

Propuesta para la recertificación de las especialidades médicas en Colombia¹

Luis E. Jaramillo G.²

Resumen

Este artículo hace una breve revisión de los aspectos que justifican implementar un proceso de recertificación de los médicos. Luego hace una descripción de este proceso en los países donde se cuenta con mayor experiencia y de las ventajas de tener un proceso de recertificación, así como de las críticas hacia el sistema. Finalmente, se presenta la creación del Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica, de Especialistas y Profesionales Afines (CAMEC), como producto del trabajo de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, y también el borrador del decreto del gobierno nacional en el que se propone la creación del Sistema Integrado para la Educación Continuada y el Desarrollo Profesional Continuo en Salud (SFCTHS).

Palabras clave: Certificación de profesionales, educación médica, instituciones de enseñanza superior, Colombia

Title: Proposal for Recertification of Medical Specialties in Colombia

Abstract

This article gives a brief overview of the aspects that justify implementing a recertification of doctors. After a description of this process in the countries where it has the most experience, the advantages of having a recertification process and the criticism of the system is also discussed. Finally, the creation of the Council on Accreditation and Recertification Colombian Medical Specialist professionals (CAMEC, in Spanish), as a product of the work of the Colombian Association of Scientific Societies, and also the draft decree of the national government is proposed in the creation of the Integrated System for Continuing Education and Continuing Professional Development in Health (SFCTHS, in Spanish).

Key words: Certification; education, medical; higher education institutions; Colombia

¹ El autor actualmente forma parte de la Junta Directiva del CAMEC, y fue director del Comité Científico de la ACP.

² Especialista en psiquiatría, MSc. Profesor, Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Antecedentes y contexto internacional

Una vez un profesional de la salud se ha graduado de una institución de educación superior no es posible garantizar que mantendrá un nivel adecuado de conocimientos, habilidades y destrezas para brindar una atención adecuada y de calidad en su ramo. Un médico con pocas habilidades implica riesgos para los pacientes, y estos están cada vez más informados, exigen mayor calidad de atención y autonomía. Igualmente, la falta de competencia por parte de los médicos implica sobrecostos para las entidades de salud, dados por el aumento de las estancias hospitalarias y complicaciones, entre otras razones (1). ¿Cómo lograr, entonces, que después de egresado un médico mantenga un nivel de conocimiento y de experticia suficiente para brindar una atención de calidad?

Existe la creencia, aceptada por muchos, de que a más años de práctica, mayor experiencia, lo cual es suficiente para mantenerse al día y brindar una atención de calidad. Sin embargo, algunos estudios han hallado que, al contrario, a mayor tiempo de práctica, menores son el desempeño y la calidad de la atención (2).

Otros piensan que hacer cursos de educación continuada junto con su práctica clínica es una estrategia adecuada para mantener al día sus conocimientos y sus habilidades clínicas. No obstante, los estudios

muestran que el uso de métodos tradicionales y de cursos donde no hay mucha interacción tiene poco impacto sobre el desempeño profesional (3,4). Otros, más críticos, consideran, incluso, que en muchos casos la información brindada en dichos cursos puede estar sesgada, dependiendo de quién financia tales actividades de educación continuada (5).

Por todo lo anterior, algunos grupos y países plantearon la necesidad de realizar procesos de formación continua, pero, sobre todo, de evaluación continua y estructurada de los médicos, con el fin de garantizar una mejor atención a los pacientes (1), en procesos similares a los realizados a profesiones como los pilotos de avión, quienes deben someterse a estrictos procesos periódicos de evaluación. De esta manera se da origen a los procesos de “recertificación” de los médicos.

Uno de los países más avanzados en cuanto a recertificación es Estados Unidos, que desde 1933 estableció el American Board of Medical Specialties (ABMS). Esta es una entidad sin ánimo de lucro, conformada por 24 consejos de especialidades médicas, y que asesora el diseño de estándares para los procesos de evaluación continuada y recertificación de los médicos (6).

El mantenimiento de la certificación (MOC), o recertificación, en general, tiene una validez de 10 años e incluye cuatro elementos: Reputación profesional; Aprendizaje

a lo largo de la vida y autoevaluación periódica; Experticia cognitiva demostrada mediante un examen, y Desempeño en la práctica.

En Canadá existe un programa de mantenimiento de la certificación (MOC) para los especialistas, administrado por el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (7).

En el Reino Unido, el General Medical Council, encargado de dar el registro inicial a los médicos, tiene planeado comenzar el proceso de revalidación a finales de 2012, así como completar el proceso en 2016. Este proceso de revalidación dispondría de una vigencia de 5 años, y tiene un marco de trabajo que consta de 4 dominios, cada uno de los cuales, por su parte, tiene 3 atributos (8,9). Dichos dominios son: Conocimiento, habilidades y desempeño; Seguridad y calidad; Comunicación, colegaje, trabajo en equipo; Mantenimiento de la confianza.

En México varias especialidades cuentan con un *board* que certifica y recertifica a los especialistas, pero no se trata de un proceso estandarizado.

Existen diferentes maneras de concebir y hacer operativo este proceso de recertificación, por lo cual los resultados de los estudios sobre la utilidad de dichos procesos son variables.

Algunos modelos utilizan criterios de autoevaluación. Sin embargo, cuando se compara este procedimiento con evaluaciones externas se encuentra que la autoevaluación es poco confiable (10).

El uso de exámenes orales ha mostrado que estos no son consistentes, y las pruebas escritas la mayoría de las veces evalúan conocimientos teóricos, pero lo hacen con cuestionable validez psicométrica, y en muchos casos terminan siendo marcadores subrogados de la verdadera capacidad cognitiva y de las habilidades y las destrezas de los médicos (4).

Actualmente se usa una combinación de elementos, como cursos de educación continuada, el uso de material de enseñanza en línea, la participación en talleres, procesos de formación en instituciones autorizadas para tal fin y procesos de evaluación altamente estandarizados, contruidos a partir de casos clínicos que el médico ve comúnmente en su quehacer cotidiano.

No obstante estas limitaciones, la mayoría de los estudios muestran una correlación entre el hecho de estar certificado y brindar una atención de buena calidad (11,12). En un estudio realizado en Pensilvania en 1993 con más de 16.000 pacientes, se encontró que había una asociación entre el hecho de que los médicos tratantes tuvieran una certificación en medicina interna o cardiología y la disminución de la mortalidad y de la estancia hospitalaria en pacientes con infarto de miocardio (13). En el mismo sentido, un estudio con pacientes atendidos a través del Medicare, en Estados Unidos, halló que los médicos que puntuaban más alto en los exámenes del *Board*

de Medicina Interna brindaban un mejor cuidado a los pacientes con diabetes que los médicos con puntajes en los cuartiles inferiores ([OR], 1,17; IC 95% 1,07-1,27) (14).

Pese a lo enunciado, el proceso de recertificación no solo se asocia a una mejor calidad de la atención, sino que quienes no están certificados tienen una mayor probabilidad de recibir sanciones disciplinarias. En un estudio realizado en California con 890 médicos que habían recibido sanciones disciplinarias, se halló que uno de los factores que se asociaban a ser sancionado era no estar certificado (OR: 2,22; $P < 0,01$) (15). Otro estudio similar, también realizado en California, encontró que quienes estaban recertificados tenían menos probabilidad de recibir sanción disciplinaria (OR: 0,42; IC 95% 0,29-0,6) (16).

Por otra parte, en la medida en que los pacientes están mejor informados y hay una tendencia cada vez mayor a apoyar los procesos de calidad, tienden a tomar la recertificación como un criterio que les brinda mayor seguridad a la hora de escoger a su médico tratante. Según encuestas realizadas en Estados Unidos, las personas escogerían, preferiblemente, a médicos certificados (1).

Además de lo anterior, los resultados de la recertificación podrían servir de indicador de la calidad de la formación de los médicos. Los residentes con mayor entrenamiento formal, así como aquellos

que fueron mejor calificados por sus directores de programa, tienen mejores puntajes en los exámenes de recertificación (1).

Finalmente, si bien algunos médicos consideran que, pese a tratarse de un proceso arduo, difícil y exigente, la recertificación puede ser una manera de evaluar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes, y para encontrar formas de mejorarla, pero reconocen que el proceso debería mejorarse (17,18).

Por otra parte, los procesos de recertificación no están exentos de críticas o de cuestionamiento respecto a su utilidad (4). Algunos autores han puesto en entredicho la validez de algunos estudios que muestran una correlación entre estar certificado y el desempeño en el área clínica (19). Otros los critican al considerar que son una carga administrativa y financiera adicional para los médicos, quienes deben, por ejemplo, invertir parte de su tiempo libre y de sus propios ingresos para asistir a las actividades de actualización, y pagar entre US\$1.500 y US\$1.800 dólares cada 10 años por el proceso mismo, sin que ello redunde en una mejor atención de los pacientes (20).

Propuesta de recertificación en Colombia

En el país ha habido durante los últimos años un aumento en el número de escuelas de medicina y de programas de posgrado; por ejemplo, actualmente existen 54 facultades

de medicina, para una población de, aproximadamente, 42.000.000 de habitantes. En algunas ciudades intermedias no es raro hallar 3 y hasta 5 facultades. Además, en algunos casos no hay garantía sobre la calidad de la formación de dichos egresados, y tras la graduación no existe un seguimiento de su desempeño. Por ello, este es uno de los factores que deben tenerse en cuenta al hacer una propuesta de recertificación.

Desde hace aproximadamente 10 años diferentes organizaciones médicas en Colombia han planteado la necesidad de organizar un proceso de recertificación; inicialmente, para los especialistas. Sin embargo, tales iniciativas no pudieron hacerse realidad por múltiples razones.

Hace, aproximadamente, 6 años la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas designó una comisión con el fin de formular una propuesta de recertificación para los especialistas del país, tomando como base las experiencias de las asociaciones de Radiología, de Otorrinolaringología y de Urología, entre otras. Tras un largo proceso de discusión y de propuestas, en 2012 y con la participación de representantes de 13 sociedades científicas se logró cristalizar el Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica, de Especialistas y Profesionales Afines (CAMEC), el cual ya estableció sus estatutos (anexo) y cuyos mecanismos de reglamentación del proceso de recertificación se están afinando.

La propuesta del CAMEC es que la recertificación médica en Colombia sea un acto voluntario, por el cual un profesional certificado, respondiendo a un sistema de garantía de calidad, se presenta ante sus pares para que estos evalúen periódicamente su trabajo, sus condiciones y sus cualidades, y le otorguen un aval que lo acredite y lo jerarquice en su labor profesional. Lo que intenta evaluar la recertificación es el grado de competencia para efectuar las acciones profesionales propias de la disciplina o de la especialidad, en concordancia con el progreso de las ciencias de la salud.

Este proceso no pretende convertirse en un trámite burocrático más, que se debe cumplir cada cierto tiempo, ni en una forma de castigo ni en un mecanismo para que tal o cual entidad se lucren a costa suya. El propósito de la recertificación es contribuir a mejorar el sistema de atención en salud; sobre todo, estimulando la educación y la actualización permanentes de los profesionales y de los especialistas, y ponerlos a tono con las exigencias de calidad a escala internacional.

Por su parte, el Gobierno Nacional ha puesto a circular un borrador de decreto que intenta reglamentar el proceso de educación continuada en salud. Los Ministerios de Salud y de Educación, como parte de la reglamentación de la Ley 1438 de 2011, Reforma al Sistema de Salud (21), han propuesto: “[...] la creación del Sistema Integrado para la Educación

Continuada y el Desarrollo Profesional Continuo en Salud (SFCTHS), como herramienta para poner en marcha un sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud, cuyos destinatarios son los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del servicio público educativo que intervienen directa o indirectamente en el proceso de formación del talento humano en salud” (22).

Aunque la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (en los últimos meses a través del CAMEC), viene trabajando desde hace tiempo para convertirse en un interlocutor ante el Gobierno Nacional para efectos de la recertificación, la puesta en circulación del mencionado borrador es una oportunidad para plantear una posición como sociedades científicas.

La Asociación Colombiana de Psiquiatría, en medio de un proceso liderado por su comité científico, su junta directiva y su dirección administrativa, ha venido trabajando desde hace varios años en el Proceso de Calificación en Psiquiatría (PCP), encaminado a valorar la educación continua de los psiquiatras miembros de la ACP que se hallan en ejercicio.

Los criterios propuestos para incluir a un profesional en el PCP son: ejercicio profesional; capacitación, demostrada mediante la participación en congresos o la realización de estudios formales; participación en la docencia; producción científica, evidenciada a través de artículos o de libros publicados; premios obtenidos;

y participación en cargos directivos de la ACP. La idea, sin embargo, no es quedarse tan solo en el plano de la evaluación, sino poderles brindar a los psiquiatras colombianos, mediante distintos mecanismos, la posibilidad de que estén actualizados, para brindarle la mejor atención posible a la población.

Como la ACP ha participado activamente en la construcción de la propuesta de recertificación, a través de diferentes representantes, y aspira a ser una de las primeras en poder implementar el mecanismo en Colombia, y así cumplir también con el objetivo del PCP.

Referencias

1. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD, et al. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA*. 2004;292:1038-43.
2. Choudhry N, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med*. 2005;142:260-73.
3. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, et al. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 1995;274:700-5.
4. American Board of Internal Medicine. Maintenance of Certification Program. *N Eng J Med*. 2010;362:948-52.
5. Jibson MD. Medical education and the pharmaceutical industry: managing an uneasy alliance. *Acad Psychiatr*. 2006;30:36-40.
6. American Board of Medical Specialties [internet]. s. f. [citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.abms.org/>.
7. The Royal College of physician and surgeons of Canada [internet]. s. f. [ci-

- tado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/members/moc>.
8. General Medical Council [internet]. s. f. [citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation.asp>.
 9. The Good Medical Practice. Framework for appraisal and revalidation. Manchester: General Medical Council; 2011.
 10. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. JAMA. 2006;296:1094-102.
 11. Sutherland K, Leatherman S. Does certification improve medical standards? BMJ. 2006;333:439-41.
 12. Sharp LK, Bashook PG, Lipsky MS, et al. Specialty board certification and clinical outcomes: the missing link. Acad Med. 2002;77:534-42.
 13. Norcini JJ, Lipner RS, Kimball HR. Certifying examination performance and patient outcomes following acute myocardial infarction. Medical Education. 2002;36:853-9.
 14. Holmboe ES, Wang Y, Meehan TP, et al. Association between maintenance of certification examination scores and quality of care for medicare beneficiaries. Arch Intern Med. 2008;168:1396-403.
 15. Kohatsu ND, Gould D, Ross LK, et al. Characteristics associated with physician discipline: a case-control study. Arch Intern Med. 2004;164:653-8.
 16. Morrison J, Wickersham P. Physicians disciplined by a state medical board. JAMA. 1998;279:1889-93.
 17. Brennan TA. Recertification for Internists-One "Grandfather's" Experience. N Eng J Med. 2005;353:1989-92.
 18. Kilo CM. Maintenance of certification: Moving forward: comment on maintenance of certification in internal medicine. Arch Int Med. 2011;171:176-7.
 19. Grosch EN. Does specialty board certification influence clinical outcomes? J Eval Clin Pract. 2006;12:473-81.
 20. Steinbrook R. Renewing Board Certification. N Eng J Med. 2005;353:1994-7.
 21. Republica de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 47.957; 2011.
 22. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección social, Ministerio de Educación. Proyecto de Decreto, por el cual se reglamenta el artículo 98 de la Ley 1438 de 2011. Bogotá: Minprotección; 2012.

Conflictos de interés: El autor manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 10 de diciembre de 2011

Aceptado para publicación: 18 de mayo de 2012

Correspondencia
 Luis E. Jaramillo
 Facultad de Medicina
 Universidad Nacional de Colombia
 Carrera 45 No. 26-85 of. 202
 Bogotá, Colombia
 lejaramillo@gmail.com

Anexo

Estatutos del Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica de especialistas y profesionales afines (CAMEC)

Introducción

El CAMEC, de una visión a una necesidad

Existen, a lo largo y ancho del continente una gran variedad de modalidades para la obtención de alguna Certificación o Título de Pregrado como Médico, Especialista o profesional afín, muchas de ellas con diferencias notables de exigencias, calidad y formación.

Igualmente en América y en Europa, con países de características socioculturales particulares, se han desarrollado diferentes procesos para garantizar la calidad e idoneidad de los profesionales posgraduados luego de recibir su título de médico, especialista o de profesiones afines, al igual que durante el ejercicio de la profesión en los años subsiguientes con programas sistemáticos y armonizados de Certificación y Recertificación.

En Colombia se carece de un organismo idóneo, autónomo e independiente que genere y asegure un perfil profesional médico homogéneo para anunciarse y trabajar como tal y que a su vez lo homologue y califique para ser reconocido en los diferentes países.

Los programas universitarios son las modalidades que poseen

mayor control en la calidad de la enseñanza y aseguran a través del sistema de las escuelas de medicina o de las residencias médicas un mínimo de formación para que el profesional pueda desempeñarse eficaz y eficientemente como médico general (o denominación equivalente), médico especialista o profesional relacionado. Del otro lado del espectro, existen cursos anuales o actividades en los diferentes servicios e instituciones relacionadas con la salud, sin la suficiente complejidad asistencial ni docente, que al culminarlos ofrecen un “certificado” que finalmente permite anunciarse y ofrecer a la comunidad los servicios de “Médico, Especialista o Similar”.

El CAMEC mediante los procesos de Acreditación y Recertificación se constituye en el organismo colombiano privilegiado, en el cual los profesionales médicos, especialistas y afines, por voluntad propia y en forma periódica (cada 5 años) pueden obtener la Acreditación y Recertificación que validen la posesión de un nivel determinado de conocimientos y destrezas actualizadas que aseguren el ejercicio idóneo de su profesión.

Artículo 1. Naturaleza y definición del CAMEC

El Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica, de

Especialistas y profesionales afines (CAMEC) es un órgano legítimo, autónomo e independiente, democrático, sistemático y en permanente evaluación, conformado por los propios de las Asociaciones y Sociedades de profesionales miembros (ASM) y por lo tanto se enmarca dentro de los principios y estatutos de cada una de ellas. A su vez cada una de las ASM incluye al CAMEC dentro de sus estatutos y se hace representar ante el CAMEC.

Artículo 2. Definiciones

(*Diccionario de la lengua española*, Real Academia Española)

Certificación:

1. f. Acción y efecto de certificar.
2. f. Documento en que se asegura la verdad de un hecho.

Acreditación:

1. f. Acción y efecto de acreditar.
2. f. Documento que acredita la condición de una persona y su facultad para desempeñar determinada actividad o cargo.

Equivalente para efecto del CAMEC a Certificación Académica.

Recertificación:

1. Acción y efecto de volver a Certificar.

Equivalente para efecto del CAMEC a Educación Médica Continua y Programas de Mejoramiento de la calidad.

Artículo 3. Principios fundamentales del CAMEC

El común denominador de los procesos de Certificación y Recer-

tificación en los diferentes países y la experiencia existente establece principios fundamentales inmodificables en el CAMEC los cuales se deben cumplir como reglas de oro:

1. Proceso *voluntario*.
2. Los únicos evaluadores idóneos son los *Pares Académicos*.
3. *Independiente y autónomo*.

Cada asociación de profesionales debe configurar su propio Consejo de Acreditación y Recertificación (CAR) en forma autónoma e independiente de las juntas directivas de la asociación correspondiente. El Consejo y su reglamentación deben incluirse dentro de los estatutos de la Asociación o Sociedad respectiva, la cual lo crea y soporta. Si bien el Consejo tiene dignatarios diferentes, estará en comunicación directa con las directivas y con el presidente de la Sociedad o Asociación de profesionales respectivo.

A su vez, el CAMEC representa la integración de cada uno de los CAR mediante los estatutos y reglamentos del CAMEC.

Artículo 4. Objetivos del CAMEC

a. Propender porque la medicina colombiana y sus ramas afines ocupen un lugar preponderante en el ámbito académico nacional y mundial.

b. Fomentar entre los médicos, especialistas y profesionales afines la capacitación continua, tanto en los aspectos académicos y científicos, como éticos y de respeto al paciente.

c. Incrementar el nivel de competencia académica de los médicos y especialistas colombianos.

d. Promover la estandarización y armonización del conocimiento y de la práctica médica en Colombia internamente, al igual que con los demás países para permitir la internacionalización y el intercambio de profesionales.

e. Incrementar el sentido de pertenencia de los profesionales de la medicina en Colombia y a su vez acercarlos a la comunidad mejorando su calidad en la prestación de los servicios.

f. Propender por el mejoramiento de la calidad de la atención que la medicina y las especialidades ofrecen a la comunidad para fomentar la equidad y el desarrollo social integral.

Artículo 5. Visión y misión

Visión

Ser en el 2015 la institución en Colombia reconocida por la sociedad en general como el ente rector y garante del mejoramiento continuo de la calidad de los profesionales de la medicina y sus especialidades para una excelente prestación de los servicios de salud a la comunidad.

Misión

Promover, mejorar e incentivar la calidad de los servicios de salud en Colombia mediante el desarrollo de mecanismos sistemáticos y estandarizados para garantizar la idoneidad de los profesionales luego de sus estudios, luego de su certificación profesional y durante la práctica clínica.

Estandarizar, armonizar y potenciar a la excelencia la educación médica continua en Colombia.

Presentar ante la comunidad nacional e internacional unos profesionales bien capacitados y competitivos que puedan desempeñarse bajo parámetros globales de eficiencia y seguridad en la atención de salud a los pacientes.

Fortalecer la equidad y el desarrollo promoviendo el intercambio científico.

Artículo 6. Principios de acción y modalidades

En los procesos de Certificación-Acreditación y Recertificación existentes en los países hay dos modalidades diferentes de acción aplicadas en forma independiente o en conjunto, como son:

1. Certificación de idoneidad inicial (Certificación Inicial Voluntaria-CIV)
2. Recertificación Médica Voluntaria de actualización de conocimientos (RCMV)

Los sistemas modernos y más desarrollados llevan a cabo las dos actividades en paralelo. Los profesionales en forma voluntaria se adhieren a la etapa del proceso correspondiente.

Todos los programas de los diferentes países están adaptados y cumplen la normatividad jurídica propia de cada nación, ya sea del orden constitucional o relacionada con las diferentes áreas de gobierno como los ministerios de educación y

salud o sus equivalentes. El éxito de estos procesos ha sido tan evidente y necesario, que muchos gobiernos han terminado por formalizarlos considerándolos como procesos oficiales de los estados.

En Colombia la certificación inicial es concedida por la universidad al obtenerse el título de médico, de la especialidad o de la profesión afín. No existe actualmente legislación adicional al respecto en el país. Pese a este título universitario, en otros países se ha establecido una Certificación Inicial Voluntaria, complementaria e independiente a la concedida por las universidades o instituciones educativas, con el objetivo de estandarizar los conocimientos no solo de los programas propios del país, sino también de los profesionales que se formen en el exterior e ingresen a trabajar en la nación. En ningún caso se presenta incompatibilidad o conflicto entre estos programas voluntarios y los programas educativos, entendiéndose como requisito fundamental para obtener la Certificación-Acreditación Inicial o la Recertificación Voluntaria haberse obtenido el título académico respectivo, y, solo y exclusivamente de programas oficiales reconocidos.

El CAMEC implementará su acción inicialmente con la *Recertificación* (RCMV) y en el futuro implementará una Certificación Inicial Voluntaria (CIV) según la experiencia y el avance de la reglamentación colombiana al respecto. De todas formas, desde el principio estimulará

la elaboración de pruebas y procesos sistemáticos de evaluación acordes con los estándares internacionales.

Artículo 7. Miembros del CAMEC

El CAMEC está conformado por asociaciones o sociedades médicas, de especialistas o de profesionales afines legalmente constituidas en Colombia que cumplan con los estatutos y reglamentos del CAMEC y manifiesten su voluntad de pertenecer al CAMEC.

Todo miembro debe ser aprobado por la Asamblea General (AG) y el Consejo Superior (CS) por unanimidad, o no admitido por veto documentado.

Cada miembro representa un voto en la Asamblea General (AG) y el Consejo Superior (CS).

No existe la calidad de miembro inactivo ni otras modalidades.

Parágrafo: Consideración excepcional

El CAMEC nace a partir de una necesidad de la medicina colombiana suplida por la visión y patrocinio de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) quien lidera, promueve y soporta la creación y el funcionamiento del CAMEC.

La ACSC es miembro fundador y permanente el CAMEC, siendo la única asociación o sociedad que no representa directamente a un grupo particular de profesionales. Por tal motivo tiene representación, voz y voto ante la AG, CS y órganos de gobierno.

En el futuro, y según lo disponga la Asamblea General mediante reforma de estatutos podrán hacer parte del CAMEC otros miembros.

Artículo 8. Gobierno

El Gobierno del CAMEC está configurado por:

a. Asamblea y Consejo Superior (CS) del CAMEC.

La Asamblea está conformada por los mismos miembros del CS y funciona como tal solo durante la Asamblea Anual Obligatoria, la cual se deberá realizar dentro de los primeros tres meses del año, para reformas de estatutos y para efectos de citaciones específicas consideradas extraordinarias.

El Consejo Superior (CS) está constituido por un representante de cada ASM, designado por la asociación o sociedad médica respectiva y un representante de la ACSC y los miembros de la junta directiva. El representante ante el CAMEC será el presidente del consejo de acreditación CAR de la respectiva ASM.

El CS se constituye en Asamblea cuando sea convocado como tal.

El CS se reunirá según su propio criterio con una periodicidad no menor a tres meses.

Transitorio: El número y los miembros del CAMEC se incrementarán a medida que entre en funcionamiento y en operación el sistema según la participación activa de las diferentes ASM. Inicialmente se ha configurado un grupo primario de ASMs; el grupo primario tendrá un

periodo para implementar y adaptar su propio sistema al CAMEC. El tiempo requerido será definido por el CS.

Inicialmente y para darle continuidad al trabajo de transición e implementación del CAMEC, los representantes del grupo primario actual, tendrán asiento dentro del Consejo y serán representantes durante un tiempo que será definido por el CS.

Funciones de la AG y del CS

a. Cumplir los estatutos del CAMEC y su plan de acción.

b. Estructurar, diseñar, planear y soportar todo lo relacionado con la logística y operación del CAMEC.

c. Definir los puntajes que se asignarán a cada actividad académica, científica y profesional, validar las tablas de conversión, si existen, para efectos de la aplicación del programa.

d. Emitir oficialmente los documentos pertinentes al programa de Recertificación Voluntaria (RCV) incluyendo el certificado y el registro nacional. La función operativa de estos procesos es realizada por la Junta y sus correspondientes administrativos.

e. Otorgar el reconocimiento a los profesionales que se hayan inscrito voluntariamente al Programa de Recertificación Médica Voluntaria (RCMV) y cumplan con los requisitos establecidos.

f. Orientar, soportar y vigilar los programas del Comité General de Exámenes (CGE).

g. Elaborar y aprobar el plan de trabajo en conjunto con el presidente y su Junta Directiva (JD).

h. Elaborar y aprobar el presupuesto en conjunto con el presidente y su JD.

i. Desarrollar mecanismos para informar a la comunidad sobre el programa.

j. Desarrollar mecanismos para relacionar el programa con el estado, las demás instituciones y la comunidad en general.

k. Si la complejidad del CAMEC lo requiere, podrá nombrar directivos de alto grado incluyendo administrador, gerente y otros que se consideren necesarios. El candidato será presentado por la Junta Directiva ante el CS.

l. La AG y el CS podrán autorizar gastos por un monto mayor a 50 salarios mínimos.

B. Junta Directiva (JD) del CAMEC.

La Junta Directiva será elegida dentro de los miembros del Consejo Superior, estará conformada por un Presidente, un Secretario, un Tesorero-Veedor, y dos vocales, para un periodo de dos años.

Los miembros de la junta podrán ser reelegidos por un periodo. Para poder ser reelegido debe ser representante de su CAR.

Los miembros elegidos cumplirán su periodo independientemente de su continuidad como representante de su respectiva CAR.

Funciones de la Junta Directiva

a. Es responsable de hacer cumplir los estatutos, el correcto funcionamiento y operatividad del CAMEC así como de ejecutar el

plan de desarrollo aprobado para el periodo.

b. La Junta Directiva se reunirá cuando lo considere necesario. Como mínimo mensualmente.

c. Presentará al CS candidatos a directivos cuando sean necesarios y nombrará los funcionarios y asesores que considere pertinentes para el desempeño de sus funciones.

d. Cumplirá conjuntamente las funciones delegadas a cada uno de sus miembros.

e. La JD podrá autorizar gastos por un monto no mayor a 50 salarios mínimos.

a) *Presidente*

El Presidente es designado por el Consejo Superior del CAMEC por mayoría calificada de los miembros del 51%. El periodo es de dos años renovables por un periodo. El cargo puede ser removido en cualquier momento a criterio del Consejo Superior por falta grave y por mayoría calificada del 70%.

Funciones

a. El Presidente es el representante legal

b. El Presidente es el responsable administrativo del CAMEC y a su vez el representante oficial ante todos los entes gubernamentales, instituciones, miembros y comunidad en general.

c. El presidente citará y presidirá las reuniones del CS y de JD.

d. El presidente ayudado por la junta elaborará el plan de trabajo para la vigencia del periodo en coordinación con el CS.

e. El presidente ayudado por el Tesorero-Veedor elaborará el presupuesto del periodo en coordinación con el CS.

f. Supervisará al personal designado para el cumplimiento de las funciones relacionadas.

g. Es el enlace directo y responsable de las actividades y logros del CGE.

h. El presidente podrá autorizar gastos por un monto no mayor a 30 salarios mínimos.

b) Secretario

El Secretario es designado por el Consejo Superior por mayoría calificada de sus miembros del 51%. El período es de dos años renovables. El cargo puede ser removido en cualquier momento a criterio del Consejo Superior por falta grave y por mayoría calificada del 70%.

Funciones del Secretario

a. El secretario será el responsable de las actas y documentos oficiales.

b. Es el responsable de los registros de las actividades incluyendo los profesionales inscritos y activos en el Programa de RCMV y de los que se implementen en el futuro.

c. Vigilará el manejo de la correspondencia, del archivo y del sello del Consejo.

d. Supervisará al personal designado para el cumplimiento de las funciones relacionadas.

c) Tesorero-Veedor

El Tesorero-Veedor es designado por el Consejo Superior por mayoría calificada de sus miembros del 51%.

El periodo es de dos años renovables. El cargo puede ser removido en cualquier momento a criterio del Consejo Superior por falta grave y por mayoría calificada del 70%.

Funciones

a. El Tesorero-Veedor será el responsable del manejo de los fondos económicos para el funcionamiento del CAMEC.

b. Preparará en coordinación con el Presidente, la junta y el CS el presupuesto para el plan de trabajo aprobado para el periodo.

c. Supervisará al personal designado para el cumplimiento de las funciones relacionadas.

d) Comité General de Exámenes (CGE).

El CS nombrará dentro de los miembros del CS un número plural no menor a 5 miembros para la configuración de un comité de injerencia general y nacional con el objeto de promover el desarrollo y realización de pruebas de suficiencia y calidad de los miembros participantes del programa. El CGE estará encargado de articular la actividad propia del Comité de Exámenes creado en cada ASM dependiente de su respectivo CAR.

EL CGE implementará un sistema de nivelación y evaluación, armonizada con los sistemas internacionales de calidad y en lo posible desarrollará la Certificación Inicial Voluntaria (CIV) cuando sea definida por el CAMEC.

El CGE podrá nombrar internamente un coordinador para efectos

operativos y podrá invitar expertos para que colaboren en su funcionamiento.

Funciones

a. Coordinar, diseñar, promover y ejecutar pruebas de evaluación de idoneidad de las diferentes disciplinas para homogenizar y mejorar la calidad de los profesionales.

b. Coordinar, diseñar y crear bancos de preguntas.

c. Facilitar todo lo necesario para implementar la CIV una vez pueda ser realizada en Colombia.

d. Toda su actividad será reportada al Presidente, a la JD y a través de ella al CS.

Artículo 9. Requisitos para que una asociación o sociedad sea miembro del CAMEC

a. La Asociación o Sociedad debe representar la mayoría de los profesionales afines de su profesión con personería jurídica en Colombia.

b. Presentar intención de Ingreso Voluntario y llenar los requisitos que exija el programa.

c. Tener en funcionamiento un CAR, bajo los criterios del CAMEC.

d. Parágrafo Transitorio: quienes tengan desarrollado un proceso similar contarán con un periodo de tiempo definido por el CS para homologarlo al CAMEC. El CAR debe incluirse dentro de los estatutos de la ASM.

e. Someterse a los estatutos del CAMEC.

f. Todo miembro debe ser aprobado por la Asamblea General (AG) y el Consejo Superior (CS) por unanimidad, o no admitido por veto documentado.

Artículo 10. Requisitos para que un profesional ingrese al programa del CAR de una asociación o sociedad y sea reconocido por el programa del CAMEC

a. Ser profesional en medicina, especialista o ejercer profesiones afines con títulos refrendados ante las autoridades competentes.

b. Ser miembro de la Asociación o Sociedad correspondiente sin vetos o sanciones vigentes, o ser aprobado por la asociación para participar en el programa del CAR.

c. Aceptar voluntariamente su inscripción en el CAR correspondiente mediante el diligenciamiento de solicitud de ingreso.

d. Cumplir los estatutos del CAR correspondiente.

e. Ser aceptado por su respectivo CAR.

Artículo 11. Reglamento operativo del CAMEC

El CAMEC establece un Reglamento Oficial, anexo a los estatutos, en el cual se estipulan todos los procesos relacionados con la Acreditación y Recertificación de profesionales. El reglamento será actualizado y modificado a conveniencia de los Programas solo con la aprobación por mayoría calificada de los miembros de un 70% por el CS o AG.

Artículo 12. Fondos del CAMEC

El CAMEC deberá disponer de recursos propios para el adecuado funcionamiento.

Las fuentes primarias de financiación provienen de:

Aporte de los miembros (CAR y/o ASM): definido anualmente durante la Asamblea.

Donaciones a los programas del CAMEC.

Donaciones varias y otros ingresos.

Los fondos y recursos serán supervisados por el Tesorero-Veedor, por el Presidente y la JD, quienes rendirán a su vez informes periódicos al CS y AG.

Artículo 13. Reforma de estatutos

Los estatutos podrán ser reformados por la Asamblea General previa citación para tal efecto mediante la presentación por parte de miembros del CS o de la JD del espíritu y texto del proyecto de la reforma, con anterioridad de 30 días calendario. La votación se considerará favorable por mayoría calificada del 70% de los miembros.

Artículo 14. Solución de conflictos

En caso de presentarse diferencia de criterio entre alguno de los entes de Gobierno del CAMEC, de la dirección o entre los miembros del CAMEC, el órgano relacionado inmediato presentará un informe ante el organismo superior quien en forma democrática resolverá el conflicto.

El CAMEC podrá crear su reglamento interno disciplinario y sancionatorio a medida que su ejercicio lo requiera el cual deberá ser aprobado por consenso en la AG.

El CAMEC podrá crear el o los comités de arbitramento necesarios

o pertinentes para la resolución de conflictos cuando lo considere conveniente.

Artículo 16. Disolución del CAMEC

EL CAMEC podrá ser disuelto cuando por unanimidad la AG lo resuelva.

Estos estatutos fueron aprobados por unanimidad por la Asamblea General del CAMEC el día 17 de febrero del 2012.

Siglas

ACSC	Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
ASM	Asociación o Sociedad Médica
AG	Asamblea General
CAMEC	Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica, de Especialistas y profesiones afines
CAR	Consejo de Acreditación y Recertificación
CIV	Certificación de idoneidad inicial (Certificación Inicial Voluntaria)
CS	Consejo Superior
CGE	Comité General de Exámenes
JD	Junta Directiva
RCMV	Recertificación Médica Voluntaria de actualización de conocimientos

Nota: Los presentes estatutos estarán sometidos a los cambios de forma exigidos por la ley pero no de fondo.