**La certificación médica y la calidad de la atención**

**Ana Carolina Sepúlveda Vildósola**

Vocal del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría,

Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM

[anacsepulvedav@facmed.unam.mx](mailto:anacsepulvedav@facmed.unam.mx)

**Martha Karen Delgado Vergara**

Facultad de Medicina, UNAM

[martha.karen.21@gmail.com](mailto:martha.karen.21@gmail.com)

Cada año, 2.6 millones de pacientes en todo el mundo fallecen a causa de un error en su atención, la OMS estima que mueren 5 personas cada minuto por esta causa.1 Según datos de la OCDE, se estima que el daño al paciente es la decimocuarta causa de la carga mundial de enfermedades, comparable con la tuberculosis, la malaria y algunos tipos de cáncer. En promedio, una de cada 10 hospitalizaciones da como resultado un fallo de seguridad o un evento adverso, hasta cuatro de cada 10 pacientes experimentan problemas de seguridad en entornos de atención primaria y ambulatoria y hasta 15% del gasto y la actividad hospitalaria en los países de la OCDE se pueden atribuir al tratamiento de fallos de seguridad del paciente.2

La estimación de muertes anuales por error médico en Estados Unidos para 1999 fue de 44,000 a 98,000. Entre 2000 y 2002, se estima que 575,000 muertes fueron causadas por errores médicos, equivalente a un promedio anual de 192,000 muertes. Para 2008, la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos estimó 180,000 muertes debidas a errores médicos. En 2016 la Universidad Johns Hopkins estimó una incidencia de eventos adversos prevenibles de 210,000 a 400,000.

Hasta 78% de estos fallecimientos son prevenibles. En términos generales, la incidencia media de eventos adversos asociados a la hospitalización en Estados Unidos es de 9.2% y uno de cada 10 puede derivar en una incapacidad permanente. En la Unión Europea, la frecuencia de eventos adversos en los pacientes ingresados se encuentra entre 8% y 12%, produciéndose una muerte por cada 100,000 habitantes al año por esta causa, lo que supone alrededor de 5,000 muertes anuales. En México se desconoce la magnitud del problema, pero se considera que la situación podría darse al menos con la misma intensidad o incluso mayor.3

Proveer una adecuada atención médica implica, entre otros muchos factores, que el profesionista responsable de la atención cuente con las competencias necesarias, certificadas por una institución de educación superior y periódicamente por el consejo de médicos pares del área disciplinar.

La certificación médica data de 1858, en Inglaterra, pero hasta la primera mitad del siglo pasado fue adoptada en otros países. Estados Unidos la inició en 1916 y Canadá en 1929. En 1973 el *American Board of Family Practice* (ahora *Family Medicine*) adoptó por primera vez una certificación de tiempo limitado a 10 años.4 (Rhodes y Biester, 2007. 4).

México inició la certificación médica en 1963, con el Consejo de Médicos Anatomopatólogos. En 1972 recibió el aval académico de la Academia Nacional de Medicina de México y en 1995 se constituyó el Comité Normativo Nacional del Consejo de Especialidades Médicas (CONACEM). El Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría inició labores a partir de 1980 y en 2006 se integraron los 47 Consejos de Especialidades Médicas.5,6

La certificación promueve, sostiene y documenta el logro de altos estándares para médicos especialistas. Representa el consenso de la comunidad profesional sobre lo que debe saber un profesional experto. Es desarrollado por pares y validado por literatura actual.7

Los programas de certificación deben especificar claramente los criterios con los que se juzgará o medirá la calificación, coordinar programas de certificación con programas de educación médica continua y diseñar herramientas de evaluación que reflejen con precisión las habilidades y destrezas que necesita el médico en el ejercicio su profesión.8

La certificación de la competencia de los médicos se realiza de diversas formas. En la mayoría de los casos, es a través de exámenes de casos clínicos escritos y orales (presenciales o en línea), los cuales evalúan el conocimiento general de la especialidad, la capacidad diagnóstica, terapéutica y pronóstica del médico, el juicio clínico/quirúrgico, el profesionalismo y la capacidad de análisis.3

En algunas especialidades, particularmente las quirúrgicas, los sustentantes aprobados en la fase teórica proceden a un examen de habilidades en escenarios reales, con simuladores o mediante evaluaciones tipo ECOE.910,11 (

Con cierta periodicidad, el médico debe renovar la vigencia de su certificación (recertificación) para lo cual, además de comprobar que ha ejercido la especialidad durante ese periodo, es necesario comprobar que está actualizado en los avances del conocimiento médico mediante la acreditación de cursos y demás actividades de educación médica continua que cuentan con la puntuación requerida.12 El propósito de la recertificación es contribuir a mejorar el sistema de atención en salud, estimulando la educación y la actualización permanente, haciendo uso de los principales atributos que el sistema otorga como profesionistas: la autonomía y autorregulación.13 Es una forma de reafirmar el compromiso con la atención al paciente y de asegurarles a los propios médicos que, en una escala objetiva de conocimiento, continúan ejerciendo bien.14 Para los pacientes la recertificación debe ser un criterio que brinde mayor seguridad al momento de elegir a su médico tratante.15 Este proceso es la forma que tiene la sociedad de asegurarse de que los médicos que deben atender su salud están debidamente capacitados y ejercen su profesión respetando todos sus derechos.16

Al reflejar que un médico determinado se ha mantenido actualizado en su campo, la recertificación puede brindar el tipo de medida de calidad de atención que buscan las instituciones médicas, las aseguradoras y el público en general; y podrían mejorar la atención que brindan al participar en el proceso de recertificación.17

En México, el proceso está normado en la Ley General de Salud, en su artículo 81, que establece las reglas para la certificación de especialidades y describe las funciones del CONACEM de “*supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el Comité y en las instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes”.*

El artículo 272 Bis establece además que “*para la realización de cualquier procedimiento médico-quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan requieren de:*

* *Cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes.*
* *Certificado vigente de especialista que acredite capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, expedido por el Consejo de la especialidad según corresponda”.*

La certificación en nuestro país cuenta con una vigencia de 5 años. México cuenta con cerca de 147,910 especialistas, de los cuales el 69%, están certificados.18

Para ejercer la medicina en instituciones de salud certificadas en nuestro país, el Consejo de Salubridad General exige que los médicos cuenten con certificación o recertificación vigente.19 La certificación de médicos, unidades y hospitales es un componente crítico de la garantía de calidad en la medicina. Estimula la optimización de los procesos de tratamiento, mejorando la calidad de la atención. La certificación y recertificación están asociadas a médicos actualizados, una mayor adherencia a las pautas de práctica y por ende mejor atención al paciente, menos costosa y mayor rentabilidad.20 Por ello, los pacientes en la actualidad prefieren médicos certificados. 21

La evidencia demuestra que, con el paso del tiempo, el conocimiento médico se deteriora y la práctica médica falla en incorporar los avances científicos. El tiempo transcurrido desde la última certificación del médico se correlaciona con la disminución en la calidad de la atención de sus pacientes, mientras que los médicos recertificados ofrecen a sus pacientes cuidados de salud de mayor calidad, con un mejor desempeño en un amplio rango de medidas de calidad, desenlaces favorables, atención más segura y mayores índices en actividades de prevención.22,23

Por ejemplo, la certificación en medicina interna o cardiología se asoció con una reducción de 15.8 a 19% de la mortalidad en pacientes después de un infarto agudo de miocardio24 o insuficiencia cardiaca congestiva, independientemente del volumen de pacientes,25 menor mortalidad hospitalaria y a dos años posterior a una intervención coronaria percutánea en cardiólogos intervencionistas certificados,26 mayor y mejor provisión de servicios de atención preventiva y control de pacientes crónicos (control glucémico, colesterol y lípidos para pacientes diabéticos, 27 mayor vigilancia de lípidos en pacientes con enfermedad coronaria, o indicación de mamografía bianual28 o una mejoría en los resultados del tratamiento de cáncer cervicouterino,29 así como tasas más bajas de mortalidad quirúrgica por úlcera péptica o resección de colon16 y menor tasa de complicaciones quirúrgicas.30,31

En pediatría se ha reportado mayor autoeficacia y cumplimiento con las recomendaciones para la detección, prevención y manejo de la obesidad pediátrica y la enfermedad inflamatoria intestinal.32,33

Por otro lado, la falta de certificación o recertificación se ha relacionado con un mayor riesgo de acción disciplinaria por negligencia, conducta no profesional, abuso de sustancias o prescripción inapropiada que ocasionaron suspensión de la práctica, amonestación pública, libertad condicional o revocación de la licencia.14,16,32,33,34

Los procesos de certificación y recertificación continúan evolucionando e incorporando las mejores evidencias para garantizar la competencia de los profesionistas de la salud y satisfacer las necesidades cambiantes de los médicos, con actividades relevantes para su práctica.37 En algunos casos se ha incorporado la autoevaluación (de conocimientos, solución de casos clínicos y de habilidades de decisión) y de actividades basadas en artículos científicos;38,39 se han reconocido nuevas formas de obtener certificaciones de capacitación a través de plataformas virtuales como *UpToDate*, certificaciones de soporte vital, y se han incorporado temáticas adicionales a las propias de la especialidad, como aquellos relacionados con la diversidad, la equidad y la inclusión, la calidad de la atención y participación comunitaria, la atención multi e interdisciplinaria, la ética y la seguridad del paciente.39,40

Algunas asociaciones facilitan a sus especialistas módulos en línea de mejora de productividad que permiten que el médico recopile los datos de su propio rendimiento, utilizando formularios, ingresar datos de desempeño a lo largo del tiempo, seleccionar las estrategias de mejora sugeridas por el programa, ver gráficos de ejecución de retroalimentación de desempeño en medidas de resumen calculadas por el mismo o utilizando estrategias propias de mejora.41

La colaboración entre educadores y evaluadores es esencial para alcanzar el objetivo último: optimizar la atención al paciente.42

Para que el sistema de certificación sea efectivo y relevante, las organizaciones certificadoras deben establecer y comunicar las expectativas específicas de los especialistas, deben incorporar la tecnología para crear evaluaciones relevantes para la práctica, colaborar con los educadores y establecer y cumplir estándares de profesionalismo y ética que reflejen su posición como organismos reguladores.42 Es deseable que establezcan redes de mejora colaborativa con asociaciones de pacientes y familias para incorporar sus expectativas y necesidades.43

Los pacientes permiten que los proveedores de atención médica entren en sus vidas en los momentos más frágiles, les confían su bienestar y esperan su competencia profesional. Es obligación de los organismos certificadores garantizarla.

Bibliografía

1. OMS. (2022). La OMS hace un llamamiento urgente para reducir los daños causados al paciente en la atención de salud. <https://www.who.int/es/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare#:~:text=La%20OMS%20insta%20a%20los,lograr%20la%20cobertura%20sanitaria%20universal>. Consultado el 8 de septiembre de 2022.
2. Secretaría de Salud. (2019). Boletín CONAMED. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin23/numero_completo.pdf>.
3. Fernández SB. (2016). Boletín CONAMED - OPS. El error médico como causa de muerte.
4. Rhodes RS, Biester TW. (2007). Certification and maintenance of certification in surgery. Surg Clin North Am;87(4):825-36,vi. doi: 10.1016/j.suc.2007.06.004. PMID: 17888782.
5. Carbajal L. (2012). Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría. Acta Pediátrica de México, 33(5)219-221.
6. Consejo Mexicano de Neurología. (2021). Historia de la Certificación Médica en México y en el Mundo. Consultado el 19 de agosto de 2022.
7. Martindale VE. (2017). Continuing Education and Board Certification Promote Higher Standards in Practice. Aerosp Med Hum Perform. 1;88(9):811. doi: 10.3357/AMHP.09PP.2017. PMID: 28818138.
8. Burg FD. (1981) Objectives of recertification. Health Policy Educ. 2(2):119-25. doi: 10.1016/0165-2281(81)90010-2. PMID: 10252778.
9. Nazar JC, Bloch GN, Fuentes HR.(2019). La simulación como herramienta de evaluación de competencias y certificación . Simulación Clínica. 1(2):104-110. doi:10.35366/RSC192G.
10. Buyske J.(2010) The role of simulation in certification. Surg Clin North Am. 90(3):619-21. doi: 10.1016/j.suc.2010.02.013. PMID: 20497830.
11. Ross BK, Metzner J.(2015). Simulation for Maintenance of Certification. Surg Clin North Am. 95(4):893-905. doi: 10.1016/j.suc.2015.04.010. PMID: 26210979.
12. Consejo Nacional de Certificación en Medicina General, A.C. Importancia de la Certificación y Recertificación del Médico General.
13. Pinzón A, D'Achiardi R. (2015). La Asociación Colombiana de Medicina Interna y la recertificación en medicina interna en Colombia. Acta Médica Colombiana, 40(2)85-87.
14. Sutherland K, Leatherman S. (2006). Does certification improve medical standards?. BMJ; 333 (7565):439–441.
15. Jaramillo LE. (2012). Propuesta para la recertificación de las especialidades médicas en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat., 41:163-178
16. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD, Cassel CK, Goode LD, Lipner RS. (2004). The Role of Physician Specialty Board Certification Status in the Quality Movement. JAMA;292(9):1038–1043. doi:10.1001/jama.292.9.1038
17. Drazen J, Weinstein D. (2012). Considering Recertification. N Engl J Med 2; 362:946-947. DOI: 10.1056/NEJMe1000174
18. Heinze-Martin G, Olmedo-Canchola VH, Bazán-Miranda G, Bernard-Fuentes NA, Guízar-Sánchez DP.(2018). Los médicos especialistas en México. Gac Med Mex. 154(3):342-351. doi: 10.24875/GMM.18003770. PMID: 30047941.
19. Consejo de Salubridad General. (2012). Manual del proceso para la certificación de hospitales.
20. Halbach M, Baldus S. (2018). Zertifizierungen: Pro: unabdingbarer Bestandteil von Qualität [Certification : Pro: indispensable component of quality]. Herz.43(6):484-489. German. doi: 10.1007/s00059-018-4718-y. PMID: 29876590.
21. Johnson DH. (2017). Maintenance of Certification and Texas SB 1148: A Threat to Professional Self-regulation. JAMA.318(8):697–698. doi:10.1001/jama.2017.10127.
22. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumeral SB. (2005). Revisión sistemática: la relación entre la experiencia clínica y la calidad de la atención médica. Ann Intern Med. 142:260-73
23. Sharp, Lisa K. PhD; Bashook, Philip G. EdD; Lipsky, Martin S. MD; Horowitz, Sheldon D. MD; Miller, Stephen H. MD, MPH. (2002). Specialty Board Certification and Clinical Outcomes: The Missing Link. Academic Medicine. 77(6):534-542
24. Norcini JJ, Lipner RS, Kimball HR. (2002). Certifying examination performance and patient outcomes following acute myocardial infarction. Med Educ. Sep;36(9):853-9.
25. Norcini JJ, Weng W, Boulet J, McDonald F, Lipner RS. (2022). Associations between initial American Board of Internal Medicine certification and maintenance of certification status of attending physicians and in-hospital mortality of patients with acute myocardial infarction or congestive heart failure: a retrospective cohort study of hospitalisations in Pennsylvania, USA. BMJ Open. Apr 24;12(4):e055558. doi: 10.1136/bmjopen-2021-055558. PMID: 35470191; PMCID: PMC9058798.
26. Kao SH, Lu DK, Lin YL, Hsieh HM, Lin TH, Chiu HC.(2015). Association of Physician Certification Policy and Quality of Care: Evidence of percutaneous coronary intervention certification program in Taiwan. Health Policy. 2015 Aug;119(8):1031-8. doi: 10.1016/j.healthpol.03.006. Epub 2015 Mar 21. PMID: 25851550.
27. Davis JJ, Price DW, Kraft W, Lane-Fall MB. (2019). Incorporación de principios de calidad y seguridad en el mantenimiento de la certificación: un análisis cualitativo de las juntas de miembros de la Junta Estadounidense de Especialidades Médicas. Revista americana de calidad médica. 34(2):176-181. doi: 10.1177/1062860618785974
28. Gray B, Vandergrift J, Landon B, Reschovsky J, Lipner R. (2018). Associations between American Board of internal medicine maintenance of certification status and performance on a set of healthcare effectiveness data and information set (HEDIS) process measures. Annals of Internal Medicine, 169(2), 97-105.
29. Yagi A, Ueda Y, Nakagawa S, Morimoto A, Matsuzaki S, Kobayashi E. (2019). Relation between the number of board‐certified gynecologic oncologists per hospital and survival of cervical cancer. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 45(6), 1160-1166.
30. Kendrick, Daniel E. MD, MAEd; Chen, et al. (2021). Is Initial Board Certification Associated With Better Early Career Surgical Outcomes?. Annals of Surgery: agosto 274(2):20-226 doi: 10.1097/SLA.0000000000004709.
31. Xu T, Mehta A, Park A, Makary MA, Price DW. (2019). Association Between Board Certification, Maintenance of Certification, and Surgical Complications in the United States. Am J Med Qual. Nov/Dec;34(6):545-552. doi: 10.1177/1062860618822752. Epub 2019 Jan 17. PMID: 30654617.
32. Huang JS, Chun S, Sandhu A, Terrones L. (2013). Quality improvement in childhood obesity management through the maintenance of certification process. J Pediatr. Nov;163(5):1313-6.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.05.011. Epub 2013 Jun 27. PMID: 23810127.
33. Crandall WV, Margolis PA, Kappelman MD, King EC, Pratt JM, Boyle BM, Duffy LF, Grunow JE, Kim SC, Leibowitz I, Schoen BT, Colletti RB. (2012). Improve Care Now Collaborative. Improved outcomes in a quality improvement collaborative for pediatric inflammatory bowel disease. Pediatrics. Apr;129(4):e1030-41. doi: 10.1542/peds.2011-1700. Epub 2012 Mar 12. PMID: 22412030; PMCID: PMC3313634.
34. Kohatsu ND, Gould D, Ross LK, Fox PJ. (2004). Características asociadas con la disciplina del médico : un estudio de casos y controles . Arch Intern Med. 164(6):653–658.
35. Nelson LS, Duhigg LM, Arnold GK, Lipner RS, Harvey AL, Reisdorff EJ. (2019). The Association Between Maintaining American Board of Emergency Medicine Certification and State Medical Board Disciplinary Actions. J Emerg Med. Dec;57(6):772-779. doi: 10.1016/j.jemermed.2019.08.028. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31607523.
36. Kopp JP, Ibáñez B, Jones AT, Pei X, Young A, Arnhart K, Rizzo AG, Buyske J. (2020). Association Between American Board of Surgery Initial Certification and Risk of Receiving Severe Disciplinary Actions Against Medical Licenses. JAMA Surg. May 1;155(5):e200093. doi: 10.1001/jamasurg.2020.0093. Epub 2020 May 20. PMID: 32186688; PMCID: PMC7081147.
37. American Board of Medical Specialties. (2021). Standards for Continuing Certification.
38. Quan MA, Newton WP. (2020). Helping family physicians keep up to date: a next step in the pursuit of mastery. J Am Board Fam Med ;33(Suppl):S24–S27
39. Newton WP. (2020).How Should Board Certification Evolve? J Am Board Fam Med. Sep-Oct;33(Supplement):S1-S9. doi: 10.3122/jabfm.2020.S1.200214. PMID: 32928942.
40. American Board of Urology. Let's focus on professionalism and ethics in urology.
41. The American Board of Pediatrics. (2022). Maintenance of certification (MOC).
42. McMahon GT, Newton WP. (2020). Continuing board certification: seeing our way forward. J Am Board Fam Med. 33(Suppl):S10–S14
43. Lannon C, Nichols DG. (2020). The role of certifying boards in improving health: the example of the American Board of Pediatrics. J Am Board Fam Med. 33(Suppl):S36–S41