de anuncios.

En general, el horario más conveniente según el 42 % es aquel que comparte parte de la mañana y de la tarde. Para cursos de más de 20 horas, el 51,7 % se decanta por el horario de tarde. Un 97,8 % prefiere el hospital como lugar ideal para llevar a cabo la FMC.

El 80 % considera que las actividades conjuntas con enfermería y gestión deben realizarse sólo ocasionalmente mientras que el 87 % opina a este respecto cuando se tratan de actividades conjuntas con Atención Primaria. El 89,2 % considera importante que los cursos de formación estén acreditados. El tiempo anual a dedicar a FMC, excluyendo congresos, debe oscilar entre 40 y 60 horas según el 44 % de los encuestados. El 61,3 % desestima dirigir las actividades por categorías dentro de un mismo estamento. El 67,7 % reconoce tener problemas para asistir a las actividades formativas, siendo los motivos:

- en un 52 % por presión asistencial.
- en un 50,5 % por el horario de las actividades.
- en un 25 % por falta de apoyo jerárquico.

En lo que respecta a la participación de la Unidad o de la Comisión en otras actividades, el 71 % considera que debe participar en las ayudas para estancias en otros centros, el 53,8 % en la organización de sesiones clínicas y el 44,9 % en la concesión de permisos para congresos y reuniones científicas.

La innovación y la investigación, con un 7 %, y la formación en el idioma inglés, con un 6,85 %, son considerados los temas ofertados más pertinentes. A este respecto se recogen como temas prioritarios para el hospital, los relacionados con la gestión, la investigación, la calidad, la comunicación y la resolución de conflictos. Por último, se recogen las sugerencias de la necesidad de establecer el desarrollo de la carrera profesional y la conveniencia de realizar sesiones hospitalarias e interhospitalarias.

Al realizar análisis comparativo¹ entre las encuestas de 2000 y 2005 se encuentra que:

1. existen diferencias significativas en las siguientes variables:
 - Aumento considerable en las dificultades encontradas para asistir a actividades de FMC entre las opiniones de la encuesta del año 2000 (31,6 %) y la encuesta de 2005 (67,7 %). Los motivos que se aducen, por orden de importancia, son horario ($p = 0,014$), presión asistencial ($p = 0,035$).
 - Interés por actividades cuyos contenidos no sean referidos a temáticas de competencia técnica. Los temas de interés se inclinan hacia las áreas de innovación (2000/x = 40,04; 2005/x = 51,60), gestión (2000/x = 39,16; 2005/x = 48,03) y calidad (2000-/ = 28; 2005/x = 39).

¹ Se han establecido los siguientes parámetros: Si $p < 0,05$ se considera que existe diferencia significativa. Si $0,05 < p < 0,2$ se considera que existe tendencia. Si $p \geq 0,2$ no existen diferencias significativas ni tendencias

2. Existe una tendencia a:

- Realizar las actividades de FMC en el hospital frente a otros lugares (p = 0,10)
- Disminuir el porcentaje de personas interesadas en cursos de competencia técnica (p = 0,18)
- Aumentar el porcentaje de personas que consideran que las actividades de FMC ofertadas tienen la calidad suficiente (p = 0,16)
- Aumentar el porcentaje de personas que han participado en cursos de formación (2000/x = 70,2; 2005/x = 83,9)
- Considerar 40 horas como el tiempo que debe invertir un facultativo al año en actividades de FMC, excluyendo congresos, reuniones, etc. (p = 0,17).

El análisis cuantitativo de las Memorias de actividad de la Unidad desde su nacimiento hasta la actualidad (1998-2006) indica un incremento progresivo del:

- Volumen de actividad, pasando de tener 24 actividades en el año 1998 a 49 en el 2006.
- Nivel de participación. En el año 1998 participaron 407 facultativos y en 2006 participaron 1637.
- Horas lectivas, con 232 horas lectivas en el año 1998 y 1223 horas lectivas en el año 2006.
- Gasto, con 20.880 € en el año 1998 y 95.810 € en el 2006.

Únicamente hay una excepción en el año 2004, ejercicio en el que ha habido un discreto descenso en el número actividades (que han sido de menor duración), horas, participantes y gasto.

Con la llegada de las transferencias sanitarias a la CM se abre una nueva etapa al contarse con mayor asignación presupuestaria. Esta circunstancia va a permitir la organización de una oferta formativa más amplia.

En cuanto al perfil del participante, el 61,6 % son mujeres. La edad media es de 47,9 años (período 1998-2002) y de 47,3 años en el período 2002-2004 y de 43,1 años en el período 2004-2006. Este progresivo rejuvenecimiento es debido a la participación de los Médicos Residentes en las actividades en los últimos años.

Analizado el absentismo, éste es mayor para cursos de más de 40 horas en turno de mañana (35,7 %) y menor para cursos de entre 20-40 horas en turno de tarde (16,1 %). El día que mayor absentismo se registró fue el viernes, tanto para cursos de horario de mañana (35,9 %), tarde (63,2 %) como para los de mañana y tarde (54,7 %).

El análisis cualitativo (análisis de la formación estratégica) de las Memorias de actividad de la Unidad desde su nacimiento hasta la actualidad (1998-2006) indica que la gran parte de actividades van dirigidas al área de competencia técnica (45,3 %) y apenas se organizan actividades en el área de desarrollo organizativo (3 %).

E. DISCUSIÓN

La FMC es un deber ético y una responsabilidad individual del médico durante su vida profesional y va a suponer la actualización de conocimientos habilidades y actitudes.

Con la llegada de las transferencias sanitarias al territorio dependiente del extinto INSALUD (año 2002) aumenta el presupuesto que se dedica a formación continuada (FC) y nacen, como es el caso de la CM, organismos proveedores de FC que va a aumentar considerablemente la oferta formativa. Es a partir de estas transferencias cuando se comienza a hablar del desarrollo de la carrera profesional como fomento del desarrollo profesional permanente.

La tendencia europea camina hacia un modelo homogéneo de regularización de la FMC y de la acreditación que perfila la globalización y la eliminación de barreras entre los países miembros.

A nivel nacional, con la Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre FC de las Profesiones Sanitarias (1997) y la Ley Orgánica de las Profesiones Sanitarias (LOPS) en 2003, nace el proceso de acreditación de la FC entendido como la valoración de un organismo externo sobre el contenido, individuo y actividades. Los créditos constituyen una garantía razonable del esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia. El ámbito de aplicación puede abarcar a centros, actividades y profesionales. A priori se ha desarrollado exclusivamente sobre actividades, aunque en un futuro breve se ampliará a los centros. La acreditación individual, lo que se viene definiendo como recertificación o revalidación, va a ser responsabilidad de las Organizaciones Profesionales. El objetivo fundamental de la acreditación debe ser el orientar y priorizar la oferta formativa.

Para llevar a cabo este estudio se dispone, entre otro material, de los resultados de tres encuestas. Una de año 1997 y dos con formato similar llevadas a cabo en los años 2000 y 2005. Con vistas a dar continuidad a estudios posteriores, se debe trabajar en mejorar el formato 2000-2005 reformulando la pregunta sobre temáticas de interés, que actualmente recoge contenidos en vez de áreas de conocimiento, y eliminando algunas preguntas que en la actualidad carecen de interés, como es el caso de preguntar si las actividades deben ser acreditadas o no.

Los encuestados consideran que los planes de FMC del HULP tienen número adecuado de actividades y que su calidad es suficiente. No obstante, éstas no cumplen sus expectativas. Comparada la opinión reflejada en las encuestas con las actividades realizadas (período 1998-2006) se obtiene que el motivo de esta última afirmación se debe a que la

gran mayoría de actividades desarrolladas se concentran en el área de competencia técnica, conocimientos éstos que se adquieren con facilidad en los Congresos, sesiones y autoaprendizaje a través de revistas científicas. Por tanto, se deben elaborar planes que recojan actividades de carácter general, transversales y que recojan las demandas que imponen el contexto social actual. En este sentido, se obtienen resultados significativas en las encuestas de 2000 y 2005 que reflejan un progresivo aumento de interés por las áreas de innovación (media de 40,4 % en 2000 y 51,60 % en 2005) y desarrollo directivo (media de 39,6 % en 2000 y 39 % en 2005). El área de competencia técnica debería quedar para aquellas actividades, que con cabida en este área, fueran las de excelencia en el Centro, además de aquellas que fueran de interés para varios Servicios. Aquellas que son de interés para un Servicio y que en la actualidad están incluidas dentro de los Planes de la Unidad deberían pasar a ser sesiones clínicas y/o bibliográficas.

El segundo gran reto de la Unidad es la optimización de recursos a través del fomento de la participación que para algunas actividades es baja. A pesar de que existe una tendencia ($p < 0,04$) al aumento de la participación entre los resultados obtenidos en la encuesta de 2005 (83,9 %) frente a los del año 200 (70,2 %), se encuentran diferencias significativas entre la encuesta de 2005 (67,7 %) frente a la de 2000 (31,6 %) a aumentar las dificultades para asistir a las actividades de FMC. Los principales motivos, por orden de importancia son:

- El horario ($p < 0,014$) con un porcentaje de respuesta del 73,9 % para 2005 frente al 50,9 % en el 2000.
- La presión asistencial ($p < 0,035$) con un porcentaje de respuesta del 75 % para 2005 frente al 56,4 % en el 2000.
- La falta del apoyo jerárquico ($p < 0,022$) con un porcentaje de respuesta del 35,9 % para 2005 frente al 16,4 % en el 2000.

Por otro lado, algunas actividades cuentan con un número bajo de inscritos de personal del Centro, que consiguen llegar al número óptimo para celebrar una actividad gracias a la participación de Médicos Residentes y alumnos de cursos de Doctorado. El organismo proveedor recomienda que el 70 % de las plazas de una actividad sean para personal del Centro y que el 30 % restante se reserve para personal externo al Centro, al Servicio de la Consejería de Sanidad de la CM, y no organizar actividades dirigidas a Médicos Residentes por considerarlos personal en formación. Por tanto, la Unidad debería plantearse la continuidad de estas actividades cuando los participantes mayoritarios pertenezcan a estos dos últimos colectivos.

Por último, se objetiva una tendencia ($p < 0,124$) en los últimos años (9,1 % en 2000 frente a 20,3 % en 2005) a vislumbrar problemas de plazas en las actividades futuras como consecuencia de la implantación de políticas de desarrollo profesional que tengan en cuenta la participación en actividades formativas acreditadas. Si esto fuera así, la Unidad debería luchar contra el absentismo imposibilitando la inscripción, dentro del año natural, en más actividades a aquellos alumnos que hayan reservando plaza en un curso y luego no hayan asistido. En el caso de que la demanda fuera muy alta, se debería establecer un número máximo de actividades en las que puede participar un facultativo cada año.

El horario preferido para cursos de menos de 40 horas es el de tarde de lunes a jueves.

Los encuestados creen que las actividades deben dirigirse a facultativos sin distinción de estamentos y ocasionalmente con personal de enfermería o no sanitario. Esta es la línea de actuación que ha mantenido la Unidad desde su creación, que además está refrendada por los criterios de acreditación, que sólo contemplan actividades conjuntas susceptibles de acreditación cuando éstas son transversales.

En cuanto a las horas que debe dedicar un facultativo al año a FMC estructurada (excluyendo Congresos, Sesiones y autoaprendizaje) existe una tendencia a considerar 40 horas/año como el número ideal para estas actividades, según los resultados obtenidos en la encuesta de 2005 (20,4 %) frente a la del año 2000 (10,5 %).

Existe una tendencia ($p < 0,105$) a considerar, en la encuesta de 2005 (97,8 %) frente a la del año 2000 (97,8 %) las instalaciones del Centro, como el lugar preferido para realizar FMC.

A pesar de la juventud de la Unidad (que comienza su andadura en 1999) la Unidad ha conseguido diferentes logros de los que puede alardear y que algunos de ellos la convierten en referente único del sistema. Entre ellos se encuentran:

- Contar con un 99% de docentes internos, lo cual es una forma de motivar a los facultativos para que se impliquen en tareas formativas.
- Llevar a cabo planes formativos personalizados a través del programa "Ayudas para Estancias a Otros Centros", que han permitido la puesta en marcha de nuevas técnicas y procedimientos, que sin duda han mejorado la prestaciones que se ofrecen al enfermo.
- Exportación de las actividades a través del proyecto "Aula Clínica La Paz", que han supuesto un reconocimiento y prestigio para los docentes y ha amplificado la buena imagen externa del Hospital.
- Ha colaborado en la implantación, junto con las áreas de formación de enfermería y personal no sanitario, de un análisis cualitativo de las actividades denominado "Plan de Formación Estratégica" que ha posibilitado el análisis de las tendencias y el impacto de la formación en la consecución de los objetivos estratégicos del Centro. Con respecto a este Plan, se hace necesaria una revisión, en el marco de la Comisión Clínica de FC, dado que alguno de los

contenidos de las áreas no reflejan el momento actual o se sitúan en un terreno tan teórico que pueden conducir a la ambigüedad.

- Ha liderado en Plan de Formación del Centro, en colaboración con las áreas de formación anteriormente reseñadas, hasta convertirlo en el primero de la CM y uno de los primeros de España en volumen de actividad, horas lectivas, plazas ofertadas y actividades acreditadas.

Actualmente, a nivel nacional e internacional, existe un debate abierto que plantea la conveniencia de instaurar modelos de recertificación, reevaluación o evaluación de la competencia profesional. La recertificación o reevaluación hacen referencia al cumplimiento o superación de unos requisitos (entre los que se encuentra el reciclaje profesional a través de FMC) para el mantenimiento del derecho al ejercicio profesional o la pertenencia a Sociedades Científicas. El Comité Permanente de Médicos Europeos ha cuestionado la conveniencia de instaurar un sistema de recertificación argumentando que estos sistemas no reflejan las carencias del médico o su bajo rendimiento. Además, de poco sirve discriminar desempeños adecuados o inadecuados si no existen herramientas, como la carrera profesional, que inviten al desarrollo profesional permanente (DPP) y que tengan un reconocimiento. Con la aprobación, en 2003, de la LOPS se abre el marco legal que ayudará a fomentar el DPP, a posibilitar el desarrollo de la carrera profesional y a luchar de forma positiva y no coercitiva sobre aquellos facultativos que no hacen FMC de forma sistemática. En este marco de implantación de la carrera profesional (que en la actualidad está en sus inicios y únicamente contempla el criterio de antigüedad) se alimenta el debate de la pertinencia de establecer modelos de gestión encaminados a la evaluación del rendimiento. Entre estos modelos tiene especial primacía el modelo de "Gestión por Competencias" a instancias de las directrices que marca el Contrato de Gestión (2001) del extinto INSALUD. El objetivo de este modelo es adecuar la persona al puesto definiendo los perfiles de competencias (conocimientos,

habilidades y actitudes) de cada uno de ellos y desarrollando aquellas competencias en los que no exista adecuación. Este proceso, en el que la FC tiene un papel relevante, se llevaría a cabo para aspectos no médicos y más referidos a cuestiones de recursos humanos (ej: trabajo en equipo, flexibilidad, etc.). Este proceso se haría a través de entrevista/ evaluaciones periódicas entre el jefe y el médico adjunto. Desde este estudio se considera que este modelo, de probada eficacia en instituciones privadas, no debe importarse de forma sesgada ya que no aportará los resultados esperados por diferentes motivos, entre los cuales se encuentran:

- A través de él no se conocería si se está llevando a cabo una buena práctica clínica o se está desarrollando el trabajo esperado, ya que sólo se evaluarían aspectos relacionados con actitudes (ej: trabajo en equipo, etc).
- La Administración Pública no dispone de mecanismos para premiar o castigar los desempeños exitosos o inadecuados, lo cual generaría un agravio comparativo entre ambos grupos.
- Desgastaría las relaciones entre los miembros del Servicio y el jefe correspondiente, ya debilitadas en muchos casos por los problemas inherentes a cada Servicio o por años de convivencia.
- No se dispone de infraestructura para implantarlo.
- No fomenta el conocimiento ni la actualización científica que de respuesta a las necesidades que demandan los pacientes.
- Gasta tiempo y dinero sin que ayude a discriminar la falta de competencia.

El mayor potencial con que cuenta las instituciones en general y el HULP en concreto es la capacidad intelectual de sus miembros. Por tanto, si algún modelo de gestión es necesario instaurar es aquel que persiga crecimiento individual y del equipo. Para desarrollar el primero existe la Gestión del Talento, definido éste como la capacidad de las personas para alcanzar objetivos superiores a través del compromiso. El compromiso del

empleado afecta a su rendimiento y a su retención. Se trata de gestionar facilitadores que permitan retener a los mejores. En este sentido y de forma diferenciadora el HULP parte con un cimiento sólido que es el "sentimiento u orgullo de pertenencia al hospital". Para el segundo, la Gestión del Conocimiento se erige como el modelo más adecuado. Este modelo viene definido como el proceso de identificar, agrupar, ordenar y compartir continuamente el conocimiento para satisfacer las necesidades presentes y futuras. En esta línea, la FMC a nivel general y las sesiones clínicas y bibliográficas a nivel particular, tiene un papel fundamental. Ambos modelos, comparten la misma dinámica en la medida en que gestionan intangibles y en que persiguen el mismo objetivo que es el desarrollo; uno a nivel individual y otro a nivel grupal.

El devenir está en la implantación real de la carrera profesional, en la que se está trabajando en la actualidad y aunque en el momento de escribir este estudio se desconocen los criterios que formarán parte de ella, sí se conoce que la formación acreditada tendrá un peso significativo. Un buen funcionamiento de la FMC es un requisito imprescindible para dar una asistencia actualizada.

Por último, no se deben olvidar los nuevos modelos de formación que, como consecuencia de los avances tecnológicos, invitan a pensar en una formación mixta compuesta por sesiones presenciales y otras no presenciales que combinen formatos electrónicos, de video o e-learning. Tampoco se deben olvidar las nuevas demandas sociales, bien a través de pacientes que expresan la necesidad de tener un enfoque integral de la persona que rompa con la frialdad de la superespecialización o a nivel institucional en que se demanda una mejor gestión de recursos, que invitan al médico a formarse en aspectos comunicativos, de calidad, legales, de gestión y de economía de la salud.

IX.- ANEXOS

ANEXO 1
Encuesta 1997

EL CUESTIONARIO QUE LE PRESENTAMOS A CONTINUACIÓN HA SIDO ELABORADO PARA CONOCER LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS FACULTATIVOS DEL ÁREA MÉDICA.

COMO PUEDE OBSERVAR, NO SE LE PIDE NINGÚN TIPO DE IDENTIFICACIÓN YA QUE SUS RESPUESTAS NUNCA SERÁN TRATADAS DE FORMA INDIVIDUAL. NO OBSTANTE, A EFECTOS DE CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS, LAS PRIMERAS CINCO PREGUNTAS RECOGEN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SOCIO PROFESIONALES

LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO ES MUY SENCILLA. TAN SOLO DEBE MARCAR LA RESPUESTA ELEGIDA CON UNA CRUZ EN LOS RECUADROS QUE FIGURAN AL LADO DE LA MISMA O, EN AQUELLAS PREGUNTAS QUE ASI LO REQUIERAN, ESCRIBIR SUS RESPUESTAS (NUMEROS O TEXTO, SEGÚN SE SOLICITE) EN LAS LÍNEAS PREPARADAS PARA ELLO. POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA CLARA Y LEGIBLE.

CON EL FIN DE PODER OFRECER RESULTADOS CUANTO ANTES, LE ROGAMOS REMITA EL CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO A LA DIRECCIÓN MÉDICA LO ANTES POSIBLE.

MUCHAS GRACIAS ANTICIPADAS POR SU COLABORACIÓN
POR FAVOR, NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS SOMBREADOS

- P.1. Edad: años
- P.2. ¿A qué área corresponde su especialidad?
- .Médica
 - .Quirúrgica
 - .Servicios Centrales
 - .Pediatría
 - .Obstetricia/Ginecología
- P.3. ¿Tiene otros títulos/estudios de grado superior?
- .Si
 - .No
- P.4. Año de obtención del título de especialista
- 1.9
- P.5. Antigüedad en este Centro asistencial (Hospital Universitario La Paz)
- .Menos de 5 años
 - .Entre 5 y 10 años
 - .Entre 10 y 20 años
 - .Más de 20 años

PERCEPCIÓN DE LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA (FMC)

P.6. ¿Cuál es el grado de importancia que tiene para Ud. la Formación Continuada en el mantenimiento y mejora de su competencia profesional? Para su respuesta, marque con una cruz el punto de la escala que representaría la importancia que vd. concede a la formación continuada, teniendo en cuenta que la escala varía de 1 a 5, donde el 5 significa la máxima importancia y el 1 ninguna importancia.

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nada importante | | | | Muy importante |

P.7. ¿Qué porcentaje de su tiempo de trabajo deberían los profesionales de la medicina dedicar a actividades de Formación Continuada?

%

P.8. ¿Cree que la Formación Continuada debería ser obligatoria o voluntaria?

- . Voluntaria
- . Obligatoria

(Conteste P.9 si cree que la formación continuada debería ser obligatoria)

P.9. Si la Formación Continuada fuera obligatoria, ¿Cuál sería en su opinión el mecanismo más eficaz? (elija una única respuesta)

- . Establecer módulos temáticos/técnicos obligatorios
- . La autoevaluación y selección de forma individual
- . Fijar un porcentaje mínimo del tiempo de trabajo para dedicar a la formación continuada

P.10. Al valorar una actividad acreditada de Formación Continuada, ¿qué cree que debería considerarse en mayor medida: los contenidos o el tiempo de duración de la actividad?

- . Los contenidos
- . El tiempo de duración

P.11. Utilizando la escala de 1 (nada importante) a 5 (muy importante), exprese el grado de importancia que Ud. daría a cada tipo de contenido en actividades de Formación Continuada.

1	2	3	4	5
Nada importante				Muy importante

Tipo de contenido: Importancia:

- . Teóricos (Conocimientos)
- . Técnicas/Habilidades y destrezas
- . Actitudes/conducta en la actuación profesional

P.12 En su opinión, la participación en actividades acreditadas de Formación Continuada ¿debe ser evaluada al finalizar la actividad para poder certificar dicha participación?

- . No 1
- . Sí 2

P.13 Indique, por orden de importancia, las modalidades que cree deberían emplearse para el reconocimiento de la participación en actividades de Formación Continuada?

(marque la más importante en la 1ª columna, la 2ª más importante en la segunda columna y la tercera en la 3ª columna)

	1ª	2ª	3ª
. Sistema de créditos/puntos acumulables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Reconocimiento de la competencia profesional en los contenidos de la actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Diploma de participación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.14 ¿Cómo cree que debería incentivarse la Formación Continuada en su carrera profesional?

	SÍ	NO
. Como mérito curricular para la promoción en su carrera profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Como requisito imprescindible para el progreso en la carrera profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Como requisito imprescindible para un posible sistema de recertificación (evaluación periódica de la competencia profesional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Otro tipo de incentivos (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La formación continuada no debería incentivarse porque ha de ser obligatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.15 ¿Es Vd. partidario del sistema de recertificación? (evaluación periódica de la competencia profesional para seguir ejerciendo la especialidad).

- . No 1
- . Sí 2



P.16 Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las frases que aparecen a continuación, según la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo				Completamente de acuerdo

Grado de acuerdo:

- . La Formación Continuada es una exigencia ética individual
- . La Formación Continuada es un derecho que tiene el médico
- . La Formación Continuada es una responsabilidad de la profesión médica
- . La Formación Continuada es una responsabilidad del Sistema de Salud (administraciones sanitarias y entidades privadas)
- . En la Facultad de Medicina orientan hacia el aprendizaje autodirigido y la autoevaluación
- . En la Facultad de Medicina predisponen positivamente al aprendizaje futuro durante toda la vida profesional

P.17 Utilizando la misma escala anterior, indique su grado de acuerdo o desacuerdo sobre si los items que se relacionan a continuación han significado obstáculos que vd. ha encontrado en su vida profesional para comprometerse en actividades de Formación Continuada.

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo				Completamente de acuerdo

Grado de acuerdo:

- . Aislamiento profesional
- . Aislamiento geográfico
- . Falta de financiación
- . Falta de información sobre oferta adecuada a sus necesidades
- . Falta de tiempo
- . Imposibilidad horaria
- . Presión asistencial
- . Idioma
- . Otros (especificar)
-

P.18 ¿A cuánto estima Vd. que asciende el coste total, lo haya desembolsado Ud. o no, que ha representado su asistencia y participación en actividades de Formación Continuada durante el año 1.996? (cifra en miles de ptas.)

. Asistencia a Congresos/Simposios,...

. Participación en cursos/seminarios, talleres de Formación Continuada

P.19 De ese coste total especificado en la pregunta anterior, ¿qué porcentaje ha corrido a su cargo?

%

P.20 De las actividades que se detallan a continuación, señale hasta un máximo de tres las más frecuentes (las que han ocupado el mayor porcentaje del tiempo que vd. ha dedicado a la Formación Continuada en los últimos doce meses).

Para cada una de las que señale, valore en el recuadro de al lado la eficacia que para vd. hayan tenido en mejorar su actividad profesional. Para ello utilice la escala de 1 (nada eficaz) a 5 (muy eficaz)

1	2	3	4	5
Nada eficaz				Muy Eficaz

	Más frecuentes	Eficacia
. Cursos declarados expresamente de Formación Continuada	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Cursos monográficos	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Sesiones clínicas habituales	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Sesiones organizadas, no habituales, con otros compañeros	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Congresos/Simposios nacionales	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Congresos/simposios internacionales	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Actividades de perfeccionamiento técnico específicamente dirigidas a la adquisición de habilidades y/o actitudes	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Autoaprendizaje por letra impresa (libros/revistas)	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Autoaprendizaje por medios audiovisuales/ordenador	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Otras actividades (especificar)		<input type="checkbox"/>

P.21 A continuación figuran una serie de aspectos sobre los que podría basarse la organización y oferta de actividades de Formación Continuada. Tomando como referencia la escala de 1 a 5 que figura a continuación, indique la importancia que debería concederse a cada uno de los aspectos al organizar y ofertar actividades de formación continuada en su especialidad.

1	2	3	4	5
Nada importante				Muy importante

	Importancia
. Necesidades del Sistema de Salud	<input type="checkbox"/>
. Necesidades percibidas por los profesionales de la Especialidad	<input type="checkbox"/>
. Necesidades expresadas por la sociedad	<input type="checkbox"/>
. Actividades pluridisciplinares (distintas especialidades médicas)	<input type="checkbox"/>
. Actividades multiprofesionales (distintas profesiones, sanitarias o no)	<input type="checkbox"/>
. Orientadas fundamentalmente a adquisición de conocimientos	<input type="checkbox"/>
. Orientadas fundamentalmente a adquisición de técnicas/habilidades	<input type="checkbox"/>
. Orientadas fundamentalmente a adquisición de actitudes	<input type="checkbox"/>
. Mixtas (conocimientos, habilidades y/o actitudes)	<input type="checkbox"/>
. Fijación de estándares mínimos de competencia profesional	<input type="checkbox"/>



4 Desde la perspectiva de su especialidad

A.14 Valore en una escala de 1 (nada importante) a 5 (muy importante) los temas que, aún no estando directamente relacionados con su especialidad, vd. percibe como necesidades de Formación Médica Continuada.

1	2	3	4	5
Nada importante				Muy importante

Importancia

- . Aspectos legales de la práctica médica
- . Bioética
- . Gestión/Administración sanitaria
- . Economía de la Salud
- . Comunicación/habilidades interpersonales
- . Calidad del servicio
- . Salud Pública
- . Estadística/Epidemiología
- . Informática
- . Métodos de investigación
- . Metodología docente
- . Sociología sanitaria
- . Antropología

A.15 Indique algún tema específico que Vd. considera importante como Necesidad de Formación Médica Continuada para el Hospital Universitario La Paz

.....

.....

.....

A.16 SUGERENCIAS ABIERTAS

1.-

.....

.....

.....

.....

2.-

.....

.....

.....

.....

3.-

.....

.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

Encuesta 2000

- ¿Cuál es tu opinión sobre la FMC?

Es necesaria SI NO
 Es importante SI NO
 Me interesa SI NO

Otras posibilidades:.....

- De los siguientes asertos sobre las actividades de FMC del centro, marque lo que considere cierto:

Número suficiente SI NO
 Calidad suficiente SI NO
 Cumple tus expectativas SI NO
 Se debe seguir en la línea actual SI NO

Otras posibilidades:.....

- ¿Has asistido a alguna actividad de las organizadas por FMC de este hospital?:

Si Cuantos cursos/talleres:
 No

1. Si tu respuesta ha sido SI:

¿Podrías indicar el porqué?:

Interés del tema
 Créditos
 Tiempo libre
 Profesorado

Otras:.....

¿Cuáles son los aspectos a mejorar? [puntuía del 1 al 9]♦

Temario
 Profesorado
 Horario
 Aulas
 Información Previa
 Material Entregado
 Encuesta de Evaluación
 Control de Asistencia

Otros:.....

¿Crees que ha mejorado tu actuación profesional?

Si
 NO

2. Si tu respuesta ha sido *NO*:

¿Podrías indicar la causa o causas?:

- Escaso interés del temario
- Horario
- Necesidades del servicio
- No información
- Escaso interés por la FMC

Otras:

• ¿Qué opinión -u opiniones- te merece el Planograma-Catálogo de Actividades de FMC?

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Insuficiente
- Suficiente
- Excesivo

Bien enfocado SI NO

• La forma actual de informarte y de convocar las actividades (Catálogo + Carta + Tablón de anuncios), ¿te parece correcta y suficiente?:

- SI
- NO

Si tu respuesta es NO, ¿cuál es tu propuesta?:

.....

▪ ¿Que horario te es más conveniente?:

- Mañana
- Tarde
- Mañana y tarde
- Parte de la mañana
- Parte de la tarde
- Parte de la mañana y parte de la tarde

Otros:.....

• En el caso de cursos largos (> 20 horas), ¿que prefieres?:

- Semanas completas (por la mañana)
- Semanas completas (por la tarde)
- Días alternos (mañana y tarde)

Otras posibilidades:.....

- Las actividades de FMC se deben de realizar *-con preferencia-*:

En el hospital
 En la facultad
 En un lugar ajeno al hospital
 En otro lugar:
 A distancia

- ¿Crees que FMC debe de realizar actividades formativas en conjunto con enfermería y/o gestión?:

Siempre
 Ocasionalmente
 Nunca

- ¿Crees que FMC debe de realizar actividades formativas en conjunto para atención primaria y especializada?:

Siempre
 Ocasionalmente
 Nunca

- ¿Consideras importante que las actividades de FMC de este hospital estén acreditadas por el SNS (Ministerio de Sanidad y Consumo)?:

SI
 NO

- Conoces la existencia, en este hospital, de una Comisión Clínica de FC ?

SI
 NO

Si tu respuesta ha sido SI:

a.- ¿sabes quién la compone? SI NO
 b.- ¿sabes cuales son sus funciones? SI NO
 c.- ¿te gustaría participar? SI NO

- ¿Cuántas horas/año (excluyendo congresos, reuniones ...) debería dedicar un facultativo a FMC?:

< 10 h 10 h 20 h
 30 h 40 h 50 h
 60 h > 60 h

- ¿Crees que determinadas actividades de FMC deben enfocarse por estamentos (Jefe de Servicio, Jefe de Sección, Adjunto)?:

SI
NO

- ¿Has tenido alguna dificultad para asistir a actividades de FMC?

NO
SI

Si tu respuesta ha sido *SI* ¿Por qué?:

Plazas limitadas
Falta de información
Presión asistencial
Falta de apoyo jerárquico
Horario
Duración excesiva

Otras:.....

- ¿Crees que FMC debe participar en alguna de las siguientes situaciones?:

Permisos a congresos y reuniones SI NO
Sesiones clínicas SI NO
Asistencia a otros centros (becas ..) SI NO

Otras:.....

- En relación a los temas habitualmente tratados por FMC desde 1998, ¿cuál o cuáles te han parecido más pertinentes? [puntuá del 1 al 9]*

RCP
Medicina Basada en la Evidencia
Cuidados Paliativos
Calidad
Investigación
Bioestadística
Gestión
Tutores MIR
Comunicación Científico-Médica

Otros:

- Para el futuro, ¿sobre que temas te interesaría que se realizasen actividades formativas?:

- Según tu opinión, ¿cuáles son los temas formativos prioritarios para el conjunto del hospital?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Comentarios

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 3
Encuesta 2005

- ¿Cuál es tu opinión sobre la FMC *sensu lato*?

Es necesaria SI NO
 Es importante SI NO
 Me interesa SI NO

Otras posibilidades:.....

- De los siguientes asertos sobre las actividades de FMC del centro, marque lo que considere cierto:

Número suficiente SI NO
 Calidad suficiente SI NO
 Cumple tus expectativas SI NO
 Se debe seguir en la línea actual SI NO

Otras posibilidades:.....

- De los siguientes asertos sobre las actividades de FMC de la Agencia Láin Entralgo (ALE), marque lo que considere cierto:

Número suficiente SI NO
 Calidad suficiente SI NO
 Cumple tus expectativas SI NO
 Se debe seguir en la línea actual SI NO

Otras posibilidades:.....

- ¿Has asistido a alguna actividad de las organizadas por FMC de este hospital?:

Si Cuantos cursos/talleres:
 No

- Si tu respuesta ha sido SI:

¿Podrías indicar el porqué?:

Interés del tema
 Créditos
 Tiempo libre
 Profesorado

Otras:.....

¿Cuáles son los aspectos a mejorar? [puntuía del 1 al 9]♦

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Temario | <input type="checkbox"/> |
| Profesorado | <input type="checkbox"/> |
| Horario | <input type="checkbox"/> |
| Aulas | <input type="checkbox"/> |
| Información Previa | <input type="checkbox"/> |
| Material Entregado | <input type="checkbox"/> |
| Encuesta de Evaluación | <input type="checkbox"/> |
| Control de Asistencia | <input type="checkbox"/> |

Otros:.....

¿Crees que ha mejorado tu actuación profesional?

- | | |
|----|--------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> |
| NO | <input type="checkbox"/> |

- Si tu respuesta ha sido *NO*:

¿Podrías indicar la causa o causas?:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Escaso interés del temario | <input type="checkbox"/> |
| Horario | <input type="checkbox"/> |
| Necesidades del servicio | <input type="checkbox"/> |
| No información | <input type="checkbox"/> |
| Escaso interés por la FMC | <input type="checkbox"/> |

Otras:

- ¿Has asistido a alguna actividad de las organizadas por la ALE en su sede de Gran Vía?:

- | | | |
|----|--------------------------|--------------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> | Cuantos cursos/talleres: |
| No | <input type="checkbox"/> | |

- Si tu respuesta ha sido *SI*:

¿Podrías indicar el porqué?:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Interés del tema | <input type="checkbox"/> |
| Créditos | <input type="checkbox"/> |
| Tiempo libre | <input type="checkbox"/> |
| Profesorado | <input type="checkbox"/> |

Otras:.....

¿Cuáles son los aspectos a mejorar? [puntuía del 1 al 9]♦

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Temario | <input type="checkbox"/> |
| Profesorado | <input type="checkbox"/> |
| Horario | <input type="checkbox"/> |
| Aulas | <input type="checkbox"/> |
| Información Previa | <input type="checkbox"/> |
| Material Entregado | <input type="checkbox"/> |
| Encuesta de Evaluación | <input type="checkbox"/> |
| Control de Asistencia | <input type="checkbox"/> |

Otros:.....

¿Crees que ha mejorado tu actuación profesional?

Si NO

1. Si tu respuesta ha sido *NO*:

¿Podrías indicar la causa o causas?:

- Escaso interés del temario
- Horario
- Necesidades del servicio
- No información
- Escaso interés por la FMC

Otras:

- ¿Qué opinión -u opiniones- te merece el Planigrama-Catálogo de Actividades de FMC del centro?

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Insuficiente
- Suficiente
- Excesivo

- Bien enfocado SI NO

- ¿Qué opinión -u opiniones- te merece el Catálogo de Actividades de la ALE?

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

- Insuficiente
- Suficiente
- Excesivo

- Bien enfocado SI NO

- La forma actual de informarte y de convocar las actividades de FMC del centro (Planigrama + Carta + Tablón de anuncios), ¿te parece correcta y suficiente?:

SI
NO

Si tu respuesta es NO, ¿cuál es tu propuesta?:

.....
.....

- La forma actual de informarte y solicitar actividades de la ALE (forma de entrar en su página web y envío de la solicitud a RRHH), ¿te parece correcta y suficiente?:

SI
 NO

Si tu respuesta es NO, ¿cuál es tu propuesta?:

.....

- ¿Que horario te es más conveniente?:

Mañana
 Tarde
 Mañana y tarde
 Parte de la mañana
 Parte de la tarde
 Parte de la mañana y parte de la tarde

Otros:.....

- En el caso de cursos largos (> 20 horas), ¿que prefieres?:

Semanas completas (por la mañana)
 Semanas completas (por la tarde)
 Días alternos (mañana y tarde)

Otras posibilidades:.....

- Las actividades de FMC se deben de realizar *-con preferencia-*:

En el hospital
 En la ALE (Gran Vía)
 En la facultad
 En un lugar ajeno al hospital

En otro lugar:

A distancia (virtual)

- ¿Crees que FMC debe de realizar actividades formativas en conjunto con enfermería y/o gestión?:

Siempre
 Ocasionalmente
 Nunca

- ¿Crees que FMC debe de realizar actividades formativas en conjunto para atención primaria y especializada?:

Siempre
 Ocasionalmente
 Nunca

- ¿Consideras importante que las actividades de FMC estén acreditadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo o por la Agencia Laín Entralgo (Comunidad de Madrid)?:

SI
 NO

- Conoces la existencia, en este hospital, de una Comisión Clínica de FC ?

SI
 NO

Si tu respuesta ha sido SI:

a.- ¿sabes quién la compone? SI NO
 b.- ¿sabes cuales son sus funciones? SI NO
 c.- ¿te gustaría participar? SI NO

- ¿Cuántas horas/año (excluyendo congresos, reuniones ...) debería dedicar un facultativo a FMC?:

< 10 h 10 h 20 h
 30 h 40 h 50 h
 60 h > 60 h

- ¿Crees que determinadas actividades de FMC deben enfocarse por estamentos (Jefe de Servicio, Jefe de Sección, Adjunto)?:

SI
 NO

- ¿Has tenido alguna dificultad para asistir a actividades de FMC del hospital ?

NO
 SI

Si tu respuesta ha sido SI ¿Por qué?:

Plazas limitadas
 Falta de información
 Presión asistencial
 Falta de apoyo jerárquico
 Horario
 Duración excesiva

Otras:.....

- ¿Has tenido alguna dificultad para asistir a actividades de FMC de la ALE ?

NO

SI

Si tu respuesta ha sido SI ¿Por qué?:

Plazas limitadas

Falta de información

Presión asistencial

Falta de apoyo jerárquico

Horario

Duración excesiva

Otras:.....

- ¿Crees que la Comisión de FC del hospital debe participar en alguna de las siguientes situaciones?:

Permisos a congresos y reuniones SI NO

Sesiones clínicas SI NO

Asistencia a otros centros (becas ..) SI NO

Otras:.....

- En relación a los temas habitualmente tratados por FMC y/o ALE, ¿cuál o cuáles te han parecido más pertinentes? [puntuá del 1 al 9]*

RCP

Medicina Basada en la Evidencia

Cuidados Paliativos

Calidad

Investigación

Bioestadística

Gestión

Tutores MIR

Comunicación Científico-Médica

Ética

Dolor

Gestión por competencias

Inglés

Otros:

- Para el futuro, ¿sobre que temas te interesaría que se realizasen actividades formativas?:

.....

.....

.....

.....

.....

- Según tu opinión, ¿cuáles son los temas formativos prioritarios para el conjunto del hospital?:

.....
.....
.....
.....
.....

- Comentarios:

.....
.....
.....
.....
.....

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Segovia de Arana JM. La formación médica continuada en el contexto de la educación médica. JANO 1999; 9:1-6
 - ² Agencia Laín Entralgo para la formación, investigación y estudios sanitarios. Resumen ejecutivo: análisis de la situación de la formación continuada. 2003; 2:1-46
 - ³ Martín Zurdo J. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países. Atención Primaria 2002; 30:46-56
 - ⁴ Council on Medical Education Report on the Accreditation Process. JAMA 1988; 259:1058-1059
 - ⁵ American Medical Association. Physician´s Recongnition Award. Versión 3.2.Chicago: 2002
 - ⁶ Shepherd GR. History of continuing medical education in the United States since 1930. J Med Educ 1960; 35: 740-758
 - ⁷ Osteen AM. 25 years in continuing medical education. The silver anniversary of the AMA PRA. JAMA 1993; 270: 1092
 - ⁸ Osteen AM. Gannon MI. Continuing medical education. JAMA 1988; 260: 1105-1109
 - ⁹ Glasscock RJ, Benson JA, Copeland RB, y cols. Time-limited certification and rectification: the program of the American Board of Internal Medicine. Ann Intern Med 1991; 114: 59-62
 - ¹⁰ Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. Br Med J 2000; 320: 432-435
 - ¹¹ Sherman CD, Lambiase P. Continuing medical education in the United States: a critique. Eur J Cancer 1993; 29: 784-787
 - ¹² Campbell CM, Parboosingh J, Slotnick HB. Outcomes related to physicians practise-based learning. J Cont Ed Health Prof 1999; 19: 234-241
 - ¹³ Barón M. La formación médica continuada en Canadá como modelo de intervención profesional. Educación Médica 2001; 4:52-65
 - ¹⁴ Campbell C, Parboosingh J, Gondocz T, Babitskaya G. Learning. Change and practicing physicians. Acad Med 1999; 74: S34-S36

-
- ¹⁵ Seddon TD. Education the concern of the profession? Undergraduate medical education. N Z Med J. 1985; 98: 1049-52
- ¹⁶ González Morales E. Europa: hacia la EMC obligatoria. News Letter Drug Farma 2006; 18: 18-19
- ¹⁷ Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). European accreditation of CME, EACCME. D/9901. Febrero de 1999. uems@skynet.be
- ¹⁸ Ramirez J, Pardell H. La formación médica continuada en Europa. En: Pardell H.(ed) Formación médica continuada, a debate. Barcelona: Ediciones Mayo, 2001; 97-100
- ¹⁹ Bignall J. Continuing medical education: shibboleth or necessity?. Lancet 1998; 351: 1004
- ²⁰ Nicol F. Making reaccreditation meaningful. Br J Gen Pract 1995; 45: 321-324
- ²¹ Westcott R. Improving continuing medical education and addressing the challenge of instituting reaccreditation. Br J Gen Pract 1996; 46: 43-45
- ²² Comité Permanente de Médicos europeos. Postura respecto a la formación médica continuada (FMC) y el desarrollo profesional permanente (DPP). Basilea 2001
- ²³ Davis D, Thomson MA. Formal Impact in medical continuing education: conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes. JAMA 1999; 282: 867-874
- ²⁴ Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. Acad. Med. 1993; 68: 443-453
- ²⁵ Miller GE. The assessment of clinical skill/ competence/performance. Acad. Med 1990; 65: 563-567
- ²⁶ Wojtczak A, Schwarz M. Skills from the new millennium: report of the societal working group. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada´s. CanMEDS 2000 Project 1996 New York; 1:1-20
- ²⁷ Cribb A. The diffusion of the health agenda and the fundamental need for partnership in medical education. Med Educ 200; 34: 916-920

-
- ²⁸ Friedman MBD. Outcome-based education: assessment in outcome-based education. *Med Teach* 1999; 21: 23-25
- ²⁹ Barón M. Acreditación de las facultades de medicina en Chile. *Educ Med* 1999; 2:61-65.
- ³⁰ WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. *Med Educ* 2000; 34: 665-675
- ³¹ Astin AW. En: Assessment for excellence. American Council on Education. Series of Higher Education. Phoenix: Orix Press, 1993; 16-37
- ³² Mennin PS. Standards for teaching in medical schools: double or nothing. *Med Teach* 1999; 21: 543-545
- ³³ Hart IR. Best evidence medical education (BEME). *Med Teach* 1999; 21: 453-454
- ³⁴ Hart IR, Harden RM. Best evidence medical education (BEME): a plan for action. *Med Teach* 2000; 22: 131-135
- ³⁵ Davies P. Approaches to evidence-based teaching. *Med Teach* 2000; 22: 14-21
- ³⁶ Marquardt MJ, Reynolds A. The Global learning organization. Illinois: ed Burr Ridge, 1994; 1:1-250
- ³⁷ Martín Zurro A. Cano Perez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clínica. 5ª edición. Elsevier. Madrid. 2003
- ³⁸ Soluziona. Material curso gestión conocimiento. Senge Pm The Fifth disciplen. The art & practice of the learning organization. Doubleday. Nueva York. 1990
- ³⁹ Royal College of General Practitioners Education and training for general practice. Policy statement 3. London: RCGP, 1997
- ⁴⁰ Stanley I, Al-Shehri A, Thomas P. Continuing education for general practice. 1. Experience, competence and the media of self-directed learning for established general practitioners. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 210-214
- ⁴¹ Vartanian F. Continuing Medical Education in Union of the Soviet Socialist Republics. Philosophy and approaches. *JAMA* 1987; 258:1358-1360

-
- ⁴² Osteen AM. 25 years in continuing medical education. The silver anniversary of the AMAPRA. JAMA 1993;270:1092
- ⁴³ Ruhe CHW. The American Medical Association's program of accreditation in continuing medical education J Med Educ 1964; 39: 670-678
- ⁴⁴ Agencia Laín Entralgo para la formación, investigación y estudios sanitarios. Organización de la formación continuada en España: análisis de las Comunidades Autónomas. 2003; 1:1-15
- ⁴⁵ Contrato de Gestión 2001. INSALUD. Atención especializada. Líneas generales página 14
- ⁴⁶ Pardell H. ¿Qué podemos esperar de la formación medica continuada? Mitos y realidades. Med Clin (Barc) 2000; 114:419-430
- ⁴⁷ Gayoso O. Acreditación de la formación continuada. ¿Sirve para algo? Tribuna Docente 2000; 3:21-27
- ⁴⁸ Ramírez J, Pallarés L, Pardell H. El sistema español de acreditación de la formación médica continuada. Características generales. JANO 1999; 62: 598-600
- ⁴⁹ Acreditación de la formación médica continuada en España (editorial). JANO 1999; 56: 2085
- ⁵⁰ Qué es y para qué sirve la acreditación de la formación médica continuada. En: Pardell H (Ed). Proceso de acreditación de la formación médica continuada en España. Mayo Ediciones Barcelona. 2003:1-80
- ⁵¹ Negro JM, Pallarés L, Guerrero M y cols. Proceso para la solicitud de acreditación de una actividad de formación médica continuada en alergología. Alergología e Inmunología clínica 2004; 19: 89-100
- ⁵² Romero Plasencia A. Entrevista. News Letter 2006; 18:21-23
- ⁵³ Borrador de Anteproyecto de Ley de Estatuto Básico de Empleados Públicos. . Ministerio de Administraciones Públicas. 17 de abril de 2006
- ⁵⁴ Santos Gómez JA , Lamata Cotanda F. Atención Sanitaria y redes de servicios". En: Repullo JR, Iniesta A. (Eds). Sistemas y Servicios Sanitarios. Colección Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2006: 37-64
- ⁵⁵ Rodríguez JA. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona ante el nuevo milenio. Educación Médica. 2004; 7:2-8

-
- ⁵⁶ Fox, RD, Bennett NL. Learning and change: implications for continuing medical education. *Br Med J* 1998; 316:466-468
- ⁵⁷ Pardell M, Bruguera M. ¿ Formación médica continuada o desarrollo profesional continuo del médico?. *Educación Médica*. 2002; 5:90-5
- ⁵⁸ Davis D, Barnes BE, Fox RD (editors). *The continuing professional development of physicians. From research to practice*. Chicago, IL: AMA Press. 2003
- ⁵⁹ Memoria de actividad de formación continuada. Madrid: Agencia Laín Entralgo para la formación, investigación y estudios sanitarios, 2005
- ⁶⁰ Necesidades sentidas de formación continuada de los médicos de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994
- ⁶² Rodés, J. La Medicina que viene. Entrevista en diario El País. Suplemento de salud. Martes 31 de octubre de 2006. página 10
- ⁶³ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003
- ⁶⁴ Real Decreto 65/2000 de 13 de abril.
- ⁶⁵ Pardel H. ¿Es oportuno introducir la recertificación de los médicos en España?. *Med Clin (Barc)* 2005; 124:344-347
- ⁶⁶ Martín Zurdo A. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Atención Primaria*. 1996; 17: 162-8
- ⁶⁷ Cruess SR, Cruess RL. Professionalism: a contract between medicine and society. *Can Med Assoc J* 2000; 162:668-669
- ⁶⁸ Pardell H. Utilización de los créditos de formación médica continuada para la recertificación-relicencia profesional. Descripción de la primera experiencia española de recertificación-relicencia colegial voluntaria. *Educación Médica*. 2003; 6:127-133
- ⁶⁹ Borrador de Anteproyecto de Ley de Estatuto Básico del Empleado Público. Ministerio de Administraciones Públicas. 17 de abril de 2006. Capítulo II. Artículo 16. Apartado 3
- ⁷⁰ Borrador de Anteproyecto de Ley de Estatuto Básico del Empleado Público. Ministerio de Administraciones Públicas. 17 de abril de 2006. Capítulo II. Artículo 17. Apartado b

-
- ⁷¹ Borrador de Anteproyecto de Ley de Estatuto Básico del Empleado Público. Ministerio de Administraciones Públicas. 17 de abril de 2006. Capítulo II. Artículo 20. Apartado 1
- ⁷² Borrador de Anteproyecto de Ley de Estatuto Básico del Empleado Público. Ministerio de Administraciones Públicas. 17 de abril de 2006. Capítulo II. Artículo 20. Apartado 3
- ⁷³ Arraiz JI. La gestión del talento: un enfoque estratégico. Evolución 2001; 12:7-10
- ⁷⁴ Jericó Rodríguez P. Gestión del Talento 2000; 185:8-40
- ⁷⁵ Expasión y empleo. Pagina 15. 26.11.06
- ⁷⁶ Sáez Vacas O. Innovación tecnológica en las empresas. Capital humano 2001; 14: 3
- ⁷⁷ Ruiz Rincón H. Gestión del conocimiento: un eterno reto afrontando nuevas tecnologías. Capital Humano 2006; 199: 121
- ⁷⁸ Perrin T. Expansión y empleo. Página 18. 17.06.06
- ⁷⁹ Fernández G. El desarrollo de las Competencias. Manual práctico de dirección y motivación en la empresa. Cuadernos Cinco Días. 2005: 2-3
- ⁸⁰ Aparicio Ortuñez A. Pulzmeister: la inversión en la formación es la más rentable. Capital Humano, Mayo 2006; 199: 48
- ⁸¹ Cañibano L, Sánchez P. Lecturas sobre intangibles y capital intelectual: Madrid Editorial AECA, 2004
- ⁸² Descripción de las estructuras en diferentes instituciones que imparten formación en materia de salud pública y Administración Sanitaria en España. Material de grupos de trabajo. SERGAS. 2006
- ⁸³ Ventosa JP. Expansión y empleo. Página 15. 18.06.06