

Propuesta para la recertificación de las especialidades médicas en Colombia¹

Luis E. Jaramillo G.²

Resumen

Este artículo hace una breve revisión de los aspectos que justifican implementar un proceso de recertificación de los médicos. Luego hace una descripción de este proceso en los países donde se cuenta con mayor experiencia y de las ventajas de tener un proceso de recertificación, así como de las críticas hacia el sistema. Finalmente, se presenta la creación del Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica, de Especialistas y Profesionales Afines (CAMEC), como producto del trabajo de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, y también el borrador del decreto del gobierno nacional en el que se propone la creación del Sistema Integrado para la Educación Continuada y el Desarrollo Profesional Continuo en Salud (SFCTHS).

Palabras clave: Certificación de profesionales, educación médica, instituciones de enseñanza superior, Colombia

Title: Proposal for Recertification of Medical Specialties in Colombia

Abstract

This article gives a brief overview of the aspects that justify implementing a recertification of doctors. After a description of this process in the countries where it has the most experience, the advantages of having a recertification process and the criticism of the system is also discussed. Finally, the creation of the Council on Accreditation and Recertification Colombian Medical Specialist professionals (CAMEC, in Spanish), as a product of the work of the Colombian Association of Scientific Societies, and also the draft decree of the national government is proposed in the creation of the Integrated System for Continuing Education and Continuing Professional Development in Health (SFCTHS, in Spanish).

Key words: Certification; education, medical; higher education institutions; Colombia

¹ El autor actualmente forma parte de la Junta Directiva del CAMEC, y fue director del Comité Científico de la ACP.

² Especialista en psiquiatría, MSc. Profesor, Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Antecedentes y contexto internacional

Una vez un profesional de la salud se ha graduado de una institución de educación superior no es posible garantizar que mantendrá un nivel adecuado de conocimientos, habilidades y destrezas para brindar una atención adecuada y de calidad en su ramo. Un médico con pocas habilidades implica riesgos para los pacientes, y estos están cada vez más informados, exigen mayor calidad de atención y autonomía. Igualmente, la falta de competencia por parte de los médicos implica sobrecostos para las entidades de salud, dados por el aumento de las estancias hospitalarias y complicaciones, entre otras razones (1). ¿Cómo lograr, entonces, que después de egresado un médico mantenga un nivel de conocimiento y de experticia suficiente para brindar una atención de calidad?

Existe la creencia, aceptada por muchos, de que a más años de práctica, mayor experiencia, lo cual es suficiente para mantenerse al día y brindar una atención de calidad. Sin embargo, algunos estudios han hallado que, al contrario, a mayor tiempo de práctica, menores son el desempeño y la calidad de la atención (2).

Otros piensan que hacer cursos de educación continuada junto con su práctica clínica es una estrategia adecuada para mantener al día sus conocimientos y sus habilidades clínicas. No obstante, los estudios

muestran que el uso de métodos tradicionales y de cursos donde no hay mucha interacción tiene poco impacto sobre el desempeño profesional (3,4). Otros, más críticos, consideran, incluso, que en muchos casos la información brindada en dichos cursos puede estar sesgada, dependiendo de quién financia tales actividades de educación continuada (5).

Por todo lo anterior, algunos grupos y países plantearon la necesidad de realizar procesos de formación continua, pero, sobre todo, de evaluación continua y estructurada de los médicos, con el fin de garantizar una mejor atención a los pacientes (1), en procesos similares a los realizados a profesiones como los pilotos de avión, quienes deben someterse a estrictos procesos periódicos de evaluación. De esta manera se da origen a los procesos de “recertificación” de los médicos.

Uno de los países más avanzados en cuanto a recertificación es Estados Unidos, que desde 1933 estableció el American Board of Medical Specialties (ABMS). Esta es una entidad sin ánimo de lucro, conformada por 24 consejos de especialidades médicas, y que asesora el diseño de estándares para los procesos de evaluación continuada y recertificación de los médicos (6).

El mantenimiento de la certificación (MOC), o recertificación, en general, tiene una validez de 10 años e incluye cuatro elementos: Reputación profesional; Aprendizaje

a lo largo de la vida y autoevaluación periódica; Experticia cognitiva demostrada mediante un examen, y Desempeño en la práctica.

En Canadá existe un programa de mantenimiento de la certificación (MOC) para los especialistas, administrado por el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (7).

En el Reino Unido, el General Medical Council, encargado de dar el registro inicial a los médicos, tiene planeado comenzar el proceso de revalidación a finales de 2012, así como completar el proceso en 2016. Este proceso de revalidación dispondría de una vigencia de 5 años, y tiene un marco de trabajo que consta de 4 dominios, cada uno de los cuales, por su parte, tiene 3 atributos (8,9). Dichos dominios son: Conocimiento, habilidades y desempeño; Seguridad y calidad; Comunicación, colegaje, trabajo en equipo; Mantenimiento de la confianza.

En México varias especialidades cuentan con un *board* que certifica y recertifica a los especialistas, pero no se trata de un proceso estandarizado.

Existen diferentes maneras de concebir y hacer operativo este proceso de recertificación, por lo cual los resultados de los estudios sobre la utilidad de dichos procesos son variables.

Algunos modelos utilizan criterios de autoevaluación. Sin embargo, cuando se compara este procedimiento con evaluaciones externas se encuentra que la autoevaluación es poco confiable (10).

El uso de exámenes orales ha mostrado que estos no son consistentes, y las pruebas escritas la mayoría de las veces evalúan conocimientos teóricos, pero lo hacen con cuestionable validez psicométrica, y en muchos casos terminan siendo marcadores subrogados de la verdadera capacidad cognitiva y de las habilidades y las destrezas de los médicos (4).

Actualmente se usa una combinación de elementos, como cursos de educación continuada, el uso de material de enseñanza en línea, la participación en talleres, procesos de formación en instituciones autorizadas para tal fin y procesos de evaluación altamente estandarizados, contruidos a partir de casos clínicos que el médico ve comúnmente en su quehacer cotidiano.

No obstante estas limitaciones, la mayoría de los estudios muestran una correlación entre el hecho de estar certificado y brindar una atención de buena calidad (11,12). En un estudio realizado en Pensilvania en 1993 con más de 16.000 pacientes, se encontró que había una asociación entre el hecho de que los médicos tratantes tuvieran una certificación en medicina interna o cardiología y la disminución de la mortalidad y de la estancia hospitalaria en pacientes con infarto de miocardio (13). En el mismo sentido, un estudio con pacientes atendidos a través del Medicare, en Estados Unidos, halló que los médicos que puntuaban más alto en los exámenes del *Board*

de Medicina Interna brindaban un mejor cuidado a los pacientes con diabetes que los médicos con puntajes en los cuartiles inferiores ([OR], 1,17; IC 95% 1,07-1,27) (14).

Pese a lo enunciado, el proceso de recertificación no solo se asocia a una mejor calidad de la atención, sino que quienes no están certificados tienen una mayor probabilidad de recibir sanciones disciplinarias. En un estudio realizado en California con 890 médicos que habían recibido sanciones disciplinarias, se halló que uno de los factores que se asociaban a ser sancionado era no estar certificado (OR: 2,22; $P < 0,01$) (15). Otro estudio similar, también realizado en California, encontró que quienes estaban recertificados tenían menos probabilidad de recibir sanción disciplinaria (OR: 0,42; IC 95% 0,29-0,6) (16).

Por otra parte, en la medida en que los pacientes están mejor informados y hay una tendencia cada vez mayor a apoyar los procesos de calidad, tienden a tomar la recertificación como un criterio que les brinda mayor seguridad a la hora de escoger a su médico tratante. Según encuestas realizadas en Estados Unidos, las personas escogerían, preferiblemente, a médicos certificados (1).

Además de lo anterior, los resultados de la recertificación podrían servir de indicador de la calidad de la formación de los médicos. Los residentes con mayor entrenamiento formal, así como aquellos

que fueron mejor calificados por sus directores de programa, tienen mejores puntajes en los exámenes de recertificación (1).

Finalmente, si bien algunos médicos consideran que, pese a tratarse de un proceso arduo, difícil y exigente, la recertificación puede ser una manera de evaluar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes, y para encontrar formas de mejorarla, pero reconocen que el proceso debería mejorarse (17,18).

Por otra parte, los procesos de recertificación no están exentos de críticas o de cuestionamiento respecto a su utilidad (4). Algunos autores han puesto en entredicho la validez de algunos estudios que muestran una correlación entre estar certificado y el desempeño en el área clínica (19). Otros los critican al considerar que son una carga administrativa y financiera adicional para los médicos, quienes deben, por ejemplo, invertir parte de su tiempo libre y de sus propios ingresos para asistir a las actividades de actualización, y pagar entre US\$1.500 y US\$1.800 dólares cada 10 años por el proceso mismo, sin que ello redunde en una mejor atención de los pacientes (20).

Propuesta de recertificación en Colombia

En el país ha habido durante los últimos años un aumento en el número de escuelas de medicina y de programas de posgrado; por ejemplo, actualmente existen 54 facultades

de medicina, para una población de, aproximadamente, 42.000.000 de habitantes. En algunas ciudades intermedias no es raro hallar 3 y hasta 5 facultades. Además, en algunos casos no hay garantía sobre la calidad de la formación de dichos egresados, y tras la graduación no existe un seguimiento de su desempeño. Por ello, este es uno de los factores que deben tenerse en cuenta al hacer una propuesta de recertificación.

Desde hace aproximadamente 10 años diferentes organizaciones médicas en Colombia han planteado la necesidad de organizar un proceso de recertificación; inicialmente, para los especialistas. Sin embargo, tales iniciativas no pudieron hacerse realidad por múltiples razones.

Hace, aproximadamente, 6 años la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas designó una comisión con el fin de formular una propuesta de recertificación para los especialistas del país, tomando como base las experiencias de las asociaciones de Radiología, de Otorrinolaringología y de Urología, entre otras. Tras un largo proceso de discusión y de propuestas, en 2012 y con la participación de representantes de 13 sociedades científicas se logró cristalizar el Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica, de Especialistas y Profesionales Afines (CAMEC), el cual ya estableció sus estatutos (anexo) y cuyos mecanismos de reglamentación del proceso de recertificación se están afinando.

La propuesta del CAMEC es que la recertificación médica en Colombia sea un acto voluntario, por el cual un profesional certificado, respondiendo a un sistema de garantía de calidad, se presenta ante sus pares para que estos evalúen periódicamente su trabajo, sus condiciones y sus cualidades, y le otorguen un aval que lo acredite y lo jerarquice en su labor profesional. Lo que intenta evaluar la recertificación es el grado de competencia para efectuar las acciones profesionales propias de la disciplina o de la especialidad, en concordancia con el progreso de las ciencias de la salud.

Este proceso no pretende convertirse en un trámite burocrático más, que se debe cumplir cada cierto tiempo, ni en una forma de castigo ni en un mecanismo para que tal o cual entidad se lucren a costa suya. El propósito de la recertificación es contribuir a mejorar el sistema de atención en salud; sobre todo, estimulando la educación y la actualización permanentes de los profesionales y de los especialistas, y ponerlos a tono con las exigencias de calidad a escala internacional.

Por su parte, el Gobierno Nacional ha puesto a circular un borrador de decreto que intenta reglamentar el proceso de educación continuada en salud. Los Ministerios de Salud y de Educación, como parte de la reglamentación de la Ley 1438 de 2011, Reforma al Sistema de Salud (21), han propuesto: “[...] la creación del Sistema Integrado para la Educación

Continuada y el Desarrollo Profesional Continuo en Salud (SFCTHS), como herramienta para poner en marcha un sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud, cuyos destinatarios son los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del servicio público educativo que intervienen directa o indirectamente en el proceso de formación del talento humano en salud” (22).

Aunque la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (en los últimos meses a través del CAMEC), viene trabajando desde hace tiempo para convertirse en un interlocutor ante el Gobierno Nacional para efectos de la recertificación, la puesta en circulación del mencionado borrador es una oportunidad para plantear una posición como sociedades científicas.

La Asociación Colombiana de Psiquiatría, en medio de un proceso liderado por su comité científico, su junta directiva y su dirección administrativa, ha venido trabajando desde hace varios años en el Proceso de Calificación en Psiquiatría (PCP), encaminado a valorar la educación continua de los psiquiatras miembros de la ACP que se hallan en ejercicio.

Los criterios propuestos para incluir a un profesional en el PCP son: ejercicio profesional; capacitación, demostrada mediante la participación en congresos o la realización de estudios formales; participación en la docencia; producción científica, evidenciada a través de artículos o de libros publicados; premios obtenidos;

y participación en cargos directivos de la ACP. La idea, sin embargo, no es quedarse tan solo en el plano de la evaluación, sino poderles brindar a los psiquiatras colombianos, mediante distintos mecanismos, la posibilidad de que estén actualizados, para brindarle la mejor atención posible a la población.

Como la ACP ha participado activamente en la construcción de la propuesta de recertificación, a través de diferentes representantes, y aspira a ser una de las primeras en poder implementar el mecanismo en Colombia, y así cumplir también con el objetivo del PCP.

Referencias

1. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD, et al. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA*. 2004;292:1038-43.
2. Choudhry N, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med*. 2005;142:260-73.
3. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, et al. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 1995;274:700-5.
4. American Board of Internal Medicine. Maintenance of Certification Program. *N Eng J Med*. 2010;362:948-52.
5. Jibson MD. Medical education and the pharmaceutical industry: managing an uneasy alliance. *Acad Psychiatr*. 2006;30:36-40.
6. American Board of Medical Specialties [internet]. s. f. [citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.abms.org/>.
7. The Royal College of physician and surgeons of Canada [internet]. s. f. [ci-

- tado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/members/moc>.
8. General Medical Council [internet]. s. f. [citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation.asp>.
 9. The Good Medical Practice. Framework for appraisal and revalidation. Manchester: General Medical Council; 2011.
 10. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*. 2006;296:1094-102.
 11. Sutherland K, Leatherman S. Does certification improve medical standards? *BMJ*. 2006;333:439-41.
 12. Sharp LK, Bashook PG, Lipsky MS, et al. Specialty board certification and clinical outcomes: the missing link. *Acad Med*. 2002;77:534-42.
 13. Norcini JJ, Lipner RS, Kimball HR. Certifying examination performance and patient outcomes following acute myocardial infarction. *Medical Education*. 2002;36:853-9.
 14. Holmboe ES, Wang Y, Meehan TP, et al. Association between maintenance of certification examination scores and quality of care for medicare beneficiaries. *Arch Intern Med*. 2008;168:1396-403.
 15. Kohatsu ND, Gould D, Ross LK, et al. Characteristics associated with physician discipline: a case-control study. *Arch Intern Med*. 2004;164:653-8.
 16. Morrison J, Wickersham P. Physicians disciplined by a state medical board. *JAMA*. 1998;279:1889-93.
 17. Brennan TA. Recertification for Internists-One "Grandfather's" Experience. *N Eng J Med*. 2005;353:1989-92.
 18. Kilo CM. Maintenance of certification: Moving forward: comment on maintenance of certification in internal medicine. *Arch Int Med*. 2011;171:176-7.
 19. Grosch EN. Does specialty board certification influence clinical outcomes? *J Eval Clin Pract*. 2006;12:473-81.
 20. Steinbrook R. Renewing Board Certification. *N Eng J Med*. 2005;353:1994-7.
 21. Republica de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 47.957; 2011.
 22. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección social, Ministerio de Educación. Proyecto de Decreto, por el cual se reglamenta el artículo 98 de la Ley 1438 de 2011. Bogotá: Minprotección; 2012.

Conflictos de interés: El autor manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 10 de diciembre de 2011

Aceptado para publicación: 18 de mayo de 2012

Correspondencia
Luis E. Jaramillo
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Carrera 45 No. 26-85 of. 202
Bogotá, Colombia
lejaramillo@gmail.com