

Pregrado, Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo (DPC)  
Desarrollo Profesional en Ciencias de la Salud

# Educación Médica

Volumen 7, Suplemento 2, Julio-Septiembre 2004

Indizada en IBES

Revista Internacional Journal

Fundación  Educación Médica



**ESTÁNDARES GLOBALES EN  
EDUCACIÓN MÉDICA DE LA WFME**



## EL CONSEJO EJECUTIVO DE LA WFME

*Presidente:*

**Dr. Hans Karle,**

Presidente, WFME, Dinamarca

*Miembros:*

**Mr. Orvill Adams,**

Director, OMS, Ginebra, Suiza

**Profesor Jasbir Bajaj,**

Presidente, South East Asia Regional Association for Medical Education (SEARAME), India

**Profesora Margarita Barón-Maldonado,**

Presidenta, Association for Medical Education in Europe (AMEE), España

**Profesor Alejandro Cravioto,**

Presidente, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM), Mexico

**Dr. Mario Dal Poz,**

Coordinador, Recursos Humanos para la Salud OMS, Ginebra, Suiza

**Profesor Laurie Geffen,**

Presidente, Association for Medical Education in the Western Pacific Region (AMEWPR), Australia

**Profesor Sa'ad Hijazi,**

Presidente, Association for Medical Education in the Eastern Mediterranean Region (AMEEMR), Jordania

**Dr. Delon Human,**

Secretario General, World Medical Association (WMA), Francia

**Özgür Onur,**

International Federation of Medical Students' Association (IFMSA), Alemania

**Dr. Pablo A. Pulido,**

Director Ejecutivo, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM), Venezuela

**Profesor J.P. de V. van Niekerk,**

Presidente, Association of Medical Schools in Africa (AMSA), Sud África

**Profesor Henry Walton,**

Ex Presidente, WFME, Reino Unido

# Educación Médica

## Patronato de la Fundación

*Presidente* Albert Oriol Bosch

Arcadi Gual Sala  
Amando Martín Zurro  
María Nolla Domenjó  
Jordi Palés Argullós  
Helios Pardell Alentá (COMB)  
Felipe Rodríguez de Castro  
Josep Roma Millán

Bajo los auspicios de:

ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION IN EUROPE (AMEE)  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EDUCACIÓN MÉDICA (SEDEM)  
ASSOCIACIÓ CATALANA D'EDUCACIÓ MÈDICA (ACEM)  
CONFERENCIA NACIONAL DE DECANOS DE FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS  
CONFERENCIA NACIONAL DE DECANOS DE FACULTADES DE ODONTOLOGÍA ESPAÑOLAS  
CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS DE ENFERMERÍA ESTATALES  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA (COMB)

**Director:** Arcadi Gual Sala

**Redacción Europa:** María Nolla Domenjó  
Jordi Palés Argullós

**Redacción América:** Amanda Galli

## Editores Jefe

**Enfermería**  
Carmen Caja López

**Evaluación**  
Carlos Brailovsky

**Formación Continua**  
Helios Pardell Alentá

**Internacional**  
Margarita Barón Maldonado

**Medicina de Familia**  
Amando Martín Zurro

**Metodología**  
Miguel Martínez Martín

**Pregrado**  
Josep Carreras Barnés

**Postgrado**  
Felipe Rodríguez de Castro

## Comité Editorial

*Presidenta* Margarita Barón Maldonado

Josep Argemí Renom (Sabadell)  
Coral Bacchetta (Barcelona)  
Carlos Belmonte Martínez (Alicante)  
Carles Blay Pueyo (Calldetenes)  
Francesc Borrell Carrió (Barcelona)  
Luis Branda (Barcelona)  
Miquel Bruguera Cortada (Barcelona)  
Jordi Camí Morell (Barcelona)  
Antonio Campos Muñoz (Granada)  
Martí Dalmases Arnella (Sabadell)  
Marta Durán Escribano (Alcalá de Henares)  
Florian Eitel (Munich, Alemania)  
Sergi Erill Sáez (Barcelona)  
Jesús Escanero Marcén (Zaragoza)  
Ronald Epstein (Rochester, USA)

Alejandro Esteller Pérez (Salamanca)  
Montserrat Fonseca Alfonso (Bilbao)  
José M<sup>a</sup> Fornells Vallés (Barcelona)  
Marius Foz Sala (Barcelona)  
Miriam Friedman Ben-David (Tel-Aviv, Israel)  
Mila García Barbero (Barcelona)  
Xavier Gasull Casanova (Barcelona)  
Carmen Gomar Sancho (Barcelona)  
Ron Harden (Dundee, G.B.)  
Teresa Icart Isern (Barcelona)  
José M<sup>a</sup> Manso Martínez (Valladolid)  
Alfonso Moreno González (Madrid)  
Juli de Nadal Caparà (Sabadell)  
Vicente Pastor Aldeguer (Madrid)  
José Ignacio Paz Bouza (Salamanca)

José M<sup>a</sup> Peinado Herreros (Granada)  
Jorge Pérez Sánchez (Barcelona)  
Joan Prat Corominas (Lleida)  
Pablo Pulido (Caracas, Venezuela)  
Anna M. Pulpón Segura (Barcelona)  
Ramón Pujol Farrivals (Barcelona)  
Ferran Sanz Carreras (Barcelona)  
Dolores Serrat Moré (Zaragoza)  
Suzanne Stensaas (New York, USA)  
Juan David Tutosaus Gómez (Sevilla)  
Antoni Vallés Segalés (Barcelona)  
Miquel Vilardell Tarrés (Barcelona)  
Jorge Veiga de Cabo (Madrid)  
Joan Viñas Salas (Lleida)  
Cees van der Vleuten (Maastrich, Países Bajos)

Fundación Privada Educación Médica  
Gran Vía, 517  
08015 Barcelona  
[educacionmedica@ub.edu](mailto:educacionmedica@ub.edu)

Publicación trimestral. Esta publicación se puede visitar on-line en Scielo.

© Copyright 2003 *Fundación Privada Educación Médica*

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

La Fundación Educación Médica no se hace responsable de los contenidos y las opiniones de sus colaboradores en los artículos publicados, ni se identifica forzosamente con la opinión de los mismos.

Educación Médica se distribuye exclusivamente entre los **Amigos de la Fundación Educación Médica**.

**Protección de datos:** Fundación Privada Educación Médica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para contactar con *Amigos de la Fundación Educación Médica* o con la revista *Educación Médica*: [educacionmedica@ub.edu](mailto:educacionmedica@ub.edu)

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional. Sección Ciencias de la Salud.

Realización: Infocable Editorial S.L. Impreso en España

Depósito legal: B-46714-2002 • ISSN: 1575-1813 • ISSN en internet: 1579-2099

# Educación Médica

Fundación  Educación Médica

Volumen 7, Suplemento 2  
Julio-Septiembre 2004

- 04 *Editorial*  
El Impacto del Programa Estándares Globales de la WFME
- 04 *Prefacio a la Trilogía de la WFME. Estándares globales en Educación Médica*
- 05 *Historia*
- 06 *Estándares globales de la WFME para la Educación Médica Básica*
- 06 El proyecto de la WFME sobre estándares en Educación Médica
- 06 Concepto
- 07 Propósito
- 07 Racionalidad
- 08 Uso de estándares
- 08 Definiciones
1. Misiones y objetivos
  2. Programa educativo
  3. Evaluación de estudiantes
  4. Estudiantes
  5. Plantilla académica/Facultad
  6. Recursos educativos
  7. Evaluación del programa
  8. Gobernabilidad y gestión
  9. Renovación continuada
- 18 *Orientaciones para la recogida de datos*
- 25 *Estándares globales de la WFME para la Educación Médica de Postgrado*
- 25 El proyecto de la WFME sobre estándares en Educación Médica de Postgrado
- 25 Fundamentos de la Educación Médica de Postgrado
- 26 Concepto, objetivos y racionalidad
- 26 Premisas para los estándares de postgrado
- 27 Uso de estándares
- 27 Definiciones
1. Misiones y objetivos
  2. Programa educativo
  3. Evaluación de estudiantes
  4. Estudiantes
  5. Plantilla académica/Facultad
  6. Recursos educativos
7. Evaluación del programa
8. Gobernabilidad y gestión
9. Renovación continuada
- 39 *Estándares globales de la WFME para el Desarrollo Profesional Continuo (DPC)*
- 39 El proyecto de la WFME sobre estándares en DPC
- 39 Fundamentos del DPC
- 42 Concepto, objetivo y racionalidad de los estándares globales
- 43 Uso de estándares
- 43 Definiciones.
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.
- 53 *Bibliografía*
- 54 *Apéndice*  
Miembros de los grupos de trabajo del proyecto de Estándares Globales de la WFME

Los contenidos de este suplemento son la traducción oficial de los siguientes documentos:

1. Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
2. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
3. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).

Traducción y revisión:  
J. Palés, A. Gual y A. Oriol-Bosch

# El Impacto del Programa Estándares Globales de la WFME

En 1998, la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) presentó su programa de estándares internacionales en educación médica, propuesto por su Comité Ejecutivo<sup>1</sup>. Poco después, se constituyó un grupo de trabajo internacional para que definiera los estándares en educación médica básica. El trabajo realizado por el grupo en su primera reunión se publicó en el año 2000 en inglés<sup>2</sup> y en castellano en EDUCACIÓN MÉDICA<sup>3</sup>.

Después de diversas consultas y discusiones internacionales en distintos lugares del mundo, el grupo de trabajo revisó su documento, sometiendo una versión mejorada, al Consejo Ejecutivo de la WFME, que fue aprobado en el 2001. Ulteriormente, la Federación puso en marcha el mismo proceso para la definición de los estándares en educación médica postgraduada y para el desarrollo profesional continuo, (DPC). El material elaborado para cada una de las tres fases, se publicó en el año 2003<sup>4,5,6</sup> en forma de la Trilogía de la WFME “Estándares Globales para la Mejora de la Calidad”. Esta Trilogía constituyó el material esencial de base para la Conferencia Mundial en Educación Médica sobre los “Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Asistencia Sanitaria” que la WFME convocó en el año 2003.

La Conferencia apoyó claramente, tanto el programa de los estándares internacionales, como los documentos de la Trilogía<sup>7,8</sup>, con lo que se aceleró la fase de implementación del programa. La implementación incluye una amplia difusión de la información sobre el programa de los estándares internacionales así como la validación de los estándares en formación postgraduada y DPC mediante estudios piloto. Este tipo de validación ya se había llevado a cabo para los estándares de educación médica básica. Además, la WFME ha constituido, recientemente, un grupo de trabajo internacional con el fin de preparar el desarrollo de la función asesora para la misma.

Así mismo, durante este tiempo, la WFME ha empezado a constatar el notable impacto de los estándares, a juzgar por el número de Facultades de Medicina en todo el mundo que los están utilizando para sus propios planes de reforma, así como por el número de países que los utilizan como modelo para sus estándares nacionales, incorporán-

dolos en sus procesos de reconocimiento y acreditación de las instituciones y de sus programas educativos.

En el mundo hispano-parlante, varias Facultades de Medicina participaron en el primer estudio piloto para validar los estándares de la educación médica básica y la WFME quiere reconocer el apoyo de dichas Facultades y de los colegas comprometidos en dicha tarea. La Declaración de Granada sobre Educación Médica, que fue firmada en Octubre de 2001 a instancias de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), por las Facultades de Medicina españolas, el Gobierno Español y las Facultades de Medicina de América Latina, representadas por la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (PAFAMS), constituye un buen ejemplo del éxito en el proceso de implementación. La Declaración de Granada, que fue publicada en EDUCACIÓN MÉDICA en el año 2002<sup>9</sup>, implica un compromiso en el desarrollo de la educación médica basándose en los estándares de calidad de la WFME.

El proceso de implementación incluye las cuestiones referentes al papel de la WFME en el reconocimiento y la acreditación de los programas formativos de las Facultades de Medicina, así como al desarrollo de un Registro Mundial de Facultades acreditadas, cuestiones que deberán ser desarrolladas en estrecha cooperación con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Recientemente, ha sido establecido un convenio entre la OMS y la WFME<sup>10</sup> para desarrollar un plan a largo plazo que pretende tener un impacto decisivo en la educación médica en particular y posteriormente sobre la educación de las profesiones sanitarias, en general.

La traducción de la Trilogía a todos los idiomas es de trascendental importancia para el éxito del proceso de implementación. La WFME quiere aprovechar esta oportunidad para agradecer a EDUCACIÓN MÉDICA la publicación de la versión castellana de la Trilogía, siendo plenamente consciente de que el castellano es un idioma ampliamente utilizado en la educación médica.

Mayo 2004

Hans Karle, Presidente

*The World Federation for Medical Education*

# Impact of the WFME Global Standards Programme

The World Federation for Medical Education (WFME) presented its programme on international standards in medical education in a position paper by the Executive Council in 1998<sup>1</sup>. Shortly thereafter, an international task force was established charged with defining Standards in Basic Medical Education. The report of the first meeting of this task force was published in 2000<sup>2</sup>. In 2000<sup>3</sup>, Educación Médica translated the report into Spanish and published it in its journal.

Following international consultations and discussions in numerous settings around the world, the task force decided to refine the document. This new revised version was adopted by the WFME Executive Council in 2001. Subsequently, the Federation initiated similar processes regarding Standards in Postgraduate Medical Education and in Continuous Professional Development (CPD) of Medical Doctors. The material for the three phases was published in 2003<sup>4,6</sup> as the Trilogy of WFME Global Standards for Quality Improvement. This Trilogy was the essential background material for the WFME 2003 World Conference in Medical Education: Global Standards in Medical Education for Better Health Care.

The WFME Standards Programme and the Trilogy received a clear endorsement<sup>7,8</sup> by the Conference, which accelerated the phase of implementing the programme. The implementation includes further dissemination of information about the Standards Programme as well as validation of the Standards in Postgraduate Medical Education and CPD in pilot studies. Such validation has already been performed for the Standards in Basic Medical Education. Furthermore, the World Federation has now set up an international task force regarding the establishment of a WFME Advisor function.

In the meantime, the Federation has experienced that the Standards already have tremendous impact, measured by the number of medical schools around the world, which are using the Standards in their own reform plans, as well

as the number of countries using the WFME Standards as a template for national standards and incorporating these Standards in their procedures for recognition and accreditation of educational institutions and programmes.

In the Spanish-speaking part of the world, several medical schools took part in the first pilot study validating the Standards in Basic Medical Education, and WFME acknowledges the support of these medical schools and colleagues. The Granada Declaration on Medical Education, which was adopted in October 2001 by the medical schools of Spain, the Association for Medical Education in Spain (SEDEM), the Spanish Government and medical schools in Latin America represented by the Panamerican Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS), is a good example of the implementation process. The Declaration, which was published in Educación Médica in 2002<sup>9</sup>, implies a commitment to the development of medical education based on the WFME Standards.

The implementation process, including the question of the role of WFME in recognition and accreditation of medical schools' programmes, as well as the development of a World Register of accredited medical schools, is conducted in close cooperation with the World Health Organization (WHO). Recently, a WHO/WFME Partnership<sup>10</sup> has been established to pursue a long-term work plan intended to have a decisive impact on medical education in particular and ultimately on health professions education in general.

Translation of the Trilogy to other languages is of paramount significance for the implementation process. WFME would like to take this opportunity to thank Educación Médica for publishing the Trilogy as well as translating it into Spanish, one of the widely spoken languages being used in medical education.

May 2004

Hans Karle, President

The World Federation for Medical Education

## Bibliografía:

1. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper, Medical Education, 1998, 32, 549-558.
2. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education, Report of the Working Party, Copenhagen, 14-16 October 1999. Medical Education, 2000, 34, 665-675.
3. WFME Task Force para la definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado, Educación Médica, 2000, 3, No. 4, 158-169.
4. Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
5. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).

6. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
7. J.P. de V. van Niekerk. Commentary "WFME Global Standards Receive Ringing Endorsement". Medical Education, 2003, 37, 585-586.
8. J.P. de V. van Niekerk, Leif Christensen, Hans Karle, Stefan Lindgren and Jørgen Nystrup. Report: WFME Global Standards in Medical Education: Status and Perspectives following the 2003 WFME World Conference. Medical Education, 2003;37:1050-1054.
9. Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado. Granada, 24 de octubre de 2001. Educación Médica, 2002:05:3-5.
10. WHO/WFME strategic partnership to improve medical education, [www.who.int/hrh/links/partnerships/en/print.html](http://www.who.int/hrh/links/partnerships/en/print.html) and [www.wfme.org](http://www.wfme.org)

# Prefacio a la Trilogía de la WFME. Estándares globales en Educación Médica

El Consejo Ejecutivo. Federación Mundial para la Educación Médica (WFME).

La mejora de la salud de las personas es el principal objetivo de la educación médica. Esta es sobretodo la misión de la WFME. Consecuente con su constitución, como agente internacional representativo de todos los docentes y las instituciones educativas médicas, la WFME pretende promover los más altos estándares científicos y éticos en educación médica, iniciando nuevos métodos de aprendizaje, nuevos instrumentos institucionales, y una estrategia innovadora de la educación médica.

De acuerdo con su mandato, la WFME lanzó en 1998 el programa de *Estándares Internacionales en Educación Médica*. El objetivo fue crear un mecanismo para la mejora de la calidad en la educación médica, en un contexto global, aplicable por las instituciones responsables de la misma y en programas a lo largo del “continuum” de la educación médica.

En las fases iniciales del desarrollo del primer documento, *Estándares en Educación Médica Básica*, quedó claro que especificar estándares globales en un sentido restringido no ejercería suficiente impacto en las facultades de medicina y sus programas, y de hecho podría tener un efecto potencial de empobrecer la educación médica. La crítica más común ha sido que la educación médica no se ha ajustado adecuadamente a la condición cambiante del sistema sanitario, y a las necesidades y expectativas de las sociedades. Por tanto, una predisposición para el cambio y la reforma tuvo que ser incorporada a los estándares. Esto llevó a que los estándares de la WFME se planteasen a dos niveles: a/estándares básicos o requerimientos mínimos; y b/estándares para el desarrollo de la calidad.

Igualmente se planteó si los *Estándares* de la WFME tendrían rango de instrumento acreditativo. Después de deliberar, la WFME adoptó la posición de que solo las agencias nacionales pueden ser responsables directas de los procedimientos acreditativos. Así mismo, la WFME podría tener un papel de soporte en la introducción de un proceso de acreditación. Los estándares adoptados globalmente pueden funcionar como plantilla para las

agencias designadas para implementar el reconocimiento y la acreditación. También sería apropiado que la WFME desarrollase pautas y procedimientos sobre el uso de sus estándares con el objetivo de acreditar.

En la mejora de la calidad de la educación médica son componentes indispensables la autoevaluación institucional, la revisión externa y la consulta. Tanto la estructura como la función de la WFME, contribuyen a que la Federación pueda establecer equipos de consultores en todas las regiones mundiales.

La comunidad médica es por principio globalmente móvil y los estándares de la WFME tienen un papel en el mantenimiento de unas buenas bases educativas de los médicos emigrantes. Sin embargo, son igualmente necesarios los incentivos para retener a los médicos formados en sus países de origen. Sin embargo, Los *estándares* de la WFME no habrían de ser vistos como un estímulo de la movilidad médica y un drenaje de médicos de los países subdesarrollados. El mundo se caracteriza por una internacionalización creciente, a la cual la comunidad médica no es inmune, y los *estándares* habrían de servir como credenciales que garantizasen la calidad de los médicos independientemente de donde estuvieran ubicados.

Para asegurar que las competencias de los médicos son aplicables globalmente y transferibles, es esencial que la documentación de los niveles de calidad de las instituciones educativas y de sus programas, sea fácilmente accesible y transparente. El *Directorio Mundial de Facultades de Medicina*, publicado por la Organización Mundial de la Salud, no ha tenido nunca otra intención que la de ser un listado y las consideraciones cualitativas han sido explícitamente excluidas. La WFME sugirió ya en su publicación de 1998, la elaboración de un *Registro Mundial de Facultades de Medicina*, con la intención de asegurar la calidad de la educación médica de las instituciones, garantía de que las instituciones incluidas habían alcanzado estándares globalmente aceptados y aprobados por los programas de educación médica.

Los *Estándares Globales* de la WFME presentados en esta trilogía cubren las tres fases de la educación médica: **educación médica básica, educación médica de postgrado, y formación profesional continuada**. Los tres documentos aportan el material de fondo esencial de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica: *Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Atención Sanitaria*, (Copenhague, 15-19 Marzo 2003).

Al desarrollar los *Estándares*, la WFME designó tres Comités Internacionales cada uno constituido por un Grupo de Trabajo que los redactaría en una reunión presencial, y por un Grupo de Expertos más amplio que se comunicaría electrónicamente. Los miembros del Grupo de Trabajo fueron escogidos en base a su experiencia y teniendo en cuenta la distribución geográfica. Los proyectos de los documentos de los *Estándares* han sido discutidos en diversas ocasiones y en diferentes lugares del mundo y los numerosos comentarios recibidos han sido elaborados e incorporados.

Los tres proyectos de *Estándares Globales* están

en diferentes fases de implementación, pero el Consejo Ejecutivo de la WFME los ha adoptado todos formalmente. El documento sobre *Estándares en Educación Médica Básica* ha estado traducido a más de diez idiomas, validado con estudios piloto en numerosas facultades de medicina, y están ya teniendo influencia en sistemas nacionales y regionales de reconocimiento y acreditación de facultades de medicina.

La WFME está profundamente agradecida a todos aquellos que han contribuido en este proceso tan complejo de formulación de estándares globales. El entusiasmo y predisposición encontrado en todas las regiones ha sido masivo, y por tanto indicativo de que los *Estándares* son al tiempo, deseables y aplicables.

En la Conferencia Mundial del 2003, la Federación hizo una llamada a todos los educadores médicos y servicios asistenciales, y a todos los responsables de proveer médicos, en el mundo a contribuir en la tarea iniciada con esta trilogía, y por tanto validando y suscribiendo los *Estándares Globales en Educación Médica* de la WFME.

## Historia

La WFME, desde 1984, ha desarrollado un "Programa de Colaboración Internacional para la Reorientación de la Educación Médica". Las piedras angulares de este proceso fueron la *Declaración d'Edimburgo*, 1988<sup>1</sup>, que fue adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud, WHA Resolución 42.38, 1989<sup>2</sup>, y las *Recomendaciones de la Cumbre Mundial en Educación Médica*, 1993<sup>3</sup>, recogidas en la Resolución 48.8 de la WHA, *Reorientación de la Educación Médica y de la Práctica Médica para la Salud para todos*, 1995<sup>4</sup>.

Para promocionar aún más el cambio y la innovación en educación médica, la WFME decidió extender la aplicación de su política educativa a nivel institucional como está descrito en el Documento de posicionamiento de la WFME (1998)<sup>5</sup>. Inicialmente se trató la Educación Médica Básica (pregrado) en las Facultades. La iniciativa se continuó con la Educación Médica de postgrado y el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) de los médicos.

El proyecto de la WFME sobre *Estándares Internacionales en Educación Médica*<sup>5</sup>, aprobados

por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Médica Mundial (WMA), tiene tres objetivos fundamentales:

- Estimular a las facultades de medicina a formular sus propios planes para cambiar y para mejorar la calidad de acuerdo con las recomendaciones internacionales;
- Establecer un sistema nacional y/o internacional de evaluación y acreditación de las facultades para asegurar unos estándares mínimos de calidad;
- Salvaguardar la práctica médica y la utilización de los profesionales, y su movilidad internacional creciente, a través de unos estándares internacionales bien definidos en educación médica.

Este compromiso tiene precedentes regionales para el desarrollo de estándares curriculares, como el Proyecto EMA (Educación Médica en las Américas) de FEPAFEM<sup>6</sup> y el Proyecto ROME (Reorientación de la Educación Médica) en el Sudeste Asiático<sup>7</sup>. La OMS también ha examinado el procedimiento para el desarrollo de estándares<sup>8</sup>.



# Educación Médica Básica

## Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad

### EL PROYECTO DE LA WFME SOBRE ESTÁNDARES EN EDUCACIÓN MÉDICA BÁSICA

Para desarrollar el proyecto sobre *Estándares Internacionales en Educación Médica*, el Consejo Ejecutivo de la WFME creó en diciembre de 1998 un Comité Internacional consistente en un Grupo de Trabajo y un Consejo Internacional de Expertos, encargados de definir estándares internacionales para programas educativos de Educación Médica Básica (pregrado).

La primera reunión del Grupo de Trabajo tuvo lugar en Copenhague (octubre 1999). En este *Informe*<sup>9</sup>, el Grupo de Trabajo definió una serie de estándares internacionales en educación médica básica diseñados para animar a las facultades de medicina en diferentes niveles de desarrollo, y en condiciones educativas, socioeconómicas y culturales diferentes, a utilizar el sistema de estándares a un nivel apropiado para ellas. El énfasis se puso en el hecho de que los estándares funcionasen como una palanca para el cambio y la reforma.

La segunda reunión del Grupo de Trabajo en Barcelona (marzo 2001) redefinió el documento titulado *Estándares Internacionales en Educación Médica Básica* teniendo en cuenta los comentarios recibidos del Consejo Internacional de Expertos y de numerosas conferencias en todo el mundo en las que el proyecto inicial fue presentado. Además el Grupo de Trabajo desarrolló pautas para la utilización de los estándares.

El documento final fue adoptado por el Consejo Ejecutivo de la WFME en junio de 2001.

### CONCEPTO

Es posible definir estándares internacionales de aplicación general a la educación médica básica<sup>5</sup>. 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 enfermedad, y formas diferentes de proveer la asistencia sanitaria. Estas diferencias también pueden darse dentro de un mismo país. Las bases científicas de la medicina son universales. La tarea principal de la educación médica en todas partes es proveer atención sanitaria. A pesar de estas variaciones, hay un alto grado de equivalencias estructurales, de proceso y de producto en las facultades de medicina en todo el mundo.

El conjunto de estándares para la educación médica no puede ser equiparado con un currículum nuclear global. El núcleo del currículum médico está constituido por la teoría fundamental y la práctica médica, específicamente las ciencias biomédicas básicas, ciencias sociales y de comportamiento, habilidades clínicas generales, habilidades para la toma de decisiones clínicas, habilidades de comunicación y ética médica, que todas las facultades han de cumplir para producir médicos competentes. Estos elementos tienen un peso importante en el concepto de estándares internacionales en educación médica, pero estos estándares no se refieren a los detalles de los contenidos ni a la extensión de cada componente.

Igualmente relevante para los estándares internacionales, es el *proceso* de la educación médica. Las bases de los estándares internacionales han de estar constituidas por prácticas deseables de educación del médico básico, incorporando principios de aprendizaje bien reconocidos y aceptados, junto con las condiciones institucionales adecuadas para las actividades educativas.

Se da por supuesto que los estándares internacionales han de ser modificados o complementados de acuerdo con las necesidades y prioridades regionales, nacionales y institucionales. La WFME ha hecho claramente énfasis en el hecho que no se gana nada fomentando la uniformidad de los programas educativos<sup>5</sup>. Por otra parte, la garantía de calidad de los programas de las facultades, ha de centrarse

en la mejora y dar pautas para conseguirla con el fin de evitar una interpretación de los estándares que induzcan una nivelación a la baja (igualitarismo) de la calidad entre instituciones.

Los estándares pueden ser útiles a las instituciones educativas para su evaluación interna y la mejora de la calidad. Son un instrumento necesario para realizar la evaluación externa, el reconocimiento y la acreditación de las facultades de medicina. Aún más, la utilidad más importante de los estándares consistiría en la generación de estudios de evaluación de la calidad de las facultades, mediante la autoevaluación institucional y la revisión comparativa entre ellas.

## PROPÓSITO

Diversas publicaciones recientes han descrito la necesidad de cambios radicales e innovaciones en la estructura y proceso de la educación médica en todos los niveles<sup>10-14</sup>. Estas modificaciones son esenciales para:

- Preparar a los médicos para que sean capaces de dar respuesta a las necesidades y a las expectativas de la sociedad.
- Afrontar la explosión del conocimiento científico y tecnológico.
- Inculcar a los médicos la capacidad de aprender a lo largo de toda la vida.
- Asegurar su formación en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
- Adecuar la educación médica a las condiciones cambiantes de los sistemas sanitarios.

La OMS también ha abogado por la necesidad de un cambio en la educación médica<sup>15-17</sup>. Ha propuesto una serie de actividades con la intención de cubrir los requerimientos actuales y futuros de la sociedad, especialmente subrayando la importancia de entender la función de los médicos en la sociedad, la necesidad de la educación continuada y para la colaboración interprofesional.

Solo una minoría de las más de 1.600 facultades de medicina de todo el mundo, están sujetas a procesos de evaluación *externa* y acreditación. Este déficit es causa de preocupación dado que la necesidad de una reforma está ampliamente documentada. El rápido aumento en el número de nuevas facultades de medicina en las últimas décadas, y que algunas de ellas se hayan establecido sobre bases inaceptables se añade a la inquietud expresada.

De esta manera, una parte central de la estrategia de la WFME da prioridad a la especificación de

los estándares internacionales y a las pautas de educación médica, englobando tanto las instituciones como sus programas educativos. La adopción de los estándares internacionales ofrece un nuevo marco a las facultades para autoevaluarse. Además, los estándares aceptados internacionalmente podrán ser utilizados como base para el reconocimiento nacional y regional, y para la acreditación de los programas educativos de las facultades.

## RACIONALIDAD

El Grupo de Trabajo de la WFME examinó las ventajas y las reservas del desarrollo de estándares internacionales en educación médica básica. La atención también se centró en la aplicación general de las directrices para el desarrollo de la calidad de la educación médica básica<sup>9</sup>. Se adoptaron las siguientes premisas para que los estándares internacionales pudiesen ser aceptados:

- Solo deberían cubrir aspectos generales para las facultades y de la educación médica.
- Los estándares deberían de englobar categorías amplias de contenido, proceso, ámbito educativo y resultado de la educación médica.
- Los estándares deberían ser útiles para el cambio y la reforma.
- El cumplimiento de los estándares debería ser una responsabilidad para cada comunidad, país o región.
- Los estándares deberían estar formulados de forma tal que hiciesen posible las diferencias regionales y nacionales en los programas educativos y que permitiesen los diferentes perfiles y desarrollo de las facultades individuales, respetando una autonomía razonable.
- El uso de estándares internacionales no implica o requiere una equivalencia total del contenido de los programas y los productos de las facultades.
- Los estándares deberían reconocer la naturaleza dinámica del desarrollo del programa.
- Los estándares están formulados como un instrumento que las facultades pueden usar para su desarrollo institucional y de su programa educativo.
- Los estándares no deben ser usados para establecer un ránking de facultades de medicina.
- La intención de los estándares no solo es delimitar los requerimientos mínimos, sino también estimular el desarrollo de calidad por encima de los niveles especificados. Los estándares, además de los requerimientos básicos, deberían incluir pautas para el desarrollo cualitativo.

- Los estándares deberían continuar desarrollándose mediante discusiones y consenso internacional.

- El valor de los estándares debe demostrarse con estudios evaluativos en cada región. Estos proyectos deberían estar basados en una combinación de autoevaluación institucional voluntaria y revisión entre pares.

- Los estándares no deben ser vistos como una obligación sino como una voluntad de mejora planificada. Además, algunas facultades podrían desarrollar una calidad tan específica que les hiciese ir más allá de los estándares alcanzados por la mayoría de las otras facultades. Estas cualidades deberían de servir a la larga como ejemplos para establecer nuevos objetivos en el resto de facultades de medicina.

- Los estándares deben 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 las facultades, especialmente cuando se pretende su reorientación y reforma, y también para promover su mejora continuada y su desarrollo.

- La adopción de estándares aceptados internacionalmente puede constituir la base para la evaluación a nivel nacional de las facultades y también como un reconocimiento regional más amplio.

- La WFME considera que la aplicación de los estándares puede facilitar la discusión y estimular el desarrollo de un consenso sobre objetivos educativos, y ayudar a las facultades a formular las bases esenciales de sus programas educativos y a definir el núcleo de la educación médica. Los estándares abrirán oportunidades para la investigación y el desarrollo educativo y fomentarán la discusión y cooperación entre departamentos y otras barreras estructurales

- La existencia de los estándares dará poder a los educadores y los reforzará en el proceso de introducir cambios y servirá de guía a los estudiantes de medicina.

- La aceptación de los estándares ahorrará tiempo y recursos para el diseño curricular.

- La adopción de los estándares para la evaluación de la calidad, dará una valiosa orientación a los agentes financiadores, a los políticos y a la sociedad en general.

- Basar la educación médica en estándares internacionales compartidos, facilitará el intercambio de estudiantes y la entrada de médicos en países diferentes de los que se han formado. En consecuencia,

se disminuirá la carga de juzgar las competencias de médicos que se han formado en facultades de otros países.

- Finalmente, las facultades, que no cumplan los estándares, podrán mejorar con la utilización de un sistema de evaluación y acreditación basado en estándares internacionales. Ello probablemente mejorará la calidad sanitaria a nivel nacional e internacional.

## USO DE LOS ESTÁNDARES

Los estándares para la educación médica básica (pregrado), han sido utilizados durante muchos años en algunos sistemas nacionales de evaluación y acreditación de la educación médica<sup>18-20</sup>. Los métodos utilizados varían de un país a otro.

La WFME opina que los estándares internacionales presentados pueden ser usados globalmente como un instrumento para asegurar la calidad y el desarrollo de la educación médica básica. Ello puede llevarse a cabo de diferentes formas, tales como:

- **Autoevaluación institucional.** La intención principal de la WFME al introducir un instrumento para la mejora de la calidad, es proveer un nuevo marco en el cual las facultades se puedan evaluar ellas mismas a través de una autoevaluación institucional voluntaria y establecer procesos de auto-mejora. Las pautas pueden ser consideradas como un manual de autoestudio para las facultades que pretendan alcanzar los Estándares Globales de la WFME en Educación Básica.

- **Revisión externa.** Este proceso puede desarrollarse todavía más con la inclusión de la evaluación y el consejo de comités de revisión externa.

- **Combinación de autoevaluación institucional y revisión externa.** La WFME considera que esta combinación es el método más válido.

- **Reconocimiento y acreditación.** Según las necesidades y tradiciones locales, las pautas también pueden ser usadas por agencias nacionales o regionales encargadas del reconocimiento y acreditación de las facultades.

## DEFINICIONES

La WFME recomienda los siguientes grupos de estándares en educación médica básica. 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 cubren:

1. Misión y objetivos
2. Programa educativo
3. Evaluación de los estudiantes
4. Estudiantes
5. Plantilla académica
6. Recursos educativos
7. Programa evaluativo
8. Gobernabilidad y gestión
9. Renovación continuada

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

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

- **Estándares básicos.** Son los que han de cumplir todas las facultades, y su cumplimiento ha de quedar de manifiesto en la evaluación de la facultad. 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 mejor práctica para las facultades y la educación médica básica. El cumplimiento o iniciativas para cumplir algunos o todos los estándares, deben ser documentados por las facultades. El cumplimiento de los estándares dependerá del estadio de desarrollo de cada facultad, sus recursos y su política educativa. Incluso las facultades más avanzadas 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. MISIÓN Y OBJETIVOS

### 1.1 FORMULACIÓN DE LA MISIÓN Y DE LOS OBJETIVOS

#### **Estándar básico:**

Las facultades **deben** definir su misión y objetivos y darlos a conocer a sus miembros. La formulación de la misión y de los objetivos **debe** describir el proceso educativo para producir un médico competente a un nivel básico, con unos fundamentos adecuados para la posterior formación en cualquier especialidad médica y de acuerdo con las funciones que los médicos puedan ejercer en el sistema sanitario.

#### **Desarrollo de la calidad:**

La misión y los objetivos **deberían** incluir la responsabilidad social, la función investigadora, el compromiso con la comunidad, y preparar para la formación de postgrado.

#### **Anotaciones:**

- *La formulación de la misión y los objetivos* incluiría aspectos generales y específico relevantes para las políticas nacionales y regionales.
- *Cualquier especialidad médica* hace referencia a todos los tipos de ejercicio y de investigación médica.
- *Formación de postgrado* incluiría la formación profesional postgraduada así como la formación médica continuada/desarrollo profesional.

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

#### **Estándar básico:**

La formulación de la misión y de los objetivos de una facultad de medicina **debe** ser hecha por sus agentes principales.

#### **Desarrollo de la calidad:**

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

#### **Anotaciones:**

- *Los agentes principales* serían el decano, miembros del claustro, la universidad, las autoridades gubernativas y la profesión médica.
- *El colectivo más amplio de agentes sociales* incluiría representantes de la plantilla académica, estudiantes, la comunidad, las autoridades educativas y sanitarias, las organizaciones profesionales y educadores de postgrado.

### 1.3 AUTONOMÍA ACADÉMICA

#### **Estándar básico:**

**Debe** existir una política de la cual los gestores y la plantilla académica de la facultad sean responsables, y les confiera la libertad para diseñar el currículum y ubicar los recursos necesarios para su aplicación.

#### **Desarrollo de la calidad:**

Las contribuciones de todo el personal académico **deberían** configurar el currículum real y los recursos educativos **deberían** ser distribuidos en relación a las necesidades educativas.

### 1.4 RESULTADO EDUCATIVO

#### **Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** definir las competencias

que los estudiantes deberían de mostrar en el momento de la graduación y estas estar relacionadas con su subsecuente formación y sus roles futuros dentro del sistema sanitario.

#### **Desarrollo de la calidad:**

Se **debería** especificar la relación de las competencias que deben adquirir al graduarse con las que se adquirirán en la formación de postgrado. Las medidas y la información de las competencias del licenciado, **deberían** ser utilizadas como *feed-back* para el desarrollo del programa educativo.

#### **Anotaciones:**

- *El resultado educativo* se definiría en términos de competencias que los estudiantes han de alcanzar antes de licenciarse.
- *Las competencias* dentro de la medicina y la práctica médica incluirían el conocimiento y la comprensión de las ciencias básicas, clínicas, sociales y del comportamiento, incluyendo la salud pública, la medicina comunitaria, y la ética médica relevantes para la práctica médica; las actitudes y habilidades clínicas (referentes al establecimiento del diagnóstico, procedimientos complementarios, comunicación, tratamiento y prevención de la enfermedad, promoción de la salud, rehabilitación, razonamiento clínico y capacidad para resolver problemas) y la habilidad para llevar a cabo un aprendizaje durante toda la vida y un desarrollo profesional continuo.

## **2. PROGRAMA EDUCATIVO**

### **2.1 MODELOS CURRICULARES Y MÉTODOS EDUCATIVOS**

#### **Estándar básico:**

La facultad **debe** definir el modelo curricular y los métodos educativos utilizados.

#### **Desarrollo de la calidad:**

El currículum y los métodos educativos **deberían** asegurar que los estudiantes se responsabilizasen de su proceso de aprendizaje y los **deberían** preparar para un proceso de aprendizaje autónomo de por vida

#### **Anotaciones:**

- *Los modelos curriculares* incluirían modelos basados en disciplinas, en áreas de conocimientos, en sistemas, en problemas, o en la comunidad, etc.
- *Los métodos de educación* incluyen los métodos de enseñanza y aprendizaje.
- *Los currícula y los métodos educativos* deberían fundamentarse en principios de aprendizaje sólidos, y deberían fomentar la habilidad para participar en el desarrollo científico de la medicina como profesionales y futuros colegas.

### **2.2 MÉTODO CIENTÍFICO**

#### **Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** enseñar los principios del método científico y de la medicina basada en la evidencia, incluyendo el pensamiento analítico y crítico a lo largo de su currículum.

#### **Desarrollo de la calidad:**

El programa **debería** incluir elementos para la formación de los estudiantes en el pensamiento científico y en los métodos de investigación.

#### **Anotaciones:**

*La formación en el pensamiento científico y en los métodos de investigación* puede incluir la realización de proyectos de investigación optativos por parte de los estudiantes de medicina.

### **2.3. CIENCIAS BIOMÉDICAS BÁSICAS**

#### **Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** identificar e incorporar en los currícula las contribuciones de las ciencias biomédicas que permitan la comprensión del conocimiento científico y de los conceptos y métodos necesarios para adquirir y aplicar las ciencias clínicas.

#### **Desarrollo de la calidad:**

Las contribuciones de los programas de las ciencias biomédicas en el currículum **deberían** adaptarse a los nuevos desarrollos científicos, tecnológicos y clínicos, así como también a las necesidades de salud de la sociedad.

#### **Anotaciones:**

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

### **2.4 CIENCIAS SOCIALES, DEL COMPORTAMIENTO Y ÉTICA MÉDICA**

#### **Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** identificar e incorporar en su currículum las contribuciones de las ciencias del comportamiento, ciencias sociales, ética y jurisprudencia médica para permitir una comunicación efectiva, toma de decisiones clínicas y una práctica ética.

#### **Desarrollo de la calidad:**

Las contribuciones de las ciencias sociales y las del comportamiento, así como la ética médica **deberían** adaptarse al desarrollo científico de la medicina, de acuer-

do con los contextos demográficos y culturales y con las necesidades sanitarias de la sociedad.

**Anotaciones:**

- *Las ciencias sociales y las del 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 las del 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.

## 2.5 CIENCIAS Y HABILIDADES CLÍNICAS

**Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** garantizar que al licenciarse, los estudiantes hayan tenido contacto con los pacientes y adquirir el conocimiento clínico suficiente y las habilidades para asumir la responsabilidad clínica apropiada.

**Desarrollo de la calidad:**

Cada estudiante **debería** tener contacto temprano con los pacientes y hacerle participar en la atención de los mismos. Los diferentes componentes de la formación en habilidades clínicas **deberían** estructurarse de acuerdo con la fase del programa de estudios.

**Anotaciones:**

- *Las ciencias clínicas* incluirían –dependiendo de las necesidades, los intereses y tradiciones locales– medicina interna (y las subespecialidades), cirugía (con sus subespecialidades), anestesia, dermatología y venereología, radiología diagnóstica, medicina de urgencias, medicina familiar, geriatría, obstetricia y ginecología, laboratorio, neurología, neurocirugía, oncología y radioterapia, oftalmología, cirugía ortopédica, otorrinolaringología, pediatría, anatomía patológica, fisioterapia y rehabilitación, psiquiatría, etc.

- *Las habilidades clínicas* cubren la capacidad para realizar la anamnesis, el examen físico, las exploraciones complementarias, los procedimientos diagnósticos, las prácticas de urgencia e incluyen también las habilidades de comunicación y para el liderazgo.

- *La responsabilidad clínica* apropiada incluiría la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado del paciente.

- *La participación en la atención del paciente* incluiría la experiencia comunitaria relevante y el trabajo en equipo con otros profesionales sanitarios

## 2.6 ESTRUCTURA, COMPOSICIÓN Y DURACIÓN DEL CURRÍCULUM

**Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** describir el contenido, la extensión y la secuencia de los cursos y otras actividades curriculares, incluyendo el equilibrio entre el contenido nuclear troncal y el optativo, el papel de la promoción de la salud, la medicina preventiva y la rehabilitación, así como la relación con las prácticas tradicionales o alternativas.

**Desarrollo de la calidad:**

Las ciencias básicas y clínicas **deberían** estar integradas en el curriculum.

**Anotaciones:**

- *Los contenidos nucleares o troncales y los optativos* se refieren a un modelo de programa con una combinación de elementos obligatorios y optativos u opciones especiales. La proporción entre los dos componentes puede variar.

- *La integración de las disciplinas* incluiría una integración horizontal (concurrente) y vertical (secuencial), de los componentes del curriculum.

## 2.7 GESTIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

**Estándar básico:**

Un comité curricular **debe** tener la responsabilidad y la autoridad para programar e implementar el currículum y para garantizar la consecución de los objetivos de la facultad de medicina.

**Desarrollo de la calidad:**

El comité curricular **debería** disponer de los recursos necesarios para programar e implementar nuevos métodos de enseñanza y aprendizaje, la evaluación de los estudiantes y de los cursos y las innovaciones curriculares. En el comité curricular **debería** haber una representación del personal docente, de los estudiantes y de otros agentes.

**Anotaciones:**

- *La autoridad* del comité curricular incluiría su supremacía por encima de los intereses departamentales o individuales y el control del currículum en el marco normativo y los reglamentos existentes y definidos para la estructura de gobierno de la institución.

- *Otras partes* incluirían otros participantes en el proceso educativo, representantes de otras profesiones sanitarias u otros comités universitarios.

## 2.8 RELACIÓN CON LA PRÁCTICA MÉDICA Y EL SISTEMA ASISTENCIAL

**Estándar básico:**

**Debe** garantizarse una relación operativa entre el

programa educativo y las fases subsecuentes de formación o práctica que el estudiante realizará después de licenciarse.

#### **Desarrollo de la calidad:**

El comité curricular **debería** buscar información del entorno en que los graduados trabajarán y **debería** de llevar a cabo modificaciones en el programa educativo como respuesta a esta información proveniente de la comunidad y la sociedad.

#### **Anotaciones:**

- *Las fases subsecuentes de formación* incluirían las de la formación profesional postgraduada.
- *La relación operativa* implicaría una clara definición y descripción de los elementos y sus interrelaciones en los diferentes estadios de formación y práctica, y debería de prestar atención al contexto local, nacional y regional.

### **3. EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES**

#### **3.1 MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

##### **Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** definir y explicitar los métodos utilizados para la evaluación de sus alumnos, incluyendo los criterios para superar los exámenes.

##### **Desarrollo de la calidad:**

La fiabilidad y validez de los métodos evaluativos **deberían** ser documentadas y valoradas, y convendría desarrollar nuevos métodos evaluativos.

##### **Anotaciones:**

- *La definición de los métodos utilizados para evaluar* incluye consideraciones sobre el balance entre evaluación formativa y sumativa, el número de exámenes y otros tests, el balance entre exámenes escritos y orales, el uso de la valoración normativa y de criterios y el uso de tipos especiales de exámenes, p.e. exámenes clínicos objetivos y estructurados (ECOES).
- *La valoración de los métodos de evaluación* puede incluir consideraciones sobre como las evaluaciones promueven el aprendizaje.
- *Los nuevos métodos evaluativos* pueden incluir el uso de examinadores externos.

#### **3.2 RELACIÓN ENTRE EVALUACIÓN Y APRENDIZAJE**

##### **Estándar básico:**

Los principios, los métodos y las prácticas evaluadoras **deben** ser claramente compatibles con los objetivos educativos y **deben** promover el aprendizaje.

##### **Desarrollo de la calidad:**

El número y naturaleza de los exámenes **debería** evolucionar integrando la evaluación de elementos diversos del currículum para fomentar el aprendizaje integrado. La necesidad de aprender cantidades excesivas de información **debería** reducirse y evitar la sobrecarga del currículum.

##### **Anotaciones:**

*Integrar la evaluación de elementos diversos del currículum* incluiría consideraciones referentes a evitar efectos negativos en el aprendizaje.

### **4. ESTUDIANTES**

#### **4.1 POLÍTICAS DE ADMISIÓN Y SELECCIÓN**

##### **Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** tener una política de admisión en la que quede claramente explicitado el proceso de selección de los estudiantes.

##### **Desarrollo de la calidad:**

La política de admisión **debería** ser revisada periódicamente, basada en información social y profesional relevante, para cumplir con las responsabilidades sociales de las instituciones y las necesidades sanitarias de la comunidad y de la sociedad. Se **debería** especificar la relación entre selección, programa educativo y cualidades deseadas de los graduados.

##### **Anotaciones:**

- *El proceso de selección de los estudiantes* incluiría la racionalidad y los métodos del proceso de selección y podría incluir la descripción de un mecanismo de apelación.
- *La revisión de las políticas de admisión* y de captación de estudiantes incluiría la mejora de los criterios de selección, para predecir la capacidad de los estudiantes de convertirse en médicos y cubrir las variadas competencias de la medicina.

#### **4.2 ADMISIÓN DE ESTUDIANTES**

##### **Estándar básico:**

El número de estudiantes admitidos **debe** estar relacionado con la capacidad de la facultad incluyendo todas las etapas educativas.

##### **Desarrollo de la calidad:**

El número y la tipología de los estudiantes admitidos **deberían** ser consultados con los agentes sociales relevantes y regulados periódicamente para ajustarse a las necesidades de la comunidad y la sociedad.

**Anotaciones:**

• *Las necesidades de la comunidad y la sociedad* pueden incluir consideraciones de admisión equilibrada de acuerdo con el sexo, etnia y otros requerimientos sociales, incluyendo la necesidad potencial de una política de admisión especial para estudiantes no privilegiados.

• *Los agentes sociales* incluirían aquellos responsables de planificar y desarrollar los recursos humanos del sector sanitario nacional.

**4.3 SOPORTE Y CONSEJO AL ESTUDIANTE**

**Estándar básico:**

La facultad **debe** ofrecer un programa de soporte y consejo al estudiante.

**Desarrollo de la calidad:**

El dar consejo **debería** estar basado en el seguimiento del progreso de los estudiantes y también **debería** de hacer frente a las necesidades sociales y personales de los estudiantes.

**Anotaciones:**

*Las necesidades sociales y personales* incluirían el soporte académico, la orientación académica, los problemas de salud y los financieros.

**4.4 REPRESENTACIÓN ESTUDIANTIL**

**Estándar básico:**

La facultad **debe** tener una política sobre representación de estudiantes y su participación apropiada en el diseño, administración y evaluación del currículum, así como en otros aspectos relevantes para los estudiantes.

**Desarrollo de la calidad:**

Se **debería** estimular y facilitar las actividades estudiantiles y las organizaciones de estudiantes.

**Anotaciones:**

*Las actividades y organizaciones de estudiantes* incluirían el autogobierno de los estudiantes y la representación en comités educativos y otros órganos relevantes así como en actividades sociales.

**5. PERSONAL ACADÉMICO**

**5.1 POLÍTICA DE RECLUTAMIENTO**

**Estándar básico:**

La facultad de medicina **debe** tener una política de selección del profesorado que defina el tipo, las responsabilidades y el balance del personal académico necesario para implementar el currículum adecuadamente, inclu-

yendo el equilibrio entre el personal académico médico y no médico, y entre el personal a jornada completa y a tiempo parcial, cuyas responsabilidades **deben** estar explícitamente especificadas y controladas.

**Desarrollo de la calidad:**

Se **debería** desarrollar una política con los criterios de selección de personal, incluyendo los méritos científicos, educativos y clínicos, la relación con la misión de la institución, las consideraciones económicas y los aspectos localmente significativos.

**Anotaciones:**

• *El balance del personal académico* incluiría el personal con responsabilidades conjuntas en las ciencias básicas y clínicas, en la universidad y en la asistencia sanitaria y los profesores con responsabilidades y nombramientos compartidos.

• *Los aspectos de significación local* pueden incluir el sexo, la etnia, la religión, el idioma u otros relevantes para la facultad.

• *Los méritos pueden ser medidos por las calificaciones* formales, la experiencia profesional, los resultados de investigación, la experiencia docente, el reconocimiento externo, etc.

**5.2 POLÍTICAS Y DESARROLLO DE PERSONAL**

**Estándar básico:**

La facultad **debe** tener una política de personal orientada a un equilibrio entre la capacidad docente, la investigación y las funciones de gestión, que garantice el reconocimiento de las actividades académicas meritorias, con énfasis en la obtención de resultados de investigación y los méritos docentes.

**Desarrollo de la calidad:**

La política de personal **debería** incluir la formación de los profesores, su desarrollo y la evaluación del profesorado. Se **debería** tener en cuenta la proporción profesor/estudiantes en cada componente del currículum, y la representación de los profesores en los órganos relevantes de la institución.

**Anotaciones:**

• *Las funciones de servicio* incluirían las tareas clínicas en el sistema sanitario, las funciones administrativas y de liderazgo, etc.

• *El reconocimiento de actividades académicas* meritorias se realizaría mediante premios, ascensos y/o remuneraciones.



## 6. RECURSOS EDUCATIVOS

### 6.1 INSTALACIONES

#### Estándar básico:

La facultad de medicina **debe** tener suficientes instalaciones para el personal y los estudiantes para garantizar que el currículum sea implementado adecuadamente.

#### Desarrollo de la calidad:

El entorno de aprendizaje para los estudiantes **debería** mejorar mediante el acondicionamiento y ampliación de las instalaciones periódicas para adaptarse a los avances de las prácticas educativas.

#### Anotaciones:

*Las instalaciones* incluirían aulas, salas de seminarios, laboratorios, bibliotecas, aulas de informática, zonas de descanso, etc.

### 6.2 RECURSOS PARA LA FORMACIÓN CLÍNICA

#### Estándar básico:

La facultad **debe** garantizar una experiencia clínica adecuada, incluyendo suficientes pacientes e instalaciones para la formación clínica.

#### Desarrollo de la calidad:

Las instalaciones para la formación clínica **deberían** garantizar una formación clínica adecuada a las necesidades de la población

#### Anotaciones:

• *Las instalaciones para la formación clínica* incluirían hospitales (tanto de nivel comarcal y de referencia como terciarios), servicios ambulatorios, centros de asistencia primaria, y laboratorios de habilidades clínicas y simulaciones.

• *Las instalaciones para la formación clínica* deberían ser revisadas regularmente para valorar su calidad con relación a los programas de formación médica.

### 6.3. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

#### Estándar básico:

La facultad **debe** tener una política que incluya la evaluación y el uso efectivo de tecnología de la información y la comunicación en los programas educativos.

#### Desarrollo de la calidad:

Se **debería** animar a los profesores y los estudiantes a hacer uso de la informática para el autoaprendizaje, para acceder a la información para la gestión de pacientes y para el trabajo en los sistemas sanitarios.

#### Anotaciones:

• Una política sobre el uso de ordenadores, redes internas y externas y otros aspectos de la informática, comportaría la coordinación con los servicios de biblioteca de la institución.

• El uso de la *informática* puede ser parte de la educación de la medicina basada en la evidencia y en la preparación de los estudiantes en la educación médica continuada y el desarrollo profesional.

### 6.4 INVESTIGACIÓN

#### Estándar básico:

La facultad **debe** tener políticas que fomenten la relación entre la investigación y la educación, y **debe** definir las instalaciones para la investigación, así como las áreas prioritarias de investigación.

#### Desarrollo de la calidad:

La interacción entre investigación y las actividades educativas **debería** reflejarse en el currículum y tener influencia en la enseñanza y **debería** animar y preparar a los estudiantes para incorporarse a la investigación y facilitar su desarrollo.

### 6.5 EXPERTEZA EDUCATIVA

#### Estándar básico:

La facultad **debe** tener una política sobre la experteza educativa necesaria para planificar la educación médica y el desarrollo de métodos docentes.

#### Desarrollo de la calidad:

La facultad **debería** tener acceso a expertos educativos y demostrar el uso de esta experteza en el desarrollo del personal docente y para la investigación en educación médica.

#### Anotaciones:

• *La experteza educativa* se encargaría de los problemas, procesos y práctica de la educación médica e incluiría médicos con experiencia en investigación sobre educación médica, psicólogos educativos y sociólogos, etc. La experteza educativa puede ubicarse en una unidad educativa de la institución o ser obtenida de otra institución nacional o internacional.

• *La investigación en educación médica* estudia la efectividad de los métodos de enseñanza y aprendizaje, así como el contexto institucional en el sentido más amplio.

### 6.6 INTERCAMBIOS EDUCATIVOS

#### Estándar básico:

La facultad **debe** tener una política de colaboración

con otras instituciones educativas y para la transferencia de los créditos educativos.

**Desarrollo de la calidad:**

El intercambio regional e internacional de personal académico y estudiantes **debería** ser facilitado dotándolo de recursos adecuados.

**Anotaciones:**

- La transferencia de *créditos educativos* se puede facilitar mediante la coordinación activa de programas entre las facultades.
- *Otras instituciones educativas* incluirían otras facultades de medicina o centros de salud pública, otras facultades, e instituciones docentes de otros profesional sanitarios o relacionados con la salud.

## 7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

### 7.1 MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

**Estándar básico:**

La facultad **debe** establecer un mecanismo para la evaluación de los programas educativos que haga un seguimiento de la implementación del currículum y del progreso de los estudiantes, y que garantice que los problemas son identificados y solucionados.

**Desarrollo de la calidad:**

La evaluación de los programas educativos **debería** incluir el contexto de los procesos educativos, los componentes específicos del currículum y los resultados obtenidos.

**Anotaciones:**

- *Los mecanismos para la evaluación de los programas educativos* implicarían el uso de métodos válidos y fiables y requeriría que los datos básicos sobre el currículum médico fuesen públicos. La implicación de expertos en educación médica pondría en evidencia la calidad de la educación médica.
- *Los problemas identificados* se presentarían y se resolverían en el comité curricular.
- *El contexto de los procesos educativos* incluiría la organización y los recursos así como también el entorno de aprendizaje y la cultura de la facultad.
- *Los componentes específicos de la evaluación del currículum* incluirían la descripción del curso y el rendimiento de los estudiantes.
- La medida de los *resultados* se haría por ejemplo por la elección de carrera profesional y el rendimiento en la formación postgraduada.

### 7.2 FEED-BACK DE PROFESORES Y ESTUDIANTES

**Estándar básico:**

**Debe** buscarse, analizarse y responderse sistemáticamente a la información obtenida de los profesores y estudiantes.

**Desarrollo de la calidad:**

Se **debería** implicar activamente a los profesores y a los estudiantes en la planificación la evaluación del programa, y en el uso de los resultados para el desarrollo y mejora del programa.

### 7.3 RENDIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES

**Estándar básico:**

El rendimiento de los estudiantes **debe** analizarse en relación con el currículum y con la misión y objetivos de la facultad.

**Desarrollo de la calidad:**

El rendimiento de los estudiantes **debería** analizarse en relación con los orígenes, las condiciones y sus notas de entrada, y **debería** utilizarse para dar *feed-back* a los comités responsables de la selección de estudiantes, de la planificación del currículum y la autorización de los estudiantes.

**Anotaciones:**

Las medidas del rendimiento *de los estudiantes* incluirían información sobre la duración media de los estudios, calificaciones, la proporción entre aprobados y suspensos en los exámenes, proporción entre éxito y abandono, informes de los estudiantes sobre el rendimiento en sus asignaturas, así como el tiempo utilizado por los estudiantes en sus áreas de interés.

### 7.4 IMPLICACIÓN DE LOS DIFERENTES AGENTES SOCIALES

**Estándar básico:**

La evaluación del programa educativo **debe** incluir el gobierno y la gestión de la facultad, del personal académico y los estudiantes.

**Desarrollo de la calidad:**

Un amplio abanico de agentes sociales **debería** tener acceso a los resultados obtenidos y a la evaluación del programa, y **deberían** tenerse en cuenta sus opiniones sobre la relevancia y el desarrollo del currículum.

**Anotaciones:**

*Un abanico más amplio de agentes sociales* incluiría autoridades educativas y sanitarias, representantes de la

comunidad, organizaciones profesionales y responsables de la educación de postgrado.

## 8. GOBIERNO Y GESTIÓN

### 8.1 GOBIERNO

#### Estándar básico:

Se **deben** definir las estructuras de gobierno de la facultad y sus funciones, incluyendo sus relaciones con la universidad.

#### Desarrollo de la calidad:

Las estructuras de gobierno **deberían** establecer la estructura de comités y reflejar la representación del personal académico, estudiantes y otros agentes sociales.

#### Anotaciones:

- *La estructura de comités* incluiría un comité curricular con autoridad para diseñar y gestionar el currículum de medicina.
- Si la facultad es parte o está adscrita a la universidad, deberían especificarse *las relaciones* con la misma y con sus estructuras de gobierno.
- *Otros agentes sociales* incluirían los ministerios de educación superior y sanidad, y otros representantes del sector sanitario y de la población.

### 8.2 LIDERAZGO ACADÉMICO

#### Estándar básico:

La responsabilidad de liderar académicamente el currículum por parte de la facultad **debe** ser claramente definida.

#### Desarrollo de la calidad:

El liderazgo académico **debería** ser evaluado periódicamente en relación con el cumplimiento de la misión y objetivos de la facultad.

### 8.3 PRESUPUESTO EDUCATIVO Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

#### Estándar básico:

La facultad **debe** tener la responsabilidad y la autoridad sobre el currículum y la provisión de los recursos necesarios, incluyendo un presupuesto educativo específico.

#### Desarrollo de la calidad:

La facultad **debería** tener autonomía suficiente para distribuir los recursos, incluyendo la remuneración del personal docente, de forma adecuada para conseguir los objetivos globales de la facultad.

#### Anotaciones:

*El presupuesto educativo* dependería de la práctica presupuestaria de cada país e institución.

### 8.4. PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN

#### Estándar básico:

El personal administrativo de la facultad **debe** ser suficiente para la aplicación del currículum de la facultad, y otras actividades y para garantizar la buena gestión y el uso de sus recursos.

#### Desarrollo de la calidad:

La administración **debería** incluir un programa de garantía de calidad, cuya gestión debería revisarse regularmente.

### 8.5 RELACIONES CON EL SECTOR SANITARIO

#### Estándar básico:

La facultad **debe** establecer una interacción constructiva con el sector asistencial y los relacionados con la sanidad, así como con la administración.

#### Desarrollo de la calidad:

**Debería** formalizarse la colaboración con las organizaciones del sector sanitario.

#### Anotaciones:

- *El sector sanitario* incluiría el sistema asistencial, tanto público como privado, así como las instituciones de investigación biomédica, etc.
- *El sector relacionado con la sanidad* incluiría, dependiendo de los temas y la organización local, las instituciones y los agentes reguladores implicados en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, (p.e. con responsabilidades nutricionales, de bienestar social y de medio ambiente).

## 9. RENOVACIÓN CONTINUADA

#### Estándar básico:

La facultad, como institución dinámica, **debe** iniciar procedimientos para una revisión y puesta al día de su estructura y funciones, y **debe** corregir las deficiencias detectadas.

#### Desarrollo de la calidad:

El proceso de renovación **debería** estar basado en estudios y análisis prospectivos y **debería** llevar a la revisión de las políticas y las prácticas en las facultades de acuerdo con las experiencias acumuladas, las actividades presentes y las perspectivas futuras. Haciéndolo así, debería incluir los siguientes puntos:

- *La adaptación de la misión y los objetivos de la facultad al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad.*

- *La modificación de las competencias necesarias de los licenciados de acuerdo con las necesidades documentadas del entorno en el que los licenciados ejercerán. La modificación debería incluir las habilidades clínicas y la formación en salud pública, y su implicación en la atención de los pacientes al nivel de las responsabilidades exigibles a los graduados.*

- *La adaptación del modelo curricular y de los métodos educativos para garantizar que son apropiados y relevantes.*

- *La adecuación de los elementos curriculares y sus relaciones para adaptarse a los avances en las ciencias biomédicas, las ciencias del comportamiento, las ciencias sociales, las ciencias clínicas, los cambios en el perfil demográfico y del patrón salud/enfermedad de la población, y de las condiciones socioeconómicas y culturales. Esta adecuación debería garantizar que la inclusión de nuevos conocimientos, conceptos y métodos relevantes, y que los obsoletos sean eliminados de los programas educativos.*

- *El desarrollo de principios y de los métodos evaluativos, así como el número de los exámenes debe corresponderse con los cambios en los objetivos educativos y los métodos y objetivos de aprendizaje.*

- *Adaptación de las políticas de admisión de estudiantes y de los métodos de selección a los cambios de las expectativas y circunstancias, a las necesidades de recursos humanos, a los cambios en el sistema educativo de pregrado y los requerimientos del programa educativo.*

- *Adaptación de la política de selección del profesorado de acuerdo con las necesidades cambiantes de la facultad.*

- *Puesta al día de los recursos educativos de acuerdo con las necesidades cambiantes de la facultad, p.e. entrada de estudiantes, cantidad y perfil del personal académico, el programa educativo y los principios educativos actuales.*

- *Mejora del proceso de seguimiento y evaluación de los programas educativos.*

- *Desarrollo de la estructura organizativa y de gestión para adaptarse a las circunstancias cambiantes y las necesidades de la facultad y con el paso del tiempo, acomodarse a los intereses de los diferentes agentes sociales.*

# Orientaciones para la recogida de datos

La función de esta guía es ayudar a las facultades de medicina a revisar su programa educativo según los Estándares Globales de la WFME sobre Educación Médica de Pregrado.

La recogida de datos organizada según las Áreas y Subáreas de los Estándares Globales, debería producir un documento que diese respuestas generales a todos los temas. Las respuestas deberían, dentro de lo posible, estar referenciados a documentos publicados que se habrían de adjuntar.

Se anima a las facultades de medicina a hacer un análisis de sus puntos fuertes y débiles, peligros y oportunidades relevantes de sus programas educativos en relación con los Estándares de la WFME.

La información sobre los procesos utilizados para tomar las decisiones y las razones para tomarlas, pudiendo ser tan importantes como las mismas decisiones, deben ser también recogidas.

## 1. MISIÓN Y OBJETIVOS

### 1.1. FORMULACIÓN DE LA MISIÓN Y DE LOS OBJETIVOS

#### **Básico**

• Describir o aportar una copia de la misión y de los objetivos de la facultad y hacer constar si se han hecho públicos. Los objetivos detallados del currículum deberían estar descritos.

• ¿Cómo se les hace saber a los diferentes elementos relevantes de la facultad y de su entorno?

#### **Calidad**

• Especificar como la responsabilidad social, la investigación, la implicación de la comunidad y la preparación para el postgrado están reflejados en los objetivos.

• Dar las referencias de otros enunciados de la misión y objetivos que se hayan publicado.

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

#### **Básico**

• ¿Cuáles son los principales agentes sociales de la facultad?

• ¿Cómo ha involucrado la facultad a los agentes principales en la formulación de su misión y de sus objetivos?

#### **Calidad**

• ¿A qué otros grupos ha consultado la facultad además de los agentes sociales principales?

• ¿Cómo consulta la facultad a estos grupos y los implica en la adaptación permanente de la misión y de los objetivos?

### 1.3. AUTONOMÍA ACADÉMICA

#### **Básico**

• Describir o aportar copias de las políticas institucionales y gubernamentales que confieren a la facultad la responsabilidad sobre el currículum y la asignación de recursos.

#### **Calidad**

• ¿Qué políticas y prácticas tiene la facultad para garantizar que la enseñanza tanto de los profesores como de los departamentos están en consonancia con el diseño del programa educativo?

• ¿Cómo se evalúa esto y cómo se corrige?

• ¿Cuál es el proceso de la facultad para revisar que la distribución de recursos permite el desarrollo curricular?

### 1.4. RESULTADOS EDUCATIVOS

#### **Básico**

• ¿Cuáles son las competencias fundamentales (conocimientos, habilidades y actitudes) necesarias para que los estudiantes se gradúen?

• ¿Cómo se relacionan estas competencias terminales con la formación posterior de los graduados?

• ¿Cómo se relacionan estas competencias terminales con las necesidades (existentes y emergentes) de la sociedad en la que ejercerán los estudiantes?

#### **Calidad**

• Especificar como las competencias necesarias para licenciarse se relacionan con la formación de postgrado.

• ¿Cómo mide y obtiene la facultad la información sobre las competencias de sus graduados?

• ¿Cómo repercute en la facultad esta información para desarrollar sus programas educativos?

## 2. PROGRAMA EDUCATIVO

### 2.1. MODELOS CURRICULARES Y MÉTODOS EDUCATIVOS

#### **Básico**

- ¿Cuáles son los principios que guían el diseño curricular y los tipos de métodos de enseñanza utilizados para implementarlo?

#### **Calidad**

- ¿Cómo fomentan, el currículum y la metodología educativa, que los estudiantes asuman la responsabilidad sobre su aprendizaje?
- Especificar el punto de vista de la facultad respecto al papel de la metodología educativa utilizada en fomentar en los estudiantes, una actividad de aprendizaje continuada a lo largo de toda la vida.

### 2.2. MÉTODO CIENTÍFICO

#### **Básico**

- ¿Cuáles son los componentes del currículum que inculcan los principios del método científico y de la medicina basada en la evidencia, y promueven el pensamiento analítico y crítico?

#### **Calidad**

- ¿Cuáles son las oportunidades específicas que se ofrecen a los estudiantes para adquirir formación para la investigación?

### 2.3. CIENCIAS BIOMÉDICAS BÁSICAS

#### **Básico**

- ¿Cuáles son las ciencias biomédicas básicas que constituyen el currículum?
- ¿Cómo se integra su contribución con la de las ciencias clínicas en las diferentes fases del currículum?

#### **Calidad**

- ¿Cuál es el proceso por el cual la facultad incorpora en el currículum los avances en las ciencias biomédicas básicas para desarrollar la práctica asistencial?

### 2.4. CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO Y ÉTICA MÉDICA

#### **Básico**

- ¿Qué ciencias sociales y del comportamiento, de la ética y de la jurisprudencia médicas están incluidas en el currículum?
- ¿Cómo contribuyen estas ciencias y disciplinas a des-

arrollar una comunicación efectiva, el proceso de decisión clínica y una práctica ética?

#### **Calidad**

- ¿Cuál es el proceso por el cual la facultad adapta al desarrollo científico, a la práctica y a la atención sanitaria, las contribuciones curriculares de las ciencias sociales, del comportamiento y de la ética médica?

### 2.5. CIENCIAS Y HABILIDADES CLÍNICAS

#### **Básico**

- ¿Cuáles son los objetivos específicos (conocimientos, habilidades y actitudes) que garantizan la competencia clínica al final de la licenciatura?
- ¿Cuáles son las disciplinas clínicas específicas y en qué nivel se han de cursar para adquirir los conocimientos, las habilidades y las actitudes exigidos?
- ¿Cuáles son los entornos asistenciales (asistencia ambulatoria, hospitalaria, comunitaria, rural, urbana, especializada, etc.) necesarios para alcanzar la competencia exigida?

#### **Calidad**

- ¿Qué oportunidades específicas se ofrecen a los estudiantes para participar en la atención de los pacientes.
- ¿Qué oportunidades específicas existen para que los alumnos adquieran una experiencia comunitaria relevante y para trabajar con otros profesionales sanitarios?

### 2.6. ESTRUCTURA, COMPOSICIÓN Y DURACIÓN DEL CURRÍCULUM

#### **Básico**

- Para los elementos obligatorios del programa, aportar un resumen de los temas/asignaturas enseñadas, y duración (horas/semanas) para cada semestre/año. Indicar el equilibrio entre clases, sesiones de aprendizaje en pequeños grupos, seminarios, prácticas de laboratorio, rotaciones clínicas, etc.
- Hacer una breve sinopsis de los temas específicos. Indicar donde se tratan los temas de promoción de la salud, de medicina preventiva y medicinas alternativas / no convencionales.
- Para los otros elementos y los optativos hacer un resumen semejante.

#### **Calidad**

- ¿Cuál es la política para facilitar la integración del currículum (horizontal/vertical y ciencias básicas / clínicas)?
- ¿Qué mecanismos existen para asegurar que esto ocurre?

## 2.7. GESTIÓN DEL PROGRAMA

### Básico

- ¿Cuál es el mandato y la composición del comité curricular? Específicamente, qué autoridad tiene el comité para resolver conflictos de principios educativos y determinar las contribuciones al currículum de las diferentes disciplinas?
- ¿Cómo se implementan sus decisiones?

### Calidad

- ¿Cuáles son los mecanismos de que dispone la facultad y cuáles son los recursos de que dispone el comité curricular para introducir innovaciones en la enseñanza y el aprendizaje, en la evaluación y en el currículum?

## 2.8. RELACIÓN CON LA PRÁCTICA MÉDICA Y EL SISTEMA ASISTENCIAL

### Básico

- ¿Qué relaciones existen entre el programa educativo de pregrado y la formación profesional postgraduada?
- ¿Qué programas de transición específicos hay en el currículum?
- ¿Existen representaciones recíprocas entre los comités responsables del programa de educación médica básica o de pregrado y las subsiguientes fases de la educación y de la formación?

### Calidad

- ¿Cómo obtiene el comité curricular la participación de los servicios sanitarios para la transición entre el programa médico básico y la siguiente etapa de formación?
- ¿Qué mecanismos existen para obtener y utilizar la información procedente de la comunidad y la sociedad?

## 3. EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

### 3.1. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

#### Básico

- Aportar la política institucional sobre la evaluación incluyendo los documentos distribuidos a los estudiantes en los que se especifican los calendarios de evaluación, la importancia de cada evaluación y los criterios para superar las pruebas.
- ¿Quién es el responsable de la política de evaluación?
- Describir la composición de los comités implicados y el papel que tiene cada uno de ellos.

#### Calidad

- ¿Cómo hace la facultad, el seguimiento de la fiabilidad y la validez de las evaluaciones?

- ¿Cómo se validan las evaluaciones internas en relación con los estándares externos?
- ¿Qué procesos de validación se siguen para introducir nuevos métodos de evaluación?

### 3.2 RELACIÓN ENTRE EVALUACIÓN Y APRENDIZAJE

#### Básico

- ¿Cómo se hacen compatibles las prácticas de evaluación con los objetivos educativos y los procesos de aprendizaje?

#### Calidad

- ¿Cómo hace la facultad el seguimiento de la evaluación para conseguir reducir la sobrecarga curricular y estimular el aprendizaje integrado?
- ¿En qué medida se consigue una evaluación integrada de los diferentes elementos curriculares?

## 4. ESTUDIANTES

### 4.1. POLÍTICAS DE ADMISIÓN Y SELECCIÓN

#### Básico

- ¿Cuáles son los criterios académicos de admisión a la facultad?
- ¿Hay condiciones adicionales en el ámbito universitario o gubernamental?
- ¿Cuál es el organismo responsable de la selección?
- ¿Qué métodos se utilizan?
- ¿Cuáles son los mecanismos de apelación?

#### Calidad

- ¿Los métodos utilizados para seleccionar estudiantes demuestran la capacidad predictiva sobre la aptitud y capacidad para ejercer en las diversas áreas de la medicina?
- ¿Son coherentes con las responsabilidades sociales de la facultad y las necesidades sanitarias de la población?
- ¿Cómo evalúa el comité de selección el resultado de sus políticas en relación con los cumplimientos educativos subsecuentes?

### 4.2. ADMISIÓN DE ESTUDIANTES

#### Básico

- Describir el número de estudiantes admitidos y su distribución en las diferentes categorías (sexo, origen, clase social, etc.).
- ¿Cómo se determina el número de estudiantes admitidos en relación con la capacidad de la facultad?

### **Calidad**

- ¿Qué mecanismos existen para ajustar la admisión y las cuotas para los diferentes grupos?
- ¿Quién es consultado en relación con los cambios en el número y el perfil de los estudiantes admitidos?

## 4.3. APOYO Y CONSEJO AL ESTUDIANTE

### **Básico**

- ¿De qué servicios de apoyo al estudiante dispone la facultad?
- ¿A qué otros programas de apoyo a los estudiantes, pueden acceder a través de la facultad?
- ¿A qué otros servicios de apoyo proporcionados por otras instituciones, pueden acceder los estudiantes?

### **Calidad**

- ¿Qué mecanismos existen para identificar estudiantes con necesidades de apoyo espiritual, psicológico, social y/o académico?

## 4.4. REPRESENTACIÓN ESTUDIANTIL

### **Básico**

- ¿Cuál es la política de la facultad respecto la contribución de los estudiantes en cuestiones curriculares?
- ¿Cuál es la política de la facultad sobre la contribución de los estudiantes en otros aspectos relevantes para los estudiantes?
- ¿Cómo han contribuido los estudiantes al desarrollo de estas políticas?

### **Calidad**

- ¿Qué medidas prácticas toma la facultad para estimular a los estudiantes a participar en el autogobierno y en las actividades de los órganos de gobierno de la facultad?

## 5. PERSONAL ACADÉMICO

### 5.1. POLÍTICA DE SELECCIÓN

#### **Básico**

- ¿Cuáles son las políticas de la facultad para garantizar que los perfiles del personal docente se corresponden equilibradamente con el abanico de habilidades docentes necesarias para el desarrollo del currículum?
- ¿Cuáles son las condiciones para calificar a un candidato para ser admitido como docente en la facultad?
- ¿Existen políticas universitarias o gubernamentales que condicionen la capacidad de decisión de la facultad, respecto al personal?

- ¿Cuál es la relación entre el número de profesores médicos y no médicos y entre el personal a tiempo completo y a tiempo parcial en la facultad?
- ¿Cada cuanto tiempo revisa la facultad su lista de prioridades de personal?

### **Calidad**

- ¿Cómo piensa la facultad, mejorar la selección de su personal para alcanzar mejor su misión y objetivos?
- ¿Cómo influenciará esta mejora el énfasis en las capacidades científicas, educativas y clínicas de los futuros docentes?

## 5.2. POLÍTICAS Y DESARROLLO DE PERSONAL

### **Básico**

- ¿Qué política tiene la facultad para garantizar que la docencia, la investigación y sus contribuciones a la gestión son apropiadamente reconocidas y premiadas?
- ¿Existen otras regulaciones universitarias o gubernamentales adicionales?

### **Calidad**

- ¿Qué programas existen para el desarrollo del personal o están propuestos con el fin de permitir a los profesores actualizar sus habilidades y obtener el reconocimiento por su actuación académica?
- ¿Cómo se estimula su participación en los programas de desarrollo del profesorado?
- ¿Cómo se tiene en cuenta en las políticas de personal la relación profesor / estudiantes en los diferentes componentes curriculares?
- ¿En qué grado se garantiza la representación de profesores en los diferentes órganos de la facultad?

## 6. RECURSOS EDUCATIVOS

### 6.1. INSTALACIONES

#### **Básico**

- Describir brevemente cada una de las instalaciones disponibles para la docencia no clínica del currículum.
- ¿Cómo se revisa en la facultad la adecuación de los recursos educativos?
- ¿Qué mecanismos existen para recoger la opinión de los estudiantes y del profesorado sobre las instalaciones disponibles y necesarias?
- ¿Qué capacidad tiene la facultad de utilizar recursos para dar respuesta a sus deficiencias?



### **Calidad**

- Indicar qué planes existen para la mejora de las instalaciones para desarrollar las prácticas educativas.

## **6.2. RECURSOS PARA LA FORMACIÓN CLÍNICA**

### **Básico**

- Describir brevemente las instalaciones disponibles para la formación clínica (hospitales, ambulatorios, centros de asistencia primaria, laboratorios, etc.)
- ¿Cómo revisa la facultad la adecuación de las instalaciones y la disponibilidad de los pacientes para la enseñanza clínica?
- ¿Qué mecanismos existen para corregir las deficiencias?

### **Calidad**

- ¿Cómo se adapta la facultad y mejora el uso de sus instalaciones para la formación clínica, incluyendo laboratorios de habilidades e instituciones afiliadas, para dar respuesta a las necesidades cambiantes?

## **6.3. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

### **Básico**

- ¿Qué política tiene la facultad sobre utilización de la informática en su programa educativo?
- ¿Qué comité u órgano es el responsable de definir la política informática de la facultad?
- ¿Existen políticas universitarias o gubernamentales adicionales?
- ¿Qué capacidad tiene la facultad para dedicar los recursos de que dispone para el uso de la informática?

### **Calidad**

- ¿Cómo está mejorando la facultad el currículum mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?
- ¿En qué grado se están utilizando las TIC por los profesores y los estudiantes, en su autoaprendizaje para acceder a la información, para llevar pacientes y trabajar en el sistema sanitario?
- ¿Qué formación se ofrece al personal y a los estudiantes en el uso de las TIC?

## **6.4. INVESTIGACIÓN**

### **Básico**

- Hacer una breve descripción de las instalaciones disponibles en la facultad.
- ¿Cómo fomenta la facultad la interacción entre sus actividades educativas y de investigación?

### **Calidad**

- ¿Qué mecanismos existen para garantizar que las actividades de investigación estén reflejadas en el currículum y en la enseñanza?
- ¿Existen en la facultad iniciativas para implicar a los estudiantes en la investigación médica?

## **6.5. EXPERTEZA EDUCATIVA**

### **Básico**

- ¿De qué política o procedimientos dispone la facultad para garantizar que sus metodologías educativas son las apropiadas para la implementación del currículum?

### **Calidad**

- ¿Tiene la facultad acceso a una unidad experta en educación médica o a alguna otra expertise educativa?
- Describir la utilización que se hace de dicha expertise.

## **6.6. INTERCAMBIOS EDUCATIVOS**

### **Básico**

- ¿Qué política tiene la facultad para colaborar con otras instituciones educativas?
- Hacer un resumen de las colaboraciones existentes con otras instituciones y describir la naturaleza de estas relaciones (intercambio de estudiantes, intercambios de profesorado o de investigación).
- ¿Cuál es la política y la práctica de las facultades en la transferencia de créditos educativos?

### **Calidad**

- Describir las actividades de cooperación regional o internacional con otras facultades.
- ¿Qué capacidad tiene la facultad para destinar recursos a la cooperación internacional?

## **7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

### **7.1. MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS**

#### **Básico**

- ¿Cómo evalúa la facultad su programa educativo?
- ¿Hay algún grupo que de forma independiente haga el seguimiento de la actuación y de los resultados y garantice que los problemas identificados sean solucionados por el órgano correspondiente?
- ¿Qué datos de la evaluación se están recogiendo actualmente?

### **Calidad**

- Describir cómo se están reforzando y adaptando las actividades de evaluación para cubrir todos los componentes importantes del programa educativo.

### **7.2. FEED-BACK DE PROFESORES Y ESTUDIANTES**

#### **Básico**

- ¿Cómo recoge, analiza y utiliza la facultad las opiniones del personal y de los estudiantes sobre su programa educativo?

#### **Calidad**

- ¿Cómo estimula la facultad al personal y a los estudiantes a participar en las actividades de evaluación en el subsiguiente desarrollo del programa?

### **7.3. ACTUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES**

#### **Básico**

- ¿Qué datos estadísticos de la actuación de los estudiantes, con relación al programa y a la misión y objetivos de la facultad, son recogidos, se analizan, y cómo se utilizan?

#### **Calidad**

- ¿Cuáles son los parámetros individuales de cada estudiante que son controlados durante el curso, y qué implicación tiene ello en la selección de estudiantes, la planificación curricular y el apoyo / consejo a los estudiantes?

### **7.4. IMPLICACIÓN DE LOS DIFERENTES AGENTES SOCIALES**

#### **Básico**

- ¿Cómo se implican los principales agentes sociales de la facultad en la evaluación del programa educativo?
- ¿Cómo comunica la facultad los resultados de la evaluación del programa educativo a sus agentes sociales?

#### **Calidad**

- ¿En qué medida se implica a un abanico más amplio de agentes en la evaluación y desarrollo del programa educativo?
- ¿Qué mecanismos (formales e informales) se establecen para garantizar que las opiniones de las partes son tenidas en cuenta?

## **8. GOBERNABILIDAD Y GESTIÓN**

### **8.1. GOBERNABILIDAD**

#### **Básico**

- Describir la estructura de gobierno, su composición y funciones.
- Describir las relaciones entre la facultad y la universidad, si la facultad es parte o está adscrita a una universidad.

#### **Calidad**

- Describir como están representados y las funciones del personal académico, estudiantes y otros agentes sociales en las diversas estructuras y comités de gobierno.

### **8.2. LIDERAZGO ACADÉMICO**

#### **Básico**

- Describir la estructura de gestión académica indicando las líneas de responsabilización para cada área del programa educativo

#### **Calidad**

- ¿Cómo se evalúa la actuación de liderazgo académico en la facultad en relación con su misión y objetivos?

### **8.3. PRESUPUESTO EDUCATIVO Y UBICACIÓN DE RECURSOS**

#### **Básico**

- Describir las prácticas presupuestarias y la responsabilidad de la facultad en la ubicación de los recursos.

#### **Calidad**

- ¿Cómo se garantiza una gestión de recursos adecuada para alcanzar los objetivos de la facultad?

### **8.4. PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN**

#### **Básico**

- ¿Qué funciones de apoyo administrativo proporciona el personal de la facultad?
- Describir la estructura del personal administrativo para desarrollar estas funciones.
- ¿Cómo se determina el número de personal administrativo en relación al programa educativo y de otras actividades?

#### **Calidad**

- ¿Cómo se revisa la gestión del programa?
- ¿Dispone el componente administrativo y de gestión de la facultad de un programa de garantía de calidad?

## 8.5. RELACIONES CON EL SECTOR SANITARIO

### **Básico**

- Describir la relación entre la facultad y los servicios sanitarios con los que colabora, teniendo en cuenta la misión y los objetivos de la facultad, el programa educativo, la provisión de recursos, las instalaciones docentes y el personal.

### **Calidad**

- ¿Qué mecanismos formales existen para garantizar que la facultad interacciona constructivamente con el sector sanitario?
- Describir cualquier tipo de responsabilidad compartida entre la facultad y los proveedores de asistencia sanitaria.

## 9. RENOVACIÓN CONTINUADA

### **Básico**

- ¿Qué procedimientos utiliza la facultad regularmente para revisar y poner al día su misión, estructura y actividades?
- ¿Cada cuanto tiempo realiza la facultad estas revisiones?

### **Calidad**

- Describir las actividades recientes y las proyectadas con el propósito de garantizar que la facultad es capaz de dar respuesta en un entorno cambiante.

# Educación Médica de Postgrado

## Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad

### EL PROYECTO DE LA WFME SOBRE ESTÁNDARES EN EDUCACIÓN MÉDICA DE POSTGRADO

Para desarrollar el proyecto sobre *Estándares Internacionales en Educación Médica* en la educación médica de postgrado, la WFME, en junio de 2001, designó un Comité Internacional consistente en un Grupo de Trabajo y un Consejo Internacional de Expertos, encargados de definir estándares internacionales para programas educativos en educación médica de postgrado.

Las deliberaciones del Grupo de Trabajo, que se reunieron en Copenhague en septiembre de 2001, se basaron en materiales de diferentes orígenes<sup>8-12</sup>. En su *informe*, el Grupo de Trabajo definió una serie de estándares internacionales en educación médica de postgrado, diseñados para animar a las instituciones de educación médica de postgrado en diferentes niveles de desarrollo, y con diferentes condiciones educativas, socioeconómicas y culturales diferentes, a utilizar el sistema de estándares a un nivel apropiado para ellas. El énfasis se puso en el hecho de que los estándares funcionasen como una palanca para el cambio y la reforma.

El proyecto se revisó en base a los comentarios recibidos del Grupo Internacional de Expertos y de las conferencias internacionales donde se presentaron los resultados.

El documento final fue aprobado por el Comité Ejecutivo de la WFME en septiembre de 2002.

### FUNDAMENTOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA DE POSTGRADO

La educación médica de postgrado es la fase de la educación médica en que los médicos desarrollan competencias después de haber acabado la educación médica básica o de pregrado. Esta parte de la formación se desarrolla según normas y regulaciones específicas. La formación se desarrolla a partir de una estructura similar a la del aprendizaje, en la cual los médicos jóvenes en situaciones clínicas, están bajo la supervisión de colegas con más experiencia que asumen la responsabilidad de su formación e instrucción.

La educación médica de postgrado comprende la formación de la especialidad y subespecialidad, la medicina familiar y otros programas reglados de formación en diferentes áreas de expertise.

Además de los aspectos clínicos prácticos, se requiere cierta educación teórica. Esta se puede organizar de diferentes maneras, bien sea ligada a la formación clínica o a través de cursos teóricos regionales, nacionales o internacionales. Estos programas serían organizados por las universidades, comités de especialidad, sociedades médicas y colegios o institutos para la educación médica de postgrado.

La educación médica de postgrado es parte de la formación continuada en medicina, que también incluye la Educación Médica Continuada (EMC) o Desarrollo Profesional Continuo (DPC). La EMC/DPC se caracterizan por el aprendizaje autodirigido, más que por la formación supervisada. Todo y que a menudo se utilizan para designar el período que comienza después de completar la formación de pregrado o postgrado, es evidente que la EMC/DPC es una actividad que va más allá en el “continuum” de la educación médica.

Internacionalmente, hay variaciones considerables en el número de especialidades reconocidas y áreas de expertise en medicina y en la organización, la estructura, el contenido y los requerimientos en la educación médica de postgrado. Las calificaciones en áreas de expertise también se obtienen a través de la EMC. En algunas regiones del mundo, la formación especializada tiene lugar a través de contratos en departamentos hospitalarios/instalaciones sanitarias durante algunos años, mientras que en otros lugares hay cursos teóricos de corta duración sin requerimientos específicos de formación práctica.

De todas maneras, en las últimas décadas ha habido una convergencia creciente en métodos de formación haciendo énfasis en la formación práctica y teórica. Los principios modernos de educación médica han ejercido una influencia creciente en todos los países. En la educación médica de postgrado se han desarrollado programas de formación muy sofisticados, los cuales constan de formación clíni-

ca/práctica, supervisión de expertos, enseñanza teórica, investigación, evaluación sistemática y de los programas de formación.

La convergencia de los principios de la formación de postgrado en todo el mundo se ha promovido gracias a una mejora de la comunicación entre universidades/instituciones educativas, cuerpos reguladores, sociedades médicas y asociaciones médicas. Estas también han estado influenciadas por la mayor movilidad de los médicos y la internacionalización creciente de la medicina, con el soporte de acuerdos que permiten el intercambio internacional de médicos entre diferentes partes del mundo, p.e. EU, NAFTA y MERCOSUR. La importancia de este desarrollo para la profesión médica está documentada en Europa a través de la adopción de las Directivas para los Médicos<sup>13</sup> y el trabajo del Comité Asesor de Formación Médica de la Comisión Europea<sup>14</sup>. Por tanto se refuerza la necesidad de un sistema internacional de garantía de calidad en la educación médica de postgrado.

## CONCEPTO, OBJETIVOS Y RACIONALIDAD

Es posible definir estándares internacionales de aplicación general para la educación médica<sup>5</sup>. 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 enfermedad, y formas diferentes de proveer la asistencia sanitaria. Estas diferencias también pueden darse dentro de un mismo país. Las bases científicas de la medicina son universales. La tarea de la educación médica en todos los sitios, es proveer atención sanitaria. A pesar de estas variaciones, hay un alto nivel de equivalencias estructurales, de proceso y de producto de la educación médica de postgrado en todo el mundo.

Los estándares internacionales, por supuesto, han de ser modificados o complementados de acuerdo con las necesidades y prioridades regionales, nacionales e institucionales. Cada país tiene la responsabilidad de garantizar que su programa de formación médica de postgrado dé soporte a objetivos sanitarios nacionales.

La WFME también ha dejado bien claro que no pueden haber beneficios en fomentar la uniformidad de los programas educativos<sup>5</sup>. Y aún más, la garantía de calidad de los programas de formación médica ha de enfatizar la mejora, y ser una guía para alcanzar desarrollos para evitar interpretar

los estándares como un sistema de igualar a un nivel más bajo de calidad.

Una parte nuclear de la estrategia de la WFME es dar prioridad a las especificaciones de los estándares internacionales y pautas para la educación médica, incluyendo ambos a las instituciones y sus productos educativos. La adopción de los estándares internacionales constituirá un nuevo marco para las autoridades, organizaciones e instituciones responsables de la educación médica de postgrado, como instrumento de medida de ellas mismas. Aún más, los estándares aceptados internacionalmente podrían ser usados como base para el reconocimiento nacional y regional y la acreditación de programas educativos de postgrado.

La evaluación basada en estándares aceptados generalmente es un incentivo importante para la mejora y para incrementar la calidad de la educación médica, cuando se pretende una reordenación y una reforma y también para promover una mejora continua y un desarrollo.

La adopción de estándares aceptados internacionalmente tiene el potencial de sentar las bases para la evaluación nacional de la educación médica de postgrado así como un reconocimiento regional más amplio.

Los estándares globales compartidos en educación médica facilitarán la movilidad de los médicos, y facilitarán la aceptación de médicos en países diferentes a los que se han formado. Se facilitará por tanto el mantenimiento de las competencias de los médicos que se han formado en otros países.

Finalmente, los programas de formación subestándares se pueden mejorar con el uso de un sistema de evaluación y acreditación basado en estándares aceptados internacionalmente, mejorando así la calidad de los sistemas de salud tanto a nivel nacional como internacional.

## PREMISAS PARA LOS ESTÁNDARES DE POSTGRADO

El Grupo de Trabajo de la WFME aplicó los principios que se desarrollaron sobre la educación médica básica<sup>6</sup> a la educación médica de postgrado. La atención se centró en la aplicación general de las directivas para el desarrollo de la calidad de la educación médica. Se adoptaron las siguientes premisas para que los estándares internacionales en educación médica de postgrado fueran aceptados universalmente:

- Sólo se habrían de cubrir aspectos generales de la educación médica de postgrado.

- Los estándares habrían de englobar categorías amplias en contenidos, proceso, ámbito educativo y resultado de la educación médica de postgrado.

- Los estándares habrían de ser útiles para el cambio y la reforma.

- Los estándares no sólo han de servir para establecer requerimientos globales mínimos, sino también para estimular el desarrollo de la calidad, más allá de los niveles especificados.

- Los estándares habrían de estar formulados de forma tal que permitieran las diferencias nacionales y regionales en los programas educativos, y los diferentes perfiles y desarrollos a nivel local, nacional y regional.

- El cumplimiento de los estándares ha de ser responsabilidad de cada comunidad, país o región.

- El uso de un grupo común de estándares internacionales no implica o requiere una equivalencia completa del contenido de los programas y resultados de la educación médica de postgrado, pero las desviaciones tendrían que ser definidas claramente y razonadas.

- Los estándares deberían reconocer la naturaleza dinámica del desarrollo del programa.

- Los estándares están formulados como un instrumento que las autoridades responsables para la educación médica de postgrado, pueden usar para su desarrollo institucional y su programa educativo.

- Los estándares no han de ser usados para establecer un ránking de instituciones.

- Los estándares se deberían continuar 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 por los usuarios. Han de tener consecuencias prácticas, reconocer la diversidad y fomentar un desarrollo adecuado.

## USO DE LOS ESTÁNDARES

La WFME opina que los estándares internacionales presentados pueden ser usados globalmente como un instrumento para garantizar la calidad y el desarrollo de la educación médica de postgrado. Esto puede llevarse a cabo de diferentes formas como:

- **Autoevaluación institucional.** La intención principal de la WFME al introducir un instrumento para la mejora de la calidad, es proveer un nuevo marco en el cual las autoridades con responsabi-

dad en la educación médica de postgrado pueden valorarse ellas mismas a través de procesos de autoevaluación institucional voluntaria y establecer procesos de automejora. Las pautas pueden ser consideradas como un Manual de Autoevaluación.

- **Revisión externa.** Este proceso aún se puede desarrollar más, incluyendo la evaluación y el consejo de comités de revisión externos.

- **Combinación de autoevaluación institucional y revisión externa.** La WFME considera que esta combinación es el método más válido.

- **Reconocimiento y acreditación.** Dependiendo de las necesidades y tradiciones locales, las pautas también pueden ser usadas por agencias nacionales o regionales encargadas del reconocimiento y acreditación de la educación médica de postgrado.

## DEFINICIONES

La educación médica de postgrado se podría definir como la fase en la cual los médicos se forman bajo supervisión para una práctica independiente después de completar su formación médica básica. Consta de formación de especialista y subespecialista, medicina familiar y otros programas de formación reglados. Después de completar un programa de formación de postgrado reglado, normalmente se otorga un diploma o certificado.

Todo y que la educación médica de postgrado es una fase limitada en el continuum de la educación médica, no se puede separar claramente de la Educación Médica Continuada (EMC) o del Desarrollo Profesional Continuo (DPC). Estos llevan se llevan a cabo durante toda la vida profesional después de la licenciatura en la facultad y se caracterizan por el aprendizaje autodirigido y pocas veces comportan formación supervisada durante largos períodos de tiempo.

La WFME recomienda el siguiente grupo de estándares globales de la educación médica de postgrado estructurados de acuerdo con 9 áreas y 38 subáreas.

Las **ÁREAS** definidas como componentes amplios se refieren a la estructura, proceso y resultado de la educación médica de postgrado y formación cubren:

1. Objetivos y resultados
2. Proceso de formación
3. Evaluación de los residentes
4. Residentes
5. Plantilla académica
6. Marco para la formación y recursos educativos
7. Programa evaluativo

8. Gobernabilidad y gestión
9. Renovación continuada

Las **SUBÁREAS** se definen como aspectos específicos de una área, correspondientes a indicadores de actuación.

Los **ESTÁNDARES** se especifican para cada área utilizando dos niveles de adquisición:

- **Estándares básicos.** Los estándares se han de aplicar y su cumplimiento ha de quedar de manifiesto en la evaluación del programa de formación. Los estándares básicos se enuncian con la expresión “*se debe*”.

- **Estándares para el desarrollo de la calidad.** Son los que reflejan el consenso internacional sobre la mejor práctica para la educación médica de postgrado. El cumplimiento de estos estándares dependerá del estadio de desarrollo del programa de formación, sus recursos, la política educativa y otras condiciones locales que influyan en la relevancia y las prioridades. Incluso los programas más avanzados no pueden cumplir todos los 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. MISIÓN Y RESULTADOS

### 1.1. FORMULACIÓN DE LA MISIÓN Y DE LOS RESULTADOS

#### Estándares básicos

Las autoridades competentes **deben** definir, consultadas las organizaciones profesionales, la misión y los resultados que se esperan para los diferentes tipos de formación médica de postgrado, y hacerlos públicos. La formulación de la misión y de los resultados **debe** describir el proceso educativo del que ha de resultar un médico competente para ejercer una práctica médica amplia y actualizada en el campo de la medicina de una forma profesional, sin supervisión ya sea de forma independiente ya sea en el seno de un equipo, y de acuerdo con las funciones que los médicos pueden ejercer en el sistema sanitario.

#### Desarrollo de la calidad

La misión y los objetivos **deberían** estimular una innovación apropiada en el proceso de formación y permitir el desarrollo de las competencias más amplias de las requeridas mínimamente, y persistir constantemente para mejorar la atención del paciente que sea apropiada, efectiva y compasiva, para afrontar los problemas de salud y la

promoción de la salud. La formación **debería** animar a los médicos a convertirse en expertos en su especialidad y **debería** prepararlos para un aprendizaje autodirigido a lo largo de la vida y estar a punto para proseguir la educación médica y el desarrollo profesionales.

#### Anotaciones:

- *La formulación de la misión y de los resultados* incluiría aspectos generales y específicos relevantes para las políticas nacionales y regionales.

- *Las autoridades competentes* incluirían organizaciones locales y nacionales implicados en la regulación de la educación médica de postgrado y podría ser una agencia gubernamental nacional, un consejo nacional, una universidad, una organización profesional competente o una combinación de varias de ellas.

- *Los tipos de formación médica de postgrado* incluirían la residencia, la formación sistemática vocacional, la formación especializada y otras formas regladas de formación para alcanzar la expertise en áreas específicas de la medicina.

- *Convertirse en expertos* se refiere a un compromiso más profundo y/o amplio en el desarrollo de la disciplina, incluyendo la responsabilidad para la educación, desarrollo, investigación y gestión.

- *La especialidad* incluiría especialidades reconocidas, incluyendo medicina general, subespecialidades y otras áreas de expertise.

### 1.2. PARTICIPACIÓN EN LA FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y DE LOS RESULTADOS

#### Estándares básicos

La formulación de la misión y de los resultados de la formación de postgrado **debe** ser hecha por sus agentes principales.

#### Desarrollo de la calidad

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

#### Anotaciones:

- *Los agentes principales* serían los residentes, los directores de programas, las sociedades científicas, las administraciones hospitalarias, las autoridades gubernamentales y las asociaciones u organizaciones profesionales.

- *El colectivo más amplio de agentes sociales* incluiría una representación de los supervisores, profesores, tutores, otros profesionales sanitarios, pacientes, la comunidad, organizaciones y autoridades sanitarias.

### 1.3. PROFESIONALIDAD Y AUTONOMÍA

#### Estándares básicos

El proceso de formación, basado en la educación médica básica reconocida, **debe** reforzar aún más la profesionalidad del médico.

#### Desarrollo de la calidad

La formación **debería** fomentar la autonomía profesional para permitir al médico actuar en el mejor interés del paciente y del público.

#### Anotaciones:

La *profesionalidad* describe el conocimiento, las habilidades, las actitudes y los comportamientos que los pacientes y la sociedad esperan de los individuos durante el ejercicio de su profesión e incluye conceptos como la capacidad de aprender a lo largo de la vida y el mantenimiento de la competencia, mantenerse informado, 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.

### 1.4. RESULTADOS DEL PROCESO FORMATIVO

#### Estándares básicos

Las autoridades competentes relevantes, de acuerdo con las organizaciones profesionales, **deben** definir las competencias que han de adquirir los residentes como resultado de los programas de formación.

#### Desarrollo de la calidad

Se **debería** especificar tanto las competencias más generales como las más específicas que deben adquirir los residentes, y su relación con las competencias obtenidas como resultado de la educación médica básica. La medida de las competencias obtenidas por los residentes se **debería** utilizar como *feedback* para el desarrollo del programa.

#### Anotaciones:

- Las *competencias* se pueden definir en términos profesionales amplios como un conocimiento específico, habilidades, actitudes y comportamientos. Las competencias relevantes para la formación de postgrado incluirían, dependiendo de la especialidad escogida, las siguientes áreas:

- El cuidado del paciente que sea apropiado, efectivo y compasivo para afrontar los problemas de salud y la promoción de la salud.

- El conocimiento médico en las ciencias biomédicas, clínicas y de comportamiento, y la ética y jurisprudencia

médicas, y la aplicación este conocimiento al cuidado del paciente.

- Las aptitudes interpersonales y las habilidades de comunicación que garanticen un intercambio efectivo de comunicación con pacientes individuales y sus familias, y un trabajo de equipo con otros profesionales sanitarios, la comunidad científica y el público.

- La valoración y utilización de nuevo conocimiento científico para actualizar continuamente y mejorar la práctica clínica.

- La función como supervisor, formador y profesor en relación a los colegas, a los estudiantes de medicina y de otros profesionales sanitarios

- La capacidad de ser experto contribuyendo al desarrollo y la investigación del campo médico escogido.

- La profesionalidad.

- El interés y la capacidad de actuar como un defensor del paciente

- El conocimiento de la salud pública y de las políticas de salud y el conocimiento y la respuesta al contexto más amplio del sistema sanitario, incluyendo, p.e. la organización de la atención, la alianza con proveedores y gestores de la atención sanitaria, la práctica de una atención con una buena relación coste-efectividad, la economía de la salud y la ubicación de recursos.

- La capacidad de entender la atención sanitaria, e identificar y llevar a cabo una mejora de la atención basada en el sistema.

## 2. PROCESO DE FORMACIÓN

### 2.1. METODOLOGÍAS DE APRENDIZAJE

#### Estándares básicos

La formación médica de postgrado **debe** seguir un programa formativo sistemático, que describa los componentes genéricos y específicos para cada disciplina. La formación **debe** ser práctica, haciendo participar al residente en los servicios y tareas de atención al paciente en las instituciones docentes. El programa de formación debe integrar la práctica con la teoría.

#### Desarrollo de la calidad

La formación médica de postgrado **debería** ser una interfase entre la educación médica básica y la educación médica continuada/desarrollo profesional. La formación **debería** ser dirigida y el residente debería ser guiado, mediante la supervisión y el asesoramiento regular. El proceso de formación **debería** garantizar una independencia creciente a medida que mejoran las habilidades, el conocimiento y la experiencia. Cada residente **debería** tener acceso al consejo educativo.



#### **Anotaciones:**

- *El proceso de formación se desarrollaría* a través de un tronco común, desde un contenido general a uno más especializado.
- *El consejo educativo* incluiría el acceso a tutores o mentores designados.

## 2.2. MÉTODOS CIENTÍFICOS

### **Estándares básicos**

El residente **debe** adquirir el conocimiento de las bases científicas y los métodos de la especialidad escogida de la medicina, y a través de la exposición a un abanico amplio de experiencia clínica/práctica relevante en diferentes ámbitos del campo escogido de la medicina, **debe** familiarizarse con la medicina basada en la evidencia y el proceso de decisiones clínicas críticas.

### **Desarrollo de la calidad**

Durante el proceso de formación el residente **debería** tener una instrucción formal sobre la documentación médica, el análisis de informes científicos y la medicina basada en la evidencia, y **debería** involucrarse en investigación.

#### **Anotaciones:**

*La formación en las bases y los métodos científicos* podría incluir la participación de proyectos de investigación optativos por parte de los residentes (cf.6.5)

## 2.3. CONTENIDO DEL PROCESO DE FORMACIÓN

### **Estándares básicos**

El proceso de formación **debe** incluir la práctica clínica y los aspectos relevantes de las ciencias biomédicas básicas, clínicas, sociales y del comportamiento; el proceso de la decisión clínica; las habilidades de comunicación, la ética médica, la política de salud pública, la jurisprudencia médica y la disciplina para la gestión necesarias para demostrar una práctica profesional en el campo escogido de la medicina.

### **Desarrollo de la calidad**

El proceso de formación **debería** garantizar el desarrollo del conocimiento, las habilidades, las actitudes y los atributos personales en las funciones de experto médico, promotor de salud, comunicador, colaborador y trabajador en equipo, académico, administrador y gestor.

#### **Anotaciones:**

- *Las ciencias biomédicas básicas* incluirían –dependiendo de las necesidades locales, intereses y tradiciones,

anatomía, bioquímica, fisiología, física médica, biología celular y molecular, genética, microbiología, inmunología, farmacología, patología, etc.

- *Las ciencias clínicas* incluirían las disciplinas clínicas o de laboratorio escogidas, además de otras disciplinas clínicas/de laboratorio relevantes.

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

- *Las ciencias sociales y de comportamiento y la ética médica* deberían proporcionar el conocimiento, los conceptos, los métodos, las habilidades y las actitudes necesarios para entender los determinantes socioeconómicos, demográficos y culturales de las causas, distribución y consecuencias de los problemas de salud.

## 2.4 ESTRUCTURA, COMPOSICIÓN Y DURACIÓN DE LA FORMACIÓN

### **Estándares básicos**

La composición global, la estructura y la duración del proceso de formación y el desarrollo profesional **deben** estar descritos con una clara definición de los objetivos y los resultados deseados, basados en las tareas, y la explicación de su relación con la educación médica básica y la atención sanitaria. Se **deben** especificar claramente cuales son los componente opcionales y cuales los obligatorios.

### **Desarrollo de la calidad**

Se **debería** garantizar en el proceso de formación la integración de la teoría y de la práctica.

#### **Anotaciones:**

• *La estructura de la formación* hace referencia a la secuencia global de vínculo a las estructuras de formación y a la responsabilidad del médico, y no a los detalles de las experiencias durante la formación.

- *La integración de la práctica con la teoría* incluiría sesiones de aprendizaje didácticas y experiencias supervisadas de atención al paciente.

## 2.5. LA RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN Y EL SERVICIO

### **Estándares básicos**

Se **debe** describir y respetar la naturaleza de aprendizaje del desarrollo profesional y se **debe** garantizar la integración entre formación y servicio (formación en el trabajo).

### Desarrollo de la calidad

La capacidad del sistema sanitario **debería** ser utilizada efectivamente con objetivos de formación basados en el servicio. La formación impartida **debería** ser complementaria y no subordinada a las demandas del servicio.

#### Anotaciones:

- *La integración entre la formación y el servicio* implica de una parte la oferta de un buen servicio sanitario por parte de los residentes, y por otra que las oportunidades para aprender estén incluidas dentro de las funciones de servicio.

- *La utilización efectiva* se refiere a la optimización del uso de diferentes ámbitos clínicos, al uso de pacientes y situaciones clínicas con objetivos de formación respetando al tiempo las funciones de servicio.

## 2.6. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN

### Estándares básicos

Se **deben** identificar claramente la responsabilidad y la autoridad para organizar, coordinar, dirigir y evaluar la formación individual y el proceso de formación.

### Desarrollo de la calidad

Se **debería** garantizar una formación coordinada con diferentes áreas dentro del campo escogido de la medicina, para adquirir experiencia y dominio de la disciplina. La autoridad responsable del programa de formación **debería** tener los recursos para planificar e introducir los métodos de formación, evaluación de los residentes y las innovaciones del programa de formación. **Debería** haber representación del personal, de los residentes y de otros agentes relevantes en el diseño del programa formativo.

#### Anotaciones:

*Otros agentes relevantes* incluirían otros participantes en el proceso de formación, representantes de otros profesionales y autoridades sanitarias.

## 3. EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

### 3.1. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

#### Estándares básicos

La formación médica de postgrado **debe** incluir un proceso de evaluación, y las autoridades competentes **deben** definir y establecer los métodos utilizados para la evaluación de los residentes, incluyendo los criterios para superar los exámenes y otros tipos de evaluación. La evaluación **debe** hacer énfasis en los métodos formativos dentro de la residencia y en el *feed-back* constructivo.

### Desarrollo de la calidad

La fiabilidad y validez de los métodos de evaluación **deberían** ser documentados y valorados, y se **debería** estimular a usar examinadores externos. Se **debería** aplicar un juego complementario de métodos evaluativos. Los diferentes estadios de la formación **deberían** documentarse en un libro del residente. Se **debería** establecer un mecanismo de revisión de exámenes, y cuando fuera necesario se **debería** proporcionar una segunda opinión, un cambio de tutor/supervisor o una formación complementaria.

#### Anotaciones:

- *La definición de los métodos utilizados* para evaluar incluye consideraciones sobre el balance entre la evaluación formativa y la sumativa, el número de exámenes y de otros tests, el balance entre diferentes tipos de exámenes, el uso de valoración normativa y de criterios (juicios referenciados), y el uso del portafolio y de tipos especiales de exámenes, p.e. exámenes clínicos objetivos y estructurados (ECOES).

- *La valoración de los métodos de evaluación* puede incluir consideraciones sobre como las evaluaciones promueven la formación y el aprendizaje.

- *Los examinadores externos* o auditores podrían aportar una perspectiva global.

## 3.2. RELACIÓN ENTRE LA EVALUACIÓN Y LA FORMACIÓN

### Estándares básicos

Los principios, los métodos y las prácticas de evaluación **deben** ser claramente compatibles con los objetivos de formación y **deben** promover el aprendizaje. La evaluación **debe** documentar la adecuación de la formación.

### Desarrollo de la calidad

Los métodos y las prácticas de evaluación **deberían** estimular un aprendizaje integrado y **deberían** evaluar requerimientos prácticos predefinidos, así como también conocimientos, aptitudes y actitudes. Los métodos usados **deberían** estimular una interacción constructiva entre la práctica clínica y la evaluación.

### 3.3. FEEDBACK A LOS RESIDENTES

#### Estándares básicos

Se **debe** dar un *feed-back* constructivo sobre la actuación del residente de forma regular.

### Desarrollo de la calidad

Se **debería** especificar explícitamente los estándares aceptables de actuación, y aplicarlos a los residentes y a los supervisores.

#### **Anotaciones:**

El *feedback* incluiría los resultados de la evaluación y los diálogos planificados sobre la actuación clínica, entre los residentes y los tutores/supervisores, con el objetivo de garantizar las instrucciones y los cambios necesarios para mejorar el desarrollo de las competencias.

### **4. RESIDENTES**

#### **4.1. POLÍTICAS DE ADMISIÓN Y SELECCIÓN**

##### **Estándares básicos**

Las autoridades competentes y las organizaciones médicas profesionales **deben** ponerse de acuerdo sobre los criterios y el proceso de selección de residentes y los deben publicar y aplicar.

##### **Desarrollo de la calidad**

La política de selección **debería** definir criterios que considerasen las capacidades específicas de los potenciales residentes para mejorar el resultado del proceso de formación en el campo escogido de la medicina. El proceso de selección **debería** ser transparente y la admisión abierta a todos los licenciados en educación médica básica. El proceso de selección **debería** incluir un mecanismo de seguimiento y de apelación.

#### **Anotaciones:**

- *El proceso de selección de los residentes* incluiría racionalidad y métodos del proceso de selección y podría incluir la descripción de un mecanismo de revisión de examen.

- *El seguimiento del proceso de admisión* incluiría la mejora de los criterios de selección, para reflejar la capacidad de los residentes para ser competentes y para cubrir los cambios en las competencias necesarias relacionadas con la diversidad del campo escogido de la medicina.

- *Los criterios de selección* incluirían la consideración de una admisión equilibrada de acuerdo con el sexo, la raza y otros requerimientos sociales, incluyendo la necesidad potencial de una política de admisión para grupos de médicos menos privilegiados.

#### **4.2. NÚMERO DE RESIDENTES**

##### **Estándares básicos**

El número de residentes **debe** estar relacionado con las oportunidades de formación clínicas / prácticas, la capacidad de supervisión y otros recursos disponibles con el fin de garantizar una formación y una docencia de una calidad adecuada.

##### **Desarrollo de la calidad**

El número de residentes **debería** ser consultado con los agentes sociales relevantes. Siendo conscientes de la dificultad de predicción inherente a los recursos médicos en los diferentes ámbitos de la medicina, el número de puestos de formación **debería** ir cambiando periódicamente para ajustarse a las necesidades existentes de la comunidad, la sociedad y las fuerzas del mercado.

#### **Anotaciones:**

- *Los agentes sociales* serían aquellos responsables de planificar y desarrollar los recursos humanos en el sector sanitario local y nacional.

- *La predicción de las necesidades de médicos formados por parte de la comunidad y la sociedad* incluye la estimación de diversos mercados y factores demográficos así como también el desarrollo científico, los modelos migratorios de los médicos, etc.

#### **4.3. SOPORTE Y CONSEJO A LOS RESIDENTES**

##### **Estándares básicos**

Las autoridades competentes, en colaboración con la profesión, **deben** garantizar un sistema que facilite el acceso al soporte, al consejo y a la orientación profesional de los residentes.

##### **Desarrollo de la calidad**

El dar consejo **debería** estar basado en el seguimiento del progreso en la formación y de la información sobre problemas que puedan surgir, y **debería** estar dirigido a satisfacer las necesidades sociales y personales de los residentes.

#### **Anotaciones:**

*Las necesidades sociales y personales* incluirían el soporte profesional, los problemas de salud, los de vivienda y los problemas económicos.

#### **4.4. CONDICIONES DE TRABAJO**

##### **Estándares básicos**

La formación de postgrado **debe** llevarse a cabo en puestos remunerados apropiadamente en la especialidad escogida de la medicina y **debe** incluir la participación en todas las actividades médicas relevantes para la formación, incluyendo guardias, dedicando así las actividades profesionales a la formación práctica y el tiempo estándar de trabajo al aprendizaje teórico. Las condiciones de servicio y las responsabilidades de los residentes **deben** estar definidas y **deben** darse a conocer a todos los implicados.

### Desarrollo de la calidad

Los cargos del servicio de residente no **deberían** ser excesivas y la estructura de las guardias **debería** tener en cuenta las necesidades de los pacientes, la continuidad en la atención y las necesidades educativas del residente. Se **debería** permitir la formación a tiempos parcial bajo circunstancias especiales, determinadas por las autoridades competentes y estructuradas de acuerdo con un programa hecho a medida. La duración total y la calidad de la formación a tiempo parcial no **deberían** de ser inferiores a aquellas a tiempo total. La interrupción de la formación por razones como el embarazo (incluyendo la baja por maternidad o paternidad), enfermedad o servicio militar **deberían ser** reemplazadas por formación adicional.

#### Anotaciones:

- Las *posiciones de servicio contractual* incluirían médico interno, residente, becario, etc.
- Los *componentes del servicio de los residentes* han de estar sujetos a las definiciones y protecciones intrínsecas del contrato.

## 4.5. REPRESENTACIÓN DE LOS RESIDENTES

### Estándares básicos

**Debe** existir una política sobre representación de los residentes y la participación apropiada en el diseño y evaluación del currículum, las condiciones de trabajo así como en otros asuntos relevantes para los residentes.

### Desarrollo de la calidad

Se **debería** animar las organizaciones de residentes a tomar decisiones sobre los procesos de formación, y las condiciones y regulaciones.

#### Anotaciones:

La *representación de los residentes* incluiría la participación en grupos o comités responsables del diseño del programa a nivel local o nacional.

## 5. PERSONAL ACADÉMICO

### 5.1. POLÍTICA DE CONTRATACION

#### Estándares básicos

La política sobre contratación de los formadores, supervisores y profesores **debe** especificar la expertise necesaria y sus tareas y responsabilidades. Esta política **debe** especificar las obligaciones del personal formador y específicamente el balance entre funciones educativas, de servicio y otros deberes.

### Desarrollo de la calidad

Todos los médicos **deberían**, como parte de sus obligaciones profesionales, reconocer su responsabilidad en participar en la formación postgraduada de los médicos basada en la práctica. La participación en la formación postgraduada **debería** ser reconocida. *La política de personal debería garantizar que los formadores estuvieran siempre al día en su especialidad, en toda su extensión, y los formadores subespecializados solo fuesen aprobados para períodos específicos relevantes durante la formación.*

#### Anotaciones:

- La *expertise* incluiría el reconocimiento como un especialista en el campo relevante de la medicina.
- El *personal formador* incluiría médicos y otros profesionales sanitarios.
- Las *otras tareas* incluirían funciones administrativas así como otras responsabilidades educativas o de investigación.

## 5.2. OBLIGACIONES Y DESARROLLO DE LOS FORMADORES

### Estándares básicos

En las agendas de trabajo de los formadores **deben** incluirse actividades de instrucción como responsabilidad y se **debe** describir su relación con las agendas de los residentes.

### Desarrollo de la calidad

La política de personal **debería** incluir el soporte a los formadores incluyendo formación y más desarrollo si hiciera falta, y **debería** valorar y reconocer las actividades académicas meritorias, incluyendo las funciones como formadores, supervisores y profesores. La proporción entre el número de formadores reconocidos y el número de residentes debería garantizar una interacción personal cercana y un seguimiento del residente.

#### Anotaciones:

*El reconocimiento de actividades académicas meritorias* se haría mediante premios, ascensos y/o remuneraciones.

## 6. CENTROS DE FORMACIÓN Y RECURSOS EDUCATIVOS

### 6.1. INSTALACIONES Y PACIENTES

#### Estándares básicos

Los centros para realizar la formación **deben** ser seleccionados y reconocidos por las autoridades competentes y **deben** tener suficientes instalaciones clínico-prácticas para facilitar la formación. Estos centros para la forma-

ción **deben** de tener un número suficiente de pacientes y una variedad de casos apropiada para cubrir los objetivos de la formación. La formación **debe** exponer al residente a un abanico amplio de experiencia en la especialidad escogida y, cuando sea relevante, **debe** incluir tanto pacientes ingresados como pacientes atendidos en consultas externas ambulatorias y guardias.

#### Desarrollo de la calidad

El número de pacientes y la variedad de casos **debería** ofrecer una experiencia clínica en todos los aspectos de la especialidad escogida, incluyendo la formación en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. La formación **debería** llevarse a cabo en hospitales universitarios, y cuando conviniera, parte de la formación **debería** llevarse a cabo en otros hospitales/instituciones relevantes y centros de la comunidad. **Debería** realizarse regularmente una evaluación de la calidad de las instalaciones implicadas en la formación.

#### Anotaciones:

- Las *instalaciones basadas en la comunidad* incluirían las consultas de especialistas, las clínicas de especialistas, las residencias geriátricas, los centros de atención primaria y otros lugares donde se presta atención sanitaria.
- La *calidad de las instalaciones para la formación* puede ser evaluada mediante visitas a los referidos centros.

### 6.2. INSTALACIONES FÍSICAS Y EQUIPAMIENTO

#### Estándares básicos

El residente **debe** tener espacio y oportunidades para la práctica y el estudio teórico y **debe** tener acceso a la literatura profesional adecuada así como también a equipamiento para la formación en técnicas prácticas.

#### Desarrollo de la calidad

Se **deberían** evaluar periódicamente las instalaciones físicas y el equipamiento para garantizar su adecuación y calidad para la formación de postgrado.

#### Anotaciones:

Las *instalaciones físicas* de los centros de formación incluirían aulas, salas de seminarios, laboratorios, bibliotecas, equipamiento informático y zonas de descanso.

### 6.3. EQUIPOS CLÍNICOS

#### Estándares básicos

La formación clínica **debe** incluir experiencia de trabajo en grupo con colegas y otros profesionales sanitarios.

#### Desarrollo de la calidad

El proceso de formación **debería** permitir el aprendizaje en equipos multidisciplinarios, resultando en la capacidad para trabajar eficazmente con colegas y otros profesionales sanitarios como miembro o líder del equipo sanitario, y **debería** desarrollar para dirigir y enseñar a otros profesionales sanitarios.

### 6.4. TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

#### Estándares básicos

**Debe** haber una política que incluya el uso eficaz de la tecnología de la información y la comunicación en el programa de formación, con el objetivo de garantizar una atención adecuada del paciente.

#### Desarrollo de la calidad

Los formadores y los residentes **deberían** ser competentes en el uso de la informática para el autoaprendizaje, el acceso de información, y para trabajar en los sistemas sanitarios.

#### Anotaciones:

- Una política sobre el uso de ordenadores, redes internas y externas y otros sistemas de *información y comunicación*, debería incluir la coordinación con los servicios de biblioteca de la institución.
- El uso de la *tecnología de la información y de la comunicación* puede ser parte de la formación en la medicina basada en la evidencia y en la preparación de los residentes para la educación médica continuada y el desarrollo profesional.

### 6.5. INVESTIGACIÓN

#### Estándares básicos

**Debe** haber una política que fomente la integración de la práctica y la investigación en los centros de formación. Los centros de formación **deben** disponer de instalaciones para la investigación y para actividades y prioridades de investigación.

#### Desarrollo de la calidad

**Debería** haber oportunidades para combinar la formación clínica con la investigación. Se **debería** estimular a los residentes para que participasen en procesos de desarrollo de la calidad en salud e investigación.

### 6.6. EXPERTEZA EDUCATIVA

#### Estándares básicos

**Debe** haber una política sobre el uso de la expertise

educativa relevante para planificar, desarrollar y evaluar la formación.

### Desarrollo de la calidad

Se **debería** disponer de acceso a expertos educativos, y se **debería** ser consciente de la importancia que tiene utilizar a estos expertos para el desarrollo del personal docente y para la investigación en la educación médica de postgrado.

#### Anotaciones:

- *La expertise educativa* se encargaría de los problemas, los procesos y la práctica de la formación y la evaluación médica de postgrado, e incluiría médicos con experiencia en educación médica, psicólogos educadores, sociólogos, etc. La expertise educativa puede ubicarse en una unidad educativa de la institución o ser obtenida de otra institución nacional o internacional.

- *La investigación en educación médica* estudia la efectividad de los métodos de enseñanza y aprendizaje, así como el contexto institucional en el sentido más amplio.

## 6.7. INTERCAMBIOS EDUCATIVOS

### Estándares básicos

**Debe** haber una política de acceso a las oportunidades de formación individual en otros centros del mismo país o del extranjero, que cumplan con los requerimientos para completar la formación y para posibilitar la transferencia de los créditos de formación.

### Desarrollo de la calidad

El intercambio regional o internacional de personal académico y residentes **debería** ser facilitado dotándolo de los recursos adecuados. Las autoridades competentes **deberían** establecer relaciones con los organismos correspondientes nacionales e internacionales con el objetivo de facilitar el intercambio y el reconocimiento mutuo de elementos formativos.

#### Anotaciones:

*La transferencia de créditos formativos* se puede facilitar mediante la coordinación activa de programas entre instituciones formativas.

## 7. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN

### 7.1. MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

#### Estándares básicos

Las autoridades relevantes y la profesión **deben** esta-

blecer un mecanismo para la evaluación del programa de formación que permita realizar un seguimiento del proceso de formación, de las instalaciones y del progreso del residente, y que garantice que los problemas son identificados y solucionados.

### Desarrollo de la calidad

La evaluación del programa **debería** incluir el contexto de los procesos de formación, la estructura y componentes específicos del programa y los resultados generales que se esperan.

#### Anotaciones:

- *Los mecanismos para la evaluación del programa* implicaría el uso de métodos válidos y fiables y convendría que la información básica sobre el programa de formación estuviera disponible. La implicación de expertos en educación médica facilitaría la base de la evidencia de la calidad de la formación de postgrado.

- Como *problemas identificados* se incluirían problemas presentados a los comités de programa, formadores y tutores, etc.

- *El contexto de los procesos educativos* incluiría la organización y recursos así como también el entorno de aprendizaje.

- *Los componentes específicos para la evaluación del currículum* incluirían la descripción del programa de formación y la actuación de los residentes.

- *Los resultados generales* se podrían medir por ejemplo a partir de la elección de especialidad y el progreso de los residentes.

### 7.2. FEEDBACK DE LOS FORMADORES Y LOS RESIDENTES

#### Estándares básicos

Se **debe** obtener sistemáticamente información sobre la calidad del programa, a partir de las opiniones de los profesores y residentes y actuar en consecuencia.

### Desarrollo de la calidad

Se **debería** implicar activamente a los formadores y residentes en la planificación de la evaluación del programa y en el uso de sus resultados para el desarrollo del mismo.

#### Anotaciones:

*El feedback* sobre el *programa* incluiría informes de los residentes sobre las condiciones en sus cursos.

### 7.3. PROGRESO DE LOS RESIDENTES

#### Estándares básicos

El progreso de los residentes **debe** ser evaluado en relación con el proceso de formación y de la misión de la educación médica de postgrado.

#### Desarrollo de la calidad

El progreso de los residentes **debería** ser analizada en relación con su experiencia y a sus calificaciones de entrada, y se **debería** utilizar para dar *feedback* a los comités responsables de la selección de residentes, de la planificación del programa y el asesoramiento.

#### Anotaciones:

Las medidas del progreso *de los residentes* incluirían la información sobre la duración media de la formación, los resultados, la proporción entre aptos y no aptos en las pruebas, proporción de éxito y de abandono, así como también el tiempo que los residentes han dedicado a áreas de especial interés.

### 7.4. ACREDITACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS CENTROS DE FORMACIÓN

#### Estándares básicos

Todos los programas de formación **deben** estar acreditados por una autoridad competente que actúe según un criterio bien definido y una evaluación del programa y con la capacidad de conceder o, si es el caso, retirar el reconocimiento de los centros de formación o de los cursos teóricos.

#### Desarrollo de la calidad

Las autoridades competentes **deberían** establecer un sistema de seguimiento de los centros de formación y de otras instalaciones educativas mediante visitas a los centros u otros procedimientos relevantes.

#### Anotaciones:

Los *criterios* para acreditar centros de formación incluiría valores mínimos de número y diversidad de pacientes, equipamiento, biblioteca e instalaciones informáticas, personal de formación y programa de formación.

### 7.5. IMPLICACIÓN DE LOS DIFERENTES AGENTES SOCIALES

#### Estándares básicos

El proceso y los resultados de la evaluación deben implicar a los gestores y a la administración de los centros de formación, a los formadores y a los residentes y deben ser transparentes para todos los agentes sociales.

#### Desarrollo de la calidad

Los procesos y los resultados de las evaluaciones **deben** ser creíbles por los principales agentes sociales implicados.

#### Anotaciones:

- *Los agentes sociales* incluirían las organizaciones profesionales médicas, otras profesiones sanitarias, autoridades sanitarias y autoridades implicadas en la formación de los médicos y personal paramédico, gerentes de hospitales y proveedores de atención primaria, pacientes y organizaciones de pacientes.

- *Los agentes sociales principales* incluirían formadores, residentes y autoridades sanitarias.

## 8. GOBERNABILIDAD Y GESTIÓN

### 8.1. GOBERNABILIDAD

#### Estándares básicos

La formación **debe** dirigirse de acuerdo con las normativas sobre estructura, contenido, proceso y resultados, elaboradas por las autoridades competentes. Se **debe** documentar la realización de la formación mediante calificaciones, diplomas, certificados u otra evidencia de calificación formal, conferidas como la base para el reconocimiento formal del médico competente en el campo médico escogido, por las autoridades correspondientes. La autoridad competente **debe** evaluar continuamente los programas de formación, las instituciones y los formadores. La autoridad competente **debe** ser responsable de iniciar un programa para la formación cualitativa.

#### Desarrollo de la calidad

Se **deberían** desarrollar procedimientos documentados que puedan verificar la realización de la formación para uso de las autoridades nacionales e internacionales.

#### Anotaciones:

*El reconocimiento de un médico como competente* incluiría, dependiendo del nivel de la formación, médicos con derecho a ejercer una práctica independiente, especialistas, subespecialistas, expertos, etc.

### 8.2. LIDERAZGO PROFESIONAL

#### Estándares básicos

Las responsabilidades del líder profesional para la educación médica de postgrado **deben** estar claramente definidas.

#### Desarrollo de la calidad

El líder profesional **debería** ser evaluado de forma

periódica, en relación al cumplimiento de los objetivos y los resultados de la educación médica de postgrado.

### 8.3. PRESUPUESTO EDUCATIVO Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

#### Estándares básicos

**Debe** haber una línea clara de responsabilidad y autoridad para presupuestar los recursos destinados a formación.

#### Desarrollo de la calidad

El presupuesto se **debería** distribuir de forma que diese soporte a la misión y a los objetivos de los programas de formación y del servicio.

#### Anotaciones:

*El presupuesto de los recursos de formación dependería de la práctica presupuestaria en cada institución y país.*

### 8.4. ADMINISTRACIÓN

#### Estándares básicos

El personal administrativo de los programas de formación médicos de postgrado **debe** ser apropiado para la aplicación del programa, y para garantizar una buena administración y despliegamiento de sus recursos.

#### Desarrollo de la calidad

La administración **debería** incluir un programa de garantía de calidad, cuya gestión **debería ser** revisada regularmente para alcanzar la mejora de la calidad.

### 8.5. REQUERIMIENTOS Y NORMATIVAS

#### Estándares básicos

**Debe** haber un organismo nacional responsable de definir el número y el tipo de especialidades médicas reconocidas y otras funciones médicas expertas, para las cuales se desarrollen programas de formación aprobados.

#### Desarrollo de la calidad

La definición de programas de postgrado aprobados se **debería** hacer en colaboración con todos los agentes sociales relevantes implicados.

#### Anotaciones:

• *Un organismo nacional establecido de acuerdo a las leyes nacionales y normativas, actuaría en interés de la sociedad globalmente.*

• *Los agentes relevantes incluirían autoridades sanitarias nacionales y locales, universidades, organizaciones profesionales médicas, el público, etc.*

## 9. RENOVACIÓN CONTINUADA

### Estándares básicos

En respuesta a la naturaleza dinámica de la formación médica de postgrado, las autoridades relevantes **deben** iniciar procedimientos para la revisión regular y la actualización de la estructura, función y calidad de los programas de formación, y **deben** corregir las deficiencias detectadas.

### Desarrollo de la calidad

El proceso de renovación **debería** estar basado en estudios y análisis prospectivos y **debería** llevar a la revisión de las políticas y las prácticas de los programas de formación médica de postgrado de acuerdo con las experiencias acumuladas, las actividades actuales y las perspectivas futuras. Haciéndolo de esta manera, **debería** incluir los siguientes puntos:

- *La adaptación de la misión y los objetivos de la formación de postgrado al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad.*
- *La modificación de las competencias necesarias al completar la formación de postgrado en el campo escogido de la medicina, de acuerdo con las necesidades del entorno en el que los nuevos médicos formados ejercerán.*
- *La adaptación de los métodos de aprendizaje y formación para garantizar que estos son apropiados y relevantes.*
- *La adecuación de la estructura, contenido y duración de los programas de formación para adaptarse a los avances en las ciencias biomédicas, las ciencias clínicas, las ciencias sociales y del comportamiento, los cambios en el perfil demográfico y del patrón salud / enfermedad de la población y de las condiciones culturales.*
- *El desarrollo de los principios y de los métodos evaluativos de acuerdo con los cambios en los objetivos de formación.*
- *Adaptación de la política de captación y de unos métodos de selección de residentes a las expectativas y circunstancias cambiantes, a las necesidades de recursos humanos, a los cambios en educación médica básica y a los requerimientos del programa de formación.*
- *Adaptación de la política de captación y de formación del personal docente (formadores, supervisores, profesores, etc) de acuerdo con las necesidades cambiantes en la formación de postgrado.*
- *Puesta al día de los centros de formación y de otros recursos educativos de acuerdo con las necesidades cambiantes en la formación de postgrado, p.e. el número de residentes, el número y el perfil de los formadores, el programa de formación y los principios contemporáneos de formación.*
- *Mejora del proceso de seguimiento y evaluación del programa.*
- *Desarrollo de la estructura organizativa y de gestión para adaptarse a las circunstancias cambiantes y las necesidades en la formación de postgrado y, con el paso del tiempo, acomodándose a los intereses de los diferentes agentes sociales.*



# 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 Continuo (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 disponible<sup>15</sup> 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 médica<sup>5</sup>. 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 educativos<sup>5</sup>. 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 autoevaluación 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.*

1. World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet* 1988, 8068, 464.
2. World Health Assembly. WHA Resolution 42.38. WHO, Geneva, 1989.
3. World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. *Medical Education* 1994, 28 (Suppl.1).
4. World Health Assembly. Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All. WHA Resolution 48.8. WHO, Geneva, 1995.
5. The Executive Council, The World Federation for Medical Education. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. *Medical Education* 1998, 32, 549-58.
6. Panamerican Federation of Associations of Medical Schools. *Medical Education in the Americas: Final Report of the EMA Project*. PAFAMS, Caracas, 1990, 18.
7. Uton Muchtar Rafei. Medical education reform in South-East Asia: WHO perspectives. *Medical Education* 1996, 30, 397-400.
8. Boelen C, Bandaranayake R, Bouhuijs PAJ, Page GG & Rothman AI. *Towards the Assessment of Quality in Medical Education*. WHO/HRH/92.7, Geneva, 1992.
9. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. Report of the Working Party, Copenhagen, 14-16 October 1999. *Medical Education*, 2000, 34, 665-675.
10. American Medical Association. *Future Directions for Medical Education. A Report of the Council on Medical Education*. American Medical Association, Chicago, 1982.
11. Association of American Medical Colleges (AAMC). *Physicians for the Twenty-First Century*. Association of American Medical Colleges, Washington, 1984.
12. Gastel B & Rogers D E (eds). *Clinical education and the doctor tomorrow*. In: *Proceedings of the Josiah Macy Jr Foundation National Seminar on Medical Education*. New York Academy of Medicine, New York, 1989.
13. General Medical Council. *Tomorrow's Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Education*. The Education Committee of the General Medical Council, London, 1993.
14. Gastel B, Wilson M P & Boelen C (eds). *Toward a global consensus on the quality of medical education: serving the needs of populations and individuals*. In: *Proceedings of the 1994 WHO/Educational Commission for Foreign Medical Graduates Invitational Consultation*, Geneva, 3-4 October 1994. *Academic Medicine* 1995, 70, Suppl.
15. WHO. *Changing Medical Education: An Agenda for Action*. Unpublished Document WHO/ EDUC/ 91.200, Geneva, 1991.
16. WHO. *Priorities at the Interface of Health Care, Medical Practice and Medical Education: Report of the Global Conference on International Collaboration on Medical Education and Practice*, 12-15 June 1994, Rockford, Illinois, USA. Unpublished Document, WHO/HRH/95.2, Geneva, 1995.
17. WHO. *Doctors for Health. A WHO Global Strategy for Changing Medical Education and Medical Practice for Health for All*. WHO, Geneva, 1996.
18. Association of American Medical Colleges and the American Medical Association. *Functions and Structure of a Medical School. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree*. Liaison Committee on Medical Education, Washington, DC & Chicago, 1997.
19. Australian Medical Council. *Guidelines for the Assessment and Accreditation of Medical Schools*. 2nd edn. Australian Medical Council, Canberra, 1998.
20. Advisory Committee on Medical Training. *Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education*. Doc. III/F/5127/3/92. Commission of the European Communities, Brussels, 1992.

## Los miembros de los grupos de trabajo del proyecto WFME-Estándares globales

Los miembros de los tres grupos de trabajo de la WFME que tratan sobre la Educación Médica Básica, la Educación Médica Postgraduada y el Desarrollo Profesional Continuado de los médicos, se presentan conjuntamente en una lista única. Algunos de ellos han participado en más de un grupo de trabajo. Además, la tarea de producir la trilogía de los Estándares en Educación Médica de la WFME se ha de visualizar como un proceso dinámico que se ha ir construyendo sobre los resultados producidos por los grupos de trabajo anteriores.

Se debe destacar que el desarrollo de la trilogía también se ha beneficiado de otras contribuciones importantes. Estas contribuciones han consistido en un gran número de comentarios escritos y orales, así como discusiones en conferencias y reuniones de ámbito nacional e internacional.

**Dr. Palitha Abeykoon**

Regional Adviser  
Human Resources for Health  
World Health Organization  
Regional Office for South-East Asia  
New Delhi, India

**Professor A. d'Almeida**

Director  
Institut Régional de Santé Publique  
Université Nationale du Bénin  
Cotonou, Benin

**Dr. George A.O. Alleyne**

Regional Director  
World Health Organization  
Pan American Health Organization  
Washington, D.C, USA

**Professor A. P. R. Aluwihare**

University of Peradenya  
Peradenya, Sri Lanka

**Dr. Wolfram Antepohl**

Linköping University Hospital  
Linköping, Sweden

**Judith S. Armbruster**

Executive Director  
Accreditation Council for Graduate  
Medical  
Education (ACGME)  
Chicago, USA

**Professor Raja Bandaranayake**

Arabian Gulf University  
Manama, Bahrain

**Ass. Professor Philip G. Bashook**

University of Illinois at Chicago  
Chicago, USA

**Professor Ralph Bloch**

Universität Bern  
Bern, Switzerland

**Professor Cheng Bo-Ji**

Peking Medical University  
Beijing, P.R. China

**Åse Brinchmann-Hansen**

The Norwegian Medical Association  
Oslo, Norway

**Professor J. D. Chipangwi**

College of Medicine  
Blantyre, Malawi

**Leif Christensen MSc. Soc.**

World Federation for Medical Education  
Copenhagen, Denmark

**Professor Colin Coles**

King Alfred's College  
Winchester, United Kingdom

**Professor Alejandro Cravioto**

President, Panamerican Federation  
of Associations of Medical Schools  
(PAFAMS)  
Universidad Nacional Autonoma  
de Mexico  
Mexico, D.F., Mexico

**Dr. W. Dale Dauphinee**

Executive Director  
Medical Council of Canada  
Ottawa, Canada

**Professor Florian Eitel**

Ludwig-Maximilians-  
Universität München  
Munich, Germany

**Professor Charles E. Engel**

Centre for Higher Education Studies  
University of London  
London, United Kingdom

**Ms. Mette Fisker**

Business Support Manager  
Pfizer Danmark  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Tsuguya Fukui**

Kyoto University  
Kyoto City - Japan

**Dr. Milagros Garcia-Barbero**

World Health Organization  
European Center for Integrated  
Health Care Services  
Barcelona, Spain

**Dr. Nancy Gary**

Past President, Educational  
Commission for Foreign  
Medical Graduates (ECFMG)  
Washington, D.C., USA



**Professor Laurie Geffen**

President, Association for Medical Education in Western Pacific Region (AMEWPR)

The University of Queensland  
Herston, Australia

**Dr. Hussein A. Gezairy**

Regional Director  
World Health Organization  
Regional Office for the Eastern Mediterranean  
Cairo, Egypt

**Professor Ernst Goldschmidt**

Copenhagen, Denmark

**Professor Janet Grant**

Open University Centre for Education in Medicine  
Milton Keynes, United Kingdom

**Professor André Gouazé**

Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)  
Cedex, France

**Professor Enrique Guntsche**

Universidad Nacional de Cuyo  
Mendoza, Argentina

**Dr. James A. Hallock**

President, Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)  
Philadelphia, USA

**Professor Hossam Hamdy**

Arabian Gulf University  
Manama, Bahrain

**Professor John D. Hamilton**

University of Newcastle upon Tyne  
Newcastle, United Kingdom

**Professor Ronald Harden**

Association for Medical Education in Europe (AMEE)  
University of Dundee  
Dundee, United Kingdom

**Professor Ian R. Hart**

University of Ottawa  
Ottawa, Canada

**Dr. Hans Asbjørn Holm**

Norwegian Medical Association  
Oslo, Norway

**Dr. Saichi Hosoda**

Sakakibara Heart Institute  
Tokyo, Japan

**Dr. Delon Human**

Secretary General, World Medical Association (WMA)  
Cedex, France

**Professor Vincent Hunt**

Brown University  
School of Medicine  
Rhode Island, USA

**Dr. Jens Winther Jensen**

Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG)  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Moufid Jokhadar**

Arab Board of Medical Specialisations  
Damascus University  
Damascus, Syria

**Professor Abraham Joseph**

Christian Medical College  
Vellore, India

**Dr. Hans Karle**

President, World Federation for Medical Education  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Donald G. Kassebaum**

Past Vice President  
Association of American Medical Colleges  
Gleneden Beach, Oregon, USA

**Dr. Shamsh Kassim-Lakha**

President, The Aga Khan University  
Karachi, Pakistan

**Mrs Lorraine Kerse**

Regional Adviser  
Human Resources for Health  
World Health Organization  
Regional Office for the Western Pacific  
Manila, The Philippines

**Professor Yong Il Kim**

Past President, Association for Medical Education in Western Pacific Region (AMEWPR)  
National Teacher Training Center for Health Personnel  
Seoul, South Korea

**Dr. Jana Krejcikova**

Institute for Postgraduate Medical Education  
Prague, Czech Republic

**Dr. David Leach**

Executive Director  
Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)  
Chicago, USA

**Professor J.C.K. Lee**

Dean, The Faculty of Medicine  
The Chinese University of Hong Kong  
Hong Kong, P.R. China

**Ass. Professor Stefan Lindgren**

Lund University  
Lund, Sweden

**Professor Zhao-feng Lu**

Peking University Health Sciences Center  
Beijing, P.R. China

**Professor Oleg S. Medvedev**

Dean, Moscow State University  
Moscow, Russian Federation

**Dr. Donald E. Melnick**

President, National Board of Medical Examiners (NBME)  
Philadelphia, USA

**Professor Jadwiga Mirecka**  
Jagiellonian University Medical  
School  
Krakow, Poland

**Dr. Mora-Carrasco**  
Universidad Autónoma Xochimilco  
Mexico, D.F., Mexico

**Professor J.P. de V. van Niekerk**  
President, Association of Medical  
Schools in Africa (AMSA) University  
of Cape Town  
Cape Town, South Africa

**Dr. Jørgen Nystrup**  
Past President, Association for  
Medical Education in Europe (AMEE)  
World Federation for Medical  
Education (WFME)  
Copenhagen, Denmark

**Professor Albert Oriol-Bosch**  
Institut d'ESTUDIS de la SALUT  
Barcelona, Spain

**Dr. John Parboosingh**  
Royal College of Physicians  
and Surgeons of Canada  
Alberta, Canada

**Dr. José Patinó**  
Executive Director  
Panamerican Federation of  
Associations of Medical Schools  
(PAFAMS)  
Bogota, Colombia

**Dr. Gregory Paulos**  
American Medical Association  
Chicago, USA

**Professor Gönül O. Peker**  
Ege University School of Medicine  
Izmir, Turkey

**Professor David Prigollini**  
University of Buenos Aires  
Buenos Aires, Argentina

**Dr. Pablo A. Pulido**  
Executive Director  
Panamerican Federation of  
Associations of Medical Schools  
(PAFAMS), Caracas, Venezuela

**Dr. Ebrahim M. Samba**  
Regional Director  
World Health Organization  
Regional Office for Africa  
Harare, Zimbabwe

**Professor Iskender Sayek**  
Hacettepe University  
Ankara, Turkey

**Dr. Mette Siemsen**  
Danish Medical Association  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Nilanthi de Silva**  
University of Kelaniya  
Ragama, Sri Lanka

**Dr. David P. Stevens**  
Vice President, Association of  
American Medical Colleges (AAMC)  
Washington, D.C., USA

**Dr. Abu Bakar Suleiman**  
Director of Health  
Ministry of Health  
Kuala Lumpur, Malaysia

**Dr. Jamsheer Talati**  
Associate Dean  
The Aga Khan University  
Karachi, Pakistan

**Dr. Cillian Twomey**  
President, Union Européenne  
des Médecins  
Spécialistes (UEMS)  
Cork, Ireland

**Professor Felix Vartanian**  
Vice Rector  
The Russian Academy of Advanced  
Medical Studies  
Moscow, Russian Federation

**Theanne Walters**  
Deputy Executive Officer  
Australian Medical Council  
Canberra, Australia

**Dr. Dennis K. Wentz**  
American Medical Association  
Chicago, USA

**Ass. Professor Ole Winding**  
World Federation for Medical  
Education  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Gustaaf Wolvaardt**  
South African Medical Association  
Pretoria, South Africa

El desarrollo y la implementación de la Trilogía de Documentos de la WFME  
"ESTÁNDARES GLOBALES EN EDUCACIÓN MÉDICA",  
ha estado patrocinado por :

Danish Medical Association, Denmark

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG), USA

Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya, Espanya

Lund University, Sweden

Norwegian Medical Association, Norway

Open University Centre for Education in Medicine, United Kingdom

Pfizer Denmark, Denmark

University of Copenhagen, Denmark

WHO European Centre for Integrated Health Care Services, Spain

World Health Organization, EURO, Denmark

World Health Organization, WPRP, The Philippines



La misión de la Fundación es contribuir a la transformación  
y a la innovación de la educación de los profesionales de la salud.  
Por ello la Fundación agradece el esfuerzo de la WFME de elaborar  
los "ESTÁNDARES GLOBALES EN EDUCACIÓN MÉDICA".

# Fundación



## SALUD

## INNOVACIÓN

## SOCIEDAD

La Fundación Salud, Innovación y Sociedad se constituyó el año 2000 con la finalidad de contribuir al desarrollo sostenible del sistema público de salud mediante investigación, difusión de información independiente y organización de debates sobre dimensiones estratégicas: priorización de la investigación biomédica, actualización de las profesiones sanitarias, envejecimiento, transferencia tecnológica y cambio organizativo.

La Fundación Salud Innovación Sociedad, ha patrocinado la edición española de la Trilogía de los Estándares Globales en Educación Médica de la WFME.