

Implicaciones sociales de la calidad profesional de los médicos y de la certificación

Luis Felipe Abreu-Hernández,* Claudia Infante-Castañeda,* Klaus Dieter Gorenc-Krause,*
Alejandro Cravioto*,**

Recepción versión modificada: 3 de julio de 1999

aceptación: 21 de julio de 1999

Resumen

Se analizan las aplicaciones sociales de la calidad profesional de los médicos y del proceso certificador. La adecuada competencia de los médicos reviste gran importancia en los países caracterizados por amplias diferencias socioeconómicas. Esta diversidad de condiciones, demanda médicos capaces para confrontarse con una variedad de ambientes y lograr la mejor práctica profesional con uso óptimo de los recursos para la atención a la salud. La competencia y la calidad de la atención están articuladas. El acoplamiento entre el conocimiento universal y las condiciones locales crea una diversidad sincrónica de prácticas profesionales. De igual forma, la certificación de los médicos debe ser vista como parte del proceso difusor de las innovaciones. Asimismo, la existencia de capacidades diferenciales para contender con el cambio, contribuye a crear una diversidad diacrónica de prácticas médicas. A la luz del proceso de mejora continua de la calidad, los sistemas de certificación requieren articularse tanto con la educación médica continua, como con el proceso de acreditación de las instituciones de salud. De lo contrario, se corre el riesgo de aumentar la falta de equidad en la práctica médica y terminar culpando a la víctima.

Palabras clave: *Certificación, competencia profesional, control de calidad, difusión de las innovaciones, ética médica, falta de equidad, licenciamiento de los médicos, profesionalismo, sociología médica.*

Summary

The paper analyzes the social implications of the professional quality of physicians and of their process of certification. The adequate competencies of physicians are especially relevant in countries that have broad social asymmetries and cultural plurality. This diversity of social and epidemiologic conditions demands a profile of physicians able to work in a wide range of environments and able to achieve the best professional practice, making the best use of the available resources for medical care. Medical competencies and quality of care are interrelated. The process of coupling universal knowledge and local conditions creates a synchronic diversity of professional practices. Medical certification must be viewed as part of the process of diffusion of innovations. The development of a variety of abilities to cope with innovations contributes to the production of a diachronic diversity of medical practices. In the light of continuing quality improvement, it is necessary that certification systems be articulated with both continuing medical education and the accreditation and progress of healthcare institutions. Otherwise, there is the risk of increasing inequality in medical practice that, in the last analysis, blames the victim.

Key words: *Certification, diffusion of innovations, inequity, medical ethics, medical licensing medical sociology, professionalism, professional competence, quality control.*

*Profesores Titulares de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Edificio "B", Facultad de Medicina, Circuito Escolar, Ciudad Universitaria, Coyoacán, México D. F. 04510 Correo Electrónico: lfah@servidor.unam.mx

**Académico numerario

Introducción

La certificación^I de los médicos está en la base misma de la existencia de la profesión y asegura a los usuarios la competencia de quienes los atienden. El acto de la certificación verifica y da fe pública de que los practicantes de la medicina poseen los conocimientos, habilidades, normas, valores y actitudes inherentes a la profesión. Asimismo, contribuye a sustentar la calidad del proceso de atención a la salud (*vide infra*). Desde otro punto de vista, la certificación delimita a la profesión médica señalando públicamente quienes pertenecen a ella y estableciendo claras diferencias con otros "curadores".^{II} Con este acto la profesión se configura como sistema, con un "interior" conformado por los expertos en medicina y un "exterior" constituido por los legos. Al conformarse la dualidad legos-expertos, aparece la posibilidad de establecer y normar las relaciones entre los mismos y promover la confianza,¹ elemento básico de la relación médico-paciente. Si la profesión careciera de la posibilidad de autodelimitarse y definir mediante el proceso de certificación a sus integrantes se vería sometida a un proceso de adulteración, en donde los médicos competentes y bien formados se diluirían entre los incompetentes y los charlatanes. En esta condición, la profesión dejaría de tener un "interior" y un "exterior", debilitándose la confianza de los usuarios. En ese caso la profesión, como cuerpo organizado, correría el riesgo de diluirse. La certificación implica un proceso social con el que la profesión se delimita y se construye a sí misma, es un acto de reflexión entre pares, a través del cual se establece un vínculo con la sociedad en general y al mismo tiempo se determina el contenido de la práctica aceptable de la medicina, considerando el estado del arte, conocimientos, procedimientos, técnicas y reglas generales, globalmente aceptadas para el ejercicio de la profesión.

I. Certificar: equivale a hacer cierta una cosa por medio de instrumento público. En el presente escrito la certificación se refiere tanto a los especialistas, cuanto a los médicos generales.

II. La palabra "curador", aunque no es de uso común, se utiliza aquí para referirse a todos aquellos que ejercen socialmente acciones orientadas a sanar a los individuos, con bases científicas o sin ellas. Por ello la importancia de que la profesión médica se autodelimita.

Las condiciones actuales del ejercicio profesional, la complejidad científica y técnica de la medicina moderna, los nuevos contextos de práctica profesional, así como las cambiantes condiciones sociales y el proceso de globalización económico-social, demandan fortalecer responsablemente, en nuestro medio, un debate académico sobre la complejidad, estrategias y repercusiones éticas y sociales del proceso de certificación.^{III} Este debate es más urgente toda vez que la mayor parte de las experiencias certificadoras, tanto de los médicos generales, como de los especialistas, se han producido en países con características socio-económicas y culturales muy distintas de las nuestras.

El presente trabajo demuestra la complejidad de los mecanismos que subyacen al proceso de certificación de los médicos. Establece los términos para un debate más amplio e integrador mostrando algunas de sus facetas más importantes: Primero, el proceso de certificación como parte de un sistema de mejoramiento de la calidad de la atención médica. Parte del sustento de la legitimación social de la profesión, especialmente en su componentes éticos y de competencia, pilares de la confianza que le otorga la sociedad a la profesión médica. Segundo, la certificación como evaluación del potencial para la práctica y por lo tanto, la necesidad de elaborar un modelo que sirva de "patrón de oro" para la certificación y permita abordar la complejidad técnica derivada de la necesidad de operacionalizar el modelo y construir instrumentos de medición válidos y confiables. Tercero, la certificación como un sistema que comprende, tanto los principios científicos universales, como la capacidad de articularse con las condiciones locales para generar respuestas específicas (pericia situada). Cuarto, la certificación como parte del sistema difusor de las innovaciones. Esto último hace evidente la necesidad de considerar su componente longitudinal o de evolución temporal (diacrónico), para poder constituir realmente un mecanismo de actualización. Estos cuatro elementos, si bien no son exhaustivos, articulan un marco conceptual holístico, que permite orientar la re-

III. En México no ha habido controversia sobre la importancia de la certificación de médicos especialistas, pero persiste el debate sobre la conveniencia de crear un sistema nacional de certificación y recertificación de los médicos generales.

flexión y comprender mejor los factores involucrados para ejercer la certificación bajo la responsabilidad social y profesional que ésta implica.

Certificación profesional y legitimación de la profesión

La certificación profesional verifica la posesión de los conocimientos, habilidades, normas, valores y actitudes inherentes al ejercicio de la medicina. Cumple con dos grandes objetivos; por un lado, delimita a los integrantes de la profesión, garantizando a la población la competencia de los médicos que la atienden; y por otro, promueve la actualización constante mediante la certificación y la recertificación. En esta forma, influye en facilitar u obstaculizar la adecuación de la pericia médica con los cambios en los perfiles epidemiológicos, con los contextos de la práctica y con la evolución de la ciencia y la tecnología médica. Los dos objetivos dan legitimidad social^{IV} a la profesión y nos permiten ganar la confianza y el respeto de los pacientes.

Una profesión de servicio, como la médica, se debe a los usuarios, existe por y para ellos. La profesión médica implica necesariamente el consentimiento social, porque está estructurada mediante un proceso de negociación entre el grupo ocupacional y el resto de la sociedad.² Con base en el análisis de la profesión médica, Freidson³ apunta: "Si el trabajo de una profesión llega a tener escasa relación con el conocimiento y los valores de su sociedad, es muy difícil que sobreviva. La posición privilegiada de una profesión es concedida por la sociedad, no arrancada a ésta y puede serle permitida su permanencia en ella o bien pueden retirársela". El mismo autor, apunta que la medicina se diferencia de otros tipos de "curadores", en la medida en que ofrece una tecnología segura y una práctica que permite mostrar ante la sociedad los buenos resultados de la práctica médica sustentada en el conocimiento científico.

En este punto conviene hacer una distinción entre: a) la pericia, como sistema abstracto; y b) el perito como individuo concreto y falible. Éste último, puede cometer errores de interpretación o carecer de la pericia que se supone debiera poseer.⁴ La medicina para configurarse como una entidad socialmente aceptada debe promover la confianza, tanto en su cuerpo de conocimiento abstracto, como en los individuos concretos que son los operadores directos de los servicios. Por ello resulta imprescindible para la profesión establecer un control sobre sus propios miembros, el cual se sustenta en dos pilares: a) la evaluación del mérito profesional y, b) la ética profesionales.⁵

Existe una relación indisoluble entre legitimidad, autoridad y práctica profesional. Como afirma Starr:⁶ "Los médicos y otros profesionales tienen una base distintiva de legitimidad que presta fuerza a su autoridad. Afirman tener esta autoridad, no como individuos, sino como miembros de una comunidad que ha validado *objetivamente*^V su competencia". De esta forma, los legos reconocen las ventajas de consultar a los miembros de la profesión, y otorgan al médico la *confianza* para decidir en su nombre el tratamiento óptimo.^{VI} Los médicos hacen juicios, ofrecen consejos y ejercen sus decisiones sobre los problemas de los pacientes no como personas, sino como miembros de una comunidad profesional en la que existen conocimientos, habilidades, normas y valores compartidos. Cuando un médico viola los valores, normas y conocimientos de la práctica profesional, se sobreentiende que ejerce una autoridad^{VII} ilegítima e incluso ilícita.⁷

La confianza del paciente en el médico de la sala de urgencias, o en el cirujano que lo intervendrá, corresponde más bien, a una confianza en un sistema abstracto,⁸ porque por excepción, los pacientes conocen previamente a los médicos que los atenderán. Esta confianza, se establece mediante un proceso de socialización y debe ser mantenida mediante la actividad constante de la profesión y las instituciones de salud.

IV.El término legitimidad se utiliza aquí en el sentido de la cualidad de legítimo, que equivale a demostrar públicamente que un practicante de la medicina es genuino y verdadero, y en consecuencia, tiene el reconocimiento de sus pares.

V.Las itálicas son nuestras.

VI.El hecho de obtener el consentimiento informado del paciente, no libera al médico de su responsabilidad sobre las decisiones, pues los pacientes en general, son incapaces de juzgar técnicamente la atención que se les brinda.

No menos importante es lograr la confianza profesional interna, la confianza entre colegas, la cual resulta indispensable, pues el ejercicio de la medicina es cada vez más una actividad de equipo. En este caso la certificación coadyuva, de manera importante, a la estructuración interna de la profesión médica.

Resultaría simplista y dañino atribuir la calidad de la atención a la salud exclusivamente a la competencia de los médicos. De hecho, la adecuada preparación de los médicos es tan sólo uno de los insumos de la calidad, la cual interacciona con muchos otros factores como son: la preparación de los otros miembros del equipo de salud, la disponibilidad de recursos técnicos y la apropiada organización y administración, entre otros. En consecuencia, como la calidad de la atención es multifactorial, la adecuada preparación de los médicos es condición necesaria, mas no suficiente para lograrla. En la evaluación de la calidad de la atención las relaciones causales son probabilidades y no certezas, como lo ha afirmado Donabedian.⁹

La conexión entre conocimiento médico y práctica profesional no es directa, Senior desde 1976,¹⁰ estableció la distinción entre las palabras "competencia" y "desempeño". La primera significa lo que el médico sabe hacer y la segunda se refiere a lo que el médico realmente hace en su práctica cotidiana. Más recientemente, Sackett et al.¹¹ han definido de manera más completa al desempeño clínico, considerándolo como la resultante de tres elementos: a) La competencia clínica definida como los conocimientos y habilidades requeridas para hacer correctamente las cosas (saber); b) la motivación o el deseo de hacerlas bien (querer); y c) las barreras al desempeño, constituidas por los obstáculos y circunstancias que se oponen al correcto proceder (impedimentos). Aunque las relaciones entre los elementos no son lineales, estos autores han esquematizado su pensamiento en una ecuación de tipo algebraico:

[Competencia clínica ("saber") + Motivación ("querer")] - Barreras al desempeño ("impedimentos") = Desempeño clínico ("realidad")

La certificación de la competencia profesional busca asegurar que en el nivel formal, todos los practicantes de la profesión posean los conocimientos, habilidades, normas, valores y actitudes necesarios, y que por lo tanto merecen ejercer la profesión. Empero, el resultado final o desempeño implica considerar los ambientes concretos en los cuales se ejerce la profesión. Cuando los ambientes de trabajo son homogéneos y poseen adecuados recursos materiales, humanos y organizativos, se reducen las barreras al desempeño, y la competencia, las características personales y las motivaciones del médico cobran mayor peso en los resultados de la atención. Por el contrario, médicos competentes colocados en ambientes de trabajo notoriamente desfavorables, obtendrán muchas veces resultados mediocres o incluso deficientes. Es evidente que los peores resultados se obtienen cuando tenemos médicos con bajos niveles de competencia ubicados en ambientes de trabajo con graves deficiencias, situación que además desemboca en pérdida del prestigio social de la profesión.

Por ello, la profesión médica no sólo ha pugnado por la certificación y recertificación profesional, sino también por el establecimiento de estándares de calidad para verificar que los hospitales y clínicas posean la infraestructura y los recursos necesarios. Al proceso anterior se le denomina acreditación de instituciones de salud. La certificación profesional y la acreditación son procesos convergentes para garantizar la calidad de la atención.^{VIII}

La capacidad de la profesión médica para decidir quién es apto para ejercer la medicina y promover el mejoramiento de los ambientes de trabajo, está en relación directa con su autonomía y su posición política y económica. De hecho, la distinción estratégica entre una profesión y una mera ocupación es la legítima autonomía organizada: "una profesión es diferente de otras ocupaciones porque se le ha dado derecho a controlar su propio trabajo. A diferencia de las demás ocupaciones, a las profesiones se les concede autonomía deliberadamente, incluyendo el derecho exclusivo para

VII. Autoridad se utiliza en el sentido de crédito que se da a una persona por su mérito y conocimiento en la materia.

VIII. En general se acepta que la palabra acreditación se refiere a la verificación de instituciones y la certificación a la evaluación de los individuos.

determinar quienes pueden legítimamente ejercer su trabajo y cómo debiera realizarse éste".¹² Es del interés de la profesión médica en cualquier país organizarse y establecer proyectos explícitos para su desarrollo, generalmente estos proyectos conducen al establecimiento de asociaciones nacionales, las cuales se involucran con cuatro aspectos: la formación de nuevos profesionales y la acreditación de escuelas de medicina; promueven el mejoramiento de sus ambientes de trabajo y contribuyen a la acreditación de las instituciones de salud; establecen programas de certificación de los nuevos profesionales, lo cual es condición para ingresar a la asociación. Asimismo, establecen la recertificación como necesaria para permanecer en ella, promoviendo cursos de educación médica continua para coadyuvar a este proceso; y establecen mecanismos para informar a los usuarios y resolver controversias. Aunque muchas de estas funciones son potestad del Estado, éste delega la función de dictaminar en los cuerpos colegiados integrados por la profesión y establece mecanismos compulsivos para evitar que se ejerza la medicina sin el consentimiento de la profesión organizada, e impedir que existan escuelas de medicina e instituciones de salud sin la acreditación correspondiente. Estos actos otorgan la legítima autonomía a la profesión. En México la certificación de los médicos generales se realiza por cada escuela y se carecen de los mecanismos para verificar que los niveles de exigencia sean equivalentes. La recertificación para los médicos generales es un intento reciente que empieza a vislumbrarse. La certificación de especialistas es voluntaria y los consejos certificadores sólo tienen fuerza moral y no legal. Lograr el reconocimiento por parte del Estado y conseguir las modificaciones correspondientes de la ley de profesiones, es parte sustantivo del proceso de autoorganización, que pudiera culminar con la autonomía profesional de la profesión médica en México.

De otra parte, las profesiones de consulta que atienden problemas planteados por los legos, y que deciden lo que conviene a su cliente, están frecuentemente sujetas a controles legales y formales porque tradicionalmente se ha considerado que la población es demasiado inexperta para evaluar el trabajo profesional y debe ser tutelada en mayor o menor grado en sus derechos. Sin embargo, la

existencia de usuarios más participativos e informados, sumada a los problemas para una adecuada certificación profesional y acreditación de instituciones de salud, en un contexto donde el ejercicio de la medicina es más complejo, han favorecido, entre otras razones, que hasta 1996 la negligencia médica (real o supuesta) ocupase el primer lugar en las denuncias ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos,¹³ lo cual ha contribuido a que en ese año fuese creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico¹⁴ en México.

De hecho, es la profesión misma quien debe promover la adopción de mecanismos de regulación y la creación de instituciones encargadas de verificar y mejorar de la calidad de la atención, o incluso, mediar cuando surjan discrepancias entre los usuarios y los prestadores de servicios. Estas instituciones reducen la complejidad del trabajo médico, y mejoran tanto la relación entre médicos y pacientes, como la confianza entre ellos. Es más, las instituciones formadoras de médicos y los organismos certificadores deben utilizar regularmente la información proveniente de tales instancias, para mejorar la educación y los procesos de certificación profesional.

La complejidad técnica de la predicción del potencial para la práctica médica.

Ningún experto es lo suficientemente hábil como para dominar absolutamente la práctica profesional, y tampoco existen sistemas de conocimiento experto tan amplios como para predecir y controlar todos los resultados. Siempre hay lugar para un cierto grado de incertidumbre, derivado de las fluctuaciones generadas por el azar o de los procesos no-lineales. Es decir, el control no puede ser absoluto, sobre todo cuando se contienda con procesos complejos y multifactoriales. Los errores y riesgos se reducen, pero no se erradican.

La profesión como tal no puede controlar ni todos los ambientes de trabajo, ni todos los casos que confrontará cada médico. Lo que sí puede hacer es verificar para beneficio del público y de la profesión, que un médico confrontado con la práctica rutinaria sea capaz de identificar los problemas del usuario y pueda utilizar adecuadamente los recursos disponibles para producir resultados ra-

zonables. A esta capacidad se le ha denominado "potencial para la práctica"¹⁵ e implica que el profesional posee los conocimientos, habilidades, normas y valores inherentes al ejercicio de la medicina. En medios de trabajo con una gran heterogeneidad en su calidad, como ocurre en nuestro país, la certificación tiene como fin, evitar que las limitaciones en la preparación de los médicos les impidan usar adecuadamente los recursos que les brinda su ambiente de trabajo. Un médico enfrentado con la práctica rutinaria de la medicina, en un ambiente estándar, debe ser capaz de obtener resultados aceptables. El proceso certificador y recertificador verifica tal acoplamiento, independientemente de los mecanismos que el individuo utilizó para actualizarse o si el empleador cumplió con la obligación legal de proporcionar la capacitación.

Es un error pretender evaluar la competencia profesional de los médicos, sin establecer previamente un modelo de la práctica profesional aceptable equivalente al "deber ser" profesional. De esta forma, se establece un "patrón de oro" contra el cual se compara a cada individuo,^{IX} para decidir si se le otorga la certificación. El modelo que sirve de "patrón de oro" en el proceso se construye mediante una articulación: del estado del arte necesario para una práctica aceptable de la profesión, con los ambientes de trabajo estándar en los cuales habrá de desempeñarse el individuo. El modelo debe difundirse a fin de que sea utilizado, por los médicos, para adecuar su práctica profesional y se pueda planificar la educación continua.

Para que el modelo resulte funcional deben vencerse dos grandes retos: hacerlo operativo, estableciendo claramente sus componentes, variables e indicadores; traducidos en competencias claramente enunciadas, establecer los ambientes estándar en los cuales se aplicarán las capacidades y determinar los criterios de ejecución, para distinguir el cumplimiento o incumplimiento de las normas.¹⁶ Diseñar cuidadosamente los instrumentos de medición, incluyendo métodos adecuados para la evaluación de los conocimientos, habilida-

des y destrezas.¹⁷ Las pruebas deben medir lo que se pretende medir (validez) y deben demostrar una estabilidad en el tiempo (confiabilidad), cada instrumento debe someterse a una depurada metodología científica y cumplir con los requerimientos de la psicometría, y no suponer que está "validado" por el simple hecho de haberlo aplicado varias veces y corregir los errores obvios, o porque fue consensado con un pequeño grupo de expertos.

Dentro del modelo de competencias es conveniente distinguir dos elementos centrales:

- a) La competencia para la práctica del presente: Constituida por los conocimientos, las habilidades, las normas, y los valores demandados por la práctica profesional de la medicina contemporánea.
- b) La competencia para mantenerse competente: La que permite al médico continuar aprendiendo y modificando su práctica. También, pueden denominarse competencias de largo plazo porque permanecen a través del tiempo. Estas habilidades incluyen, por lo menos, el estudio autodirigido, el pensamiento crítico, la capacidad para analizar literatura médica, la habilidad para juzgar la información y resolver problemas. Adicionalmente, como gran parte de este proceso se realiza dentro de grupos organizados y apoyados en redes sociales, se debe considerar la capacidad de trabajar en equipo y la habilidad para comunicarse con otros médicos, con los miembros del equipo de salud y con los pacientes. Parte central de este proceso es la práctica reflexiva de la profesión,¹⁸ la cual permite automonitorearse, autoevaluarse, autodirigirse, además de plantear problemas, proponer y evaluar alternativas y promover el cambio.

La evaluación de las competencias tradicionalmente se ha enfocado al primer tipo de competencias, aunque actualmente se están realizando esfuerzos para generar instrumentos que permitan evaluar competencias de largo plazo como pensamiento crítico, capacidad para resolver problemas y habilidad para autoevaluarse, entre otras.¹⁹

Existen autores²⁰ que consideran necesario que todos los médicos, independientemente de la especialización que ejerzan, certifiquen que poseen

IX. En México cada Consejo de Certificación de especialistas establece un modelo para cada disciplina; para el caso de la medicina general no existe un examen de certificación de carácter nacional.

un dominio de la medicina general, que es lo común al conjunto de la profesión médica. Esta corriente considera que el licenciarse y relicenciarse, como médico general, debe ser requisito para tener el derecho a certificarse y recertificarse como especialista. En nuestro medio, apenas comienza a verse la posibilidad de establecer un "examen nacional único" para otorgar la licencia de ejercicio profesional a los médicos generales. Actualmente, el proceso está en las manos de cada escuela de medicina, quien diseña su propio examen profesional. Algunos conservan la defensa de una tesis frente a sinodales, situación que explora un número muy limitado de conocimientos. Otras escuelas han establecido exámenes de opción múltiple, pero su diseño generalmente se obtiene distribuyendo el número de reactivos en función de las asignaturas y su número de créditos. Es necesario enfatizar que la evaluación de la competencia profesional es diferente de la predicción del desempeño escolar y es bastante más compleja. En el proceso educativo existe un encadenamiento lógico-formal entre los contenidos de las diferentes materias, y por ende las evaluaciones del nivel antecedente explican, por lo menos en parte, el comportamiento de la etapa subsecuente. La certificación de la competencia profesional del médico no puede limitarse a explorar la simple acumulación de conocimientos en función de los paradigmas abstractos de la ciencia universal, sino busca ante todo verificar la organización del conocimiento que dota al médico de la capacidad de reconocer y manejar los problemas del paciente. La práctica clínica rebasa, con mucho, la separación arbitraria del conocimiento en unidades didácticas. Implica superar la división, de carácter pedagógico, para reorganizar, compilar, jerarquizar, reestructurar el conocimiento en función del abordaje de los problemas clínicos.

Otra corriente de pensamiento en México, utilizada por algunas escuelas de medicina para construir sus exámenes profesionales, han pretendido derivar la evaluación del perfil epidemiológico y los motivos de consulta, otorgando más reactivos a lo más frecuente. Generalmente el criterio anterior se ve complementado con los contenidos de las asignaturas o con las fases del acto médico.

En la elaboración de exámenes, la mejor opción consiste en dar más peso a las situaciones críticas

en las cuales los resultados dependen en gran medida de las decisiones y acciones que realiza el profesionista.²¹ Son justamente estas situaciones las que permiten distinguir entre los individuos competentes e incompetentes. Según Carroll,²² la prueba ideal para la medición de habilidades debe diferenciar a la población en estos dos grupos.

El problema de la evaluación de la competencia profesional se torna más complejo en el caso de la recertificación de los médicos, pues la competencia clínica se encuentra indisolublemente moldeada por el tiempo y los ambientes de ejercicio profesional.²³ Estas variables favorecen o inhiben la adquisición de nuevos conocimientos, motivan o desmotivan al médico y proporcionan o niegan instrumentos, equipo, materiales y medicamentos. La práctica profesional genera procesos adaptativos a los contextos específicos, los cuales contribuyen a desarrollar unas capacidades mientras inhiben otras, conformando una variedad de estilos de práctica profesional.

En países como el nuestro, donde la práctica profesional se puede realizar en ambientes muy diversos, puede ser más difícil encontrar el común denominador a todas ellas para establecer los estándares de desempeño. Desde un punto de vista teórico^x y de conformidad con las bases del control estadística de la calidad,²⁴ es posible que una de las causas concurrentes que pudiese incrementar la dispersión estadística de los resultados de la evaluación es la derivada de la diversidad de condiciones en las cuales se realiza la formación y el ejercicio profesional. Si se quisiera establecer un control de calidad más estricto con límites de tolerancia más estrechos habría que instrumentar un proceso paralelo de mejora continua de la calidad, tanto de la educación médica, como de la calidad de la atención.

X. De conformidad con la teoría del control estadístico de la calidad todo fenómeno posee por naturaleza una dispersión estadística, el control de calidad pretende identificar las causas concurrentes de la dispersión y controlarlas para reducir la dispersión estadística, la cual se disminuye para ubicarla dentro de límites de tolerancia más estrictos. Sin embargo, por la naturaleza de los fenómenos es imposible reducir la dispersión estadística a cero.

La diversidad sincrónica de las prácticas profesionales. La relación entre lo universal y lo particular.

La inserción de los médicos en una variedad de ambientes de trabajo genera una diversidad de prácticas profesionales que coexisten en el tiempo (sincrónicas) y aún el mismo médico puede tener simultáneamente una práctica en las instituciones públicas y otra en lo privado. Mientras la medicina se conforma como un cuerpo de conocimientos con validez universal, la profesión está orientada a resolver problemas específicos en la práctica clínica. El médico aplica una variedad de áreas del conocimiento científico a un caso específico,²⁵ traduciendo un *corpus* de conocimiento universal a las condiciones locales de salud, economía y cultura. Al respecto Menéndez²⁶ apunta con precisión que "la problemática de salud tiene un carácter estructural que se articula con procesos económicos, ideológicos y teóricos determinantes para la reproducción social y biológica de los conjuntos sociales. Siendo la práctica el resultado de una construcción social que implica una transacción entre el conocimiento médico y el saber y condiciones populares".²⁷

La cercanía cultural de los pacientes con la medicina y sus conocimientos sobre la misma son un factor adicional de diversificación de las prácticas profesionales. Los segmentos de población más preparados ejercen mayor presión a favor de la introducción de los últimos avances a la práctica clínica, mientras que los segmentos más débiles tienen menor capacidad de presión, situación que puede dar origen a una estratificación de la calidad de la atención.²⁸ Los valores de los pacientes y su grado de exigencia para conocer la "verdad" sobre su padecimiento, pronóstico y tratamiento, contribuyen a modular la relación médico-paciente y la calidad de la atención, y pueden traducirse en ordenamientos de carácter legal. Asimismo, las creencias generan diversas expectativas sobre la realidad²⁹ y pueden traducirse en la demanda de ciertas acciones no fundamentadas en el conocimiento y la investigación clínica, incluso se ha hablado de la existencia de una "epidemiología popular,"³⁰ la cual puede dar origen a intervenciones de salud que se justifican desde un punto de vista político, pero carentes de un sustento científico.

Estos mecanismos dan cuenta de la forma como el nivel de conocimientos, los valores, las creencias y los recursos económicos, entre otros factores, constituyen mecanismos a través de los cuales la desigualdad social se traduce en desigualdad en la calidad de la atención, derivando en problemas de equidad en la atención a la salud.³¹

Resulta indispensable comprender las fronteras del universalismo en la ciencia médica y valorar el conocimiento "local" en la práctica clínica; porque un profesionista plenamente competente en un entorno puede no serlo en otro. Sirvan como ejemplo dos condiciones extremas: los médicos que atienden a poblaciones depauperadas que tienen menos posibilidades de actualización, poseen un acceso restringido a la tecnología y a los materiales y medicamentos, si fuesen transferidos a medios clínicos más cosmopolitas pudiesen resultar disfuncionales; y lo opuesto que también pudiera ser cierto. Los profesionales de la medicina acostumbrados a ejercer en medios clínicos cosmopolitas pueden tener grandes dificultades para adecuarse a condiciones menos favorables, siendo cada uno de ellos plenamente competente en su ambiente original. Es decir, existe una pluralidad de prácticas clínicas, siendo cada una de ellas congruentes con su contexto. Explicándose las variaciones como resultado de un acceso diferencial a los bienes materiales y culturales. Esta diversidad presiona a favor de un proceso de adaptación profesional a los ambientes específicos, tal proceso puede favorecer o entorpecer el mantenimiento de la capacidad profesional de conformidad con la evolución del estado del arte, lo cual puede influir tanto en la formación, certificación y recertificación de los médicos.

Al respecto de la relación entre lo general y lo contextual, Melker³² ha hecho notar que la clínica y la ciencia están íntimamente relacionadas, pero miran en sentidos opuestos, la ciencia busca respuestas universales a preguntas generales, mientras la clínica pone su atención en resolver problemas de salud individuales y establece respuestas específicas. El conjunto de la práctica profesional se encuentra teñido por las confluencias y diferencias entre lo universal y lo particular. Cuando se aprecia, desde el punto de vista social, la relación ciencia - práctica clínica, observamos que tal proceso da origen a diversas estructuras con sus

correspondientes expresiones culturales. Por una parte, se encuentra la red internacional de la biomedicina contemporánea³³ constituida por una comunidad global de biocientíficos y médicos académicos, impulsada por un complejo académico-industrial y por la política económica internacional, lo que conforma la denominada "medicina cosmopolita". Por otra parte, se encuentran las organizaciones de salud locales quienes consumen y contextualizan el conocimiento y la tecnología. En las diferentes sociedades, las culturas locales y las economías políticas retan a la biomedicina, produciéndose diferentes definiciones de competencia clínica, patrones de práctica y estándares de atención médica. Son estas culturas médicas locales y sus economías políticas las que influyen en la forma como la ciencia y tecnología clínicas se institucionalizan en la práctica médica. Es decir, a partir de un cuerpo unificado de conocimientos biomédicos, se generan una pluralidad de prácticas médicas según su ubicación social y cultural.³⁴ Por eso las competencias profesionales deben establecerse determinando tanto las funciones que el médico deberá afrontar, cuanto el margen de ambientes y condiciones en los cuales desempeñará su función.³⁵ Estos elementos deben ser contemplados por los sistemas de certificación y recertificación. Desde este punto de vista, la competencia profesional implica articular lo universal con lo particular y requiere de:

- a) Un núcleo, constituido por los conocimientos de carácter universal y que son básicos para la práctica médica de lo que se ha dado en llamar la "medicina cosmopolita" por los antropólogos médicos.³⁶
- b) Una interfase o envoltura, que recubre al núcleo y traduce los conocimientos universales en acciones articuladas con las condiciones particulares o locales en las cuales se desarrolla la práctica profesional. La interfase es lo que hace aplicable el conocimiento y es altamente adaptable y cambiante, mientras el núcleo es más estable. Es el núcleo el que articula la práctica con los nuevos conocimientos y permite asimilar los avances de la "medicina cosmopolita". Sin embargo, los nuevos conocimientos no resultan útiles si no se acoplan con las condiciones locales. Tan valioso resulta un

elemento como el otro para generar una práctica profesional competente y plenamente articulada con su entorno.

En función del proceso de construcción social de la relación ciencia-práctica clínica, los estándares de desempeño utilizados en el proceso de certificación deben evaluar tanto la capacidad del profesional de vincularse con el conocimiento biomédico universal, cuanto la capacidad de articularse con su entorno y desarrollar una práctica profesional eficiente en las condiciones en las cuales se desenvuelve habitualmente. Al realizar el proceso de evaluación, se debe evitar lo que se denomina, en el discurso sociológico, "culpar a la víctima". Es decir, descertificar al profesionista por falta de capacidad y además culparlo de lo que le pasa, sin contemplar el ambiente desventajoso en el cual se desempeña. En este sentido, la certificación de la calidad de la medicina corre el riesgo de convertirse en un mecanismo de falta de equidad, en donde al médico que menos recursos tiene se le quitan armas y se obstaculiza su mejoramiento, mientras que a los médicos con más posibilidades, se les otorgan recursos adicionales. Se debe resaltar que la heterogeneidad de las prácticas médicas, sólo puede disminuirse mediante la capitalización cultural y material del sistema de salud y en última instancia con el desarrollo económico y social. En consecuencia cualquier sistema de certificación y recertificación debe mantener un delicado equilibrio entre el avance del conocimiento, la difusión de las innovaciones, la educación continua y los ambientes de trabajo.

La transformación diacrónica de la práctica profesional, certificación y difusión de las innovaciones

La práctica profesional de la medicina tiene una evolución en el tiempo y por lo tanto sufre una transformación diacrónica. Este cambio continuo confronta a los sistemas de certificación con retos técnicos y éticos.

Hemos establecido que todo proceso certificador debe sustentarse en un modelo o estándar de la práctica profesional aceptable. Este modelo no debe ser estático pues se encuentra sometido

continuamente a la presión derivada del avance de los conocimientos y de la tecnología médica, a los cambios de los perfiles demográficos y epidemiológicos, a las políticas de salud, a la disponibilidad de recursos y a las expectativas de la sociedad. Este requerimiento de evolución que caracteriza al modelo, permite identificar otra de sus dimensiones fundamentales: la responsabilidad social y profesional del establecimiento, ajuste y actualización del mismo. El modelo se modifica como resultado de los cambios del entorno, pero a su vez sirve para promover la adopción de nuevas prácticas profesionales y forzar el abandono de las que se consideran obsoletas. En términos de la sociología moderna, podemos afirmar que existe una continua estructuración y desestructuración³⁷ de la profesión. La inclusión de innovaciones en un examen de certificación, ejerce una presión considerable para que éstas sean adoptadas en la práctica clínica.

El modelo de la práctica profesional del médico usado en la certificación debe acoplarse necesariamente con el proceso de difusión de innovaciones a través del sector salud. El modelo posee una máxima velocidad de cambio la cual se determina por el tiempo que tarda una innovación en propagarse a la mayoría de los miembros del grupo profesional. La velocidad de difusión de las innovaciones está condicionada por la capacidad de las organizaciones para identificar el cambio e iniciar su propagación, la habilidad de sus integrantes para educarse y entender la novedad, los incentivos para el cambio y la evaluación de las nuevas prácticas.³⁸

El ritmo de inversión para introducir la nueva tecnología establece limitantes de orden estructural. Si el modelo se adelanta y cambia demasiado rápido, sólo logrará descalificar a un gran grupo de médicos por falta de dominio de los conocimientos y las tecnologías que el propio sistema de salud aun no introduce. Por el contrario, si el modelo se retrasa puede certificar médicos que resulten incapaces de aprovechar cabalmente los recursos de los que disponen.

La introducción de innovaciones en el sistema de salud es un proceso complejo. Desde el punto de vista de la economía, los países avanzados transforman su capacidad de investigación en nuevos productos que los convierte en proveedores globales y obtienen ganancias netas; los países del

tercer mundo son consumidores y las innovaciones generalmente se traducen en mayores gastos.

Desde el punto de vista aplicativo, la mayor o menor fortaleza de las economías nacionales crea fuertes conflictos y problemas éticos en la práctica médica. De una parte, las sociedades más avanzadas realizan fuertes inversiones en la investigación y desarrollo de nuevos productos y buscan integrarlos agresivamente a la clínica.³⁹ Por otra, los países pobres tienen graves dificultades para introducir los avances, considerados como indispensables para mantener la competencia de su práctica clínica. En este caso, los médicos de las naciones menos favorecidas están sujetos a una triple presión, de una parte, el complejo biomédico industrial promueve la adopción de los avances, de otra parte la población demanda respuesta a sus problemas; por último la escasez de recursos puede conducir al surgimiento de barreras para el acceso a conocimientos, tecnología y medicamentos.

En la práctica, los sistemas de certificación se ven sometidos a fuerzas contradictorias. Los profesionales ubicados en los ambientes de trabajo con menor capacidad de cambio pueden presionar para elaborar un modelo profesional demasiado parroquial y desvinculado del estado del arte de la medicina mundial. De otra parte, merced a la globalización económica y social, los sectores más innovadores de la profesión y los pacientes más informados pueden promover un modelo profesional muy cosmopolita, que puede estar desvinculado de los ambientes de trabajo y la vida cotidiana de la mayor parte de los médicos. El mantener este delicado equilibrio demanda un esfuerzo continuado por parte de la profesión, los cuerpos certificadores y las comunidades académicas. Mantener un sistema de certificación eficiente, implica desde el punto de vista ético,⁴⁰ una constante "vigilia" y "reflexión" que busca contender con lo contradictorio y ambiguo. Implica encontrar el equilibrio entre libertad y necesidad, estabilidad y movimiento, la posibilidad de hacer el bien y también de provocar el mal, por ello existe la necesidad de encontrar incesantemente el justo medio al que Aristóteles se refería.

La certificación de la competencia profesional es parte integrante de la garantía de calidad del sistema de salud⁴¹ y no debe transformarse en un control de calidad de carácter meramente selectivo, que descarta a quienes no cumplen con los

estándares. Debe concebirse también, como un proceso de diagnóstico que permita planear mejor el curriculum médico y mejorar la educación continua para favorecer la introducción de innovaciones. La certificación debe asumirse como parte de un proceso de innovación social organizada e implica articular la investigación clínica, con la evaluación de tecnologías, optimizar la relación entre calidad y costos, desarrollar un eficaz sistema de actualización, además de transformar el proceso administrativo en un instrumento que refuerce el cambio y el aprendizaje.

Resulta claro que el proceso certificador verifica las competencias en un rango de ambientes de trabajo determinado y que avanzar en la verificación de nuevas competencias, de conformidad con el estado del arte, implica transformar los ambientes de trabajo. A fin de favorecer este proceso, se sugiere crear organismos nacionales, integrados por asociaciones profesionales, instituciones de salud, instituciones de educación superior, empresas farmacéuticas y fabricantes de tecnología médica, así como usuarios, financiados por el Estado, para concertar acciones orientadas a mejorar tanto la calidad de la atención a la salud, como la formación y certificación del personal de salud. Además se puede promover la evaluación de tecnologías y la acreditación de instituciones de salud. En este sentido la experiencia del Reino Unido puede ser muy ilustrativo. He aquí el dilema: Si la certificación se convierte en un mecanismo de control punitivo o burocrático se habrá generado un grave problema para la atención a la salud y para la profesión en su conjunto. Por el contrario, la articulación de la certificación con la educación continua y la mejora continua de la calidad de la atención genera un proceso de retroalimentación positiva beneficioso para los usuarios y los prestadores del servicio.

Conclusiones

Se considera conveniente impulsar un proceso vigoroso a favor de la certificación basado en la legítima autonomía profesional, pero los sistemas de certificación deben tomar en cuenta la complejidad de los fenómenos sociales y la dinámica de la profesión médica.

La certificación de la calidad de la preparación de los médicos se desarrolla bajo la premisa de la responsabilidad profesional^{XI} articulada con el control de calidad de la atención. También, implica hacer posible la actualización de aquellos que serán evaluados y la actualización periódica del modelo de las competencias; adoptando las innovaciones, rescatando, reformulando y reconstruyendo la práctica profesional. Aunque esta tarea es difícil e implica mantener un delicado equilibrio, constituye un deber ético de la profesión. Conviene destacar que los procesos de certificación sólo verifican la preparación de los médicos y su capacidad de aplicar sus conocimientos en un margen determinado de ambientes.

Corresponde a los procesos de acreditación de instituciones de salud velar por la calidad de los ambientes de trabajo. En ese sentido, la certificación es sólo un elemento del sistema de control de calidad en la atención y requiere de una acción sinérgica con otros componentes para contribuir a mejorar la atención a la salud. Los organismos certificadores deben necesariamente asumir la responsabilidad de articular sus funciones con las sociedades médicas, las instituciones educativas y las instituciones de salud. Paralelamente a la certificación es imperativo establecer programas de educación continua y mejora de la calidad de la atención. Estas acciones están en el mejor interés de la profesión y forman parte de lo que se ha denominado "proyecto profesional", el cual implica, de conformidad con la sociología de las profesiones, tanto aspectos económicos como sociales. En el aspecto económico el Estado otorga a la profesión el monopolio legal de servicios basados en el conocimiento; en lo social la profesión goza de un alto reconocimiento y prestigio otorgado por la cultura. Dichos factores descansan en la capacidad de la profesión para establecer el control sobre un tipo de conocimiento y permiten ganar la confianza de los usuarios.⁴² La profesión médica en cuanto subsistema social, se ve obligada a interactuar de manera eficaz con el entorno y la sociedad en su conjunto.

XI. Entendida en su acepción de estar comprometido con la profesión y la sociedad.

Sobre la certificación actúan fuerzas contradictorias: La distribución desigual de los recursos financieros, técnicos y de conocimiento dentro del sistema de salud la cual genera un acceso no equitativo, además de crear un mecanismo de profundización de desigualdades sociales. Esto se traduce en heterogeneidad que dificulta el establecimiento de estándares para la práctica profesional. El manejo inadecuado de estos problemas, puede obligar a crear un sistema certificador diferencial o a establecer mínimos de muy bajo nivel; estas alternativas comprometen la razón de ser del sistema certificador. En el mejor interés de los usuarios, y la profesión misma, debe articularse lo local y particular con lo universal, porque así se constituye el sistema de conocimiento experto que da sentido a la profesión; la profesión depende tanto de un sistema abstracto de conocimientos cuanto de su capacidad de aplicarlos en una situación concreta. Con ello, los organismos certificadores^{XII} adquieren la obligación de contribuir a administrar de manera concertada, las innovaciones que habrán de propagarse al conjunto del cuerpo médico. La administración de las innovaciones debe ser fuente de equidad profesional y beneficio social a los usuarios. Algunas de las posibles estrategias a instrumentar son: la propagación de conocimientos, la motivación profesional, la eliminación de barreras al desempeño y la dotación de recursos. En este contexto, la certificación debe dar respuesta a grandes dilemas éticos y sociales, se convierte en un proceso integral y transparente, por oposición a la caja negra, al establecer los modelos para la práctica, promoviendo la adopción de las innovaciones y elaborando instrumentos válidos y confiables para su evaluación y promoviendo la educación continua y la actualización profesional.

XII. En este sentido los consejos de certificación constituyen la expresión social del conocimiento experto.

Referencias

1. **Luhmann N.** Confianza. Barcelona, España: Antrophos-Universidad Iberoamericana; 1996.
2. **Robinson, D.** Patients, practitioners & medical care. London: William Heinemann Medical Books; 1978. p. 90-109.
3. **Freidson E.** La profesión médica. Ediciones Península; Barcelona, España: 1978. p 84.
4. **Giddens A.** The consequences of modernity. Stanford CA, USA: University Press; 1997. p. 83-92.
5. **Robinson** Ibid. p 102.
6. **Starr P.** La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México: Fondo de Cultura Económica. 1991. p 27.
7. **Starr P.** Ibid.
8. **Giddens** Ibid, p 83.
9. **Donabedian A.** The role of outcomes in quality assessment and assurance. In: Graham N, editor. Quality in health care. Gaithersburg, MD, USA: Aspen; 1995. p. 198-209.
10. **Senior JR.** Toward the measurement of competence in medicine. Philadelphia, PA, USA: National Board of Medical Examiners; 1976
11. **Sackett D, Haynes B, Guyatt, G, Tugwell P.** Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Boston, MA, USA; Little Brown; 1991.
12. **Freidson E.** Ibid. p. 83.
13. **Sánchez JL.** Encabeza denuncias negligencia médica. Periódico Reforma, Viernes 7 de junio de 1996. p. 7A.
14. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación, órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, México D.F. lunes 3 de junio de 1996, Tomo DXIII, NI 1, p. 78-81.
15. **Norcini JJ, Shea J.** Increasing pressures for recertification and relicensure, In: Curry L, Wergin JF and Associates, editors. Educating professionals: response to new expectations for competence and accountability. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass, Inc. 1993. p. 78-103.
16. **Lloyd C, Cook A.** Implementing standards of competence. London: Kogan Page; 1993.
17. **Shannon S, Norman G, Falconer J.** Evaluation methods: a resource handbook. Hamilton Ontario, Canada: McMaster University, Program for Educational Development - Educating Future Physicians of Ontario Project; 1995.
18. **Lifshitz A.** ¿Educación continua o escolaridad perenne? Rev Med IMSS (Mex) 1994;32:485-489.
19. **Shannon S, Norrnan G, Falconer J.** Ibid. Ch VI.
20. **Norcini JJ, Shea J.** Ibid. p 91.
21. **Ibid.** p. 90
22. **Carroll JB.** Human cognitive abilities: a survey of factor-analytic studies. New York: Cambridge University Press; 1993. p. 3-29
23. **Gonnella J, Hojat M, Erdmann J, Veloski J.** A case of mistaken identity: signal and noise in connecting performance assessments before and after graduation from medical school. Acad Med 1993;68(2) February Supplement:Sg-S16.

24. **Feigenbaum A.** Control total de la calidad. 31 ed. México: CECOSA; 1994. p. 419-493.
25. **Robinson D.** Ibid. p. 98-99.
26. **Menéndez E.** Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social-Secretaría de Educación Pública; 1990. p. 68-69.
27. **Ibid.** p. 54-55.
28. **Freidson E.** Ibid. 286-293.
29. **Villoro L.** Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI, 7a Edición. 1992. p. 254.
30. **Brown P.** Popular epidemiology, toxic waste and social movements. In: Gabe J, editors. Medicine, health and risk: sociological approaches. Blackwell; Oxford: 1995.
31. **Frenk J, Infante C, Lozano R.** Equidad y salud en México. En: Béjar R. y Hernández H. (coord). Población y Desigualdad Social en México. Cuernavaca, Morelos México: CRIM-UNAM; 1993.
32. **Melker de RA.** Diseases the more common the less studied. Fam Prac (England), 1995;12(1):84-87.
33. **Good MJ.** Cultural studies of biomedicine: an agenda for research. Soc Sci Med 1995;41(4):61-73.
34. **Helman CG.** Culture, health and illness. Oxford, Butterworth-Heinemann, Ltd;1990. p 282.
35. **Lloyd C, Cook A.** Ibid. p. 15.
36. **De Miguel J.** Introducción al campo de la antropología médica. En: Kenny M, De Miguel J. editors. La antropología médica en España. Barcelona, España. Editorial Anagrama. 1980. p. 24-5.
37. **Cohen I.** Teoría de la estructuración: Anthony Giddens y la Constitución de la Vida Social. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1996.
38. **Fineberg H.** De la investigación a la práctica médica. En: Frenk J. editores. Salud: de la investigación a la acción. México: Biblioteca de la Salud-Fondo de Cultura Económica; 1991.
39. **Feldstein P.** Health care economics. New York: Delmar Publishers; 1988. Cha. 17.
40. **González J.** El ethos, destino del hombre. México: UNAM-FCE; 1996. p. 9-29.
41. **Donabedian A.** Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Cuernavaca, Morelos. México: Instituto Nacional de Salud Pública (Perspectivas en Salud Pública N° 10); 1990.
42. **McDonald K.** Sociology of the professions. London: Sage;1 995.

