

Educación médica continua en gastroenterología y recertificación del especialista en el Perú

Continuing medical education in gastroenterology and recertification in Peru

Ofelia Castillo Contreras¹, César Soriano Álvarez^{1,2}

¹ Departamento de Aparato Digestivo, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Recibido: 16-6-2017

Aprobado: 3-8-2017

RESUMEN

El campo de acción de la gastroenterología se ha ampliado gracias al desarrollo tecnológico y al advenimiento de nuevas sub-especialidades, como la gastroenterología oncológica. Actualmente, no hay una estandarización de los programas de formación médica en gastroenterología en nuestro país. El sistema de salud y la educación están cambiando, por lo que la práctica médica y la evaluación de competencias para la certificación y recertificación médica deben reflejar estos cambios. Por otro lado, la calidad de una unidad, servicio o departamento médico especializado, está en relación directa con la calidad de los recursos humanos. El aprendizaje continuo (*life long learning*) se plasma en la educación médica continua (EMC). El objetivo de la EMC debe ser lograr cambios en la conducta del personal, a través de la mejora continua en la práctica diaria. Para ello, se requiere conocer las necesidades sociales, institucionales e individuales y desarrollar nuevos programas de EMC más flexibles e individualizados. La recertificación a intervalos fijos debe ser abandonada en favor de un modelo que promueva el desarrollo profesional continuo basado en las necesidades en salud y con materiales curriculares que apoyen las evaluaciones por competencias.

Palabras clave: Educación continua; Certificación; Gastroenterología (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The field of action of gastroenterology has been expanded due to technological development and the advent of new sub-specialties, such as gastroenterology oncology. Currently, there is no standardization of medical training programs in gastroenterology in our country. The health system and education are changing, so medical practice and competency assessment for medical certification and recertification should reflect these changes. On the other hand, the quality of a specialized unit, service or medical department is directly related to the quality of human resources. Lifelong learning is reflected in continuing medical education (CME). The goal of CME should be to achieve changes in staff conduct, through continuous improvement in daily practice. This requires knowing the social, institutional and individual needs and developing new, more flexible and individualized CME programs. Recertification at fixed intervals should be abandoned in favor of a model that promotes continuous professional development based on health needs and with curricular materials that support competency assessments.

Keywords: Education, continuing; Certification; Gastroenterology (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La gastroenterología como especialidad médica nace de la medicina interna; sin embargo, esta es cada vez más compleja debido a los avances en los procedimientos endoscópicos, diagnósticos y terapéuticos. En 1961, Basil Hirschowitz hizo la primera publicación del endoscopio flexible luego de presentarlo en 1958 en el Primer Congreso Mundial de Gastroenterología ⁽¹⁾. En la seguridad social del Perú, en el entonces Hospital del Empleado, el Dr. Hernán Espejo Romero, introduce la fibrogastrocámara a fines de la década del 60 y a principios de 1960, el Dr. Manuel Podestá Ventura es el primer gastroenterólogo que utilizó la fibroendoscopia gastroduodenal en el Perú ⁽¹⁾. Desde entonces, el avance tecnológico y la explosión del conocimiento han generado transformaciones dentro de la especialidad,

que ha ido diversificándose en el campo clínico y endoscópico. En este contexto resulta desafiante desarrollar un programa de educación integral, que permita al gastroenterólogo ser competente en todos los aspectos básicos de la especialidad y que asegure su actualización permanente.

EDUCACIÓN Y PRÁCTICA MÉDICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Los sistemas de salud y la educación están cambiando, por lo que la práctica médica y la evaluación de competencias para la certificación y recertificación médica deben reflejar estos cambios. El análisis sobre la formación en recursos de profesionales médicos en el Perú, en el período del 2005 al 2011, muestra una oferta desregulada y desconectada de

los objetivos y necesidades de salud pública del país; además, una distribución de médicos en el Perú que es centralista e inequitativa ⁽²⁾. La formación de médicos especialistas depende de una política y planificación de recursos humanos en salud, que sufre las regulaciones del mercado laboral ⁽³⁾.

En el Perú, hay desequilibrios entre las necesidades de especialidades médicas y la cantidad de especialistas registrados en el Colegio Médico del Perú (CMP) ⁽⁴⁾. Zevallos et al. ⁽⁴⁾, encontraron una distribución heterogénea de los gastroenterólogos con predominio en Lima Metropolitana y Callao (50,5% y 9,3%, respectivamente), y existen 647 especialistas registrados (consultado el 24/05/2017 en la oficina de matrícula del CMP). Si bien en la práctica existe una tendencia a la sobre-especialización de los médicos, que se traduce en un aumento en el número de plazas de residentado médico, lo que conduce a una sobreoferta laboral y una precarización del empleo médico, además de una cuestionada calidad de la formación profesional; existen otros factores a considerar en la regulación de la formación médica y el ejercicio profesional en el Perú ⁽²⁾, que se describen a continuación.

Programas de especialización en gastroenterología:

En el contexto internacional, se tiene que las cuatro sociedades norteamericanas relacionadas con la gastroenterología desarrollaron el *American Gastroenterology Core Curriculum*. La Sociedad Británica de Gastroenterología desarrolló el *National Training Program for Gastroenterology and Hepatology*. En diferentes países de Europa y otras regiones, existen programas amplios y bien estructurados que fomentan la flexibilidad en el contenido y la duración de la formación del especialista ⁽⁵⁾. El plan de estudios básico ofrece varias opciones de formación en campos especializados, como la hepatología, la endoscopía avanzada y la investigación ⁽⁶⁾. También es variable si existen o no exámenes de ingreso, o exámenes en la culminación del plan de estudios ⁽⁵⁾. A diferencia de estos programas de formación de alta calidad, muchos países no disponen de directrices de formación detallada y solo especifican la duración que es variable con una formación básica en medicina interna de uno a seis años y en gastroenterología entre uno a cuatro años ⁽⁷⁾.

En el Perú, la duración de la formación en gastroenterología a finales de los años ochenta y principios de los noventa se prolongó de dos a tres años, a excepción de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en donde tiene una duración de cuatro años. Al inicio, uno o dos años de formación en gastroenterología eran suficientes, hoy existe una menor inclinación a la medicina interna con mayor énfasis en la gastroenterología. El programa de segunda especialización en gastroenterología tiene un perfil

de competencias en la formación del especialista establecidas por el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) en el año 2002 ⁽⁸⁾. Algunos programas de residentado en el Perú están perjudicados por la falta de un sistema nacional regulador de plazas, que incluya mecanismos eficientes e imparciales para evaluar a los tutores y graduados y que permitan, requerimientos mínimos para asegurar la destreza en cada procedimiento, con metas de investigación y, con vinculación a la especialidad de origen que es la medicina interna, tal como señala la ASGE (Sociedad Americana de Endoscopía Gastrointestinal) ⁽⁹⁾. Por lo que debe existir una acción correctora del CONAREME para evitar que, a largo plazo, los jóvenes especialistas se enfrenten a la desocupación y al subempleo.

Diversidad de la fuerza laboral: Actualmente, la fuerza de trabajo tiene un grado de diversidad generacional que incluye hasta cuatro generaciones de médicos. Cada una tiene su propio sentido de la ética del trabajo, de los valores educativos y de formación, las preferencias por el aprendizaje y el nivel de compromiso con la tecnología ⁽¹⁰⁾. Al mismo tiempo, algunos gastroenterólogos se han sub-especializado y pueden restringir su práctica profesional en respuesta a una variedad de factores personales y del sistema de salud. En el año 2007, el 57% de médicos en el Perú tenían menos de 45 años ⁽²⁾. No se tienen datos sobre las brechas generacionales en la actualidad.

Nuevos paradigmas en salud: La gastroenterología está evolucionando para trabajar con una mayor diversidad de especialistas en el equipo dedicado a atender pacientes crónica y críticamente enfermos, con afecciones gastrointestinales y hepáticas. El paradigma del gastroenterólogo que solamente desempeñaba un rol diagnóstico en el manejo de los tumores digestivos, está cambiando con el surgimiento de la sub-especialidad de oncología digestiva ⁽¹¹⁾. En salud pública, el proyecto ECHO (siglas en inglés, *Extension for Community Healthcare Outcomes*), a diferencia de la telemedicina (consulta clínica a distancia), propone el uso de nuevas tecnologías para entrenar médicos generales, rurales, de atención primaria en el diagnóstico de enfermedades prevalentes y de manejo complejo, permitiendo la democratización del conocimiento y reduciendo las disparidades en los sistemas de salud ⁽¹²⁾. El sistema se ha reconfigurado en nuevas relaciones empresariales que van más allá de la práctica individual o de grupos pequeños y que permiten, la colaboración e integración clínica y posiblemente alguna relación financiera ⁽¹⁰⁾. Otro aspecto importante es la vinculación del sector salud con el sistema de formación en salud, que permitirá la aplicación del enfoque de competencias laborales en el Perú y Latinoamérica, ya que las necesidades de formación médica están supeditadas a las necesidades del sector salud ⁽¹³⁾.

Calidad de la atención y seguridad del paciente:

El enfoque de la mejora de la calidad en la atención existe desde hace más de 30 años, centrándose en la evaluación de resultados y el uso de herramientas apropiadas ⁽¹⁰⁾. La seguridad del paciente ha recibido una creciente atención en los últimos años, debido a los eventos adversos. A medida que los directivos de los hospitales y clínicas se centran en mejorar la seguridad del paciente, los médicos están participando en comités de seguridad para analizar eventos adversos y diseñar sistemas más seguros ⁽¹⁰⁾.

Desarrollo tecnológico: La gastroenterología es en la actualidad y en gran parte, tecnológicamente dependiente. La tecnología ha cambiado la prestación de servicios de salud y la educación en los últimos años. El hiperentorno educativo con el uso de la tecnología permite que ahora el aprendizaje se desarrolle en espacios virtuales ⁽¹⁴⁾. En la docencia permiten un *feedback* en tiempo real, con publicaciones recientes que favorecen un aprendizaje compartido entre el docente o tutor y el alumno ⁽¹⁵⁾. La simulación, cursos masivos abiertos en línea y aplicaciones de aprendizaje basadas en equipos móviles están cambiando la educación médica ⁽¹⁰⁾. Los simuladores endoscópicos (modelos inanimados fijos o computacionales), permiten una mejor coordinación visual-manual y acortan la curva de aprendizaje, antes de trasladar la experiencia hacia escenarios clínicos ⁽¹⁶⁾. Los portales de pacientes, aplicaciones electrónicas en salud y telemedicina requieren nuevas habilidades en el especialista para la comunicación y el diagnóstico ⁽¹⁰⁾. Sin duda, el mayor cambio en este siglo es el uso de la tecnología por los consumidores (médicos y pacientes) para obtener la información deseada y la experiencia a la demanda ⁽¹⁰⁾. Aunque es necesario el desarrollo de investigaciones que demuestren la utilidad de las tecnologías en la práctica clínica ⁽¹⁷⁾.

Responsabilidad legal y ética: El gastroenterólogo moderno no es sólo un médico sino también un endoscopista intervencionista ⁽¹⁸⁾. Los avances incluyen el desarrollo de nuevos instrumentos y existe una responsabilidad ética en la introducción clínica de técnicas endoscópicas emergentes ⁽¹⁹⁾ y en la supervisión de la enseñanza del residente en gastroenterología, de tal manera que no perjudique al paciente, respetando su derecho a la autodeterminación ⁽¹⁸⁾. Asimismo, los procesos de acreditación de las instituciones formadoras deberán cumplir con las exigencias legales que aseguren una buena enseñanza y garanticen la calidad de asistencia a los pacientes ⁽¹⁶⁾.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA EN GASTROENTEROLOGÍA

Durante las últimas décadas, hemos observado cambios sustanciales en la práctica médica del

gastroenterólogo, ya que los conocimientos, técnicas y procedimientos sufren modificaciones permanentemente, surgiendo la necesidad de actualizar y mantener la competencia profesional. Asimismo, el Código de Ética y Deontología del CMP, señala la necesidad por parte del profesional, de estar actualizado ⁽²⁰⁾, a esto se agregan las exigencias institucionales y las implicancias médico legales del quehacer médico ⁽¹⁶⁾. La EMC utiliza el concepto de la continuidad en la incorporación del conocimiento o aprendizaje continuo (*lifelong learning*), con el fin de mejorar la práctica médica sin la obtención de un diploma o grado ⁽¹⁶⁾. A diferencia de la EMC, el aprendizaje en el lugar del trabajo se denomina educación médica permanente (EMP) y es un proceso participativo que conlleva cambios de conducta en los servicios con la finalidad de mejorar la salud de la población ^(16,21). El desarrollo profesional médico continuo engloba ambos (EMC y EMP); es decir, es cuando el conocimiento teórico actualizado periódicamente (incluyendo formación en gestión, calidad, bioética y medicina basada en evidencia) se traslada a la práctica profesional, donde se conjuga con la experiencia y juicio crítico del médico y otros colegas, ofreciendo el mejor escenario para mantener y mejorar la competencia profesional durante los 30-40 años del ejercicio médico ^(16,21). La EMC en gastroenterología es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo que se inicia al terminar la residencia médica, con el fin de mejorar las capacidades frente a la evolución científica-tecnológica y los cambios en las necesidades sociales, pero estas actividades tal como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe ser permanente, sistematizado para obtener nuevos conocimientos, valorando la vigencia de los adquiridos y complementando las carencias de manera que los resultados del ejercicio profesional sean de máxima calidad ⁽²²⁾.

El campo de la educación médica se está adaptando a los avances tecnológicos y los cambios del sistema de salud. La EMC debe enfocarse ahora en desarrollar nuevos métodos de enseñanza-aprendizaje, flexibles e individualizados dirigido a profesionales con alta capacidad de auto-instrucción, con tiempo limitado y con acceso a múltiples fuentes de información masiva ^(10,23). La relevancia es primordial y depende del contenido del programa, las competencias y las deficiencias que tiene el profesional y que busca mejorar ⁽²³⁾. Actualmente, las actividades de la EMC en gastroenterología en el Perú, principalmente se dirigen a la capacidad de diagnosticar lesiones, aplicar nuevos tratamientos, manipular nueva tecnología, de gestionar mejor y de ofrecer calidad integral por parte de todo el personal de un servicio ⁽¹⁶⁾. Estos cursos de actualización deben sustentarse en la identificación de necesidades educativas y estar acorde con las políticas y cambios sanitarios del país ^(21,22,24).

Los programas de EMC deben partir de un análisis equilibrado de los estándares de la práctica profesional, las necesidades de salud de la población y las características de la organización de la atención médica ⁽²²⁾. La pertinencia se logra cuando se basa en el estudio previo de estos factores y no se orienta exclusivamente hacia los recientes avances clínicos y terapéuticos ⁽²¹⁾. Para que una EMC sea de calidad es importante la articulación de las universidades a través de las oficinas de EMC junto con las sociedades científicas y las organizaciones médicas (institución educativa o asistencial, asociación médica), para obtener los mejores resultados en beneficio del paciente y la sociedad ⁽²³⁾. Por otro lado, ningún programa de EMC puede ser satisfactorio si no va acompañado de una evaluación de los resultados de la enseñanza, con indicadores que midan si la estrategia y herramientas utilizadas, producen cambios de conducta ⁽²³⁾.

La motivación del profesional es fundamental y depende de la percepción de las necesidades individuales, oportunidades de capacitación, necesidad de aplicar lo aprendido y de su capacidad de aprendizaje autónomo ⁽²³⁾. El aprendizaje de adultos no es intuitivo y difiere de las técnicas pedagógicas tradicionales, porque está centrado en la resolución del problema, y en la práctica médica esto está centrado en el paciente ^(16,23,25). Los adultos aprenden mejor cuando la educación es individualizada y adaptada a sus necesidades ⁽¹⁰⁾. Por otro lado, las necesidades de aprendizaje están supeditadas, en primer término, a las necesidades de salud y del proceso de trabajo, constituida por el perfil epidemiológico de enfermedades prevalentes junto con los requerimientos del sistema de salud; y en segundo término, a las deficiencias e insuficiencias en la formación y desarrollo del personal que labora en los servicios de salud ⁽²⁴⁾. La identificación de las necesidades de aprendizaje permite planificar los procesos educacionales, posibilitando la integración de los intereses sociales e institucionales con los individuales, promoviendo la satisfacción de los médicos y la mejora en la calidad de la atención a los pacientes ⁽²¹⁾. La EMC para que sea pertinente, debe responder a las necesidades de salud de la población y satisfacer las necesidades de aprendizaje de los gastroenterólogos, lo que implica consultar a los profesionales sobre sus necesidades educativas con el propósito de que desarrollen su propia responsabilidad en actualizarse ^(23,24,26). Un estudio canadiense evaluó las percepciones y actitudes de los gastroenterólogos en relación a temas de enfermedades hepáticas y encontró que era relevante especialmente para aquellos que se dedicaban a la práctica médica comunitaria ⁽²⁷⁾. Los cuestionarios son instrumentos válidos y confiables para identificar las necesidades individuales del personal de salud ^(28,29). También existen metodologías cualitativas para la evaluación de necesidades educativas y de capacitación en salud ^(28,30).

En nuestro medio, la educación continua es un proceso voluntario y no sistematizado, con una falta de evaluación formal ⁽²²⁾. Por otro lado, la EMC no se limita a una educación formal, sino que comprende experiencias de diversa índole como los encuentros con colegas, educación a distancia y el autoaprendizaje ⁽²¹⁾. En el Perú, el estudio del Dr. Alejandro Bussalleu, aplicando una encuesta entre enero y febrero del 2006 a los miembros titulares de la Sociedad de Gastroenterología del Perú (SGP), encontró que los gastroenterólogos tuvieron como estrategias más utilizadas para su actualización el uso de Internet, siendo el Google el buscador más utilizado; la lectura de revistas de la especialidad (*Gastroenterology* y la *Revista de Gastroenterología del Perú*); la asistencia a cursos y congresos de la especialidad ⁽³¹⁾.

Como las nuevas tecnologías y técnicas emergen, hay un deseo natural de expandir las habilidades técnicas de los gastroenterólogos ⁽⁹⁾. De acuerdo con las recomendaciones de la ASGE, los cursos cortos no garantizan un entrenamiento adecuado en procedimientos endoscópicos habituales y solo son útiles para aumentar las destrezas técnicas en endoscopistas que tengan experiencia ^(14,32). Los cursos prácticos relámpago, denominados hands-on, aumentan la autoconfianza para técnicas terapéuticas avanzadas con poco efecto mensurable sobre el volumen de intervenciones realizadas y no dan suficiente entrenamiento para generar un cambio en la práctica clínica ⁽³³⁾. Los cursos de enseñanza basada en video, *simulcast*, cursos en vivo, *webinar* y los cursos transmitidos a lugares remotos, también se están extendiendo, permitiendo interacciones a menores costos y sin necesidad de presencia local, evitando las dificultades de viaje ⁽²⁵⁾. Un endoscopista debe continuar mejorando sus habilidades técnicas y cognitivas para mantener los estándares de calidad endoscópica ⁽³⁴⁾.

La educación en gastroenterología ha cambiado en los años recientes y el criterio de calidad es ahora la meta principal ⁽²⁵⁾. La Organización Mundial de Gastroenterología (WGO, por sus siglas en inglés), ha publicado los estándares básicos en el programa de entrenamiento orientado a los países en vías de desarrollo ⁽⁷⁾. La WGO provee educación y entrenamiento de alta calidad, a través de cursos para profesores (*Train The Trainers*) y becas en centros especializados (*Training Centers*) con énfasis en los países emergentes ⁽³²⁾. El entrenamiento endoscópico actualmente está basado en indicadores de calidad ⁽³⁴⁾. En años recientes, la calidad centrada en el paciente y la formación basada en competencias son importantes cambios ocurridos en endoscopia gastrointestinal ⁽³⁵⁾. La competencia fue definida por la ASGE como "un nivel mínimo de destrezas y conocimientos derivados de la capacitación y la experiencia, necesaria para

llevar a cabo de manera segura y eficiente un procedimiento”⁽³⁴⁾ y se asumió en términos del número de procedimientos realizados, pero solo representa el umbral mínimo a partir del cual puede evaluarse el entrenamiento endoscópico^(34,35). Actualmente, la competencia endoscópica tiene tres componentes: técnico, cognitivo e integrativo⁽³⁶⁾. La integración incluye habilidades como la comunicación y el juicio clínico que permite trabajar en equipo, adaptarse al contexto, y proveer seguridad y eficacia en la atención del paciente^(34,36). Por otro lado, la calidad de un servicio está en relación directa a la calidad de los recursos humanos^(13,24). El lugar de trabajo ahora se ve como un sitio de aprendizaje más allá de residencia y compañerismo, que depende del acceso en tiempo real al conocimiento, una cultura de aprendizaje dirigida por el liderazgo y un sistema de apoyo al desarrollo de competencias^(10,35). Si esta tendencia continúa, se deberá redefinir las competencias requeridas para el mantenimiento de la certificación del especialista⁽¹⁰⁾. El rol de la SGP es importante en la revisión de los estándares mínimos de la adquisición y mantenimiento de competencias del gastroenterólogo^(37,38).

RECERTIFICACIÓN DEL GASTROENTERÓLOGO

La gastroenterología, a diferencia de otras especialidades, es una mezcla de conocimientos, destrezas y actitudes que está evolucionando permanentemente⁽²⁵⁾. Así, las competencias deben diferenciarse entre generales, para todo egresado de la residencia médica⁽³⁹⁾ y aquellas relacionadas con procedimientos complejos, o con el manejo de patologías específicas que incluyen el trasplante hepático, endoscopia terapéutica o diagnóstica avanzada como la ultrasonografía endoscópica⁽¹¹⁾. Las competencias más especializadas deben ser consideradas en los programas de EMC y en la capacitación laboral de los egresados, porque requieren mayor complejidad que, para el gastroenterólogo general, correspondiendo a niveles superiores de entrenamiento y sub-especialización que se realizan en algunos centros formadores⁽³²⁾. Con el paso del tiempo, algunos procedimientos pasan a ser parte del estándar mínimo y dejan de ser una competencia excepcional⁽⁴⁰⁾. Por otro lado, la certificación profesional por competencias apertura un nuevo escenario para el CMP, ya que actualmente se exige que el médico demuestre, en un escenario real de trabajo, que tiene los conocimientos, habilidades y las destrezas para un desempeño adecuado⁽¹³⁾.

A nivel nacional, se debe llegar a un consenso respecto de las competencias generales y las áreas de formación continua que sirva para la recertificación por especialidades y sub-especialidades en el futuro^(39,41). Para lograr la certificación y recertificación a través de estándares mínimos y programas de EMC,

se debe enfocar el trabajo en forma colaborativa interinstitucional con las universidades, sociedades científicas e instituciones prestadoras de servicios de salud, pero no puede implementarse de forma arbitraria, ni individual⁽²²⁾. El diagnóstico situacional de la educación médica en el Perú, es el primer paso para producir el consenso.

La educación médica de pregrado no garantiza una competencia profesional indefinida, sin la educación continua decrece progresivamente, es por ello que la EMC debería iniciarse en el pregrado de la escuela de medicina, perfeccionarse en el postgrado y continuar durante el ejercicio profesional^(21,23). Actualmente, la educación médica se orienta hacia la solución de problemas, ya que con este enfoque existe mayor adaptación y permanencia de la competencia⁽²¹⁾. Además, el profesionalismo, la ética médica, aspectos de medicina legal, administración y economía son necesarios de considerar en la educación del gastroenterólogo⁽²⁵⁾; sin embargo, la necesidad crítica de desarrollo profesional, excede lo que puede ofrecer un programa de residencia médica en gastroenterología o los cursos de diplomado en endoscopia básica y avanzada^(16,42). Las técnicas avanzadas requieren de un tiempo mayor de formación^(6,9). La formación y certificación en procedimientos avanzados, incluyen la colangiografía endoscópica retrógrada, ecoendoscopia, enteroscopia y colangioscopia entre los más frecuentes. Además, existen técnicas nuevas como la Resección Endoscópica Mucosa (REM) o Disección Endoscópica Submucosa (DES) o la miotomía endoscópica per oral (POEM, por sus siglas en inglés) y el drenaje biliar o pancreático guiado por ecoendoscopia, en pacientes en los que falla la canulación convencional⁽¹⁶⁾.

El Colegio Médico del Perú (CMP) establece el sistema de Certificación y Recertificación, que permite una valoración periódica del proceso de educación continua y permanente y, de esa manera, mantiene un nivel de competencia profesional adecuado. El SISTCERE (Sistema de Certificación y Recertificación) es el organismo del CMP, encargado de supervisar y otorgar la Certificación y Recertificación. En el Art. 25 se señala que “la Recertificación es voluntaria y se realizará cada cinco años a partir de la certificación”⁽⁴³⁾.

Un punto crítico de la recertificación médica es la definición de la competencia, la metodología y las normas utilizadas para juzgar si un profesional mantiene el nivel definido de competencia; además, la competencia en un procedimiento no equivale a la competencia en otros^(9,10). La pregunta es cómo diseñar el sistema de evaluación para facilitar la mejora del desempeño, de tal manera que impulse el aprendizaje a través de una retroalimentación significativa y garantice la competencia⁽¹⁰⁾. Esto requiere el desarrollo de instrumentos de evaluación válidos y confiables⁽³⁶⁾.

Por lo tanto, el objetivo debe ser construir procesos de evaluación que estimulen, en lugar de simplemente medir la adquisición del conocimiento y que permita desarrollar planes de aprendizaje individualizados⁽¹⁰⁾. Así, la recertificación debe reflejar la práctica actual y ser sensible a las necesidades de la diversidad de gastroenterólogos en el Perú⁽²⁾. Actualmente, no hay estándares establecidos para monitorizar la competencia luego del entrenamiento durante la residencia médica⁽³⁵⁾. Aunque muchos países, como los Estados Unidos, tienen su propio programa de EMC, no hay datos adecuados sobre el número de endoscopías u otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios para mantener una licencia. En los Países Bajos, se requiere una capacitación de 200 horas en cinco años y al menos 100 colonoscopias, 200 gastroduodenoscopias y 30 colangiopancreatografía retrógrada endoscópica por año⁽⁵⁾. Otra actividad de la EMC a distancia desarrollada por la ASGE, recomienda el estudio de artículos publicados en la revista *Gastrointestinal Endoscopy*, debiendo responder un cuestionario y quien alcanza o supera el 75% de aciertos, puede imprimir un certificado de obtención de créditos⁽¹⁶⁾. Actualmente, el *e-learning* ofrece a los profesionales de la salud un fácil control, tanto sobre los contenidos como sobre la secuencia y rapidez del aprendizaje, acorde a las capacidades personales y el tiempo disponible, permitiendo además diseñar los propios objetivos del aprendizaje⁽²³⁾.

En los EE.UU., se ha propuesto una vía alternativa al MOC (*Maintenance of Certification*) denominada G-APP (*The Gastroenterologist: Accountable Professionalism in Practice*)⁽¹⁰⁾, que se basa en las necesidades individuales, apoya el aprendizaje permanente y la evaluación, finalmente representa los niveles de rendimiento alcanzado utilizando el marco de las EPAs (*entrustable professional activities*), que son aquellas actividades que reflejan el trabajo profesional cotidiano y constituyen el núcleo de la profesión del gastroenterólogo dividido en tres niveles, correspondiendo el "Estado del arte" (*State of the art*) al tercer nivel. El re-entrenamiento y las vías alternativas de formación endoscópica, deben ser integrales e incluir desde la patofisiología de las enfermedades para las cuales los procedimientos endoscópicos se han indicado⁽⁹⁾.

El tema de la recertificación médica es materia de discusión entre las autoridades de salud y las instituciones académicas existentes en el Perú. El objetivo es acreditar que el médico ejerce su especialidad en forma continua y que ha mantenido una educación permanente en cuanto a conocimientos, técnicas y destrezas para seguir ejerciendo su área de especialización⁽⁴³⁾. La adquisición y mantenimiento de niveles documentados de competencia, tiene implicancias positivas e importantes para los costos y calidad de la atención del paciente⁽⁹⁾. Los programas

de recertificación tienen por objeto mantener la actualización de conocimientos y destrezas, así como el mejoramiento de la calidad⁽³³⁾. Actualmente, calidad significa recompensar el desempeño, por lo que aquellos que cumplan adecuadamente los criterios de calidad podrían obtener su pago completo o reconocimiento académico⁽¹⁰⁾. Por el contrario, los que no lo cumplen, recibirían menos, o incluso, si sus calificaciones de desempeño están bajo el umbral, deberían ser re-entrenados hasta el desempeño correcto⁽²⁵⁾. La recertificación en gastroenterología deberá ser definida y evaluada en un futuro próximo⁽⁵⁾.

PROPUESTAS PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y RECERTIFICACIÓN DEL GASTROENTERÓLOGO EN EL PERÚ

La medicina en general y la gastroenterología en particular, vienen transformándose, cambiando los paradigmas en la formación del nuevo gastroenterólogo, surgiendo nuevas sub-especialidades como por ejemplo la gastroenterología oncológica⁽¹¹⁾. El *Board Europeo of Gastroenterology and Hepatology* ha definido ya sub-especialidades de la gastroenterología como: la endoscopía avanzada terapéutica, la hepatología y el trasplante hepático, la nutrición clínica y, más recientemente, la oncología digestiva^(5,44). Alemania ha incorporado dos años de formación de oncología digestiva luego del término de la especialización en gastroenterología^(11,44), mientras que la ASGE recomienda que los programas tengan como opción la práctica focalizada en oncología digestiva y hepatobiliar en los últimos 18 meses⁽⁶⁾. El gastroenterólogo todavía no tiene un rol relevante en el equipo multidisciplinario de los pacientes oncológicos, como sí sucede con el gastroenterólogo con especialización en hepatología y trasplante que conduce el manejo de los pacientes con diagnóstico de carcinoma hepatocelular⁽⁴⁴⁾. La ausencia de programas de tamizaje, el uso emergente de técnicas endoscópicas como REM y DES, las limitaciones del acceso a equipamientos y accesorios, así como el número limitado de pacientes con tumores digestivos en estadio precoz, que permiten avanzar en la curva de aprendizaje, se deben considerar en el desarrollo de esta nueva sub-especialidad^(11,44). Es imposible dominar la enorme cantidad de técnicas y procedimientos de la gastroenterología actual; además, existen variaciones en habilidades individuales y diferentes necesidades del sistema de salud^(9,45). Por lo que tiene mayor ventaja cubrir las diferentes áreas de sub-especialidad con un equipo de gastroenterólogos de alto nivel⁽⁴⁵⁾.

La certificación debe ser limitada a un período de tiempo, luego debe renovarse a intervalos regulares, para asegurar la mantención de la competencia del endoscopista. Además, es necesario contar con el número

suficiente de pacientes en el lugar de trabajo, aunque los números mínimos no son suficientes para garantizar la competencia y la competencia técnica es difícil de adquirir^(16,34,35). También es necesario estandarizar los criterios de competencia y su evaluación, de acuerdo a instrumentos validados de la ASGE⁽³⁷⁾, que distingue dos tipos de procedimientos endoscópicos, estándares y avanzados⁽⁹⁾. Existen destrezas mayores relacionadas a nuevas técnicas de alto nivel de complejidad, habilidad interpretativa y/o uso de nueva tecnología, que están restringidos a centros formadores y requieren un entrenamiento formal; y destrezas menores que son una extensión menor de una técnica o procedimiento aceptado y disponible (por ejemplo, el uso del cianoacrilato), cuya obtención requiere práctica en cursos cortos y video-demostración⁽¹⁶⁾. Las curvas de aprendizaje para desarrollar nuevas técnicas se han establecido en 30 procedimientos nuevos, vigilados por un experto y 30 procedimientos realizados sin supervisión para considerar superada la curva y el logro de la competencia⁽¹⁶⁾. Para las hemostasias endoscópicas se requiere de considerable experiencia y son procedimientos esenciales en quienes atienden pacientes con hemorragia digestiva, por ejemplo, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins⁽⁹⁾. En gastroenterología pediátrica, se recomienda concentrar la experiencia en determinados centros, con endoscopistas expertos, solicitar asesoría con especialistas de adultos y realizar re-entrenamientos frecuentes para mantener la competencia⁽¹⁶⁾. El proceso de entrenamiento requiere, de acuerdo a cada nueva habilidad o destreza, cumplir con el camino de "incompetencia inconsciente" hacia "incompetencia consciente" y finalmente a "competencia consciente" gracias a la práctica. La "competencia inconsciente" es el atributo final de los expertos^(25,40).

La mantención de privilegios o recertificación debiera realizarse con herramientas de evaluación de competencias adaptadas a nuestra realidad⁽³⁶⁾. Por ejemplo, la experiencia en el Reino Unido con el JAC (*Joint Advisory Group on GI Endoscopy*) evalúa a los candidatos que desean acreditarse en REM, en una fecha en que se preparan pacientes con indicación de REM, con evaluaciones en vivo, usando una lista de chequeo de las destrezas procedimentales conocido como DOPS (*Direct Observation of Procedure or Skills*) con dos evaluadores, dos procedimientos y mínimos 4 DOPS. Estas evaluaciones son confidenciales, ya que, en caso de no alcanzar las destrezas mínimas, es considerado no competente y debe reiniciar el entrenamiento⁽¹⁶⁾.

La endoscopia requiere altos estándares de calidad. El proceso de aprendizaje en gastroenterología en el Perú, podría ahora diseñarse de la siguiente manera: observación, simulación y uso de modelos ex-vivo, talleres *hands-on* y entrenamiento supervisado en

pacientes⁽¹⁶⁾. La acreditación de entrenadores y centros de entrenamiento forman parte del concepto de calidad⁽²⁵⁾ y, en el Perú, no todos los hospitales están acreditados. La acreditación de un procedimiento debe ser realizada por una autoridad competente como la SGP, que evalúe la documentación presentada, a fin de establecer si el proceso de formación en la técnica es suficiente para garantizar la competencia de la misma⁽¹⁶⁾. Por ejemplo, para la recertificación del gastroenterólogo con mención en una sub-especialidad, como trasplante hepático, se debe desarrollar un portafolio de actividades, que demuestre objetivamente el proceso de aprendizaje y la evaluación durante el mismo, a fin de que la entidad acreditadora pueda realizar una evaluación comparable y objetiva^(6,16). Se propone un sistema de recertificación basado en las necesidades individuales que, en alguna medida, dependen de la institución donde laboran y, por ende, son reflejo de la realidad epidemiológica del sistema de salud.

Los programas desarticulados no constituyen un sistema de EMC. Para asegurar el enfoque integrador, multidisciplinario e intersectorial de sus actividades, es necesaria la participación activa y responsable de las instituciones educativas (universidades), asistenciales (hospitales), SGP, CONAREME y CMP. El sistema de educación continua compromete los sectores salud y educación; por lo tanto, los programas de EMC pueden estimular la planificación de recursos humanos en salud⁽²²⁾. Por ello, las instituciones responsables de la formación durante el residentado médico deben ser co-partícipes en la EMC, con la valoración del desempeño y la supervisión⁽²¹⁾. Sería interesante en el futuro realizar estudios en el Perú, que determinen el real impacto que tienen las diferentes modalidades de EMC en la práctica médica del gastroenterólogo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Actualmente existe una mayor sub-especialización en gastroenterología y han surgido nuevos estándares en el entrenamiento en la especialidad. El objetivo de la EMC debe ser lograr la mejora continua en la práctica diaria. Para ello se requiere conocer las necesidades individuales e institucionales y desarrollar nuevos programas de EMC más flexibles e individualizados. La recertificación a intervalos fijos debe ser abandonada en favor de un modelo que promueva el desarrollo profesional continuo con materiales curriculares que apoyen las evaluaciones por competencias.

Agradecimientos: Al Dr. Arnoldo Riquelme, gastroenterólogo y Magíster en Educación Médica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por su contribución bibliográfica.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no hay conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez-Ramos A, Castillo-Rosales T. Reseña histórica de la gastroenterología y endoscopia del aparato digestivo en el Perú: Un reconocimiento a los gastroenterólogos que forjaron su desarrollo. *Acta Med Per.* 2008;25(2):113-22.
2. Carrasco V, Lozano E, Velásquez E. Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011. *Acta Med Per.* 2008;25(1):22-9.
3. García-Cabrera H, Díaz-Urteaga P, Ávila-Chávez D, Cuzco-Ruiz M. La reforma del sector salud y los recursos humanos en salud. *An Fac Med.* 2015;76(e):7-26.
4. Zevallos L, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2011;28(2):177-85.
5. Telleman H, Burger T, Mulder C. Evolution of gastroenterology training. *World J Gastroenterol.* 2009;15(15):1793-8.
6. Friedman L, Brandt L, Elta G, Fitz J, Gores G, Katz P, et al. Report of the multisociety task force on GI training. *Gastroenterology.* 2009;137(5):1839-43.
7. Fosman E, Sáenz R, Yurdaydin C, Kozu T. Standards in gastroenterology training: a comprehensive guide to basic standards in gastroenterology. Milwaukee: World Gastroenterology Organisation Education & Training Committee. 2007. p. 1-15.
8. CONAREME. Estándares Mínimos de Formación para el Programa de Segunda Especialización en Gastroenterología. Lima: Comité Nacional de Residentado Médico; 2002.
9. ASGE Training Committee, Adler D, Bakis G, Coyle W, DeGregorio B, Dua K, et al. Principles of training in GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2012;75(2):231-5.
10. Rose S, Shah BJ, Onken J, Decross AJ, Davis MH, Jain R, et al. Introducing the Gastroenterologist-Accountable Professionalism in Practice (G-APP) pathway: bridging the G-APP-replacing MOC with a model for lifelong learning and accountability. *Gastroenterology.* 2015;149(6):1609-26.
11. Mulder C, Peeters M, Cats A, Dahele A, Terhaar sive Droste J. Digestive oncologist in the gastroenterology training curriculum. *World J Gastroenterol.* 2011;17(9):1109-15.
12. Martínez E, Cohen H. Proyecto ECHO en Uruguay [Internet]. Montevideo: Femi; 2013 [citado el 8 de marzo del 2017]. p. 1-13. Disponible en: http://www.femi.com.uy/archivos_v/echo_cohen_290113.pdf
13. Dirección General del Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud del Perú. Competencias laborales para la mejora del desempeño de los recursos humanos en salud. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
14. García E, Jorge M, García L, Pérez J. Hiperentorno educativo para el aprendizaje de la Gastroenterología Pediátrica. *Educ Médica Super.* 2015;29(2):220-32.
15. Tanno H. La docencia en Gastroenterología. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2011;41(2):93-4.
16. Emura F, Sáenz R (eds.). Endoscopia Digestiva Avanzada. ¿Dónde y cómo entrenarse? Cartagena de Indias: Comité de Educación de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva; 2016.
17. Curioso W, Proaño A, Ruiz E. Gastroenterología 2.0: recursos útiles para el Gastroenterólogo disponibles en la Web 2.0. *Rev Gastroenterol Peru.* 2011;31(3):245-57.
18. Soriano C. Ética y bioética en gastroenterología y el alto desarrollo tecnológico. *Rev Gastroenterol Peru.* 2015;35(2):125-6.
19. Ledro Cano D. Formación práctica en endoscopia digestiva. *An Med Interna.* 2005;22(3):142-5.
20. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima: Colegio Médico del Perú; 2007.
21. Mejía A. Educación Continua. *Educ Med Salud.* 1986;20(1):43-71.
22. Karchmer S. Educación médica continuada. Necesidades de proyección. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2006;4(1):61-6.
23. Velasco N. La educación médica continua como herramienta constante de aprendizaje. *Rev Chil Cir.* 2013;65(2):187-91.
24. Salas-Perea RS. La identificación de necesidades de aprendizaje. *Rev Cubana Educ Med Super.* 2003;17(1):25-38.
25. Sáenz R. Adult education. Gastroenterology training today. *Rev Gastroenterol Peru.* 2013;33(1):59-65.
26. Lifshitz A. Regulación de la educación médica continua. *Gac Med Mex.* 2015;151(6):709-10.
27. Bain VG, Wong WW, Greig PD, Yoshida EM; Canadian Association of Gastroenterology. Hepatology and the Canadian gastroenterologist: interest, attitudes and patterns of practice: results of a national survey from the Canadian Association of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol.* 2003;17(1):25-9.
28. Maya-Ampudia CC, Ángeles-Zavala O, Camarena-Olmedo JA. Diagnóstico de necesidades de educación continua mediante un método grupal y un método individual. *Inv Ed Med.* 2014;3(12):177-86.
29. Render C, Daniels, S. 2011 Canadian Association of Gastroenterology educational needs assessment report. *Can J Gastroenterol.* 2011;25(5):244-6.
30. Herrera CA, Niklitschek IAN, Pizarro M, Solis, N, Olivos T, Rojas V, et al. Identificación de las necesidades de capacitación docente de los jefes de programa de especialización médica. *Rev Med Chile.* 2013;141(9):1126-35.
31. Bussalleu-Rivera A. Estrategias de actualización permanente usadas por los gastroenterólogos peruanos [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
32. Cohen H. Organización Mundial de Gastroenterología (WGO): Origen y destino en el cincuentenario de su fundación. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2008;38(2):100.
33. Archila P. Nuevos retos en la formación de especialistas en endoscopia digestiva. *Rev Col Gastroenterol.* 2012;27(2):135-8.
34. Forbes N, Mohamed R, Raman M. Learning curve for endoscopy training: is it all about numbers? *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2016;30(3):349-56.
35. Dubé C, Rostom A. Acquiring and maintaining competency in gastrointestinal endoscopy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2016;30(3):339-47.
36. Walsh CM. In-training gastrointestinal endoscopy competency assessment tools: types of tools, validation and impact. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2016;30(3):356-74.
37. ASGE Training Committee; Sedlack R, Coyle W, Obstein K, Al-Haddad M, Bakis G, et al. ASGE's assessment of competency in endoscopy evaluation tools for colonoscopy and EGD. *Gastrointest Endosc.* 2014;79(1):1-7.
38. Piscoya A. Programas de entrenamiento en gastroenterología. ¿Dónde estamos y a dónde queremos ir. *Rev Gastroenterol Peru.* 2013;33(4):291-2.
39. Riquelme A, De la Fuente P, Méndez B, Salech F, Valderrama S, Méndez JI, et al. Identificación de las competencias del gastroenterólogo chileno: técnica Delphi modificada. *Gastroenterol Latinoam.* 2010;21(4):437-53.
40. Sáenz R, Orellana I. La evaluación del profesional en entrenamiento y sus competencias (Endoscopia Digestiva). *Contacto Científico.* 2014;4(3):149-62.
41. Fluxá FG. Recertificación de la especialidad de gastroenterología. *Gastroenterol Latinoam.* 2012;23(4):222-3.
42. González-González J, Villarreal-Galván J, Martínez-Vásquez M, Garza-Galindo A, Bosques-Padilla F, Gaitán-Cardona G, et al. ¿El adquirir una habilidad técnica, es suficiente para realizar la endoscopia digestiva? Una reflexión de la experiencia de un centro de entrenamiento Universitario. *Rev Gastroenterol Mex.* 2011;76(1):1-5.
43. Colegio Médico del Perú. Reglamento del Sistema Nacional de Certificación y Recertificación del Médico Cirujano y del Médico Especialista. Lima: Colegio Médico del Perú; 2011.
44. Sáenz R, Santander R, Navarrete C, Zapata R. ¿Es el momentum del gastroenterólogo-oncólogo? Una nueva sub-especialidad, para el manejo integral del cáncer digestivo. *Gastroenterol Latinoam.* 2012;23(2):98-104.
45. Sierra F. El gastroenterólogo: una especie en metamorfosis. *Rev Col Gastroenterol.* 2006;21(4):237-9.

Correspondencia:

Ofelia Brisaida Castillo Contreras
 Email: brisaida2@yahoo.es