

Certificación o recertificación de competencias en medicina intensiva

Certification or recertification of skills in intensive medicine

María Elena González-Inciarte

RESUMEN

El crecimiento de los posgrados en Venezuela ha sido lento. En 1969 la Federación Médica Venezolana, después de un estudio minucioso de su desarrollo, y tomando en consideración las tendencias en otros países, y en especial en América Latina, aprobó la instauración de las residencias docentes como procedimiento para la formación de especialistas. Una de las áreas de mayor trabajo en el desarrollo del currículo de Medicina Intensiva en los países desarrollados tiene que ver con la flexibilidad en la formación. La Recertificación Médica es un proceso de evaluación de la capacitación médica continua, destinada a asegurar a los usuarios de los distintos sistemas de salud la calidad de las prestaciones. Es un proceso que garantiza que el especialista ha cumplido requisitos técnicos y morales. Es un apoyo para la calidad de su formación y de su ejercicio como médico.

Palabras clave: Medicina intensiva, capacitación, recertificación médica.

SUMMARY

Postgraduate growth in Venezuela has been slow. In 1969, the Venezuelan Medical Federation, after a detailed study of its development, and considering trends in other countries, and especially in Latin America, approved the establishment of teaching residencies as a procedure for the training of specialists. One of the areas of greatest work in the development of the Intensive Medicine curriculum in developed countries has to do with flexibility in training. Medical Recertification is a process of evaluation of continuous medical training, aimed at assuring users of the different health systems of the quality of services. It is a process that guarantees that the specialist has met technical and moral requirements. It is a support for the quality of your training and your practice as a doctor.

Keywords: Intensive medicine, training, recertification.

INTRODUCCIÓN

Los estudios médicos en Venezuela comienzan en 1763, 41 años después de haber sido fundada la Real y Pontificia Universidad de Caracas, designada desde 1826 Universidad Central de Venezuela (UCV); universidad sede de la primera facultad de medicina, Facultad Médica de Caracas, fundada el 25 de junio de 1827 por decreto firmado por el Libertador Simón Bolívar (1). En la actualidad en el país

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.1.19>

ORCID: 0000-0003-2469-0010

Profesora Titular, Universidad del Zulia. Médico Jefe IV, División de Medicina Crítica y Emergencia, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos "Dra. Maritza Wilhelm Rubio", Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. E-mail: nenagojin@gmail.com

Recibido: 22 de diciembre 2021

Aceptado: 23 de febrero 2022

existen 9 escuelas de medicina en 8 facultades, pertenecientes a 8 universidades nacionales públicas, de las cuales 6 son autónomas. Las 9 escuelas tienen currículos disímiles, con un promedio de 52 asignaturas cursadas durante 6 años de formación (2).

Una vez obtenido el título el egresado de cualquiera de las 8 facultades para ejercer la profesión debe cumplir con la normativa legal vigente, contenida en los Artículos 4 y 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina. El artículo 4. Para ejercer en la República la profesión de médico, se requiere: poseer el título de doctor en ciencias médicas o de médico cirujano expedido por una universidad venezolana; registrar e inscribir el título correspondiente en las oficinas públicas que establezcan las leyes; estar inscrito en el Colegio de Médicos en cuya jurisdicción se ejerza habitualmente la profesión; estar inscrito en el Instituto de Previsión Social del Médico; cumplir las demás disposiciones contenidas al efecto en esta Ley; artículo 8: para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico-administrativa, médico-docente, técnico-sanitaria o de investigación, en poblaciones mayores de 5 000 habitantes es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos durante un año el cargo de médico rural o haber efectuado internado rotatorio de posgrado durante 2 años, que incluya pasantía no menor a 6 meses en el medio rural, de preferencia al final del internado (3).

En 1941 se ubica el inicio y desarrollo de los posgrados médicos en Venezuela, cuando el posgrado de médicos higienistas, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, que fue creado en 1937 por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, adquiere categoría universitaria por decisión del Consejo Académico de la UCV. Este representó el primer posgrado universitario de la institución y de Venezuela, que a su vez fue también el primero en América Latina (4).

El crecimiento de los posgrados en Venezuela fue lento. Al llegar a 1958 solo existían muy pocos cursos radicados, fundamentalmente, en la Facultad de Medicina de la UCV, pero a partir de 1958, que marca el inicio de la democracia en el país, se produce un desarrollo importante del IV nivel, constituyendo uno de los acontecimientos

más importantes de la educación superior en Venezuela (5).

En 1969 la Federación Médica Venezolana, después de un estudio minucioso de su desarrollo, y tomando en consideración las tendencias en otros países, y en especial en América Latina, aprobó la instauración de las residencias docentes como procedimiento para la formación de especialistas. Se dictaron las normas a cumplir por las residencias para ser catalogadas como posgrados y, de manera progresiva, los cursos de posgrado se fueron extendiendo, abarcando la gran mayoría de especialidades médicas. El potencial de posgrados universitarios se fue nutriendo no solo de la progresiva incorporación de las más diversas especialidades, sino también de nuevos centros para el funcionamiento del IV nivel médico. El resultado ha sido la instauración de numerosos y calificados cursos de cuarto nivel, particularmente cursos de especialización, lo que le ha permitido a Venezuela adquirir una posición de primer orden en este nivel educativo universitario, con extraordinaria repercusión para la atención de la salud y beneficio del pueblo venezolano. En Venezuela el desarrollo y ejecución de programas y estrategias de educación médica continua y desarrollo profesional integral es una responsabilidad asumida por las sociedades científicas nacionales, con actividades concebidas como recursos conducentes a la recertificación periódica de los profesionales de la salud (6).

RECERTIFICACIÓN

El proceso de evaluación en medicina es un proceso longitudinal, progresivo y multidimensional; es decir, que se da a lo largo del tiempo y debe comprender no solamente el área de conocimientos sino también las competencias clínicas, razonamiento clínico, comunicación y profesionalismo, entre otras competencias (7). Por ello, se requiere de la aplicación programada de distintos métodos de evaluación adecuados a lo largo del entrenamiento médico (8).

Una de las áreas de mayor trabajo en el desarrollo del currículo de Medicina Intensiva en los países desarrollados tiene que ver con la flexibilidad en la formación. La teoría de educación de adultos se complementa con algunos otros principios. El Cono de Aprendizaje de

Edgard Dale (9), que recuerda que se aprende en una forma jerárquica. El cono desciende desde el vértice a la base, destacando la capacidad de retener lo aprendido. Se recuerda el 10 % de lo que se lee, 20 % de los que se escucha, 30 % de lo que se ve, 50 % de los que se ve y escucha, 70 % de lo que se dice, y 90 % de lo que se dice y hace. Por esto los programas modernos de formación se enfocan más en el Aprendizaje de la Experiencia y Práctica como metodología de aprendizaje principal, por sobre cursos teóricos o clases exponenciales. También ayuda a destacar por qué la simulación es tan importante. Sin embargo, las aproximaciones más utilizadas en docencia tradicional están más cerca del vértice, como charlas y reuniones clínicas (10).

De forma similar, las curvas de olvido de Hermann Ebbinghaus (11) muestran cómo no sólo se aprende, también que se olvida. Sus estudios enseñan que se requiere múltiples exposiciones al material para que sea permanentemente adquirido. En forma gráfica muestra cómo el contenido de una clase expositiva, por ejemplo, tiene un nivel de retención de 50 % después de una hora y menos de un 30 % después de un día. Es curioso que los mejores ejemplos de las peores combinaciones del cono de Dale y las curvas de Ebbinghaus correspondan a las formas más extendidas de educación tradicional (10).

Los hermanos Dreyfus (12) enseñaron que en una educación correcta se puede progresar de novicio a experto con transiciones entre medio. En medicina llegar al nivel de experto toma tiempo, exposición a un volumen suficiente de casos, dedicación personal y episodios de auto reflexión. Dado que la mayoría de los clínicos no tienen exposición al entrenamiento como educadores, tienden a no estar al tanto del trabajo de Dreyfus ni de Ebbinghaus. Entonces no sólo no suelen alcanzar la categoría de expertos que creen, sino que caen en serio riesgo de olvidar y descender en la escala (10).

Existen tres investigaciones sobre competencias profesionales del especialista en medicina intensiva, que han sido las más importantes realizadas en el mundo y que son: el proyecto CoBaTrICE (*Competency-Based Training in Intensive Care Medicine in Europe*) para homogenizar el currículo en Europa y permitir la libre contratación de especialistas en la región; la

investigación de Roca y colaboradores (13), que incluye las dimensiones que necesita un médico para atender a pacientes críticos; y el proyecto *Multisociety Task Force Recommendation* (14) para identificar las competencias de los especialistas en Medicina Pulmonar y en Medicina Intensiva para Estados Unidos de América.

Uno de los países más avanzados en cuanto a recertificación es Estados Unidos de América, que desde 1933 estableció el *American Board of Medical Specialties* (ABMS). La certificación de la junta ABMS y el Programa ABMS para el Mantenimiento de la Certificación (ABMS MOC®) son fundamentales para la integridad de la atención médica especializada. Proporcionan una credencial de confianza que es importante para los pacientes y relevante para la práctica médica. La certificación de la junta es un proceso voluntario y muy diferente de la licencia médica. Obtener una licencia médica establece los requisitos mínimos de competencia para diagnosticar y tratar a los pacientes, no es una especialidad específica. La certificación de la junta demuestra la experiencia excepcional de un médico en una especialidad y/o subespecialidad particular de la práctica médica. El Programa ABMS para MOC (*Maintenance of Certification*) es un sistema de desarrollo profesional continuo, evaluación y mejora de la práctica. Desafía a los médicos a centrarse en el desarrollo continuo de su conjunto de habilidades, especialmente aquellas habilidades que les permiten funcionar eficazmente en equipos interprofesionales, sistemas integrados de atención y entornos comunitarios. La certificación de la junta y ABMS MOC son programas desarrollados por pares y validados externamente que sirven como marcadores importantes para un estándar de atención más alto. Reflejan los valores médicos fundamentales de la compasión, el centrarse en el paciente y la pasión por la educación. Los pacientes, los médicos, los proveedores de atención médica, las aseguradoras y las organizaciones de calidad buscan estos marcadores como la mejor medida del conocimiento, la experiencia y las habilidades de un médico para brindar atención médica de calidad dentro de una especialidad determinada. Esta es una entidad sin ánimo de lucro. La certificación por parte de una Junta de miembros de ABMS implica un proceso

riguroso de pruebas y evaluación por pares diseñado y administrado por especialistas en el área específica de la medicina. A través de la colaboración entre ABMS y las 24 Juntas miembro, los estándares para la certificación inicial y mantener la certificación actualizada a través de ABMS MOC se determinan para el desarrollo profesional continuo, así como las mejoras en la atención al paciente (15).

El Royal College es la asociación profesional nacional que supervisa la educación médica de especialistas en Canadá. La certificación a través del Royal College representa el estándar más alto para la educación médica especializada. El reconocimiento de la capacitación y/o práctica por parte del Royal College a menudo se requiere para obtener la licencia para ejercer como especialista en Canadá. El *Royal College* y el *Collège des Médecins du Québec* (CMQ) trabajan juntos para producir y administrar exámenes en especialidades reconocidas por ambas organizaciones. En apoyo de esta colaboración, el Royal College invita a los colegas de CMQ a solicitar la certificación y la beca de Royal College. Para ser elegible, los solicitantes deben: Haber aprobado con éxito un examen de especialidad CMQ o Royal College; Ser miembro de la CMQ únicamente (los miembros actuales y anteriores y los certificadores del Royal College no son elegibles a través de esta ruta); Participe en el programa *Royal College Maintenance of Certification* (MOC). El Royal College se compromete a apoyar el aprendizaje permanente de los becarios desde la residencia hasta la jubilación. Como parte de esto, el Programa MOC sirve para mejorar su desarrollo profesional e interactuar con su educador regional de DPC. El Programa MOC apoya las necesidades de aprendizaje permanente de los becarios y profesionales de la salud, garantiza que el programa responda a los comentarios de los Fellows y aborde sus necesidades y expectativas (16).

La Sociedad Europea de Medicina Intensiva ofrece el Programa CoBaTrICE (Capacitación Basada en Competencias en Medicina Intensiva en Europa). Es una asociación internacional de sociedades profesionales y especialistas en medicina intensiva que trabajan conjuntamente para armonizar la formación en cuidados críticos a nivel mundial. El principio fundamental de

este proyecto es que un especialista en Medicina Intensiva formado en un país debe poseer las mismas capacidades y habilidades de base que uno formado en otro país, para garantizar un estándar común de competencia clínica. Esta es el conjunto de todos los conocimientos, habilidades, conductas y actitudes que se requieren para cada una de las 102 competencias de CoBaTrICE. Está dividido en 13 secciones: 12 dominios más las ciencias básicas. Dentro de cada sección se presenta el programa para cada competencia, y después de cada sección se muestra el programa global para esa sección. Puede ser usado por estudiantes e instructores como ayuda en el aprendizaje reflexivo, en la enseñanza formal y como guía para algunos aspectos de la evaluación. También podría ser modificado para revisar el contenido de la capacitación recibida en diferentes centros. El programa se presenta en tablas para permitir que los estudiantes sigan el progreso de su aprendizaje si lo desean. No se pretende que estas tablas se utilicen como listas de verificación para la evaluación de la competencia. No se espera que los estudiantes tengan un conocimiento exhaustivo de cada uno de los aspectos del programa. Todo el conocimiento que se requiere para convertirse en un especialista en cuidados intensivos es muy extenso, y sería aún mayor si los elementos individuales se presentaran con mayor detalle. La amplitud del conocimiento demuestra que los especialistas en cuidados intensivos tienen un papel importante como médicos del enfermo agudo grave en los hospitales (17).

El Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica, de Especialistas y Profesionales Afines, Recertificación (CAMEC), mediante los procesos de Acreditación y Recertificación se constituye en el Organismo Colombiano Privilegiado, en el cual los profesionales Médicos, Especialistas y afines, por voluntad propia y en forma periódica (cada 5 años) pueden obtener la Acreditación y Recertificación que validen la posesión de un nivel determinado de conocimientos y destrezas actualizadas que aseguren el ejercicio idóneo de su profesión. Los principios fundamentales que rigen al CAMEC son, ser un proceso voluntario, evaluado idóneamente por los Pares Académicos y que sea independiente y autónomo. Recertificar es el Acto por el cual un profesional que posee título habilitante de Certificado se presenta ante

sus pares para que estos evalúen su trabajo, sus condiciones, actualización y cualidades en forma periódica y le otorguen un aval que lo acredite y jerarquice en su labor profesional. Obtener la Recertificación es una jerarquización profesional y un aval asistencial frente a los pares y a la sociedad (18).

En Argentina la Recertificación Médica es un proceso de evaluación de la capacitación médica continua, destinada a asegurar a los usuarios de los distintos sistemas de salud la calidad de las prestaciones. Características: de acuerdo con la evolución normativa de las autoridades sanitarias nacionales y regionales el requerimiento va, de ser un hecho voluntario a ser otro obligatorio. Las experiencias mundiales y las propias demuestran que es un proceso dinámico y abierto que se debe llevar entre pares. Las Instituciones Científicas, Gremiales y Universitarias que forman y nuclean médicos, deben ser partícipes del proceso ya que el mismo tiene una vertiente científica y un contenido laboral. Temporalidad: los médicos certificados en sus títulos de especialista recertificarán cada cinco años. Jurado: para ser Jurado de una especialidad los profesionales deberán tener la Recertificación aprobada. En el caso de inicio de actividades de una especialidad serán designados por el Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA) a propuesta de las organizaciones intervinientes. Ser Jefe de Servicio acreditado o Profesores de Universidad reconocida, Autoridades o Exautoridades de Sociedades Científicas, personalidades reconocidas por sus pares (19).

En Chile basta tener el título de médico cirujano para ejercer en cualquier campo de la medicina. Esto porque no existe en el país una Ley de Especialidades Médicas. Una iniciativa legal de este tipo no es factible por ahora, porque si legalmente se exige que sólo podrán entregar prestaciones médicas en un campo determinado de la medicina los médicos que cuenten con un título o certificado de especialista dificultarían las atenciones médicas de todo el país. La carencia de una ley de especialidades médicas no implica falta de controles para asegurar la idoneidad profesional y ética del médico. Hasta hoy la forma de garantizar la calidad del profesional es a través de un proceso de certificación otorgado por la Corporación Nacional de Especialidades Médicas (CONACEM). En 2008, se publica el Decreto

Supremo 57, asociado a esta ley, que considera sólo 24 especialidades y 18 subespecialidades (42 en total). Es decir, 11 menos de las que actualmente certifica CONACEM. Sin embargo, en la Ley está abierta la posibilidad de que la entidad certificadora acreditada por el Ministerio de Salud (MINSAL), solicite a este la incorporación de las otras subespecialidades, que no están señaladas en el Decreto Supremo 57. Este mismo Decreto reconoce como especialistas, con una vigencia de 7 años, a contar del 2008, a quienes tengan el título de especialistas, certificado por CONACEM o la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas (CONACEO) y autoriza, además, a entregar certificados de especialistas a los directores de servicios de salud del país, como a quienes tengan convenios vigentes en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), modalidad de libre elección en una especialidad determinada durante el tiempo de vigencia de los artículos transitorios (dos años). La ley 19.937 y el Decreto Supremo N° 57, toman en consideración la complejidad creciente de las especialidades médicas (tanto en conocimientos como en la tecnología) lo cual hace aconsejable tener un sistema de educación continua (recertificación periódica) asegurando que el médico que ejerza una especialidad cuente con la debida y actualizada información, para entregar prestaciones médicas de calidad por parte de las instituciones prestadoras y seguros de salud, y que los pacientes puedan exigir transparentar la información de los médicos especialistas titulados o certificados. Esta Ley no modifica el hecho de que la certificación y la titulación del especialista continuará siendo un acto voluntario de parte del médico. No obstante, la gran diferencia será que la institución que realice el proceso de certificación será acreditada oficialmente por el MINSAL y quienes tengan la certificación serán reconocidos legalmente como especialistas, lo cual es una poderosa garantía de idoneidad frente a los pacientes, y a los médicos les permite en un juicio comprobar la “no temeridad” de sus actos (20).

Según Pedreros, la Medicina Intensiva es técnicamente compleja y humanamente demandante. No hay lugar para disputas de ego académico ni separación por clases. En un país pequeño y en desarrollo como el nuestro,

los profesionales que nos dedicamos a cuidados intensivos debemos estar unidos y ser capaces de superar nuestras diferencias personales a favor de todos los pacientes y sus familias que sufren de una enfermedad crítica, entre los cuáles con alta probabilidad estaremos nosotros mismos algún día (10).

En Perú, la Certificación periódica es el reconocimiento público y temporal realizado a profesionales que demuestran un desempeño competente. Es certificación de tercera parte, diferente de certificación que otorgan las instituciones formadoras y también de colegiación que es requisito obligatorio en Perú para ejercer profesiones de salud. El Colegio Médico fue pionero de certificación a través del Sistema de Certificación y Recertificación Médica, basado en educación médica continua. Desde 2006 en que se creó el sistema de evaluación, acreditación y certificación de la calidad educativa, y su reglamentación en 2008, se establece que la certificación se basa en competencias, es temporal y obligatoria para profesiones de salud, educación y derecho, y solo puede ser realizada por el Colegio Profesional correspondiente (21).

En Cuba, en el 2007 se aprobó la Norma Cubana para el Sistema de Gestión Integrada del Capital Humano que plantea la necesidad de identificar y diseñar las competencias laborales que traiga consigo mejora continua del desempeño laboral, impacto en la calidad de todos los procesos, eficiencia y eficacia, incremento de la productividad, relaciones laborales satisfactorias y aumento en la respuesta a las necesidades de las personas que reciben los servicios o adquieren los bienes materiales producidos (22). El perfil profesional del macrocurrículo no refleja la totalidad de las funciones, habilidades, conductas y valores que los médicos desarrollan en los servicios, ni se declaran las competencias profesionales que deben alcanzar (23).

Una investigación titulada “Desarrollo consensuado de competencias básicas en capacitación en medicina intensiva y crítica en China”, cuyo objetivo fue desarrollar un consenso sobre las competencias básicas requeridas para la formación de posgrado en medicina de cuidados intensivos, utilizaron una combinación de un método Delphi modificado y una técnica

de grupo nominal para crear y modificar la lista de competencias básicas para garantizar el máximo consenso. Las ideas se generaron modificadas a partir de las competencias básicas de la Capacitación basada en competencias en medicina intensiva en colaboración de Europa (CoBaTrICE). Una encuesta en línea invitó a profesionales de la salud, educadores y aprendices a calificar y comentar sobre estas competencias. El resultado de la encuesta en línea fue editado y luego revisado por un grupo nominal de 13 profesionales de cuidados intensivos para identificar la importancia de cada competencia. La lista resultante se recirculó luego en el grupo nominal para la calificación iterativa. Los resultados fueron que la encuesta en línea arrojó una lista de 199 competencias para la revisión de grupo nominal. Después de cinco rondas de calificación, 129 competencias ingresaron al conjunto final definido como competencias básicas. Y concluyeron que generaron un conjunto de competencias básicas utilizando una técnica de consenso que puede servir como indicador para el desarrollo del programa de capacitación (24).

La Sociedad Venezolana de Medicina Interna fue pionera en el diseño e implementación de un programa para la recertificación en el país, el cual fue inaugurado en 2010 (25). La recertificación médica en Venezuela es un proceso voluntario. El programa de recertificación en medicina interna, en permanente revisión, está concebido en la actualidad con el objetivo de: fomentar en los especialistas en medicina interna la mejora de la calidad en los aspectos académico, científico y profesional, mediante la educación médica continua; evaluar en los especialistas los mencionados aspectos mediante los programas de recertificación médica voluntaria; promover la estandarización y armonización del conocimiento y de la práctica de la medicina interna en Venezuela, al igual que con los demás países, para facilitar la internacionalización y el intercambio profesional (6).

Los avances tecnológicos y las demandas cambiantes en la atención médica han llevado a desafíos para garantizar la capacitación adecuada para los proveedores de atención crítica. La evidencia sugiere que depender únicamente del modelo tradicional basado en la experiencia es insuficiente para garantizar la calidad y la

seguridad en la atención al paciente. Los enfoques basados en la evidencia para mejorar la eficiencia y la eficacia de la educación en cuidados críticos se han desarrollado y deberían integrarse en los programas de capacitación. Si bien en este documento se describe una variedad de tales enfoques, comparten características comunes. Estos incluyen la utilización de métodos para identificar rápidamente las necesidades del alumno, enseñar directamente a esas necesidades y proporcionar comentarios específicos sobre el rendimiento. Además, estos enfoques enfatizan las actividades de aprendizaje activo e integran experiencias educativas del aula y los entornos clínicos. Finalmente, estos enfoques comparten la ventaja que se puede incorporar en la práctica diaria de la atención crítica sin un costo sustancial, interrupción del flujo de trabajo o compromiso en la calidad de la atención al paciente. En el futuro, es imperativo que los educadores de cuidados críticos se mantengan al tanto de las tecnologías educativas emergentes, incluido el aprendizaje personalizado, las tecnologías móviles y el análisis de aprendizaje (26). Si bien existe poca literatura que describa los beneficios y las limitaciones, dicha tecnología tiene el potencial de mejorar el aprendizaje y la competencia clínica dentro del entorno de cuidados críticos.

El Dr. Juan Pablo Soto, Uruguay, intensivista, refiere que la recertificación médica supone la evaluación del proceso de formación y calidad profesional, la cual debe ser una instancia motivadora y amigable. Debe ser diferenciada de la habilitación profesional (que otorga al médico la posibilidad de ejercer su actividad) y de la autorización legal para denominarse especialista. No debe ser visualizada bajo ningún concepto como un proceso evaluador e intimidatorio, sino como una instancia formativa y de desarrollo profesional. Existen varias razones que justifican el proceso de recertificación. La creciente complejidad de los conocimientos médicos y tecnológicos, el desarrollo de nuevos campos del saber médico y la abrumadora información a la que cada vez con más facilidad tenemos acceso. Esto, sumado a la obsolescencia de paradigmas que durante años eran incuestionables, exigen el desarrollo de herramientas que fomenten el espíritu crítico y ayuden a mantener los conocimientos actualizados (28).

CONCLUSIONES SOBRE LA RECERTIFICACIÓN

La recertificación constituye un proceso que garantiza que el especialista ha cumplido requisitos técnicos y morales. Es un apoyo para la calidad de su formación y de su ejercicio como médico. Debe estar enmarcado dentro del perfil del intensivista que deseamos. El médico intensivista interactúa cada vez más con otras especialidades. Ya no es una especialidad cuya formación es predominantemente intramuros. Las instituciones públicas y privadas deberían promover la recertificación, brindando las facilidades para ello y reconociendo debidamente a los colegas que la realizan. Y no como una manera de descalificar. Hay que tener en cuenta el lugar de desempeño profesional para lograr definir competencias de cada intensivista.

REFERENCIAS

1. Febres Cordero F. Historia de la medicina en Venezuela y América. Edición Consejo de Profesores Universitarios Jubilados UCV (Caracas). 1987:417-433.
2. Clemente-Heimerdinger A. Colección Razetti. 2012;23:243-321.
3. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley del ejercicio de la medicina. Gaceta Oficial n° 39.823 del 19 de diciembre de 2011 [monografía en Internet]. [citado: 06 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.ginecowed.com/PDF/Ley-del-Ejercicio-de-laMedicina.pdf>
4. Moros Ghersi CA. 1941-2001: Sesenta años del inicio de los Postgrados Universitarios en la UCV y en Venezuela. Med Interna Caracas. 2001;17:131-134.
5. Academias Nacionales de Venezuela. Reflexiones y propuestas para la educación universitaria. Editorial Ateproca Caracas, 2012; ISBN 97898906195264.
6. Patiño M, Marulanda M, Duran M. Educación médica en América Latina: Venezuela. Educ Med. 2018;19(S1):60-65.
7. Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med. 2007;356:387-396.
8. Shumway JM, Harden RM. AMEE Education Guide N° 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. Med Teach. 2003;25:569-584.
9. Dale E. Audio-Visual Methods in Teaching. 3th edition. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1969:108.

10. Pedreros C. Competencias y habilidades del médico en cuidados críticos en Chile. *Rev Med Clin Condes*. 2019;30(2):110-119.
11. Murre JM, Dros J. Replication and Analysis of Ebbinghaus' Forgetting Curve. *PLoS One*. 2015;10(7):e0120644.
12. Carraccio CL, Benson BJ, Nixon LJ, Derstine PL. From the educational bench to the clinical bedside: translating the Dreyfus developmental model to the learning of clinical skills. *Acad Med*. 2008;83(8):761-767.
13. Roca J, Pérez JM, Colmenero M, Muñoz H, Alarcón L, Vázquez G. Competencias profesionales para la atención al paciente crítico: Más allá de las especialidades. *Med Intensiva*. 2007;31(9):473-484.
14. Buckley JD, Addrizzo-Harris DJ, Clay AS, Curtis JR, Kotloff RM, Lorin SM, et al. Multisociety Task Force Recommendations of Competencies in Pulmonary and Critical Care Medicine. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180(4):290-295.
15. American Board of Medical. Specialties What is ABMS Board Certification? [internet]. s. f. [citado: 06 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.abms.org/board-certification/>.
16. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Internet]. s. f. [citado: 06 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/moc-program/moc-support-tools-resources-e>
17. Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM, por las siglas de European Society of Intensive Care Medicine programa cobatrice (presentado por competencias y dominios). Competency based Training in Intensive Care Medicine Syllabus Version 1.0, September 1, 2006 [Versión 1.0 revisada, 15 de agosto de 2013]. This translation was reviewed by SEMICYUC [citado: 06 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.cobatrice.org/data/upload/file/CoBaTriCE_Spanish_24-08-2013.pdf
18. Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica, de Especialistas y Profesiones Afines, Recertificación (CAMEC). Recertificación. [citado: 06 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://camec.co/wp/recertificacion/>
19. Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA). Hurtado Hoyo E. Antecedentes. [citado: 06 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.ama-med.org.ar/page/Recertificacion-Antecedentes>
20. Gayán Barba P. Editorial. Certificación y recertificación de especialistas médicos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(3):173-174.
21. Carrasco V. Perspectivas de la certificación profesional en salud en el Perú. *Arch Med (Col)*. 2018;18(1).
22. Véliz-Martínez P. Competencias profesionales específicas del especialista en Medicina Intensiva y Emergencias. Conference Paper · November 2015 [citado: 06 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/301749183>
23. Ministerio de Salud Pública. Programa de Especialización en Medicina Intensiva y Emergencia. La Habana; 1999. [citado: 06 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/rt/printerFriendly/355/195>
24. Hu X, Xi X, Ma P, Qiu H, Yu K, Tang Y, et al. Consensus development of core competencies in intensive and critical care medicine training in China. *Crit Care*. 2016;20(1):330.
25. Parejo J. 2010: año de la recertificación. *Med Interna (Caracas)*. 2009;25:212-213.
26. Spector J. Emerging Educational Technologies and Research Directions. *Educ Technol Soc*. 2013;16:21-30.
27. Joyce M, Berg S, Bittner E. Practical strategies for increasing efficiency and effectiveness in critical care education. *World J Crit Care Med*. 2017;6(1):1-12.
28. Torres J, Romero C, Aguilar B, Perez W, Cerisola A, Soto J, et al. Miradas y experiencias sobre el proceso de recertificación. *Rev Urug Cardiol*. 2019;34:12-20.