

Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud

New professionalism, medical education and healthcare systems

Alberto Infante Campos ¹

Abstract *The scope of this paper is to discuss how so-called “new professionalism” can help in how the education of physicians is conducted, by taking into account the effects of globalization both on the situation of health and on the needs of health professionals with particular emphasis on European Union countries, which are engaged in a profound process of reform in university education. To achieve this, first we present the basic concepts of “new professionalism” and the key strategies of current medical education, which is to train physicians capable of dealing with ethical, scientific and professional challenges that are arising at the beginning of this century. The interdependence of reforms in the undergraduate, graduate and ongoing training areas is then emphasized. The challenges and difficulties to be faced when switching to different stages of medical education are then outlined. It was concluded that, notwithstanding recent reforms in medical education, their great complexity and the still limited availability of contrasting assessments of their results, there are strong synergies between the principles and values of the “new professionalism” and the objectives of the reforms.*

Key words Professionalism, Medical education, Healthcare systems

Resumen *El propósito de este artículo es discutir de qué modo el denominado “nuevo profesionalismo” puede ayudar a que la educación de los médicos se haga teniendo en cuenta los efectos de la globalización tanto sobre la situación de salud como sobre las necesidades de profesionales sanitarios, con particular énfasis en los países de la Unión Europea los cuales están inmersos en un profundo proceso de reforma de sus enseñanzas universitarias. Para ello, en primer lugar se presentan los conceptos básicos del “nuevo profesionalismo” y de las estrategias fundamentales de la educación médica actual que trata de formar médicos capaces de afrontar los retos éticos, científicos y profesionales que se plantean a comienzos del presente siglo. A continuación, se insiste en la interdependencia de las reformas del pregrado, del posgrado y de la formación continuada. Se plantean luego los retos y dificultades que han de afrontarse a la hora de cambiar las distintas etapas de la educación médica. Y se concluye que, pese a lo reciente de las reformas de la educación médica, a su gran complejidad, y a la todavía escasa disponibilidad de evaluaciones contrastadas sobre sus resultados, existen fuertes sinergias entre los principios y valores del “nuevo profesionalismo” y los objetivos de las reformas.*

Palabras clave Profesionalismo, Educación médica, Sistemas de salud

¹Departamento de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación. Av. Monforte de Lemos 5 ES-28006 Madrid España. ainfante@isciii.es

Introducción

En mayo de 2010, la 63 Asamblea Mundial de la Salud aprobó el *Código mundial de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*¹, el segundo de este tipo en su historia tras el *Código internacional sobre comercialización de los sucedáneos de leche materna* aprobado en 1981. En el preámbulo se recuerda que la Declaración de Kampala, adoptada en 2008 por el primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos en Salud así como los comunicados del G-8 de 2008 y 2009 animaron a que la OMS aprobara un código de esta naturaleza.

Por su parte, en diciembre de 2008, la Comisión Europea sometió a consulta pública un *Libro verde* sobre los trabajadores de la salud en Europa². A iniciativa de la presidencia belga el Consejo aprobó, por vez primera, unas *Conclusiones*³ sobre este tema en diciembre de 2010. En ellas se subraya que los cambios demográficos y epidemiológicos de la población europea, la creciente movilidad de pacientes y profesionales de la salud, los avances científicos y la irrupción de las nuevas tecnologías requieren enfoques innovadores en el terreno de los recursos humanos en salud. Concretamente, se invita a la Comisión y a los Estados Miembros a considerar prioritarias, entre otras áreas, la evaluación de necesidades, la planificación, la educación y la formación de los trabajadores de la salud, la evaluación de sus competencias y el desarrollo profesional continuado.

Por último, en noviembre de 2010, un grupo de académicos y profesionales de distintas partes del mundo publicaron un informe titulado *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent World*⁴ donde revisan la situación de la formación de los profesionales sanitarios en el mundo y proponen una serie de recomendaciones.

Estos antecedentes, que se citan tan solo a título de ejemplo, han sido precedidos por abundantes publicaciones y diversas experiencias en los niveles nacionales y subnacionales. De ellos se desprenden dos conclusiones generales. La primera es que en un mundo interdependiente y globalizado la formación (y el empleo) de los recursos humanos en salud no pueden plantearse solamente en el ámbito nacional pues el contexto internacional influye poderosamente en ambos aspectos. Y la segunda es que, casi con seguridad, hoy no disponemos de ni de la cantidad ni del tipo de profesionales sanitarios que son necesarios ni que verosímelmente lo serán en un inme-

diato futuro, una situación de la que los gobiernos y los organismos internacionales parecen haber sido conscientes tan solo recientemente.

El propósito del presente artículo es discutir de qué modo los conceptos del denominado “nuevo profesionalismo” pueden ayudar a que la formación de los médicos se haga de un modo que contribuya a afrontar los retos derivados de las dos conclusiones anteriores así como cuales pueden ser las dificultades principales para tener éxito en esta tarea. He preferido usar “nuevo profesionalismo” en vez de “profesionalismo” (traducción literal del inglés *professionalism*) por ser la denominación más usada en español. Aunque el artículo se refiere solamente a los médicos, bastantes de sus reflexiones podrían aplicarse, *mutatis mutandi*, a otros profesionales de la salud.

Nuevo profesionalismo y educación médica

Lo que se ha dado en llamar el “nuevo profesionalismo médico” tomó cuerpo de doctrina tras la publicación en 2002 de los resultados de un proyecto conjunto del Colegio Americano de Médicos, el Colegio Americano de Internistas y la Federación Europea de Medicina Interna que se había iniciado en 1999⁵.

El “nuevo profesionalismo” parte de la premisa que aunque los médicos desarrollan su actividad en el marco de distintas culturas y tradiciones, todos comparten tres principios fundamentales: primacía del bienestar del paciente, autonomía y justicia social. Y que asimismo comparten un conjunto de compromisos y responsabilidades directa o indirectamente derivados de ellos: mantener la competencia profesional; ofrecer una información honesta y veraz; respetar la confidencialidad; evitar relaciones de ventaja o inapropiadas; mejorar el acceso a, y la calidad de, los cuidados; contribuir a una justa distribución de recursos que son finitos; impulsar el conocimiento científico; declarar y resolver los conflictos de interés; y auto-organizarse de un modo que se promuevan los principios y responsabilidades anteriores.

Algunos de estos compromisos y responsabilidades derivan de la concepción hipocrática de la Medicina y tienen una dimensión principalmente individual (p. ej. ofrecer una información honesta y veraz, respetar la confidencialidad o evitar relaciones inapropiadas con los pacientes y sus familias). Sin embargo, otros van más allá que eso y tratan de las relaciones de la profesión con distintos actores (p. ej. declarar y resolver los

conflictos de interés) o con la sociedad en su conjunto. En palabras de los autores: *los principios del profesionalismo (médico) implican no solamente un compromiso personal con el bienestar de cada uno de sus pacientes sino también un esfuerzo colectivo para mejorar los sistemas de salud y el bienestar de la sociedad*. Estamos, pues, ante una “ética de los deberes” que engloba y supera la ética derivada del juramento clásico que se basaba en una “ética de las virtudes”⁶ muy vinculada a la concepción de la salud como un bien público que debería ser preservado y fomentado⁷. Los valores y principios de este “nuevo profesionalismo” han sido adaptados y adoptados por el conjunto de la profesión médica en un buen número de países desarrollados⁸⁻¹⁰.

Varios principios anteriores son relevantes para la formación de los médicos. Así, el mantenimiento de la competencia profesional significa que los médicos deben comprometerse a desarrollar un proceso de aprendizaje que dura toda la vida. También significa que son responsables de mantener los conocimientos y las habilidades necesarias para desarrollar un trabajo en equipo que favorezca los cuidados de calidad. Por su parte, el compromiso con los cuidados de calidad *implica no solamente mantener la competencia individual sino también trabajar de forma colaborativa con otros profesionales para reducir los errores, aumentar la seguridad, evitar el uso excesivo de recursos y optimizar los resultados del cuidado*⁸. Y ello tanto en el plano individual como en el corporativo. Por último, pero no lo menos importante, los compromisos con el acceso a los cuidados y con una distribución justa de recursos necesariamente limitados, implican trabajar por conocer (y por disminuir o eliminar) las barreras de acceso así como para adaptar su conducta a criterios de costo-efectividad evitando prescribir o usar servicios innecesarios. Esto solamente puede lograrse si los médicos están familiarizados, por un lado, con criterios sociológicos, psicológicos y culturales básicos; y, por otro, con conceptos tales como eficacia, efectividad, utilidad, coste, eficiencia, coste de oportunidad, azar moral, etc.

Conviene recordar que desde la década de los años setenta del pasado siglo en EEUU bajo el nombre de “competencia gestionada”¹¹, y durante los años ochenta y noventa en Europa¹²⁻¹³ algunos de estos conceptos fueron introducidos en el sector de la salud “desde fuera”. Es decir, como resultado de la aplicación a la gestión de las redes (sobre todo de las aseguradoras privadas norteamericanas) y de los servicios de salud (sobre todo

de los hospitales públicos) de lo que se llamó “gerencialismo” o “revolución de los gestores”.

Inicialmente, este “gerencialismo” enfatizó la medida de la actividad, el control de costes (a menudo solamente los directos y de corto plazo) y la eficiencia (en su versión más limitada de relación entre coste y eficacia), infravaloró la especificidad del quehacer profesional, y relegó aspectos sustantivos tales como la efectividad y la utilidad de las actuaciones o el azar moral. Lo cual produjo (y todavía sigue produciendo) no pocos conflictos entre “clínicos” y “gestores”¹⁴.

Una primera iniciativa para colmar la brecha entre ambos fue el surgimiento de la “gestión clínica” concebida como el conjunto de prácticas organizativas dirigidas a establecer un marco organizativo óptimo que permita *hacer más gestora a la clínica (mediante la devolución de responsabilidades en decisión y organización a los clínicos) y más clínica a la gestión (mejorando la producción a través de una decidida inversión en gestión del conocimiento por parte de las instituciones sanitarias)*¹⁵.

Poco después, aparece el “nuevo profesionalismo” como un nuevo paradigma elaborado desde el campo médico que, sin negar los logros del “gerencialismo”, propone superar sus limitaciones estableciendo un marco de colaboración entre clínicos, gestores y financiadores (los ciudadanos-contribuyentes en muchos casos) en beneficio de los pacientes.

¿Una educación médica para la Europa del siglo XXI?

En la práctica totalidad de países de la Unión Europea, la formación de pregrado de los médicos (y de otros profesionales de la salud) es responsabilidad del sistema educativo “tradicional” mientras que en la formación de postgrado y en la formación continuada intervienen más actores, el propio sistema de salud y las corporaciones profesionales entre ellos.

Por tanto, la reforma del espacio europeo de educación superior (o “reforma de Bolonia”) iniciada en 1999 (al igual que el proyecto del “nuevo profesionalismo” citado más arriba) y que deberá estar implantada en 2012, está llamada a tener un notable impacto sobre la formación de pregrado de los médicos. Y ello porque, al igual que para otras profesiones, esta reforma introduce un filosofía educativa basada no solamente en la adquisición de conocimientos (que por su propia naturaleza son perecederos) sino también, y

muy destacadamente, de determinadas actitudes y competencias. Por tanto, las Universidades y Escuelas de Medicina habrán de abandonar la didáctica “clásica” (y el examen tradicional) y sustituirla por estrategias de aprendizaje basadas en la adquisición de determinadas habilidades y competencias y en pruebas acordes con ellas^{16,17}.

Todo lo anterior está propiciando un interesante debate no solamente acerca de los “cómos” de la educación médica sino también sobre los “para qués” de la misma. Y es ahí donde muchos postulados del nuevo profesionalismo y de la educación médica actual convergen.

La conversión de un joven adulto en un profesional de la medicina mediante el correspondiente proceso formativo incluye, además de la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias necesarias, la internalización de los valores y creencias que conforman la identidad profesional. Uno ha de querer ser médico y ha de ser capaz de comportarse como tal sin perjuicio de que exista o no un público capaz de juzgarle.

Tradicionalmente esta internalización se producía mediante un proceso implícito desarrollado de manera espontánea, la mayor parte de las veces por mimetismo, al mismo tiempo que se iban adquiriendo los conocimientos y las habilidades. Sin embargo, en la actualidad, se tiende a que este proceso sea explícito, a que los valores y creencias que conforman la profesión formen parte de la enseñanza de la enseñanza de la Medicina y sean evaluados. Existe abundante literatura sobre los modos en que el nuevo profesionalismo ha ido tratando de identificar^{18,19} y, en su caso, de introducir en las Facultades y Escuelas de Medicina estos valores y creencias²⁰.

¿Qué graduado en Medicina necesitamos?

Se puede afirmar que la combinación de las ideas del nuevo profesionalismo con la necesidad de revisar la formación médica a fin orientarla hacia un aprendizaje basado en competencias para la solución de problemas²¹ está produciendo en bastantes países europeos una revisión profunda de la enseñanza de la Medicina. Una revisión que, como mínimo, afecta al diseño curricular, a la selección de los estudiantes, a los métodos de enseñanza y aprendizaje, a la adquisición de pautas de conducta profesional y a los sistemas de evaluación. Sin perjuicio de que se trata de un proceso complejo, pues tanto las definiciones y percepciones del nuevo profesionalismo como los contextos educativos difieren, comienzan a

aparecer las primeras evaluaciones de los resultados de este empeño²².

Conviene recordar que este enfoque (aprender-haciendo con tutela personalizada y evaluación continua) fue introducido en algunas Facultades y Escuelas de Estados Unidos y Canadá hace ya cuarenta años²³. También ha sido el habitual de los programas de formación de especialistas médicos basados en el sistema de internado y residencia que tienen ya varias décadas de existencia. Por tanto, algunas de las lecciones aprendidas en ambos casos deberán ser tenidas en cuenta en la revisión de los estudios europeos de pregrado que ahora se propone. Y, a su vez, los programas de formación de especialistas deberán ser actualizados a medida que avance la reforma de la educación de pregrado para garantizar la imprescindible coherencia entre estas dos etapas del proceso formativo. Lo cual es, si cabe, aún más importante desde 2005, año en que la Directiva 36 CEE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales estableció las condiciones mínimas que habrán de reunir las enseñanzas de pregrado y posgrado en Derecho y Arquitectura, Medicina y otras profesiones sanitarias para que los diplomas y títulos conferidos tengan validez en el territorio de la Unión Europea.

En la medida en que se admite que hoy por hoy las Facultades y Escuelas de Medicina no están formando el tipo de médicos que se requiere, surgen iniciativas para colmar ese déficit, la más conocida de las cuales es el Foundation Program iniciado en el Reino Unido en 2002^{24,25}. Se trata de un programa de dos años que trata de llenar la brecha entre los conocimientos, actitudes y habilidades de los graduados en medicina y los que se requieren para iniciar con éxito la práctica como médico general o, en su caso, la formación de postgrado.

Además, hoy se admite que la educación de los médicos debe extenderse a lo largo de toda la vida profesional²⁶ mediante la formación continuada. Esta tipo de educación se considera parte integrante del desarrollo profesional y hasta ahora sus dos características básicas han consistido en ser autodirigida y contar con una gran multiplicidad de ofertas de calidad muy variable. En los últimos años sin embargo numerosas corporaciones profesionales y agencias acreditadoras han ido desarrollando mecanismos de control y la World Federation for Medical Education ha establecido unos estándares internacionales para la mejora de este tipo de formación^{27,28}. Algunos países europeos han establecido normas legales que regulan este tipo de formación²⁹ en el sentido de hacerla obligatoria como ya sucede, por ejem-

plo, en el Reino Unido a través del General Medical Council³⁰. Sin embargo, importa notar que, a pesar de hallarse actualmente en revisión, parece poco probable que la nueva versión de la Directiva 36/CEE vaya a incluir elementos de armonización sobre la formación continuada.

Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud

En los países de la Unión Europea tanto la educación médica como la prestación de cuidados médicos está fuertemente regulada por los poderes públicos y un porcentaje mayoritario de los médicos trabaja durante la totalidad o una parte de su tiempo para empleadores públicos. No es extraño, por tanto, que una parte sustancial de los elementos que configuran el nuevo profesionalismo traten de la relaciones de los médicos con sus empleadores, en particular con los que conforman los sistemas públicos de salud.

En este sentido algunos colectivos han llegado a proponer la asunción por los empleadores de determinados “compromisos” con los profesionales en forma de “respuesta especular” a los adoptados por estos con los pacientes y con los sistemas de salud, completándose así un “nuevo contrato social” de los distintos agentes en pro de la salud. Estos compromisos incluirían: la participación de los profesionales en la organización de su trabajo; el respeto a la autonomía profesional; el acceso a la formación continuada; potenciar el liderazgo clínico y el desarrollo profesional; el establecimiento de sistemas retributivos basados en la capacidad, el trabajo y los resultados; así como el facilitar una dedicación flexible y compatible con los proyectos familiares y personales³¹.

Un elemento destacado en estos planteamientos es la posibilidad de que los médicos puedan variar tanto el ámbito como el tipo de trabajo que desempeñan a lo largo de su vida profesional y con las condiciones para realizar y acreditar dichos cambios³². Esta posibilidad, que en España es un mandato de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias³³, es vista por los empleadores como una de las estrategias para flexibilizar el empleo de una fuerza de trabajo altamente cualificada y que tiende a ser escasa. Y al mismo tiempo es vista por buena parte de los médicos como una oportunidad para impulsar una atención menos fragmentada y más holística³⁴ así como un potencial antídoto frente al burn-out.

Ello implica plantearse la formación de los especialistas con base en troncos comunes al in-

terior de los cuales puedan existir “pasarelas” que podrían ser transitadas a lo largo de la vida profesional mediante determinadas modalidades regladas de formación continuada.

Retos y dificultades

Es inevitable que un cambio de esta envergadura tropiece con dificultades. A las comunes a todo proceso de cambio hay que añadir las específicas derivadas del tipo de proceso de que se trata.

En primer lugar, no todo el mundo entiende igual los principios y valores del “nuevo profesionalismo” y sus implicaciones para los distintos actores lo cual puede originar no poca confusión. Además, pese a las notables similitudes también existen notables diferencias entre los sistemas educativos y los sistemas de salud de los países de la Unión Europea (por no mencionar los existentes entre estos y los de otras zonas del mundo) por lo que cualquier “solución universal” en este tema parece por el momento sencillamente irrealizable.

En segundo lugar, un proceso de esta naturaleza implica multitud de actores con agendas e intereses distintos. Es el caso de los médicos, de los profesionales sanitarios no médicos, de los gerentes de centros y servicios de salud, de los financiadores, de los pacientes, de las diversas instituciones públicas y privadas que tienen que ver con la formación médica y de los dirigentes políticos.

En tercer lugar, el desfase temporal entre el momento en que se inician los cambios y se perciben los resultados es grande (seis años para el pregado, cuatro o cinco para la formación especializada y toda una generación para la formación continuada). Esto significa que el incentivo de los decisores políticos implicados (quienes probablemente no verán los efectos potencialmente beneficiosos de su decisiones – ni serán recordados por ellas – pero que si pagarán, en su caso, los costes de tomarlas) para decidir es relativamente bajo.

En cuarto lugar, la organización de las Facultades y Escuelas de Medicina, que en la gran mayoría de los estados miembros de la Unión Europea son autónomas para organizar sus currícula, no puede cambiarse de la noche a la mañana. Incluso cuando hay voluntad de realizarlos, estos cambios implican importantes variaciones en el reparto del poder interno y multitud de reajustes gerenciales y administrativos, así como en las relaciones que se establecen entre ellas y los centros

sanitarios asociados para la formación. En consecuencia, parece inicialmente más probable que sean las Facultades y Escuelas de reciente o nueva creación las que más rápidamente los adopten.

En quinto lugar aparece la dificultad de medir tanto el grado de avance de los cambios de la formación médica como, sobre todo, el impacto que dichos cambios tienen en la práctica cotidiana de los profesionales. Una medición que ha de afrontar también las consecuencias de la creciente presencia de profesionales formados en otros países, sean o no miembros de la Unión Europea.

Conclusiones

Cada vez más existe una conciencia generalizada de que no disponemos de los médicos que necesitamos tanto en cantidad como en calidad. En un mundo cada vez más globalizado la formación de los profesionales sanitarios no puede concebirse solamente desde dentro de las fronteras nacionales.

A comienzos del siglo XXI surgen nuevos paradigmas para hacer frente a las insuficiencias de los aplicados para comprender y orientar el papel de los sistemas de salud y de la profesión médica durante el último tercio del siglo XX. Uno de ellos ha sido el del “nuevo profesionalismo”. Esta paradigma reelabora muchos de los elementos del anterior paradigma hipocrático y propone una “ética de los valores” en lugar de la antigua “ética de las virtudes” vinculada con la concepción de la salud como un bien público que debería ser preservado. Los principios y valores del “nuevo profesionalismo” pueden permitir colmar la brecha entre médicos y gestores en beneficio de los pacientes, de los sistemas de salud y de la sociedad.

Casi al mismo tiempo, para los países miembros de la Unión Europea, la reforma de las enseñanzas universitarias ha creado una oportunidad para reformar a fondo la enseñanza de pregrado de la Medicina. Esta revisión está empezando a cambiar tanto los contenidos como las estrategias docentes de forma que primen las necesidades de los estudiantes por encima de los modelos de organización de las instituciones formativas.

La formación de pregrado ha de incluir conocimientos, actitudes y habilidades para la resolución de problemas. Este proceso encontrará sin duda importantes obstáculos y parece estarse desarrollando más rápidamente en las facultades y escuelas de nueva o reciente creación. Mientras tanto, han surgido iniciativas que tienden a suplir las carencias formativas de la actual enseñanza de pregrado. Una parte de los contenidos de los actuales programas de posgrado han cumplido en cierta medida ese papel y habrá de ser revisados una vez que la reforma del pregrado se haya completado.

La formación de posgrado se esta replanteando en algunos países para los profesionales puedan moverse entre especialidades afines a lo largo de su vida profesional. La formación de los médicos (y de otros profesionales sanitarios) ha de concebirse formando parte del desarrollo profesional continuado y dura toda la vida. Sin embargo, el papel de los poderes públicos en su impulso y regulación sigue siendo escaso.

Los principios y valores del “nuevo profesionalismo” que, entre otras cosas, incluyen el paso de una “ética de los deberes” a una “ética de las virtudes”, constituyen un marco de referencia que puede ayudar tanto a la revisión de los contenidos formativos como a la consideración del aprendizaje como una tarea continuada de una gran relevancia profesional y social por parte de los médicos.

Agradecimiento

El autor desea expresar su agradecimiento a los Drs. J. M. Freire Campo y J. A. López Blanco por los comentarios e ideas aportados a este trabajo.

Referencias

1. OMS. Ginebra 2010. [site en Internet]. 2010 [acceso 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/hrh/resolutions/es/index.html>
2. Comisión Europea. Bruselas. [site en Internet]. 2008 [acceso 2010]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf
3. Consejo de la Unión Europea. *La inversión en el personal sanitario de mañana: posibilidades de innovación y colaboración*. (OR. es) SAN259, SOC 782, Bruselas 1 de diciembre de 2010 (02.12).
4. Frenk J, Chen L, Butta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, García P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010; 376(9756): 1923-1958.
5. The American College of Physicians, the American College of Internal Medicine and the European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a Physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136:243-246.
6. Swick HM, Bryan CS, Longo DL. *Beyond the Physician charter: reflections on medical professionalism*. *Perspectives in Biology and Medicine* 2006; 49:263-275.
7. Ramiro Avilés MA, Lobo Aley F. *La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica*. *Gac Sanit* 2010; 24(Suppl.1):120-127.
8. Blank L, Kimbal H, McDonald W, Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. *Ann Intern Med* 2003; 138(10):839-841.
9. Pardell H. El nuevo profesionalismo médico: una ideología expresada en conductas. En: Oriol AB, Pardell H, editores. *La profesión Médica: los retos del nuevo milenio*. Mexico: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004. p. 11-22.
10. Organización Médica Colegial de España. *Profesión médica, profesional médico y profesionalismo médico*. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2010.
11. Kongstvedt PR. *Managed care: what it is and how it works*. 2nd ed. Sudbury, MA: Edition Jones & Bartlett; 2004. (Health & Fitness).
12. The Griffiths Report. [site en Internet]. [acceso 2010]. Disponible en: <http://www.sochealth.co.uk/history/griffiths.htm>
13. Barrientos N. Diez años después: el Informe Abril, la reforma trunca. [documento en Internet]. [acceso 2010]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/informeabril.htm>
14. Iglesias LR. Médicos y gestión. En: Ruiz Iglesias L, editor. *Claves para la gestión Clínica*. Mc Graw Hill: Madrid; 2004. p. 4-11.
15. Bohigas Santagsusana L, Infante A. Prólogo. En: Ruiz Iglesias L, editor. *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGraw Hill; 2004. p. 15.
16. Branda L. El aprendizaje basado en problemas: de herejía artificial a "res populares". *Educación Médica* 2009; 12:11-23.
17. Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. *Proceso de Bolonia(I): educación orientada a competencias*. *Educ Med* 2010; 13(3):127-135.

18. Cruess SL, Cruess RL. *The cognitive base of professionalism*. En: Cruess RL, Cruess SL, Steinert Y, editores. *Teaching Medical professionalism*. Cambridge: University Press; 2009. p. 7-27.
19. General Medical Council. *Tomorrow's doctor: outcomes and standards for undergraduate medical education*. London: Medical Council; 2009.
20. Passi V, Doug M, Peile E, Thislethwaite J, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *Int.J Med Ed* 2010; 1:19-29.
21. Walton H, editor. World summit on medical education: the changing medical profession. *Med Educ* 1993; 28(Suppl.1):171.
22. Van Luijk S, Gorter R, Van Mook W. Promoting professional behaviour in undergraduate medical, dental and veterinary curricula in the Netherlands: evaluation of a joint effort. *Medical Teacher* 2010; 32(9):733-739.
23. Neville AJ. Problem-based learning and medical education forty years on: a review of its effects on knowledge and clinical performance. *Med Princ Pract* 2009; 18:1-9.
24. Foundation Program. [site en Internet]. [acceso 2010]. Disponible en: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home>
25. Welfare M. Introduction. En: *The Foundation Program*. Churchill: Livingsgton; 2008. p. 1-8.
26. Van Mook WN, Gorter SL, de Grave WS, van Luijk SJ, O'Sullivan H, Wass V, Zwaveling JH, Schuwirth LW, van der Vleuten CP. Professionalism beyond medical school: an educational continuum? *Eur J Inter Med* 2009; 20(8):148-152.
27. Equipo FEM. La formación de los profesionales médicos. En: Oriol Bosch A, Pardell H, editores. *La profesión médica: los retos del nuevo milenio*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004. p. 69-83.
28. World Federation for Medical Education. *Estándares globales en educación médica*. *Educ Méd* [periódico en Internet]. 2004 [acceso 2010]; 7(Supl.2). [p.5-6]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132004000500003&lng=es&nrm=iso
29. Espanha. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. p. 70-76.
30. General Medical Council. Registration and Licensing. [site en Internet]. [acceso 2010]. Disponible en: <http://www.gmc-uk.org/doctors/index.asp>
31. Ruiz B. Comparecencia ante la subcomisión para el pacto de estado en sanidad. 2 [documento en Internet]. 2010 [p. 22-23] [acceso 2010]. Disponible en: <http://www.uch.cat/index.php?md=documento&id=345981g=cat>
32. Gual A. *Una nueva troncalidad para la formación sanitaria especializada ¿es necesaria?* *Educ Med* 2010; 13(1):1-3.
33. Espanha. Ley 44/203 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. *BOE* 2003; nov.
34. Fuerte A. *Formación de grado y de postgrado y desarrollo profesional continuo en Medicina*. En: del Pozo A, Sánchez Bayle M, editores. *Los profesionales de la salud en España*. Madrid: Fundación Sindical de Estudios; 2008. p. 33-59.

Artigo apresentado em 09/02/2011

Aprovado em 16/02/2011

Versão final apresentada em 30/03/2011