

Recertificación médica en Uruguay: múltiples miradas de una obligación impostergable

Medical recertification in Uruguay: multiple perspectives of an imperative need

Recertificação médica no Uruguai: múltiplas visões de uma obrigação urgente

Ricardo Silvariño, Federico Preve, José Minarrieta, Marina Rodríguez, Martín Rebella, Julio Trostchansky, Adriana Peveroni, Alfredo Cerisola, Walter Pérez, Oscar Noboa, Francisco González-Martínez

Resumen

La recertificación es el resultado de un acto por el que una entidad legalmente acreditada, asegura que el profesional médico (previamente certificado) mantiene actualizados sus conocimientos y destrezas, y que ha desarrollado su actividad dentro del marco ético y científico adecuado al progreso del “saber” y del “hacer” propio de su especialidad. A pesar de un largo camino recorrido, en Uruguay no se ha podido establecer un proceso de recertificación universal. Múltiples actores (usuarios del sistema, médicos, Facultad de Medicina, programas de Desarrollo Profesional Médico Continuo) consideran que es una necesidad, sin embargo es necesario vencer algunas barreras para que se establezca un programa de recertificación. Se recorren algunos de estos aspectos en este documento, desarrollados en el contexto de un grupo de trabajo para el Congreso por los 100 años del Sindicato Médico del Uruguay.

Palabras clave: Recertificación médica
Educación médica continua

Key words: Medical recertification
Continuing medical education

Introducción

Los profesionales médicos tienen un cuerpo de conocimientos específicos respaldado por organizaciones profesionales que lo certifican. Estos conocimientos deben mantenerse durante los 30 o más años de actividad profesional, en un contexto acelerado de cambios en el conocimiento e incorporación de tecnologías⁽¹⁾. Algunas experiencias aisladas de recertificación se han implementado en Uruguay⁽²⁾. A pesar de su indudable necesidad, no se ha logrado aún implementar un sistema obligatorio, sostenido en el tiempo y eficiente. El objetivo de este trabajo es presentar una reseña del proceso de recertificación en Uruguay, enumerar barreras para su implementación, y recorrer percepciones desde la mirada de médicos, pacientes y sistema. Este trabajo surge de una mesa generada en el contexto del Congreso por los 100 años del Sindicato Médico del Uruguay (SMU).

Definiciones imprescindibles

Se define *Desarrollo Profesional Médico Continuo* (DPMC) a todo aprendizaje no curricular, que no otorga títulos y ocurre en la etapa del ejercicio profesional⁽³⁾. El DPMC incluye a la Educación Médica Continua (ECM) y La Educación Médica Permanente (EMP). La EMC busca mantener y desarrollar la competencia profesional luego de la certificación. Se extiende durante toda la vida profesional y es un aprendizaje autodirigido⁽³⁾. La EMP es el aprendizaje centrado en el trabajo “permanente” y no limitado en el tiempo⁽³⁾. La recertificación médica (RM) es resultado de un acto por el que una entidad médica legalmente acreditada, y aplicando criterios preestablecidos asegura, a través de un proceso de evaluación, que un médico previamente certificado

mantiene actualizados sus conocimientos y destrezas, y ha desarrollado sus actitudes dentro del marco ético y científico adecuado de acuerdo con el progreso del saber y del hacer propio de su especialidad en un período determinado^(1,4,5).

Una recorrida histórica sobre algunos hitos en el camino de la RM en Uruguay

En los estatutos fundacionales del SMU (1920) ya se menciona la necesidad de la formación médica permanente. En el art. 2 se especifica que uno de los roles del SMU es “coadyuvar a la ampliación de la cultura general, perfeccionando la preparación técnica de los médicos”. En la VI Convención Médica (CM) (1972)⁽⁶⁾ una de las mesas centrales abordó la temática de la “ley orgánica sobre la profesión médica”, destacando el rol de la EMC como central en el profesionalismo médico. La VII CM (1980)⁽⁷⁾ recoge en su declaración la necesidad de “reconstituir el cuerpo docente, pedagógico, científico y humanístico” (deteriorado como consecuencia de la dictadura cívico-militar), resaltando la importancia de la “EMC, debido al ritmo acelerado del desarrollo de los conocimientos y técnicas médicas”. En 1992 la Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina (FMed) propone “crear un procedimiento que evalúe en forma continua el nivel de los conocimientos de graduados y especialistas”, para lo que se estableció la Comisión Nacional de EMC integrada por FMed, Ministerio de Salud Pública (MSP), Federación Médica del Interior, SMU, Sociedades Científicas y Academia Nacional de Medicina (ANM). En 1993 la EMC es incorporada dentro de la ordenanza de la Escuela de Graduados (EG) de FMed, creándose la Comisión Sectorial de Educación Permanente para Graduados (Resolución N° 75 del Consejo Directivo Central – 28-09-1993). En 1994 a propuesta de la EG el Consejo de FMed crea un comité *ad hoc* honorario para la promoción de la EMC, que organizó un sistema de validación de actividades de DPMC, acreditando instituciones públicas y privadas para impartir cursos. Desde 1998 funcionó un grupo de trabajo permanente interinstitucional (FMed, MSP, ANM, Cuerpo Médico Nacional) dedicado a la concreción de un plan de EMC nacional. En 1998 el Consejo de FMed aprobó el desarrollo de ensayos de acreditación de actividades por parte de la EG-FMed, iniciándose las acreditaciones en el año 2001. En la VIII CM (2004)⁽⁷⁾, dos de cuatro ejes temáticos abordados hacían énfasis en la Colegiación Médica (Ley orgánica de la profesión médica) y la formación profesional. La IX CM (2014)⁽⁷⁾ sugiere entre sus conclusiones, y con vistas al desarrollo de un programa de RM, la necesidad de “garantizar las mejores prácticas establecidas en la evidencia científica, desarrolladas en el contexto de pro-

gramas de DPMC”. Propone un programa de RM con “periodicidad cada 5-10 años, universal, comprendiendo a todos los médicos asistenciales, inicialmente voluntario pero progresivamente obligatorio, a cargo de un grupo especialmente capacitado y con dedicación profesional para ello”. A tales efectos se crea un comité nacional interinstitucional integrado por EG-FMed, Sociedades Científicas, Colegio Médico del Uruguay (CMU), Cátedras de FMed, MSP, ANM y gremios médicos. Se asigna a este comité la responsabilidad de velar por una oferta adecuada, accesible y de calidad de cursos de EMC, impartidos por instituciones acreditadas, financiadas por el CMU y por las instituciones empleadoras. En 2015 y luego de las líneas trazadas por la IX CM⁽⁷⁾ se logra uniformizar criterios con vistas a generar un programa nacional de RM con la conformación del CEPREM (Comisión de Educación Profesional y Recertificación Médica) integrado por la EG-FMed, CMU y MSP. Luego de un intenso trabajo del CEPREM en 2016-2019 para establecer las bases del sistema de RM, ocurre un cese de actividad coincidiendo con la desaparición física del Prof. Dr. Jorge Torres y el cambio de autoridades del CMU. En el año 2020 y hasta la fecha se reactiva la actividad de CEPREM que se encuentra trabajando en coordinación con Sociedades Científicas en una propuesta final de RM. Es de destacar, desde una mirada crítica, que la falta de reglamentación por parte de organismos gubernamentales de contralor es un aspecto que ha debilitado los esfuerzos institucionales en referencia al tema que nos convoca. Ejemplo de ello es la presencia de una resolución ministerial (resolución 36/90 del MSP) donde se establece la obligatoriedad de la renovación periódica del registro de títulos por parte de médicos y odontólogos, que nunca se complementó con el paso de reglamentación de la misma. Otros ejemplos similares al mencionado han atentado a la consolidación de la RM.

La RM vista desde la educación médica y la EG-FMed

La EG visualiza la RM como una contribución al ejercicio del derecho de los usuarios del sistema de salud a recibir la mejor asistencia médica. La asume además como un derecho de los médicos a la oportunidad de actualizar su conocimiento y se acepta como un intermediario entre: la sociedad que tiene obligación de generar oportunidades de actualización a profesionales, y los usuarios (con derecho a una asistencia de excelencia) y médicos (con derecho a actualizar sus conocimientos). A diferencia de la formación de grado-postgrado en que el avance está establecido en función de la evaluación de *adquisiciones* en el proceso de aprendizaje, el proceso de RM está centrado en la *demonstración de la participación activa* en los procesos de aprendizaje. En la

formación de grado-postgrado evalúan docentes, mientras que en la RM evalúan pares con criterios establecido por ellos. El eje del proceso de RM está centrado en el aprendizaje continuo, programado e incidental, bajo el gerenciamiento del propio profesional médico. Un sistema de RM adecuado pondera la autoevaluación como herramienta central para intensificar el proceso de aprendizaje, e incluye herramientas de demostración, la central propuesta por la EG es el portafolio. La EG ha definido como prioridad avanzar en la recertificación, generándose (2020) un grupo de trabajo de Portafolio y Recertificación. Se ha definido el portafolio como una colección de documentos de trabajo en que el profesional exhibe su esfuerzo, progreso y logros. Recopila información que muestra habilidades y logros, cómo piensa, cómo cuestiona, analiza, sintetiza, produce o crea y cómo interactúa con otros. Puede utilizarse como forma de evaluación, coevaluación y autoevaluación. El profesional participa en la selección de contenidos, criterios para juzgar sus méritos y evidencia de autorreflexión (autogestión del aprendizaje). Contiene documentos que evidencian que un aprendizaje ha ocurrido: eventos significativos con pacientes, reflexiones de la práctica clínica, tutoriales educativos, proyectos de investigación y revisiones críticas de artículos científicos entre otros. Dentro de los desafíos que tiene la EM para contribuir a la RM, está la accesibilidad a la formación permanente. En Uruguay hay más de 15 mil médicos activos, dos tercios viven en Montevideo, y el resto están distribuidos en todo el territorio nacional. Se estima una densidad de 74 médicos/10.000 habitantes en Montevideo, y 24/10.000 en el interior del país. Esto obliga a plantear un Programa Nacional de DPMC y RM con oferta educativa completa y alcance nacional, cursos *online*, presenciales y semipresenciales, donde la participación en actividades científicas genere créditos para la RM. Existen oportunidades en términos de accesibilidad, cobertura y red: es un país pequeño, las instituciones comprometidas con DPMC cuentan con división territorial y existe excelente conectividad, cobertura, asequibilidad y velocidad del internet (fibra óptica en 80% de los hogares). Un recurso adicional es la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN-Decreto N° 242/017⁽⁸⁾) que puede potenciarse como herramienta de DPMC en términos de evaluación y desarrollo del portafolio.

La RM mirada desde la sociedad como sistema

Existe un conjunto de barreras que deben ser vencidas para que la RM se concrete:

No es una reivindicación ciudadana. No existe conciencia de que la RM es una potente herramienta de mejora de calidad del sistema. No hay un reclamo de la ciu-

dadanía referido a este tema. Ni organizaciones de usuarios, ni organizaciones sociales (trabajadores, empresarios), ni el sector político, reclaman dentro de sus programas o plataformas el mantenimiento periódico de la actualización de sus médicos. El mantenimiento de un equipo médico con un alto perfil de formación no forma parte de la oferta de los prestadores de salud. Desde que la ciudadanía tiene capacidad de optar libremente por su prestador (Ley 18211–2005⁽⁹⁾), diferentes empresas establecieron estrategias para captar usuarios, sin incluir el perfil técnico del cuerpo médico como una fortaleza institucional. *El DPMC y la RM se centran en el profesional y no en el ciudadano.* La inversión en formación médica y RM dependen sólo de la decisión del médico. Es necesario cambiar el enfoque y convertir esta necesidad en un derecho ciudadano a conquistar: el de ser asistido por un profesional que cumple determinados estándares académicos y éticos. Desconocer este aspecto limita la capacidad de poner este tema en la agenda pública. Dejar la RM exclusivamente en manos del colectivo médico no contribuye a su desarrollo.

No existe un marco legal o regulatorio que establezca la RM como un requisito obligatorio para el ejercicio profesional. No ha existido voluntad política para regular la obligatoriedad de la RM. Ello constituye una barrera adicional ya que la RM queda librada a la voluntad del individuo. Es necesario crear un marco legal que regule el proceso: eventual obligatoriedad o paquetes de estímulos asociados a la implementación si se opta por la voluntariedad. Interesar e informar a organizaciones políticas y sociales podría permitir el avance en este sentido. Es planteable la necesidad de una Ley de DPMC o como camino alternativo una profunda reforma de la Ley de Colegiación Médica⁽¹⁰⁾. *No existen consensos entre los grupos que están “a favor” de la RM.* Existe una masa crítica dentro del colectivo médico que promueve la recertificación. Se ha trabajado en propuestas y programas. El principal punto de disenso es el “cómo” y el “desde dónde” de la RM. La Ley de Colegiación⁽¹⁰⁾ establece que la autorregulación de la formación médica debe efectivizarse a través de la cooperación de los diferentes organismos encargados de la EMC, pero el rol que tiene cada uno de éstos en la RM no está claro. No está definido hasta el momento cómo debería ser el “mapa multiinstitucional” que lidere este proceso. Esta multiplicidad de instituciones, con visiones diferentes sobre el tema, con funcionamientos disímiles y sin la obligatoriedad de responder por la RM, constituyen en sí mismas una barrera para el proceso. Desde nuestra mirada, el Colegio Médico debería cumplir un rol central y de liderazgo en el proceso de RM, no solamente por contar con el marco reglamentario para ello sino porque la RM forma parte del “ser médico”, y trabajar esa dimensión de la

profesión es el fin último de esa institución. *No existe una planificación económica para sustentar la RM.* La RM requiere un soporte económico para concretarse. Al menos dos vertientes deben considerarse: cubrir el costo del proceso de RM (sistema informático de soporte, comité de RM, cursos de EMC), y generar espacios de RM dentro de la práctica habitual. Esto último implica que las instituciones deben planificar dentro de las horas de trabajo, espacios para el DPMC. Hay dos fuentes potenciales de financiación: el fondo de DPMC generado en el consejo de salarios, y los recursos económicos provenientes del CMU que derivan de la cuota de sus asociados.

La RM mirada desde los usuarios del sistema de salud

En la reglamentación de la Ley que regula derechos y obligaciones de los pacientes (Ley 18355⁽¹¹⁾) se establece la necesidad de brindar atención integral de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, desarrollando la actividad conforme al principio de calidad integral de la salud (Capítulo 1, artículo 5), y el derecho de los usuarios a conocer las especialidades de los profesionales (Capítulo 2, artículo 12). La ley de Colegiación⁽¹⁰⁾ constituye la base de un acuerdo entre médicos y pacientes, ya que la sociedad le concede la autorregulación ética y educacional al CMU. Esta concesión crea una expectativa mayor de respuesta en calidad asistencial⁽¹⁾. Por tanto, la recertificación vista desde el paradigma de los derechos del paciente es una herramienta fundamental para asegurar el mantenimiento e incremento de conocimientos y destrezas⁽¹⁾. Se realizó una consulta informal a un grupo de usuarios del sistema. Un profesional (pediatra) se comunicó con padres de los últimos 50 pacientes con quien se había contactado de forma no presencial. Se les realizó dos preguntas: ¿qué opinan de la RM? y ¿cómo creen que influye la RM en cada uno de ellos como usuarios?. Luego de respondidas, se explicó cuáles eran los objetivos de un sistema de RM. De forma casi unánime los consultados manifestaron desconocimiento sobre el alcance de la RM. Manifestaron su duda sobre qué implicancia tenía la RM sobre la capacidad de seguir ejerciendo la especialidad, así como sobre su obligatoriedad. Gran parte desconocían si ya había un sistema de RM en marcha, si de existir había acceso de los profesionales a la EMC, o si los médicos eran remunerados por participar de espacios de formación. Un grupo reprodujo en su respuesta inicial la “tensión” entre el multiempleo y la formación, manifestando su miedo de perder al profesional de referencia si éste no podía acumular el conjunto de créditos que le permitieran recertificarse. Luego de explicar cuáles eran los objetivos de un sistema de RM y las diferentes formas de obtención de los créditos, existió amplio

consenso sobre la necesidad de “estar al día” con los avances en el campo de la ciencia y la medicina. Persistió la discrepancia entre los encuestados respecto a la necesidad de la obligatoriedad, si bien la mayoría la veían necesaria para asegurar el proceso. Recolectadas las opiniones sobre los conocimientos y destrezas en los que harían hincapié de la recertificación, muchos manifestaron que el vínculo con el paciente lo consideraban como central. La mención a que esperan de parte de sus médicos que se formen no sólo en lo técnico, sino en dimensiones asociadas al vínculo con el paciente, aspectos comunicacionales, áreas diversas como las vinculadas a la violencia de género entre otras, fue frecuente. En referencia a la valoración sobre cuánto puede afectar a los usuarios que sus médicos se recertifiquen, la mayoría mencionó que este proceso aumentaría su seguridad y confianza en el cuerpo médico. Un grupo de usuarios transmitieron la necesidad de que se conozca el grupo de médicos recertificados, considerando que ello es un derecho a la hora de poder elegir al médico tratante. Los datos obtenidos de esta consulta confirman que no hay en los usuarios del sistema conocimiento sobre la RM y su alcance. Cuando se explica el alcance del proceso lo perciben como un valor e insisten en que la formación no esté exclusivamente centrada en aspectos técnicos sino en comunicacionales y vinculares. El grupo más crítico solicita conocer cuáles son los profesionales recertificados como un derecho individual más para ser utilizado a la hora de elegir al médico tratante.

La RM mirada desde los médicos en actividad

El profesional médico y su predisposición a la RM constituyen uno de los ejes centrales del proceso. La experiencia internacional muestra que la mayor parte de los médicos activos están dispuestos a participar de un programa de RM⁽¹²⁾. En el contexto de una discusión sobre “diferentes miradas de la recertificación médica” se realizó una encuesta electrónica (google-forms®) a médicos en actividad, de acceso libre, y que se difundió por diferentes redes del SMU (disponible en <https://forms.gle/711D8Spy8WudXjm47>). Interrogó aspectos vinculados a: datos generales (edad, género), formación médica (año de recibido, especialidad), carga laboral (horas trabajo/semana, tipo de trabajo -asistencia/gestión-, lugar geográfico de trabajo), EMC (tiempo dedicado, ámbitos donde la realiza, modalidad de actividades, accesibilidad) y RM (percepción sobre RM y programas disponibles, voluntad de RM si hubiese disponibilidad, necesidad de un sistema obligatorio de RM). Se recibieron 454 respuestas de las que se incluyeron para el análisis las provenientes de profesionales médicos, residentes en Uruguay y en actividad. Se analizaron 433 respuestas. Se trataban de mé-

Tabla 1. Percepción sobre la recertificación médica

Percepción	Frecuencia absoluta	%
Es una herramienta útil para el DPMC	296	67,4
No aporta mejoras en el DPMC	18	4,1
Es una formalidad que persigue regular el mercado pero no mejorar la formación	63	14,4
Es un "negocio" para las empresas "efectoras" de formación	32	7,3
Otros	24	5,5

DPMC: desarrollo profesional médico continuo.

Tabla 2. Percepción sobre los programas de recertificación médica.

Percepción	Frecuencia absoluta	%
No conoce la estructura	7	1,6
Son "portafolios" donde se recolectan créditos	33	7,5
Tienen un alto componente de autoevaluación	36	8,2
Tienen un alto componente de evaluación por terceros	13	3,0
Tienen plasticidad para adaptarse a intereses individuales	18	4,1
No tienen plasticidad para adaptarse a intereses individuales	38	1,7
Tienen impacto en la práctica clínica	111	25,3
No tienen impacto en la práctica clínica	46	10,5
Son formalismos para obtener créditos para recertificarse	86	19,6

dicos, de sexo femenino (66,5%), con edad media de 48,21 \pm 10,9 años y tiempo transcurrido desde el egreso de FMed de 20 \pm 11 años. El 81,1% completó formación en alguna especialidad: 78,1% médica, 5% quirúrgica y 5,2% médico-quirúrgica. En 62% el ingreso económico principal provenía del sector privado. Desempeñan su tarea en Montevideo 55,8%. La media de horas/semana de trabajo fue 46,4 \pm 17. El tiempo dedicado a la formación médica fue: 17,3% menos de 5 h/mes, 38% 5-10 h/mes, 19,8% 11-15 h/mes, 10,5% 16-20 h/mes y 13% más de 20 h/mes. Los ámbitos centrales de formación fueron: 40,5% domicilio, 21,9%, ámbito laboral en prestador público, 16,4% ámbito laboral en prestador privado y 19,8% asistencia a jornadas, simposios y congresos. El 41,9% entiende que la accesibilidad a los espacios de formación es buena, y 18% mala. Sobre la "percepción" en referencia de la RM se recabaron los datos presentados en la tabla 1 y sobre la "percepción" los programas de RM en la tabla 2. El 71,3% cree que la RM es necesaria y 82,5% participaría en un

programa de RM. Un subgrupo de 71 médicos (17,5%) no participarían de un programa de RM, 62% mujeres, edad 49,58 \pm 11,3 años, con carga laboral de 42,27 \pm 19,79 h/semana, principalmente en Montevideo (62%) y en el sector privado (66,2%). Un 73,2% especialistas (83,1% médica, 4,2% quirúrgica, 2,8% médico-quirúrgica). Las horas mensuales dedicadas a formación fueron 14,1% menos de 5 h, 46,5% 5-10 h, 12,7% 11-15 h, 9,9% 16-20 h y 16,9% más de 20 h/semana. Los ámbitos de formación fueron: domicilio 42,3%, ámbito laboral en prestador privado 25,4%, ámbito laboral en prestador público 19,9% y jornadas, simposios y congresos 15,5%. En las tablas 3 y 4 se resume la percepción sobre la RM y los programas de RM de este subgrupo. La principal debilidad de esta encuesta es que se trata de un grupo de médicos mayoritariamente vinculados a una organización gremial (SMU), que accedió a la encuesta en el escenario de la inscripción al primer congreso virtual de la organización. La mayoría tenían especialidad médica (78%) y residían en Montevideo (56%). La ma-

Tabla 3. Percepción sobre la recertificación médica de quienes NO participarían en un programa de recertificación.

Percepción	Frecuencia absoluta	%
Es una herramienta útil para el DPMC	24	33,8
No aporta mejoras en el DPMC	3	4,2
Es una formalidad que persigue regular el mercado pero no mejorar la formación	26	36,6
Es un "negocio" para las empresas "efectoras" de formación	12	16,9
Otros	6	8,5

DPMC: desarrollo profesional médico continuo.

yor parte (67%) entendió que la RM es una herramienta útil para el DPMC, y participaría (82%) en un programa de RM. Esto coincide con datos internacionales donde en la mayor parte de los sistemas de salud los médicos aceptan la RM y la entienden como herramienta útil para el desarrollo profesional y la mejora de calidad del sistema⁽¹³⁾.

La RM mirada desde la estructura del trabajo médico

No es viable incluir la formación permanente a la actividad cotidiana si no se realiza una adaptación del modelo de trabajo médico que deje espacio para la misma. Uno de los primeros antecedentes de ello fue el desarrollo del proceso de EMC en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Otras experiencias nacionales documentadas, demostraron además de ser valiosas, que es posible su desarrollo cuando se destina tiempo protegido para ellas. Ejemplo de ello es un espacio de DPMC desarrollado en la policlínica de Jardines del Hipódromo, en donde se abordaron temas de mejora de la calidad de la asistencia integrando múltiples miradas y en un espacio de tiempo protegido⁽¹⁴⁾. Otro hito fue el logro de la licencia por congreso y la obtención de fondos para educación médica acordados en el Consejo de Salarios (CS) del año 2008⁽¹⁵⁾. En el CS de 2015⁽¹⁶⁾ se acordó la obtención de fondos para el DPMC financiados por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y administrados por el SMU. Estos logros, sin embargo, no abordaban el necesario cambio de la estructura del trabajo médico como elemento central en el avance del DPMC y la recertificación. El laudo médico vigente hasta 2010 contemplaba únicamente el pago de actividades asistenciales, no contemplándose horas remuneradas para discusión de pacientes, lectura de trabajos científicos, comités institucionales, coordinación quirúrgica, desarrollo de pautas o guías, ateneos o actividades de educación médica. Desde el 2009 el SMU comenzó un proceso de trabajo poniendo acento en la reforma del mercado laboral, con el objetivo de

mejorar condiciones laborales, el ejercicio profesional y la calidad asistencial. Para cumplir estos objetivos se propusieron criterios generales que horizontalizaban todas las especialidades, para que luego desde cada especialidad se abordará lo particular. Estos criterios incluyeron mayor dedicación horaria, desestímulo del multiempleo, regulación de la cantidad de pacientes asistidos en función del tiempo y complejidad y horas remuneradas para actividades no asistenciales entre otros. Los cargos de alta dedicación del nuevo laudo médico contemplan un mínimo de 2 horas no asistenciales para actividades de discusión de pacientes, ateneos, desarrollo de protocolos, educación médica, auditorías, etc. En lo estrictamente salarial se planteó un estímulo a la alta dedicación horaria y se propusieron formas de pago mixtas (componente fijo y variable) desestimulando el pago por acto o el pago fijo pues influyen en forma negativa en el ejercicio profesional⁽¹³⁾. Esta propuesta logró acuerdos necesarios para su inicio, pero su progresión ha sido lenta, y aún convive esta nueva estructura laboral con la previa. Actualmente hay 1.700 cargos de alta dedicación, por lo que es condición necesaria el avance en esta línea para que el DPMC alcance también su expansión. Los nuevos cargos, si bien facilitan el acceso al DPMC, no lo aseguran, y debe generarse un cambio cultural dentro de las instituciones que promueva el mismo. Visualizamos a las direcciones técnicas y jefaturas como agentes que deben involucrarse en el proceso, liderando este cambio cultural y generando incentivos que promuevan el DPMC. Es necesario además que instituciones públicas y privadas diseñen e implementen en forma continua actividades no directamente asistenciales en sus servicios, así como actividades de EMC debidamente acreditadas por la EG. Asimismo se necesita, durante la transición entre ambos laudos, incorporar horas remuneradas para los profesionales que desempeñan actividades en el marco del laudo anterior para así posibilitar el DPMC. En cuanto al diseño de los cargos, las 2 horas semanales para

Tabla 4. Percepción sobre los programas de recertificación médica de quienes NO participaría en un programa de recertificación

Percepción	Frecuencia absoluta	%
No conoce la estructura	11	15,5
Son "portafolios" donde se recolectan créditos	7	9,9
Tienen un alto componente de autoevaluación	4	5,6
Tienen un alto componente de evaluación por terceros	4	5,6
Tienen plasticidad para adaptarse a intereses individuales	0	0
No tienen plasticidad para adaptarse a intereses individuales	8	11,3
Tienen impacto en la práctica clínica	9	12,7
No tienen impacto en la práctica clínica	11	15,5
Son formalismos para obtener créditos para recertificarse	17	23,9

actividad no asistencial, deben ser el "piso" de tiempo protegido para actividades de DPMC. Debe considerarse en función de la especialidad y el rol dentro que ocupa el profesional médico en el servicio el número de horas necesarias para el DPMC. Seguir avanzando en la reforma del trabajo médico permitirá un mayor desarrollo del DPMC, condición necesaria para el desarrollo de un programa de RM.

Consideraciones finales y conclusiones

Existe en Uruguay un largo camino (30 años) de trabajo en el DPMC, con fortalezas como la interinstitucionalidad y el respaldo legal para la incorporación del DPMC en la legislación del trabajo profesional. Hay un conjunto de organismos capaces de actuar como "efectores" y ofrecer espacios de EM en todo el territorio nacional, con fortalezas como accesibilidad, regionalización y buen acceso a internet. La recertificación es reclamada como un derecho por un grupo de usuarios, aunque desconocida por otro. Desde la mirada médica es aceptada como un proceso válido de mejora de calidad y crecimiento profesional. Con el avance de la transformación del trabajo médico, los espacios de formación en el trabajo diario con vistas a la recertificación comienzan a hacerse realidad, aunque estamos lejos de que sea una realidad extendida. Contamos con un sistema real de financiación del DPMC y de la RM que necesita racionalizarse y optimizarse. ¿Qué falta entonces para que la recertificación sea una realidad? Es necesario que ocurran cambios estructurales que den coherencia a todo el trabajo realizado: acuerdo entre las instituciones para generar un portafolio común (una esperanza para ello es la revitalización de la CEPREM), un sistema que permita la recertificación desde el trabajo cotidiano (otorgando créditos a los procesos de autoevaluación del ejercicio profes-

sional, espacios de discusión clínica, etcétera) y no la centre exclusivamente en espacios teóricos de formación, un sistema que aprecie la recertificación como una fortaleza (usuarios, instituciones, los propios médicos) y posiblemente la exigencia de los organismos rectores de la salud ("¿Viajaría usted en un avión cuyo piloto no estuviera certificado?", Dr. Douglas Zipes). Por encima de todo lo analizado, quizás el "empujón final" hacia la concreción del proceso de recertificación, sea el entendimiento de que los médicos tenemos una obligación ética impostergable con nuestros pacientes y la sociedad toda.

Abstract

Recertification is the result of an act by which a legally accredited entity ensures that medical professionals (previously certified) keep their knowledge and skills up to date, and that they have practiced their profession within the ethical and scientific framework that regulates the process that evolves from "knowing" to "knowing how" in their areas of specialization. Despite a long journey in Uruguay, it has not been possible to establish a universal recertification process. Multiple actors (system users, doctors, the School of Medicine, Continuing Medical Professional Development programs) regard it as a need, although some barriers must be overcome in order to define a recertification program. This document covers a few of these aspects and is the result of a working group created for the Congress held in commemoration of the 100 years of the Uruguayan Medical Association.

Resumo

A recertificação é o resultado de um ato pelo qual uma entidade legalmente credenciada garante que o profissional médico (previamente certificado) mantém os

seus conhecimentos e competências atualizados, e que desenvolveu a sua atividade dentro do quadro ético e científico adequado ao progresso do “conhecimento” e o “fazer” da sua especialidade. Apesar do longo caminho percorrido no Uruguai, ainda não foi possível estabelecer um processo de recertificação universal. Múltiplos atores (usuários do sistema, médicos, Faculdade de Medicina, programas de Desenvolvimento Continuado do Profissional Médico) consideram isso uma necessidade, porém é necessário superar algumas barreiras para que um programa de recertificação seja estabelecido. Alguns desses aspectos são abordados neste documento, desenvolvido no contexto de um grupo de trabalho para o Congresso pelos 100 anos do Sindicato Médico del Uruguay.

Bibliografía

1. **Calvete J.** Certificación-recertificación profesional médica. *Rev Méd Urug* 2014; 30(1):5-7.
2. **Cerisola A, Perez W, Pinchak C.** Recertificación médica. Los desafíos del diseño e implementación de un Programa de mantenimiento de competencias en Pediatría. *Arch Pediatr Urug* 2020; 91(5):274-6.
3. **Fosman E, Ceretti T, Niski R.** El médico y su continuo aprendizaje: desarrollo profesional médico continuo. Montevideo: Gega, 2012.
4. **Torres J, Romero C, Aguilar B, Pérez W, Cerisola A, Soto J, et al.** Miradas y experiencias sobre el proceso de recertificación. *Rev Urug Cardiol* 2019; 34(1):12-20.
5. **Torres J, Ríos G, Pérez W, Cerisola A.** Reflexiones médicas. Montevideo: Colegio Médico del Uruguay, 2018.
6. **Sindicato Médico del Uruguay.** VI Convención Médica Nacional. Montevideo: SMU, 1972.
7. **Sindicato Médico del Uruguay.** VII Convención Médica Nacional. Montevideo: SMU, 1984. Disponible en: https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/colegiacion/vii_cmn.pdf. [Consulta: 24 setiembre 2020].
8. Decreto 242/017. Reglamentación del artículo 466 de la Ley 19.355 relativo a los mecanismos de intercambio de información clínica con fines asistenciales a través del sistema de Historia Clínica Electrónica Nacional. Revocación del Decreto 396/003. Montevideo 7 de setiembre de 2017.
9. Ley N° 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, 13 de diciembre de 2007.
10. Ley N° 18.591. Creación del Colegio Médico del Uruguay. Montevideo, 16 de octubre de 2009.
11. Ley N° 18.355. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Montevideo, 26 de agosto de 2008.
12. **Pardell H, Gomar C, Gual A, Bruguera M.** ¿Qué opinan los médicos sobre la formación continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación? Resultados de las encuestas del I Congreso de la Profesión Médica de Cataluña. *Educ Méd* 2005; 8(2):91-8.
13. **Zurro A.** Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria* 2002; 30(1): 46-56.
14. **Da Luz S, Careaga A, Carrieri R, Barrios A.** Educación permanente en salud (EPS): una estrategia educativa dirigida al equipo de salud en el primer nivel de atención. En: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Educación permanente en salud: en el cambio de modelo de atención y gestión. Montevideo, MSP, 2014:35-60.
15. **Uruguay. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.** Convenios Colectivos. Consejo de Salarios 2008. Montevideo: MTSS, 2008.
16. **Uruguay. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.** Convenios Colectivos. Consejo de Salarios 2015. Montevideo, MTSS, 2015.

Contribución de autores

Ricardo Silvariño: compilar el trabajo de los autores y redacción del artículo.

El resto de los autores participaron en igual medida en las distintas etapas de elaboración del artículo y en la revisión final.

Ricardo Silvariño, ORCID 0000-0002-0416-2694

Federico Preve, ORCID 0000-0002-3800-0159

José Minarieta, ORCID 0000-0002-2989-1033

Marina Rodríguez, ORCID 0000-0001-6452-7897

Martín Rebella, ORCID 0000-0002-1925-4022

Julio Trostchansky, ORCID 0000-0002-4707-4782

Adriana Peveroni, ORCID 0000-0003-1746-8016

Alfredo Cerisola, ORCID 0000-0003-1277-2828

Walter Pérez, ORCID 0000-0003-2043-5872

Oscar Noboa, ORCID 0000-0002-0975-9924

Francisco González-Martínez, ORCID 0000-0002-9882-7449