

Formación de adultos, autonomía profesional y compromiso individual

H. Pardell-Alentá^{a,b}

FORMACIÓN DE ADULTOS, AUTONOMÍA PROFESIONAL Y COMPROMISO INDIVIDUAL

Resumen. Desarrollo. La formación de adultos tiene sus raíces conceptuales en la noción de 'andragogía' y se diferencia de la pedagogía en múltiples aspectos, el más relevante de los cuales es la autonomía en la selección de lo que se quiere aprender y en la forma y momento en que se hace, y generalmente ocurre en el lugar de trabajo. El profesional debe aprender en todo momento a lo largo de su vida, como una manera de mantener actualizada su competencia. Y en este punto entronca con lo que hoy en día se denomina desarrollo profesional continuo, en un intento de ensanchar los límites tradicionales de la formación médica continuada. Ésta, por su parte, debe diferenciarse claramente de la formación reglada, que permite obtener titulaciones exigibles y con frecuencia surge al compás de las necesidades cambiantes del momento. Por ello, debe huirse de su institucionalización y mantener su carácter oportunista, como elemento genuino. Conclusión. Las asociaciones profesionales deben involucrarse más activamente en la provisión y la acreditación de la formación médica continuada-desarrollo profesional continuo, como un componente esencial de su autorregulación que emana del ideario del profesionalismo médico actual. [REV NEUROL 2008; 46: 225-9]

Palabras clave. Andragogía. Desarrollo profesional continuo. Formación de adultos. Formación médica continuada. Profesionalismo médico.

INTRODUCCIÓN

La formación de adultos constituye el fundamento conceptual de la formación médica continuada (FMC), un campo de interés creciente para el mundo profesional médico.

Los elementos diferenciales de la formación de adultos (andragogía) y la educación infantil y juvenil (pedagogía) son determinantes para entender las características fundamentales de aquella y para poder planificar y estructurar adecuadamente los programas educativos de los médicos en ejercicio.

Como veremos, la FMC se halla inextricablemente relacionada con el desarrollo profesional continuo (DPC), otro dominio que ha entrado con fuerza en los últimos tiempos en el mundo profesional.

No menos importante es la relación de la formación de adultos con los distintos ámbitos de la regulación profesional, muy especialmente por lo que se refiere a la autorregulación o regulación compartida.

Por último, las diferencias sustanciales entre la formación reglada y la FMC van a ser objeto de consideración, señalando los peligros y riesgos de convertir a esta última en un tipo de educación institucionalizada y programada.

PEDAGOGÍA FRENTE A ANDRAGOGÍA

En el *Diccionario* de María Moliner, pedagogía (del griego *paidagogia*) se define como 'el arte o ciencia de enseñar y educar a

los niños' [1]; por extensión, el término se aplica a la educación en general.

Sin embargo, a partir de la década de los setenta, bajo la influencia decisiva de Knowles y su escuela, se viene utilizando el término de 'andragogía' para significar 'la ciencia y el arte de ayudar a aprender a los adultos' [2-5].

Tal como expuse en un artículo anterior [6], la autonomía es la característica esencial del aprendizaje del adulto, centrada en sus capacidades para pensar racionalmente, reflexionar, analizar la evidencia, emitir juicios, conocerse a sí mismo y ser libre para formar y enunciar las propias opiniones.

Si se traslada esta autonomía al campo de la formación, significa que el adulto es capaz de aprender de una manera autodirigida a partir de cuatro componentes esenciales: autonomía personal, voluntad y capacidad de dirigir el propio aprendizaje, control del ambiente educativo y proceso de aprendizaje independiente [7].

Esta noción de autoaprendizaje deviene crucial [8] y entronca con el proceso de reflexión –sobre el que insistiré más adelante– y con la noción de aprendizaje a lo largo de toda la vida [9,10], una característica fundamental del ideario del profesionalismo médico más actual [11]. Por otro lado, se relaciona muy directamente con el ideario de las comunidades de práctica, propuesto por Wenger [12].

Las motivaciones del adulto para aprender son muy diversas, pero siempre se encuentra un interés primario para aplicar el conocimiento adquirido en la práctica profesional, por lo cual el aprendizaje viene reforzado extraordinariamente si se conecta con aquella de manera directa. Además de los postulados de Argyris y de Schön, sobre los que me detendré más adelante, esto tiene que ver con el concepto de 'organización inteligente', introducido por Senge para caracterizar a aquellas organizaciones abiertas al aprendizaje permanente combinado con el trabajo cotidiano [13].

En otro sentido, cabe remarcar que el adulto aprende de muy diversas maneras y cada uno prefiere determinados métodos en función de su propio estilo cognitivo y de su experiencia

Aceptado tras revisión externa: 16.01.08.

^a Secretario Ejecutivo del Consejo Catalán de Formación Médica Continuada (CCFMC). Barcelona. ^b Director del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC). Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Helios Pardell Alentá. CCFMC. Còrsega, 257, pral. E-08036 Barcelona. E-mail: hpardell@comb.es

Agradecimientos. A los doctores Arcadi Gual y Alberto Oriol-Bosch, cuyos comentarios han contribuido a enriquecer el texto.

English version available in www.neurologia.com

© 2008, REVISTA DE NEUROLOGÍA

[14]; asimismo, el aprendizaje no ocurre necesariamente en ambientes educativos formales sino que también se produce, e incluso de manera preferente, en situaciones informales [15], lo cual supone un argumento de fuerza para enfatizar la importancia del carácter ocasional y multifacético de la FMC, en contraposición a quienes postulan la necesidad de su reglamentación e institucionalización.

En un compendio de lo ya indicado, y siguiendo a Bennett, podemos enunciar las características esenciales del aprendizaje del adulto [16]:

- El aprendizaje es una capacidad que presentan los adultos a cualquier edad.
- Dicho aprendizaje suele ser autodirigido.
- La experiencia individual desempeña en él un papel determinante.
- El aprendizaje está orientado hacia la práctica.
- El adulto aprende voluntariamente y selecciona lo que desea aprender.
- Cuanto más activamente se involucra el individuo en el proceso de aprendizaje, tanto más efectivo resulta.
- El proceso de *feedback* representa una parte crucial de dicho aprendizaje.
- La utilización de las distintas modalidades de aprendizaje varía en función de la época profesional que atraviesa el individuo.
- Cada adulto aprende de manera diferente y en distintas situaciones.
- Los adultos se muestran más dispuestos a modificar su comportamiento en función del aprendizaje cuanto más claro tienen aquello que quieren.

Por otra parte, de Knowles podemos tomar los elementos diferenciales básicos de los enfoques pedagógico y andragógico de la educación [5]:

- En el pedagógico, el alumno es dependiente, mientras que en el enfoque andragógico es autónomo.
- El niño tiene escasa o nula experiencia, mientras que el adulto posee un amplio caudal de experiencia acumulada y diferenciada.
- La disponibilidad para aprender se basa en el paso a otro nivel escolar en el enfoque pedagógico, mientras que en el caso del adulto está en función de sus propias necesidades.
- El aprendizaje del niño se centra en tópicos o materias, mientras que el del adulto lo hace en problemas.
- La motivación para aprender en el niño está influenciada por presiones exteriores, mientras que en el adulto interviene una combinación de motivaciones interiores y exteriores, en una proporción dispar en cada caso.

FORMACIÓN DE ADULTOS Y DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

La FMC tradicional se venía centrando en la actualización de los conocimientos adquiridos en los períodos de pre y posgrado y la adquisición de los nuevos, generados al compás de los avances científicos y tecnológicos.

A medida que se ha puesto el énfasis en los diversos componentes del acervo competencial individual, más allá del conocimiento, se viene hablando de DPC [17]. Dicho concepto más amplio de DPC se despliega a partir del de la FMC, incorporando las habilidades, actitudes y comportamientos que orientan el

ejercicio profesional, así como campos adicionales al del que-hacer clínico, como el del liderazgo, la gestión clínica, el trabajo en equipo, el profesionalismo, la comunicación y la ética, entre otros [18-20].

En el contexto del DPC es necesario poner el acento en dos ideas clave: por un lado, la implicación individual prioritaria y, adicionalmente, de las asociaciones profesionales y, por otro, el proceso de reflexión del profesional.

Por lo que se refiere a este último, arranca de los primeros enunciados de Schön en los años ochenta [21,22], en los que establecía las dos vías de reflexión del profesional a partir de las cuales basa su proceso de aprendizaje continuo: durante la práctica (*in practice*) y a partir de la práctica (*on practice*). Gran parte de este proceso reflexivo ocurre en situaciones de aprendizaje ocasionales, no formales [23], y suele ser de naturaleza intuitiva, lo que constituye precisamente la característica esencial del experto [24]. Ha sido a partir de estas premisas conceptuales que, en los últimos tiempos, se ha desarrollado el ‘portafolio’ como herramienta del DPC individual.

En relación con la implicación individual y profesional, es necesario hacer algunas consideraciones de interés. Por un lado, hay que recordar que en el marco conceptual de la tradicional FMC ya se insistía en su naturaleza de deber ético-profesional del médico; sin embargo, a medida que el trabajo de éste se ha ido prestando cada vez más en régimen de trabajador asalariado de las organizaciones sanitarias públicas y privadas, con predominio creciente del componente sindical, también se ha ido introduciendo la noción de que es el empleador quien debe proporcionar la FMC, en el lugar de trabajo y durante su horario laboral. Ni que decir tiene que este desplazamiento conceptual comporta profundas repercusiones en el ámbito del profesionalismo médico, como he analizado en otra parte [25,26].

Por ello, cuando estamos hablando de DPC en sustitución de la FMC, es del todo necesario que insistamos en la necesidad de que dicho desarrollo profesional se convierta en una responsabilidad genuina del propio médico ante su empleador, ante su asociación profesional y, en último término, ante la sociedad [27,28]. No tendría sentido alguno caer de nuevo en el error conceptual que ha supuesto el desarrollo de la carrera profesional en nuestro país que, en líneas generales, ha dejado de lado este componente de compromiso individual. Si debemos introducir el DPC como un paso adelante de la tradicional FMC, resulta inexcusable que partamos de la base de su carácter fundamental de compromiso individual en primer lugar y, subsidiariamente, de la asociación profesional correspondiente (llámese sociedad científica o colegio profesional).

En este sentido, hay que señalar que el papel de las asociaciones profesionales médicas se halla estrechamente relacionado con sus responsabilidades de autorregulación o, como ahora prefiere denominarse, de regulación compartida de la profesión. En efecto, en los momentos actuales, en los que adquiere un protagonismo indiscutible la necesidad de compromiso y de rendir cuentas ante la sociedad (*accountability*), las asociaciones profesionales médicas deben ejercer decididamente su papel de agentes reguladores si quieren seguir gozando de legitimidad social. Y el DPC representa un campo especialmente apropiado para llevar a cabo esta autorregulación, básicamente a través de las iniciativas de revalidación, en sus dos vertientes genuinas de relicencia-recolegiación y recertificación [29-32].

Por último, retomando el componente de compromiso individual antes analizado, y si se contextualiza en el marco del tra-

bajo en organizaciones complejas de carácter inteligente a las que me refería más arriba, es de interés señalar los desarrollos conceptuales que ha hecho Argyris [33-35], que permiten compatibilizar adecuadamente aquel compromiso del profesional y su inclusión activa en el trabajo y en la gestión de las mencionadas organizaciones, sin que ninguna de las partes deba resentirse de las disfunciones que, de otro modo, aparecen cotidianamente como consecuencia de la incapacidad para resolver la dialéctica entre la organización burocrática (tendente a la homogeneización) y el ideario profesional (tendente a la discrecionalidad).

¿DEBE REGLARSE LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA?

Se acepta por unanimidad que la FMC es mayoritariamente ocasional, surgida al compás de iniciativas coyunturales que, en muchos casos, le confieren el máximo sentido. Por otro lado, como se indicó con anterioridad, el aprendizaje del adulto no siempre (ni siquiera mayormente) es formal, lo cual suele ocurrir de manera informal en el ambiente de trabajo profesional.

La formación reglada y estructurada es la más adecuada para aquellos formatos educativos que finalizan con la concesión de una titulación (básica, de especialidad o equivalente), y por ello es programable en ciclos de larga duración (anuales o más largos) y suele ofrecerse en el seno de instituciones dedicadas específicamente a tareas educativas incluidas en dichos formatos. Tal es el caso de la educación universitaria para la obtención de la titulación de médico, la educación de posgrado para la obtención de la titulación de especialista o los formatos educativos universitarios de los tradicionales másteres y equivalentes.

La FMC, por el contrario, suele surgir al compás de las necesidades de cada momento, tratando de proporcionar los conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para hacer frente a nuevos retos asistenciales, ante cuales los médicos no se hallan suficientemente preparados a partir de la educación básica y de especialidad que han recibido de manera reglada.

A título de ejemplo podemos referirnos a la aparición de alguna enfermedad parasitaria propia de un colectivo de población inmigrante africana afincada en un territorio de nuestro país, ante la cual los médicos que la atienden no se hallan suficientemente capacitados porque no han visto casos de esta enfermedad con asiduidad, y los conocimientos adquiridos en las etapas formativas de pre y posgrado han quedado obsoletos. ¿Alguien podría dudar de que organizar una actividad de FMC para dichos médicos sobre el diagnóstico y tratamiento de tal enfermedad parasitaria, por más ocasional que sea, resulta del más alto valor formativo para garantizar la mejor calidad asistencial a los pacientes? Y, sin embargo, el formato educativo no tiene por qué ser de carácter reglado, ni de larga duración, ni llevado a cabo en instituciones educativas específicas, sino que, por el contrario, puede ser organizado por un colectivo profesional atento a las necesidades emergentes de sus miembros y lo suficientemente motivado como para llevar a cabo la actividad formativa con las mejores garantías.

Pretender, como algunos proclaman en los últimos tiempos, que la oferta formativa de calidad sólo puede garantizarse a través de programas reglados ofertados por instituciones educativas específicamente reconocidas es muy peligroso y, asimismo, nos retrotrae a la situación que durante décadas se dio en los países de la Europa del Este, en todos los cuales existían

instituciones educativas centrales por las que obligatoriamente debían pasar, con una periodicidad determinada, todos los médicos del país si querían mantener su estatus y su licencia de práctica. Por experiencia sabemos que tales instituciones eran más bien instituciones burocráticas de control estatal de la profesión, con una calidad educativa dudosa y que en poco o nada contribuían realmente al mantenimiento de la competencia profesional de los médicos, sino que, por el contrario, estaban orientadas a su adoctrinamiento en la ideología político-sanitaria del gobierno de turno.

Resulta obvio decir que esta discusión entre FMC ocasional y reglada se halla íntimamente relacionada con la visión acerca de la regulación de la profesión médica. Quienes contemplan la FMC como una oferta educativa de carácter prioritariamente ocasional parten del principio de que la profesión, a través de sus asociaciones propias, debe profundizar en su autorregulación (regulación compartida), tomar el liderazgo en el tema de la FMC y seleccionar mayormente los programas educativos más adecuados para cada sector y cada momento y situación. Por este motivo, defienden que la oferta formativa la proporcionen dichas asociaciones a través de los formatos tradicionales (congresos, reuniones científicas, cursos presenciales) o de los nuevos que posibilitan las nuevas tecnologías (actividades de *e-learning*, actividades a distancia con materiales educativos, etc.).

Quienes, por el contrario, ven la FMC como una oferta educativa institucional, suelen partir de la base de que el médico es un recurso humano más del sistema, empleado del servicio sanitario público, al que hay que proporcionarle la FMC que el empleador decide, con objeto de orientarle adecuadamente hacia lo que se considera calidad óptima de la prestación. Por lo cual no debe resultar extraño que tiendan, cada vez más, a la oferta formativa en el seno de instituciones educativas como los institutos de salud pública, de calidad, de formación, o como quiera que se denominen, de las comunidades autónomas respectivas que utilizan, asimismo, los formatos educativos tradicionales y los más nuevos.

Ni que decir tiene que esta última posición suele ser la que adoptan la mayoría de los sistemas autonómicos de salud de nuestro país y sus comisiones de acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias correspondientes. La primera, por el contrario, es la predominante en el mundo profesional, básicamente en las sociedades científicas y los colegios de médicos.

Todo ello constituye un verdadero reto actual para la profesión y para los entes autonómicos públicos involucrados en la FMC de 'sus' médicos empleados, para las comisiones autonómicas de acreditación y, de manera muy especial, para la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, reestructurada en agosto de 2007 [36], en la cual el mundo profesional sigue teniendo una presencia poco más que simbólica, y en la que los gobiernos autonómicos son sus miembros natos, lo que traduce aquella idea de considerar a los médicos como meros empleados de los servicios públicos de salud.

CONCLUSIONES

A la vista de lo que vengo exponiendo, es evidente que nos encontramos en una verdadera encrucijada, y que para salir de ella hará falta una clara visión prospectiva y grandes dosis de generosidad y compromiso.

Una gran parte de las cuestiones relevantes ya fueron enunciadas en un artículo anterior, en el que expusimos las que intuíamos como tendencias predominantes en el campo de la FMC y su acreditación [37]. Muchas de aquellas intuiciones se han ido cumpliendo y, hoy por hoy, nos enfrentamos al reto de resolver los dilemas que plantea la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, cuando configura la FMC como un derecho y un deber de los profesionales y cuando establece amplios márgenes de superposición, que inducen a confusión, entre la carrera profesional y el DPC. Si profundizamos en el enunciado de la FMC como un derecho, es inevitable que acabemos abocados al campo de la reivindicación sindical, mientras que si lo hacemos en el del deber, entraremos de lleno en el terreno del compromiso profesional.

Resulta obvio que este dilema no es baladí para la profesión médica, puesto que de su adecuada resolución depende gran parte de su futuro como profesión, en el sentido que ya analizamos extensamente en otro trabajo [38]. En efecto, si opta por la vía del deber ético-profesional de la FMC y del DPC, en el contexto que analiza Gracia [39], la profesión puede contemplar su futuro con relativo optimismo, sobre todo si profundiza en el ámbito de la autorregulación-regulación compartida de una forma sensata y prudente, debidamente consensuada con los demás agentes sociales. Si, por el contrario, opta por la vía de la reivindicación, cuando no la confrontación, su futuro como profesión, en el sentido más genuino de la palabra, se hallará seriamente comprometido, y podría vislumbrarse un proceso de desprofesionalización creciente, con todo lo que ello comporta [26].

Todo parece indicar que lo más sensato sería establecer un adecuado balance entre ambas opciones, que debería complementarse con iniciativas profesionales de compromiso con los gobiernos, como agentes reguladores sociales que son, centradas en la voluntad explícita de avanzar en el campo de la regulación profesional compartida. Este compromiso explícito de los agentes profesionales debería ir acompañado de unas actitudes razonables de los gobiernos, que tendieran a separar nítidamente sus respectivos papeles de empleadores y de reguladores, cuya superposición tantos problemas engendra.

Por la parte profesional (tanto de los colegios de médicos como de las sociedades científicas), se empiezan a atisbar voluntades de avanzar por este camino, que debe discurrir con dos marchamos ineludibles: el compromiso decidido y la independencia clara. Por la parte de los agentes reguladores y empleadores públicos, todo hace pensar, asimismo, que serán capaces de ver con claridad las grandes ventajas que se derivan de una actitud abierta hacia la regulación compartida y los graves riesgos que se derivan de una actitud cerrada, que contemple a la profesión médica como una fuerza de trabajo sujeta a una regulación laboral, que cae de lleno en el ámbito de la administración sanitaria.

Y es que, en efecto, si, por un lado, un exceso de intervencionismo y de regulación legislativa presenta sus propias limitaciones e inconvenientes [40-42], por otro, las tareas socialmente complejas, como las que suele llevar a cabo una profesión como la médica, no pueden juzgarse con estándares sencillos y normativos, so pena de cometer errores burdos de apreciación y daños irreparables [43]. Ciertamente, la autorregulación presenta sus ventajas e inconvenientes, pero, vista en perspectiva, no cabe duda de que las primeras superan con creces a los segundos, por lo que debe abogarse decididamente por su implantación, siempre en un marco de regulación compartida, a partir de consideraciones de 'expertise' y de eficiencia, debiendo atenerse a tres tipos de compromiso: con los miembros del colectivo autorregulado, con la población y con el gobierno [44].

Todos los que trabajan en los ámbitos de la sociología de las profesiones y de la organización de los sistemas sanitarios han dejado claramente establecido que una profesión médica no comprometida es la mejor garantía de fracaso de cualquier sistema sanitario. Si, como puede deducirse de las encuestas de población más recientes, la sociedad valora muy positivamente a la profesión médica española, y ésta, por lo que se ve, exhibe con intensidad creciente actitudes de desvinculación con los sistemas sanitarios públicos, parece evidente que algo hay que hacer si queremos mantener la calidad de nuestro(s) sistema(s) sanitario(s). Y en este cometido se hallan comprometidos todos: los médicos, los empleadores, los gobiernos y, por supuesto, los pacientes y la población entera.

BIBLIOGRAFÍA

- Moliner M. Diccionario del uso del español. 2 ed. Madrid: Gredos; 2004.
- Knowles MS. Andragogy, not pedagogy. *Adult Leadership* 1968; 16: 250-86.
- Knowles MS. The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. Chicago: Follet; 1970.
- Knowles MS. The adult learner: a neglected species. Houston: Gulf Publishing; 1973.
- Knowles MS. Andragogy in action. Applying modern principles of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass; 1984.
- Pardell H. ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada? Mitos y realidades. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 419-30.
- Candy PC. Self-direction for lifelong learning. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.
- Merriman SB. Andragogy and self-directed learning: pillars of adult learning theory. *New Directions for Adult and Continuing Education* 2001; 89: 3-13.
- OCDE. Lifelong learning for all. Paris: OCDE; 1996.
- Maehl WH. Lifelong learning at its best. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
- Pardell H, Gual A, Oriol-Bosch A. ¿Qué significa ser médico, hoy? *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 17-22.
- Wenger E. Communities of practice. Learning, meaning and identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- Senge PM. The fifth discipline. The art and practice of the learning organization. New York: Currency Doubleday; 1990.
- Messick S. The nature of cognitive styles: problems and promise in educational practice. *Educ Psychol* 1984; 19: 59-74.
- Marsick VJ, Watkins KE. Informal and incidental learning in the workplace. London: Routledge; 1990.
- Bennett NL. Adult learning: uses in CME. In Rosof AB, Felch WC, eds. Continuing medical education. A primer. 2 ed. New York: Praeger; 1992. p. 31-41.
- Wentz DK, Paulos G. Is now the time for continuing medical education to become continuing physicians development. *J Contin Educ Health Prof* 2000; 20: 181-7.
- Pardell H, Bruguera M. ¿Formación médica continuada o desarrollo profesional continuo del médico? *Educación Médica* 2002; 5: 90-5.
- World Federation of Medical Education. Desarrollo profesional continuo (DPC) de los médicos. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica* 2004; 8 (Supl 2): S39-52.
- Gual A, Rodríguez de Castro F. Objetivos del desarrollo profesional continuo. *JANO* 2007; 1626: 26-9.
- Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. London: Maurice Temple Smith; 1983.
- Schön DA. Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- Nolla M. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educación Médica*. 2006; 9: 11-6.
- Eraut M. Developing professional knowledge and competence. London: Falmer Press; 1994.

25. Pardell H. Formación médica continuada, ¿individual o institucional? *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 698-700.
26. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica* 2003; 6: 63-80.
27. Coles C. Approaching professional development. *J Contin Educ Health Prof* 1996; 16: 152-8.
28. Bennet NL, Davis DA, Easterling WE, Friedmann P, Green JS, Koepfen BM, et al. Continuing medical education: a new vision of the professional development of physicians. *Acad Med* 2000; 75: 1167-72.
29. Pardell H, Oriol-Bosch A, Gual A. Desarrollo profesional continuo, revalidación y regulación profesional. *JANO* 2006; 1626: 76-80.
30. Bruguera M, Gual A. Retos del desarrollo profesional continuo y la regulación de la profesión médica. *Educación Médica* 2006; 9: 184-93.
31. Pardell H. Regulación profesional y revalidación. *DPM* 2007; 0: 16-22.
32. Gual A, Nolla M. Desarrollo profesional continuo y regulación de la profesión: situación actual y perspectivas de futuro. *DPM* 2007; 0: 23-9.
33. Argyris C, Schön DA. *Theory in practice. Increasing professional effectiveness.* San Francisco: Jossey-Bass; 1974.
34. Argyris C. *Knowledge in action.* San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
35. Argyris C. *Integrating the individual in the organization.* New Brunswick: Transaction; 2000.
36. Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada. BOE n.º 221, de 14 de septiembre de 2007. p. 37544-6.
37. Pardell H, Oriol-Bosch A, en nombre de la Comisión Permanente del Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada. Sobre la acreditación de la formación médica continuada en España. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 261-4.
38. Oriol-Bosch A, Pardell H, Gual A. Ser médico, hoy. Informe de la Fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. URL: http://www.cgcom.org/informes/pdf/06_11_23_libro_ser_medico_hoy.pdf. [10.11.2006].
39. Gracia D. Compromiso ético con el desarrollo profesional continuo. *JANO* 2006; 1626: 20-5.
40. Baldwin R. Why rules don't work. *Modern Law Rev* 1990; 53: 321-7.
41. Power M. *The audit society. Rituals and verification.* Oxford: Oxford University Press; 1999.
42. Howard PK. *The death of common sense.* New York: Random House; 1994.
43. O'Neill O. Accountability, trust and informed consent in medical practice and research. *Clin Med* 2004; 4: 269-76.
44. Baldwin R, Cave M. *Understanding regulation: theory, strategy and practice.* Oxford: Oxford University Press; 1999.

ADULT LEARNING, PROFESSIONAL AUTONOMY AND INDIVIDUAL COMMITMENT

Summary. Development. *The concept of 'andragogy' is the basis of the adult education which is different from pedagogy in several aspects, particularly in the autonomy of the adult learner in choosing the educational programmes and the methodologies and sites in where learning occurs. This happens very often in the worksite. The professionals have to learn permanently during their active lives in order to maintain their competence updated. In this sense, continuing education correlates with continuing professional development, which is an attempt to enlarge the traditional domains of continuing education. Continuing education must be clearly differentiated from formal education, which is a requirement for granting professional degrees or titles. Very often it arises from the changing health needs and for this reason is necessary to avoid the institutionalization of continuing education programmes.* Conclusion. *Professional associations should be actively involved in providing and accrediting continuing education-continuing professional development programmes, because this involvement is an essential component of the professionals' self-regulation in the context of the current medical professionalism ideology.* [REV NEUROL 2008; 46: 225-9]

Key words. Adult learning. Andragogy. Continuing medical education. Continuing professional development. Medical professionalism.