

Desarrollo Profesional Continuo (DPC) de los Médicos. Estándares globales de la WFME para la mejora de calidad.

EL PROYECTO DE LA WFME SOBRE ESTÁNDARES EN DPC

Para desarrollar el proyecto sobre *Estándares Internacionales en Educación Médica*, y así cubrir también la etapa de la Educación Médica Continuada (EMC)/ Desarrollo Profesional Continuado (DPC), la WFME decidió convocar en diciembre de 2001 un Comité Internacional consistente en un pequeño Grupo de Trabajo y un Consejo Internacional de Expertos, encargados de definir los estándares globales para esta fase de la educación médica. El término DPC fue escogido posteriormente por el Comité para ser usado en este documento (ver la sección "Definiciones").

El grupo de trabajo se reunió en Oslo en enero de 2002. Las deliberaciones del grupo de trabajo se basaron en material procedente de diversas fuentes (9-14). En este *informe* el grupo de trabajo definió una serie de estándares internacionales en DPC, diseñados para animar a la profesión médica y a las instituciones de formación médica relevantes, con condiciones educativas, socioeconómicas y culturales diferentes, a utilizar el sistema de estándares a un nivel apropiado a ellas. El énfasis se pone en el hecho de los estándares funcionen como una palanca para el cambio y la reforma.

El informe del grupo de trabajo fue revisado por el consejo internacional de expertos, que se reunió en Copenhague en octubre de 2002. Se debatieron los diferentes principios y las definiciones del DPC, y después de una extensa revisión, se elaboró el presente documento.

El informe del grupo de trabajo fue aprobado en principio por el Consejo Ejecutivo de la WFME en su reunión en septiembre de 2002, y el informe final se aprobó en diciembre de 2002.

En comparación con los dos documentos de la

WFME referentes a las etapas previas de la educación médica, estándares globales en educación médica básica y en educación médica de postgrado, la formulación del documento sobre estándares sobre DPC estuvo fuertemente influenciado por dos características de esta fase de la educación médica: (a) cuando se definen estándares globales en DPC, generalmente no se puede hacer referencia clara a instituciones específicas, como la facultad de medicina en el caso de la educación médica básica, e institutos de postgrado o otras instituciones responsables de la formación médica de postgrado; (b) la provisión y utilización del DPC incluye diversos agentes, que van desde el médico como individuo hasta proveedores multinacionales de DPC. Sus responsabilidades e interacciones están sujetas a grandes variaciones en todo el mundo, y sus funciones y competencias no están bien definidas normalmente.

La WFME ha identificado por tanto las organizaciones profesionales médicas como los organismos que tienen la principal responsabilidad en la planificación global y la coordinación del DPC, incluyendo el registro y documentación de actividades de DPC. La profesión médica ha de tener una fuerte influencia en la organización y la aplicación del DPC, que en ningún caso niega el claro interés y el papel de otras organizaciones, instituciones, agencias, autoridades sanitarias y la sociedad en garantizar la calidad del DPC.

FUNDAMENTOS DEL DPC

Definición

El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) es el período de educación y formación de los médicos que comienza después de la educación médica básica y la formación de postgrado, y a partir de aquí se extiende a lo largo de la vida profesional de cada

médico. De todas maneras, el DPC va más allá a lo largo de la continuación de la educación médica.

El DPC por tanto es un imperativo profesional de cada médico, y es al mismo tiempo un prerrequisito para mejorar la calidad de la atención sanitaria. El DPC se diferencia en principio de las dos fases formales precedentes de la educación médica: educación médica básica y formación médica sistemática de postgrado. Mientras que estas dos últimas responden a regulaciones y normativas específicas, el DPC implica principalmente actividades de aprendizaje autodirigidas y basadas en la práctica, en lugar de una formación supervisada.

Además de promover el desarrollo profesional personal, el DPC quiere mantener y desarrollar competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) del médico como individuo, esenciales para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y de los sistemas sanitarios, respondiendo a los nuevos retos del desarrollo científico en medicina, y cumpliendo los requerimientos en la evolución de los organismos acreditativos y la sociedad.

El antiguo término Educación Médica Continuada (EMC), ha sido substituido por el de Desarrollo Profesional Continuo (DPC). El nuevo término refleja el contexto más amplio en que se encuentra esta fase de la educación médica, e implica que la responsabilidad de practicar el DPC recae en la profesión y el médico como individuo. La ley y la jurisdicción raramente regulan el DPC. Cuando existen normativas, estas son flexibles, incluso en países que exigen la reacreditación de los médicos en ejercicio.

Racionalidad educativa

Para ejercer apropiadamente a lo largo de su vida profesional, los médicos han de estar al día, lo cual implica involucrarse en alguna forma de educación continuada. Para proporcionar la más alta calidad en la atención del paciente, el contenido de DPC ha de estar dirigido a mejorar las funciones y las competencias (tanto habilidades clínicas como conocimientos teóricos), la organización del trabajo (creación de equipo y liderazgo), la comunicación, la ética médica, la enseñanza, la investigación y la gestión.

El nuevo conocimiento fundamental en medicina transforma los conceptos y los métodos y la profesión médica ha de incorporar este nuevo conocimiento mediante un adecuado DPC. De forma similar, las demandas de la nueva ética y los desarrollos socioeconómicos afectan de forma continua a la profesión médica, y suponen un reto al médico para

asumir nuevos roles. El papel del DPC en la garantía y el desarrollo de la calidad de los sistemas sanitario es cada vez más significativo.

La motivación para el DPC, desde la perspectiva del médico como individuo deriva de tres fuentes principales:

- La motivación profesional para proveer una atención óptima al paciente como individuo;
- La obligación de asumir las demandas de los directivos y de la sociedad;
- La necesidad de mantener la satisfacción en el trabajo y evitar el “quemarse”.

La motivación para aprender a lo largo de la vida debería ser un criterio para seleccionar estudiantes a la hora de ser admitidos en la facultad de medicina, y debería estimularse a lo largo de todas las fases de la educación médica.

La mejor evidencia disponible¹⁵ sugiere que un DPC efectivo se caracteriza por la presencia de tres factores: aparece una clara necesidad o razón para llevar a cabo un DPC particular; el aprendizaje se basa en esta necesidad o razón identificadas; y la provisión de seguimiento se hace para reforzar el aprendizaje alcanzado.

La evaluación de las necesidades es por tanto, en muchos casos, un componente integral de un DPC exitoso. Los métodos para identificar las necesidades de aprendizaje van desde la *evaluación formal* (utilizando tests de conocimientos, habilidades y actitudes, la revisión externa, la revisión sistemática de la práctica médica como la *auditoría* o el análisis de hechos significativos), a los métodos más comunes e igualmente efectivos que son parte de la *práctica clínica diaria*: pensar sobre los errores, reflejar en la práctica, recibir quejas y *feedback*, interaccionar con los equipos, etc.

Siempre que sea posible, las necesidades identificadas específicamente debería de ser el objetivos del DPC; de todas maneras, el aprendizaje profesional habría de permitir a los médicos enfrentarse a demandas clínicas futuras no predecibles, teniendo una base más amplia de conocimiento y experiencia, además de compensar deficiencias del pasado. Parte del DPC debería estar basado en la necesidad profesional general de explorar, desarrollar y considerar nuevas áreas de competencia.

Tanto si la necesidad identificada es específica o general, las actividades de aprendizaje han de planificarse adecuadamente, y debe haber un equilibrio entre DPC general y específico. El método de aprendizaje es menos importante que la importancia de su necesidad, y puede variar según las cir-

cunstances desde clases, asistir a congresos, por cursos, reuniones de grupo, o visita a una institución.

Hacer un seguimiento de cualquier aprendizaje refuerza este aprendizaje y ofrece oportunidades para divulgar y compartir este aprendizaje entre otros; ello comporta cambios beneficiosos en los métodos de la práctica médica, y se puede hacer una evaluación del grado de efectividad del DPC desarrollado, en relación con la necesidad o el motivo que lo originó.

Todo y que la práctica médica se considera muchas veces como rutinaria y predecible, a menudo se requiere a los médicos que hagan juicios en situaciones complejas y no predecibles, con altos niveles de incertidumbre y donde lo paradójico es frecuente. El contrato no definido entre los médicos y los usuarios reclama una capacidad para saber que es lo “mejor” en cada circunstancia particular en lugar de que es lo que está “bien” en un sentido absoluto. Omisiones en general, improvisaciones y juicios profesionales son piedras angulares en la práctica médica.

Las diferentes formas de conocimiento que permiten a los médicos ejercer su juicio profesional incluyen: conocimiento formal o adquirido; conocimiento de procedimiento; y conocimiento intuitivo. La madurez práctica deriva de una amalgama complicada de estas diversas formas de conocimiento. La aplicación de los conocimientos de los médicos no es nada fácil. El conocimiento nuevo no se aplica siempre a la práctica.

Generalmente los médicos desarrollan y cambian su práctica mediante intercambios de opiniones profesionales y el diálogo con colegas, más que como resultado de procesos educativos formales. Así pues, el proceso educativo necesario para una práctica clínica efectiva es aquel que comporta un desarrollo continuado, más que uno de objetivos con intervenciones intermitente. Los médicos han de aprender sobre y de su práctica mediante la reflexión sobre su práctica y la de los otros. Es mediante este proceso continuado que identifican y clarifican sus necesidades educativas.

La mayoría de este desarrollo continuado es informal y a menudo inconsciente. El DPC es así hasta cierto punto una parte integral de la práctica médica en todo el mundo, incluso en los lugares más remotos donde no hay acceso informático o actividades planificadas de DPC.

La importancia de las conversaciones, tanto informales como en marcos formales (revisión exter-

na, conferencias, reuniones de *auditoría*) habría de quedar reflejada en las condiciones de trabajo de los médicos, por encima de su accesibilidad a actividades de DPC como por ejemplo cursos.

Haciendo énfasis sobre la importancia del DPC informal, no se menosprecia en absoluto el hecho de que elementos sistemáticos formalizados, como cursos, conferencias, etc, son esenciales para un DPC efectivo. Un sistema de DPC multifacético sería aquel que mejor satisfaría las necesidades de todos los médicos, teniendo en cuenta las diferencias en las funciones profesionales, necesidades y prioridades de aprendizaje.

Organización y métodos

La organización del DPC varía enormemente entre diferentes países. Un requisito básico es que la profesión tenga una responsabilidad mayor en DPC, con asociaciones médicas y otras organizaciones profesionales actuando como impulsores principales, proveedores y promotores de DPC en la mayoría de países.

Hay también numerosos proveedores de DPC que no son directamente responsables de la profesión médica, incluyendo empresas sanitarias con ánimo de lucro, la industria farmacéutica y de tecnología médica, organizaciones de consumidores, y proveedores de DPC con ánimo de lucro.

Actividades de DPC formales, que tradicionalmente son dirigidas por profesores, están generalmente proporcionadas y apoyadas por instituciones como las facultades de medicina/universidades o institutos de postgrado, organizaciones profesionales, sociedades científicas nacionales o internacionales, autoridades sanitarias locales o nacionales o la industria farmacéutica/medicotécnica.

En algunos países existen grandes institutos para el DPC; algunos se gestionan privadamente sobre una base comercial, demostrando que la educación planteada como un bien adquirible está en aumento. Otros institutos son gubernamentales, y a menudo proporcionan formación sistemática especializada de postgrado además de los cursos de DPC. Los colegios de médicos nacionales o las academias constituyen otros organismos para la provisión y el desarrollo del DPC. En algunos países, p.e. Francia, se utilizan elementos de la legislación del mercado laboral para garantizar el acceso al DPC a un gran número de médicos.

Las oportunidades para beneficiarse del DPC en la actividad diaria dependen en gran medida del ámbito de trabajo. Hay contrastes extremos. El tra-

bajar en un ambiente de investigación clínica potente, tener contactos estimulantes con los colegas, con recursos sobrados para participar en seminarios internacionales, conferencias, etc, varía mucho de trabajar en el medio, en solitario o en un pequeño centro de atención primaria a la comunidad. Mientras que la informática puede solucionar parte de la problemática del aislamiento, el estímulo de relaciones personales y la comunicación con colegas mejora la participación en el DPC.

Los conceptos de la informática y el aprendizaje a distancia están influidas por la fuerza del mercado de DPC.

La variación organizativa en la provisión de DPC en el mundo también queda reflejada en las enormes diferencias en como se subvenciona el DPC; los recursos financieros necesarios para el DPC se han de percibir siempre como parte de los costos operativos del sector sanitario.

Evaluación y reconocimiento

Los resultados educativos del DPC son raramente tangibles, y aún menos mesurables. El DPC no siempre hace referencia directa a la práctica actual, y va más allá de la capacidad de los médicos para emitir juicios correctos en las situaciones de incertidumbre que ciertamente se encontraran en su futuro profesional.

Se han desarrollado sistemas diferenciados que especifican el nivel aceptable de compromiso con el DPC. Las organizaciones profesionales médicas u organismos acreditativos han desarrollado mecanismos de control, a menudo aplicados legalmente, que especifican el *número de cursos acreditados para el DPC* o actividades en que se requiere la participación de los médicos, con el médico obteniendo individualmente créditos de DPC.

La preocupación creciente para que exista un DPC de los médicos adecuado ha llevado a pedir la *recertificación* sistemática en algunos países, que ha supuesto el desarrollo de sistemas de evaluación y otros tipos de reevaluación.

Un nuevo desarrollo en DPC consiste en hacer un seguimiento individual de las actividades de aprendizaje diarias. Mediante el uso del *portafolio* personal o libro de registro de actividades de DPC, y mediante la comparación con resultados similares de colegas, se dispone de una herramienta para planificar un aprendizaje individual autodirigido o para llevar a cabo un desarrollo individual. Los médicos con responsabilidades con la sociedad han de encontrar la manera de demostrar que son capa-

ces de realizar un ejercicio efectivo (mediante el seguimiento y la documentación de actividades de DPC).

CONCEPTO, OBJETIVO Y RACIONALIDAD DE LOS ESTÁNDARES GLOBALES

Es posible definir estándares internacionales de aplicación general a la educación médica⁵. Estos tienen en cuenta las variaciones interculturales en educación médica debidas a diferencias en las tradiciones docentes, culturales, condiciones socioeconómicas, el espectro de salud y de enfermedad y formas diferentes de proveer la asistencia sanitaria. Estas diferencias también pueden darse en un mismo país. Las bases científicas de la medicina, y la necesidad de basar la práctica clínica en la evidencia, son universales. El objetivo principal de la educación médica en todo el mundo es proveer atención sanitaria de calidad. A pesar de estas variaciones, hay un alto nivel de equivalencias estructurales, de proceso y de producto de las facultades de medicina de todo el mundo.

Los estándares internacionales en DPC, como en otras etapas de la educación médica, han de ser modificados o complementados de acuerdo con necesidades y prioridades regionales, nacionales e institucionales. La WFME ha puesto claramente énfasis en el hecho de que no se gana nada en fomentar la uniformidad de los programas educativos⁵. Por otra parte, la garantía de calidad de los programas de formación médica, ha de centrarse en la mejora y dar pautas para conseguirla, en lugar de abogar por el cumplimiento de los estándares como objetivo último.

Una parte importante de la estrategia de la WFME es dar prioridad al desarrollo de estándares internacionales y pautas para la educación médica, que den soporte a las instituciones implicadas, a sus programas educativos, a la profesión médica, y a los médicos y estudiantes. Estos estándares internacionales son un *nuevo marco*, y sirven como criterio para la evaluación de actividades y organismos implicados en el DPC. Aún más, los estándares internacionales pueden ser usados como base para el reconocimiento y acreditación programas educativos a nivel nacional y regional. A un nivel más individual, los estándares pueden orientar a los médicos a planificar sus propios programas formativos en DPC.

Al elaborar el borrador de los estándares en DPC, el grupo de trabajo de la WFME, aplicó los princi-

pios utilizados en el desarrollo de los estándares internacionales en educación médica básica y en educación médica de postgrado. Se hizo énfasis en la aplicación general de pautas para el desarrollo de la calidad de la educación médica. Por tanto, para que los estándares internacionales en DPC sean universalmente aceptados, se adoptaron las siguientes premisas

- Sólo se habrían de cubrir aspectos generales del DPC.
- Los estándares deberían englobar categorías amplias de contenido, proceso, ámbito educativo y resultado del DPC.
- Los estándares deberían ser útiles para el cambio y la reforma.
- El cumplimiento de los estándares debería ser una responsabilidad de cada comunidad, país o región.
- Los estándares deberían estar formulados de tal forma que hiciesen posibles las diferencias regionales y nacionales en los programas educativos y se permitieran los diferentes perfiles y desarrollos a nivel local, nacional y regional.
- El uso de los estándares internacionales no implica o requiere equivalencia completa del contenido de programas y productos del DPC.
- Los estándares deberían reconocer la naturaleza dinámica del desarrollo del programa.
- Los estándares están formulados como un instrumento que los médicos, las autoridades, las organizaciones y las instituciones responsables del DPC puedan usar como base y modelo para su desarrollo del programa.
- Los estándares no han de ser usados para hacer un ránquing de programas.
- La intención de los estándares no solo es delimitar los requerimientos mínimos, sino también estimular el desarrollo de la calidad por encima de los niveles especificados. Los estándares, además de los requerimientos básicos, deberían incluir pautas para el desarrollo cualitativo.
- Los estándares deberían continuarse desarrollando con discusiones y consenso internacional.
- El valor de los estándares se ha de demostrar con estudios evaluativos en cada región.

Los estándares han de estar claramente definidos, ser lógicos, apropiados, relevantes, mensurables, realizables y aceptables. Han de tener consecuencias prácticas, ser reconocedores de la diversidad y fomentar un desarrollo adecuado.

La evaluación basada en estándares de aceptación general es un incentivo importante para la

mejora de la calidad de la educación médica, especialmente cuando se pretende su reordenación y reforma, y también para promover su mejora continuada y su desarrollo.

Basar la educación médica en estándares internacionales compartidos facilitará el intercambio de la entrada de médicos en países diferentes de los que se han formado.

Finalmente, programas educativos subestándar, podrán mejorar utilizando un sistema de evaluación y acreditación basado en estándares internacionales. Esto probablemente mejorará la calidad sanitaria a nivel nacional e internacional.

USO DE LOS ESTÁNDARES

La WFME opina que los estándares internacionales presentados pueden ser usados globalmente como un instrumento para asegurar la calidad y el desarrollo del DPC. Esto se puede llevar a cabo de diferentes maneras como son:

- **Participantes en DPC.** Los estándares constituyen un nuevo marco con el que los médicos y la profesión médica se puede medir mediante un proceso voluntario de autoevaluación y mejora personal.
- **Proveedores de DPC.** Los estándares deberían ser la base que permitiese a los proveedores de DPC diseñar actividades de DPC.
- **Monitores de DPC.** Los estándares también pueden ser usados por agencias nacionales o regionales encargadas de hacer el seguimiento, reconocer y acreditar el DPC, de acuerdo con sus necesidades y tradiciones locales.

DEFINICIONES

El DPC incluye todas las actividades que los médicos llevan a cabo, bien formal o informalmente, para mantener, poner al día, desarrollar y mejorar su conocimiento, sus habilidades y actitudes en respuesta a las necesidades de sus pacientes. Los médicos son autónomos e independientes, p.e. actúan en el mejor de los intereses para los pacientes sin influencias externas indebidas. Suscribirse al DPC no es solo una obligación profesional sino también un prerrequisito para mejorar la calidad de la atención sanitaria. La motivación más grande para el aprendizaje profesional continuado al largo de la vida debería ser el deseo de mantener la calidad profesional.

El DPC describe la educación continuada tanto de conocimientos como de habilidades prácticas; el DPC, como concepto más amplio, hace referencia al desarrollo continuado de las diferentes competencias inherentes a la práctica médica, cubriendo aspectos más amplios de la profesión (p.e. médico, gestión social y personal), necesario para una actuación profesional de alta calidad. Aunque el DPC hace referencia al período que comienza al acabar la formación de postgrado, el DPC tiene muchas otras ramificaciones. Las actividades de DPC se basan en un proceso continuado a lo largo de la vida, que comienza cuando el estudiante entra en la universidad y que continuará a lo largo de la vida profesional del médico. La formación y el desarrollo del médico incluye responder a las necesidades cambiantes tanto individuales como de la sociedad, en un contexto de evolución de la ciencia médica y de los sistemas proveedores de atención sanitaria. El DPC se caracteriza por ser independiente y utilizar el autoaprendizaje en sus actividades, y raramente incluye formación supervisada.

En este documento se ha utilizado el término DPC, como más comprensivo y del cual la EMC tradicional es un componente, para la formulación de los estándares.

La WFME recomienda los siguientes grupos de estándares en DPC. Los estándares están estructurados en **9 áreas** con un total de **36 subáreas**.

Se definen las **ÁREAS** como componentes amplios de la estructura, proceso y resultados de la educación médica, y abarcan:

1. Objetivos y resultados
2. Métodos de aprendizaje
3. Planificación y documentación
4. El médico como individuo
5. Proveedores de DPC
6. Contexto educativo y recursos
7. Evaluación de los métodos y de las competencias
8. Organización
9. Renovación continuada

Las **SUBÁREAS** se definen como aspectos específicos de una área y corresponden a indicadores de actuación.

Los **ESTÁNDARES** son específicas para cada subárea y se utilizan a dos niveles:

- **Estándares básicos.** El estándar se ha de cumplir y este hecho ha de ponerse de manifiesto en la evaluación del DPC.

Los estándares básicos se enuncian con la expresión “debe”.

- **Estándares para el desarrollo de la calidad.** Son los que reflejan el consenso internacional sobre la mejora práctica de DPC. El cumplimiento o iniciativas para cumplir algunos o todos los estándares han de ser documentados. El cumplimiento de los estándares dependerá del estadio de desarrollo de las actividades de DPC, sus recursos, su política educativa y otros factores locales que influyan sobre las prioridades de aprendizaje. Incluso los programas más avanzados pueden no cumplir todos estos estándares.

Los estándares para el desarrollo de la calidad se enuncian con la expresión “debería”.

Las **ANOTACIONES** se utilizan para clarificar, ampliar o ejemplificar los términos utilizados.

1. OBJETIVOS Y RESULTADOS

1.1. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y DE LOS RESULTADOS

Estándar básico:

La profesión médica, conjuntamente con las autoridades y los directivos relevantes, **debe** definir la misión y los objetivos deseados del DPC y hacerlos públicos a sus miembros.

Desarrollo de la calidad:

La misión **debería** animar y apoyar a los médicos para mejorar su práctica y debería incluir la obligación de la profesión médica de mejorar las condiciones para a un DPC efectivo.

Anotaciones:

- *La formulación de la misión y los objetivos deseados* incluiría aspectos generales y específicos relevantes para las políticas nacionales y regionales, y describiría lo que se espera de los médicos en cuanto al mantenimiento y desarrollo de sus competencias.

- Con todo el respeto para las tradiciones nacionales, *la profesión médica* en general actuaría a través de sus organizaciones profesionales, las cuales serían las asociaciones médicas, las sociedades científicas, los colegios de médicos, las academias médicas, etc.

- Las *autoridades relevantes* incluirían organismos locales y nacionales involucrados en la regulación de la profesión médica.

1.2. PARTICIPACIÓN EN LA FORMULACIÓN DE LA MISIÓN Y DE LOS OBJETIVOS

Estándar básico:

La formulación de la misión y de los objetivos deseados del DPC **debe** ser hecha por sus agentes principales.

Desarrollo de la calidad:

La formulación de la misión y los objetivos **debería** basarse en aportaciones de un colectivo más amplio de agentes sociales.

Anotaciones:

- *Los agentes principales* serían los médicos, asociaciones profesionales o organizaciones, sociedades médicas científicas, facultades/universidades, instituciones de postgrado, directivos, proveedores de DPC y autoridades gubernamentales.

- *El colectivo más amplio de agentes sociales* incluiría representantes de los supervisores, formadores, profesores, otros profesionales sanitarios, pacientes, la comunidad local, organizaciones sanitarias voluntarias y autoridades sanitarias.

1.3. PROFESIONALIDAD Y AUTONOMÍA

Estándar básico:

El DPC **debe** estar al servicio de la mejora del desarrollo profesional y personal de los médicos.

Desarrollo de la calidad:

El proceso de DPC **debería** de servir para reforzar la profesionalidad de los médicos y para permitirles actuar con autonomía en el mejor de los intereses para sus paciente y para la sociedad.

Anotaciones:

- *La profesionalidad* incluye el conocimiento, las habilidades, las actitudes, los valores y los comportamientos que se esperan de los individuos durante la práctica de su profesión, e incluye conceptos tales como el mantenimiento de la competencia, mantenerse al día en la literatura médica, el comportamiento ético, la integridad, la honestidad, el altruismo, el servicio a los otros, la adhesión a los códigos profesionales, la justicia y el respeto a los otros.

- *La autonomía* en la relación médico-paciente debería asegurar que los médicos en todo momento toman decisiones informadas en el mejor interés de sus pacientes, y basados en la mejor evidencia disponible; mientras que la autonomía en cuanto al aprendizaje del médico, implica que el tiene la última palabra para decidir que aprende y

como planifica y lleva a cabo actividades de aprendizaje. También implica tener acceso al conocimiento y las actividades que los médicos en formación necesitan para mantenerse al día y para responder a las necesidades de sus pacientes, y que las fuentes de conocimiento sean independientes e imparciales.

- *El desarrollo* personal en este contexto se limita a aquello que sea relevante para la práctica y la profesión.

1.4. RESULTADOS DEL DPC

Estándar básico:

Los médicos **deben** asegurar que las actividades de DPC llevadas a término sean adecuadas para mantener y desarrollar competencias necesarias para responder a las necesidades de sus pacientes y de la sociedad.

Desarrollo de la calidad:

Los médicos, en consulta con colegas y organizaciones profesionales, **deberían** definir las competencias o los beneficios a obtener como resultado del DPC. El aprendizaje resultante de las actividades de DPC **debería** ser compartido con los colegas.

Anotaciones:

- *Las competencias* se pueden definir en términos profesionales amplios o como conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos específicos. Las competencias relevantes para el DPC incluirían en cada nivel según el campo de la medicina escogido, las siguientes áreas:

- La atención al paciente que sea apropiada, efectiva y compasiva para responder a los problemas de salud y a la promoción de la salud.

- El conocimiento médico en las ciencias biomédicas, clínicas, de comportamiento y sociales y en la ética y la jurisprudencia médicas, y la aplicación de este conocimiento en la atención al paciente.

- Las habilidades interpersonales y de comunicación para garantizar un intercambio de información efectivo con los pacientes y sus familias y un trabajo en equipo con otros profesionales sanitarios, la comunidad científica y el público.

- La actualización y la utilización de nuevo conocimiento científico para poner al día y mejorar constantemente la práctica clínica.

- El funcionamiento como supervisor, formador y profesor en relación a los colegas, a los estudiantes de medicina y otros profesionales médicos.

- La capacidad basada en el conocimiento para contribuir al desarrollo y a la investigación en la especialidad de la medicina escogida.

- El profesionalismo.

- El interés y la capacidad para actuar como defensor del paciente.

- El conocimiento de la salud pública y de las políticas sanitarias, así como del contexto más amplio de los sistemas sanitarios, incluyendo por ejemplo la organización de la atención sanitaria, la asociación con los proveedores y los responsables de la salud, la práctica de una atención sanitaria coste-efectiva, la economía de la salud y la distribución de los recursos.

- La capacidad para entender la sanidad e identificar y llevar a cabo mejoras en la atención basadas en el sistema.

- *El desarrollo de las competencias* incluiría la ampliación y la profundización del conocimiento y las habilidades existentes, además de llevar a cabo actividades para responder a necesidades y objetivos de aprendizaje más amplios.

2. MÉTODOS DE APRENDIZAJE

2.1. CRITERIOS DEL DPC

Estándar básico:

El DPC **debe** adaptarse a las necesidades de cada médico individualmente, y **debe** llevarse a cabo de forma continuada. El aprendizaje **debe** integrar la práctica con la teoría para mejorar la práctica médica.

Desarrollo de la calidad:

El DPC **debería** utilizar diferentes modalidades de aprendizaje. Los médicos **deberían** integrarse con otros colegas en redes de aprendizaje para compartir experiencias y beneficiarse de un aprendizaje colaborador.

Anotaciones:

- *La integración de la práctica y la teoría* se puede llevar a cabo en sesiones didácticas y experiencias de atención al paciente supervisadas, así como también a través de aprendizaje activo autodirigido.

- *Las modalidades de aprendizaje* incluirían cursos, conferencias, seminarios, lectura individual, autoevaluación del conocimiento y de la práctica, proyectos de investigación, así como también visitas de estudios y experiencias clínicas.

- *Las redes* incluirían reuniones con colegas, intercambio de información en Internet, discusiones y dar consejo. También podrían incluir otros profesionales sanitarios y otros grupos o personas relevantes.

2.2. MÉTODO CIENTÍFICO

Estándar básico:

El contenido del DPC **debe** basarse, siempre que sea posible, en la ciencia y en la evidencia práctica.

Desarrollo de la calidad:

Los médicos **deberían** mejorar su práctica mediante el DPC, basándose en la información de la evidencia científica emergente. Los médicos **deberían** ser capaces de acceder y recibir evidencia actualizada, basada en el conocimiento clínico, actitudes y habilidades. En el proceso de aprendizaje, los médicos **deberían** obtener el conocimiento del método científico apropiado para mejorar sus habilidades críticas.

2.3. CONTENIDO DEL DPC

Estándar básico:

El DPC **debe** tener un contenido variado y flexible para permitir a los médicos desarrollar su práctica.

Desarrollo de la calidad:

Los médicos **deberían** seleccionar el contenido del DPC según sus planes de aprendizaje autodirigido, consistentes con las diferentes tareas profesionales.

Anotaciones:

- *Un DPC variado* hace referencia a las diferentes necesidades de los médicos, dependiendo de la naturaleza de su práctica, y también permite el desarrollo de los intereses personales.

- *Flexible* implica responder a las necesidades emergentes, tan pronto y tanto como se pueda.

- *El contenido* incluiría:

- Las ciencias biomédicas básicas, las cuales incluirían –dependiendo de las necesidades, intereses y tradiciones locales– anatomía, bioquímica, fisiología, física médica, biología molecular, biología celular, genética, microbiología, inmunología, farmacología, patología, etc.

- Las ciencias clínicas incluyen las disciplinas elegidas clínicas o de laboratorio, y otras disciplinas relevantes clínicas o de laboratorio.

- Las ciencias sociales y de comportamiento incluirían –dependiendo de las necesidades, intereses y tradiciones locales– psicología médica, sociología médica, bioestadística, epidemiología, higiene y salud pública, medicina comunitaria, etc.

- Las ciencias sociales y de comportamiento y la ética médica deberían proporcionar los conocimientos, conceptos, métodos, habilidades y actitudes necesarias para entender los determinantes socioeconómicos, demográficos y culturales de las causas, distribución y consecuencias de los problemas sanitarios, así como también de la organización de los sistemas proveedores de salud.

- *Las diferentes tareas de los médicos* incluirían funciones como experto médico, promotor de la salud, comunicador, colaborador y trabajador en equipo, erudito, administrador y directivo.

2.4. EL PROCESO DE DPC

Estándar básico:

La profesión médica **debe** describir, de forma nacional y de acuerdo con otros agentes, las expectativas del DPC como un proceso de aprendizaje a lo largo de la vida, siendo el aprendizaje informal autodirigido el pilar del DPC.

Desarrollo de la calidad:

La profesión médica **debería** establecer colaboración formal con otros agentes para alcanzar un espectro amplio de posibilidades de aprendizaje.

2.5. RELACIÓN ENTRE DPC Y SERVICIO

Estándar básico:

Se **debe** reconocer el DPC como una parte integrante de la práctica médica, y esto **debe** reflejarse en los presupuestos, distribución de recursos y planificación del tiempo, y no estar subordinado a las demandas del servicio.

Desarrollo de la calidad:

El DPC **debería** servir para llenar lagunas en los conocimientos, habilidades, actitudes y gestión, que hayan estado identificados en la evaluación profesional o como reflejo individual de la práctica y los intereses personales. **Debería** utilizarse el DPC para introducir desarrollos científicos y mejoras en la organización y la práctica del sector sanitario.

Anotaciones:

- El reconocimiento *como parte integrante de la práctica médica* se refiere a la optimización del uso de diferentes entornos clínicos, pacientes y problemas clínicos con el objetivo de formación, integrándose en las funciones de servicio.
- Se recomienda una evaluación de las necesidades bien autodirigida o por terceros, para asegurar que *los déficits de conocimiento, habilidades, actitudes y gestión* son identificados, y que se emprende la acción adecuada.

2.6. GESTIÓN DEL DPC

Estándar básico:

Los médicos **deben** tener la responsabilidad última para programar e implementar el DPC para responder a sus necesidades individuales.

Desarrollo de la calidad:

La profesión médica, de acuerdo con los agentes relevantes, **deberían** organizar actividades de DPC y establecer sistemas para subvencionar y mantener el DPC en

respuesta a las necesidades identificadas por sus miembros.

Anotaciones:

Las autoridades relevantes incluirían otros participantes en el proceso de formación, representantes de otras profesiones sanitarias y autoridades sanitarias.

3. PLANIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

3.1. DOCUMENTACIÓN DE LAS NECESIDADES PARA LA PLANIFICACIÓN DEL DPC

Estándar básico:

La base principal para la planificación de las actividades de DPC **debe** ser la práctica clínica y las necesidades de salud pública. La profesión médica **debe** determinar las necesidades percibidas de los médicos y hacerlas públicas para la planificación del DPC.

Desarrollo de la calidad:

Se **debería** desarrollar sistemas que aportasen información documentada para alertar a los médicos y los agentes sobre la calidad de la práctica, haciendo el seguimiento de los resultados y comparándolo con grupos semejantes.

3.2. DOCUMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DPC

Estándar básico:

Se **deben** establecer sistemas para documentar actividades reconocidas de DPC de forma sistemática y transparente. La documentación del DPC **debe** ser usada como una herramienta de aprendizaje formativa, así como también para dar *feed-back* sobre la relevancia y la calidad para la planificación del DPC.

Desarrollo de la calidad:

El objetivo de cualquier sistema de documentación del DPC **debería** tener en cuenta el aprendizaje resultante y la mejora de la competencia, y no la mera participación en actividades de DPC. Los médicos **deberían** crear portafolios personales de aprendizaje que se puedan compartir con colegas.

4. EL MÉDICO COMO INDIVIDUO

4.1. MOTIVACIÓN

Estándar básico:

Los médicos que participan en actividades de DPC **deben** tener como fuerza motora la realización de una

atención de alta calidad. El criterio de los médicos para escoger actividades de DPC **debe** basarse en el valor educativo de estas y deben escoger actividades de alta calidad y que sean apropiadas para sus necesidades de aprendizaje.

Desarrollo de la calidad:

Las actividades de DPC **deberían** potenciar la motivación para aprender y mejorar y deberían ser reconocidas como actividad profesional meritoria.

Anotaciones:

- *Una atención de alta calidad* significa una atención acorde con principios aceptados universalmente, y constatados por ejemplo por las sociedades médicas científicas o los consejos sanitarios nacionales e internacionales.

- *La motivación* y las aptitudes para aprender a lo largo de la vida se desarrollan durante la educación médica básica y mejoran como parte de la formación médica de postgrado.

- *El reconocimiento de actividades profesionales meritorias* se haría mediante la mejora de la satisfacción personal, premios, promoción y/o remuneraciones.

4.2. ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

Estándar básico:

Los médicos apoyados por sus organizaciones profesionales **deben** desarrollar sistemáticamente sus habilidades para planificar, ejecutar y documentar el aprendizaje basado en la práctica en respuesta a necesidades de aprendizaje definidas. Se **deben** desarrollar instrumentos autoevaluadores para ayudar a los médicos a identificar sus necesidades de aprendizaje.

Desarrollo de la calidad:

Las actividades de DPC de los médicos **deberían** basarse en estrategias de aprendizaje, que condujeran a la mejora de la calidad de la atención y que implicasen aprendizaje de equipo interdisciplinario cuando esté indicado.

Anotaciones:

El aprendizaje basado en la práctica implica un uso sistemático de información de la propia práctica para estimular el aprendizaje y la mejora, p.e. el análisis de la experiencia práctica y la realización de actividades de mejora basadas en la práctica utilizando métodos sistemáticos y buscando, evaluando y asimilando la evidencia de estudios científicos relacionados con la población de pacientes.

4.3. CONDICIONES LABORALES

Estándar básico:

Las condiciones de trabajo en la práctica médica y la contratación de los médicos **deben** propiciar el tiempo y otros recursos para el DPC.

Desarrollo de la calidad:

Los sistemas de remuneración de los médicos **deberían** permitir la participación en un abanico amplio de actividades de DPC relevantes para sus necesidades.

4.4. INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN EL DPC

Estándar básico:

Debe darse la oportunidad a los médicos de discutir sus necesidades de aprendizaje con los proveedores de DPC.

Desarrollo de la calidad:

Se **deberían** desarrollar sistemas para involucrar a los médicos en la planificación y la implementación de sus actividades de DPC.

Anotaciones:

- *Los proveedores de DPC* incluirían principalmente las asociaciones y las organizaciones profesionales, las sociedades científicas médicas nacionales e internacionales, las facultades de medicina y las universidades, las instituciones de postgrado, los empleados del sistema sanitario y otros proveedores tales como las autoridades sanitarias, la industria farmacéutica y de instrumental médico, las compañías informáticas, las asociaciones de consumidores, etc.

- *Involucrarse en el proceso de planificación e implementación* incluiría la participación en grupos o comités responsables de la planificación del programa a nivel local o nacional.

5. PROVEEDORES DEL DPC

5.1. POLÍTICA DE RECONOCIMIENTO

Estándar básico:

Debe haber un sistema para el reconocimiento de proveedores del DPC y/o de las actividades individuales de DPC.

Desarrollo de la calidad:

Todos los proveedores de DPC **deberían** ser capaces de describir las bases educativas de sus actividades incluyendo el acceso a l'expertise educativa. Se **deberían** declarar todos los conflictos de intereses entre los proveedores de DPC.

Anotaciones:

El conflicto de intereses incluiría las actividades de promoción inadecuadas.

5.2. OBLIGACIONES DE LOS PROVEEDORES

Estándar básico:

Los proveedores de actividades de DPC **deben** cumplir requisitos de calidad educativa.

Desarrollo de la calidad:

Los proveedores, al planificar y desarrollar sus actividades, **deberían** demostrar el uso de métodos y tecnología educativas apropiadas.

5.3. FEED-BACK A LOS PROVEEDORES

Estándar básico:

Se **debe** dar *feed-back* constructivo de forma regular a los proveedores de DPC sobre el funcionamiento y las necesidades de aprendizaje de los médicos.

Desarrollo de la calidad:

Todos los proveedores **deberían** establecer y adherirse a normas aceptables para la provisión de DPC. Se **deberían** desarrollar sistemas de *feed-back* sistemático a los organizadores y organismos responsables de DPC.

Anotaciones:

- *El feedback* incluiría la comunicación planificada entre los médicos en formación y los formadores/supervisores con el objetivo de dar las soluciones necesarias para mejorar el desarrollo de las competencias.
- *Sistemas para un feedback sistemático* podrían basarse en información para la planificación, ejecución y resultado del DPC por un grupo determinado de médicos.

5.4. PAPEL DE LAS FACULTADES DE MEDICINA

Estándar básico:

Las facultades **deben** ser líderes en la mejora de la calidad del DPC. Mediante el currículum de educación médica básica, las facultades **deben** iniciar la motivación y la habilidad para adherirse al DPC, preparando así al estudiante para un aprendizaje a lo largo de la vida.

Desarrollo de la calidad:

Las facultades de medicina **deberían** proveer actividades de DPC siempre que fuese oportuno. Las facultades en colaboración con otras agencias **deberían** llevar a cabo investigación sobre actividades de DPC.

6. CONTEXTO Y RECURSOS EDUCATIVOS

6.1. ESTRUCTURA DE LA FORMACIÓN

Estándar básico:

Las actividades de DPC **deben** llevarse a cabo en lugares y circunstancias que permitan un aprendizaje efectivo.

Desarrollo de la calidad:

El DPC **debería** incluir una revisión externa periódica del medio de aprendizaje práctico, basada en una auto-evaluación interna.

Anotaciones:

La estructura de la formación se refiere a la secuencia global de adhesión a los marcos de formación y a las responsabilidades de los médicos y no a los detalles de las experiencias de formación.

6.2. INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO

Estándar básico:

Para llevar a cabo el DPC, los médicos **deben** tener tiempo libre y oportunidades para reflejar en la práctica y llevar a cabo estudios más profundos, teniendo acceso adecuado a la literatura profesional y oportunidades para formarse en habilidades.

Desarrollo de la calidad:

Las instalaciones, el equipamiento para la formación en habilidades y los horarios de trabajo **deberían** ser evaluados y actualizados regularmente para que aporten un contexto y unas condiciones adecuadas para el DPC.

6.3. INTERACCIÓN CON LOS COLEGAS

Estándar básico:

El DPC **debe** incluir experiencia en la colaboración con colegas y otros profesionales sanitarios.

Desarrollo de la calidad:

Para mejorar el DPC, los médicos **deberían** adherirse a redes educativas. Los médicos **deberían** implicarse en el desarrollo de la competencia de sus colegas, incluyendo los médicos en formación, los estudiantes, personal vinculado al mundo sanitario, etc.

Anotaciones:

Las redes incluirían reuniones con colegas e intercambio de información por internet, discusiones y dar consejo.

6.4. TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

Estándar básico:

El uso relevante de tecnología de la información y la comunicación **debe** funcionar como una parte integrante del proceso de DPC.

Desarrollo de la calidad:

Los médicos **deberían** tener acceso y ser competentes en el uso de la tecnología de la información y la comunicación para el aprendizaje autodirigido, la comunicación con los colegas, la búsqueda de información, y la gestión de los pacientes y la propia práctica.

6.5. ACTIVIDADES FORMALES DE DPC

Estándar básico:

La profesión médica, en colaboración con otros agentes, **debe** desarrollar sistemas que fomenten y reconozcan la participación en cursos de DPC, reuniones científicas y otras actividades formales, a nivel local, nacional e internacional. Los médicos **deben** tener oportunidades para asistir a estas actividades de DPC.

Desarrollo de la calidad:

Los médicos **deberían** tener oportunidades para planificar y llevar a cabo actividades de DPC de una forma más profunda cuando fuera necesario, para alcanzar un nivel más alto de competencia de forma efectiva.

6.6. EXPERTEZA EDUCATIVA

Estándar básico:

La profesión médica **debe** formular una política sobre la experteza educativa necesaria para planificar, implementar y evaluar el DPC.

Desarrollo de la calidad:

Se **debería** tener acceso a expertos educativos y demostrar el uso de esta experteza en las actividades de DPC.

Anotaciones:

- *La formulación de una política* incluiría la consulta con agentes relevantes.
- *La experteza educativa* se encargaría de los problemas, procesos y práctica de la formación médica e incluiría médicos con experiencia en educación médica, psicólogos y sociólogos educativos, etc.

6.7. INTERCAMBIOS EDUCATIVOS

Estándar básico:

La profesión médica **debe** formular una política que garantice la libertad de movimiento para promover la obtención de experiencia para los médicos, mediante la visita a otros centros, dentro y fuera del propio país.

Desarrollo de la calidad:

La profesión médica, en colaboración con otros agentes, **debería** facilitar visitas internacionales de estudios para los médicos. Las autoridades relevantes **deberían** establecer contactos con los correspondientes organismos nacionales o internacionales con el objetivo de facilitar y otorgar reconocimiento mutuo a las actividades de DPC.

Anotaciones:

La formulación de una política incluiría la consulta con agentes relevantes.

7. EVALUACIÓN DE LOS MÉTODOS Y DE LAS COMPETENCIAS

7.1. MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN

Estándar básico

La profesión médica **debe** establecer mecanismos para la evaluación de las actividades de DPC y para la valoración del aprendizaje resultante.

Desarrollo de la calidad:

La evaluación del DPC **debería** incluir expertos en educación médica, y dirigir el contexto del proceso de aprendizaje, la estructura y los componentes específicos del DPC y de los resultados de aprendizaje.

Anotaciones:

- *El uso de mecanismos para la evaluación* implicaría el uso de métodos válidos y fiables, y requeriría que los datos básicos se hicieran públicos. La evaluación garantizaría que las principales preocupaciones fuesen identificadas y resueltas mediante el seguimiento de los recursos disponibles, los procesos de aprendizaje, los resultados y los beneficios.
- *La valoración* implicaría el uso de diferentes instrumentos para la autoevaluación, el uso de una normativa y de juicios basados en criterios, y el uso del portafolio y de tipos especiales de evaluación, p.e. visitas por agentes externos en base a un protocolo establecido.
- *La implicación de expertos* en la educación médica amplificaría aún más la base de una evidencia de cali-

dad. Esto ha de garantizar el seguimiento de los recursos disponibles, el resultado del aprendizaje y los beneficios que se derivan para el médico individualmente.

- *El contexto del proceso de aprendizaje* incluiría la organización y los recursos, así como también el ámbito del aprendizaje.

- *Los componentes específicos del DPC* incluirían la descripción del programa y los resultados deseados.

7.2. FEED-BACK DE LAS ACTIVIDADES DE DPC

Estándar básico:

Se **debe** realizar, analizar y actuar sobre el *feed-back* obtenido de los participantes de las actividades de DPC sistemáticamente, y **debe** facilitarse esta información a los diferentes agentes.

Desarrollo de la calidad:

Los participantes de DPC **deberían** involucrarse activamente en la evaluación del DPC y en el uso de los resultados para planificación.

7.3. ACTIVIDADES BASADAS EN LA ACTUACIÓN DE LOS MÉDICOS

Estándar básico:

Los proveedores de actividades de DPC **deben** obtener información de la población diana de los médicos en el momento de planificar.

Desarrollo de la calidad:

Debería analizarse los beneficios de participar en actividades de DPC en relación a las necesidades de los médicos y **deberían** utilizarse para dar *feed-back* a las organizaciones profesionales y a los proveedores de DPC.

7.4 SEGUIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL DPC

Estándar básico:

La estructura formal de las actividades de DPC **debe** estar autorizada por la profesión médica con el asesoramiento de las autoridades relevantes y basada en criterios establecidos.

Desarrollo de la calidad:

La documentación de actividades de DPC relevantes, definidas por participante, **debería** jugar un papel importante en los sistemas de evaluación de la competencia, y respectivamente del sistema utilizado para el reconocimiento del médico en ejercicio.

Anotaciones:

- *Los criterios establecidos* para la autorización de actividades de DPC hacen referencia al valor educativo e incluirían aspectos como el número de participantes, la información clínica, el equipamiento, la biblioteca y los recursos informáticos, los formadores y el programa.

- *El reconocimiento del médico en ejercicio* incluiría el mantenimiento de la licencia basado en normativas nacionales.

8. ORGANIZACIÓN

8.1. MARCOS

Estándar básico:

El DPC **debe** llevarse a cabo de acuerdo con las políticas de las organizaciones profesionales representativas, incluyendo el reconocimiento de actividades y su evaluación.

Desarrollo de la calidad:

Se **debería** estimular la colaboración y el reconocimiento mutuo a través de los marcos apropiados tanto a nivel nacional como internacional.

8.2. LIDERAZGO PROFESIONAL

Estándar básico:

Las organizaciones profesionales médicas **deben** asumir la responsabilidad en cuanto a liderazgo y organización de las actividades de DPC.

Desarrollo de la calidad:

Se **debería** evaluar periódicamente el liderazgo profesional, en cuanto al cumplimiento de la misión y los resultados de las actividades de DPC.

8.3. PRESUPUESTO EDUCATIVO Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

Estándar básico:

El sistema sanitario **debe** incluir en sus presupuestos la subvención de actividades de DPC. Los médicos deben tener condiciones de trabajo que les permitan escoger y participar en actividades de DPC.

Desarrollo de la calidad:

Los sistemas de subvención del DPC **deberían** dar independencia a los médicos en sus opciones de actividades de DPC.

8.4. GESTIÓN

Estándar básico:

Las actividades de DPC **deben** estar bien gestionadas y **deben** tener los recursos adecuados.

Desarrollo de la calidad:

Las estructuras administrativas del DPC **deberían** incluir la garantía de calidad y la mejora.

9. RENOVACIÓN CONTINUA

Estándar básico:

La profesión médica **debe** iniciar procedimientos para una revisión y puesta al día de su estructura, funciones y calidad de las actividades de DPC, y **debe** corregir las deficiencias detectadas.

Desarrollo de la calidad:

El proceso de renovación **debería** estar basado en la

investigación. Haciendolo así, **debería** incluir los siguientes puntos:

- *La adaptación de la misión y los objetivos del DPC al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad.*
- *La reevaluación y definición de las competencias necesarias para incorporar el progreso médico científico y las necesidades cambiantes de la población.*
- *La revisión de los métodos de aprendizaje y formación para garantizar que sean apropiados y relevantes.*
- *El desarrollo de métodos de evaluación y aprendizaje basado en la práctica para facilitar el aprendizaje de los médicos a lo largo de su vida.*
- *El desarrollo de la estructura administrativa y de gestión para ayudar a los médicos a responder a las necesidades emergentes de sus pacientes y a dar una atención de calidad.*
- *La demostración y la mejora continuada de los contenidos y la metodología del DPC.*