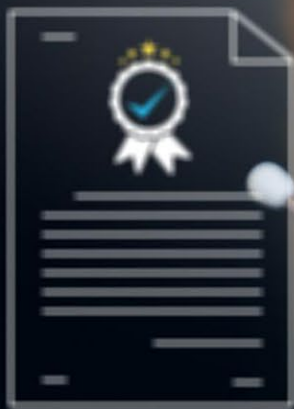


La recertificación médica en México



¿Siguen siendo útiles los exámenes orales?

La formación de los y las residentes de psiquiatría en México: un proceso cada vez más complejo

Revista del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C.

EDICIÓN
MAYO - AGOSTO 2026
NÚMERO 15

Versión en línea



Directorio

JUNTA DE GOBIERNO CONACEM

Dr. José Ignacio Santos Preciado
PRESIDENTE

Dr. Javier Dávila Torres
SECRETARIO

Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores
TESORERO

VOCALÉS: ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Dra. Celia Mercedes Alpuche Aranda
Dra. Patricia Elena Clark Peralta
Dr. Melchor Sánchez Mendiola

VOCALÉS: ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Dr. Pierre Jean Aurelus
Dr. Rafael Medrano Guzmán

VOCALÉS: CONSEJOS DE ESPECIALIDADES

Dra. María del Carmen Padilla Desgerennes • Dermatología
Dra. Alejandra Camacho Molina • Genética
Dra. Carmen Zavala García • Medicina Interna

SECRETARIO TÉCNICO

Lic. Miguel Ángel Vázquez Luna

COORDINADOR DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Mtro. Jorge Alberto Marín Zurita

CONSEJERO JURÍDICO

Mtro. David Sánchez Mejía

COMITÉ EDITORIAL

José Ignacio Santos Preciado
EDITOR

Patricia Elena Clark Peralta
COEDITOR

Jorge Alberto Marín Zurita
DISEÑO EDITORIAL

Miguel Ángel Vázquez Luna
PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN

DISEÑO GRÁFICO

Diana Ramírez Vázquez

CORRECCIÓN DE ESTILO

Geraldine Ochoa Zenil

REVISTA CERTEZA CONACEM, FORMATO DIGITAL

Luis Alberto Delgado Sosa • Esteban Alberto Juárez González

CON LA COLABORACIÓN:

Consejo Nacional de Certificación en Anestesiología
Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular
Consejo Mexicano de Cardiología
Consejo Mexicano de Cirugía General
Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica
Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial
Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica
Consejo Mexicano de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
Consejo Nacional de Cirugía del Tórax
Consejo Mexicano de Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatría
Consejo Mexicano de Dermatología
Consejo Mexicano de Endocrinología
Consejo Mexicano de Especialistas en Coloproctología
Consejo Mexicano de Gastroenterología
Consejo Mexicano de Genética
Consejo Mexicano de Geriátrica
Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Consejo Mexicano de Hematología
Consejo Mexicano de Certificación en Infectología
Consejo Nacional de Inmunología Clínica y Alergia
Consejo Mexicano de Medicina Aeroespacial
Consejo Mexicano de Medicina Crítica
Consejo Nacional de Medicina del Deporte
Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar
Consejo Mexicano de Medicina Interna
Consejo Mexicano de Medicina Legal y Forense
Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación
Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo
Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias
Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos
Consejo Mexicano de Nefrología
Consejo Mexicano de Medicina Nuclear e Imagen Molecular
Consejo Nacional de Neumología
Consejo Mexicano de Neurofisiología Clínica
Consejo Mexicano de Neurología
Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
Consejo Mexicano de Oncología
Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología
Consejo Mexicano de Oftalmología
Consejo Mexicano de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría
Consejo Mexicano de Psiquiatría
Consejo Mexicano de Radiología e Imagen
Consejo Mexicano de Certificación en Radioterapia
Consejo Mexicano de Reumatología
Consejo Nacional de Salud Pública
Consejo Nacional Mexicano de Urología

La Revista Certeza CONACEM es una publicación cuatrimestral editada por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, con la colaboración de los 47 Consejos de Especialidades Médicas que cuentan con idoneidad de este Comité. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo en trámite.

La correspondencia debe dirigirse a la Revista Certeza CONACEM. Avenida Cuauhtémoc 330, Bloque "B" de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX. • Tel. (55) 8943 6670.

✉ certeza@conacem.org.mx

📍 certeza.conacem.org.mx



EDITORIAL

Certeza CONACEM

Dr. José Ignacio Santos Preciado
Presidente del CONACEM



Recertificar para sostener la confianza

La certificación de un médico especialista acredita que, en un momento determinado de su trayectoria, demostró los conocimientos, las habilidades y el juicio profesional necesarios para ejercer su especialidad. La recertificación responde a una pregunta distinta y permanente: ¿cómo aseguramos que esas capacidades permanezcan vigentes frente al avance de la ciencia, la incorporación de nuevas tecnologías y las necesidades cambiantes de los pacientes?

Responder esta pregunta exige superar la idea de que la recertificación es un trámite periódico o la acumulación de constancias. Su verdadero sentido consiste en demostrar que el especialista mantiene actualizadas sus competencias, revisa críticamente su práctica y participa en actividades con una relación verificable con la atención que brinda. No se trata únicamente de acumular puntos, sino de demostrar un desarrollo profesional continuo que contribuya a una medicina más segura y confiable.

Este número de Certeza aborda la recertificación desde diferentes perspectivas que, en conjunto, permiten comprender su alcance y los desafíos que enfrenta en México.

La Cédula de Homologación de Criterios Curriculares para la Recertificación Médica representa un avance en la construcción de referentes comunes. Su propósito no es desconocer las características de cada especialidad, sino establecer bases compartidas para valorar la educación médica continua, la actividad asistencial, la docencia, la investigación y otras expresiones del desempeño profesional. La evaluación nacional que acompaña este proceso permite conocer cómo operan actualmente los Consejos, identificar diferencias y definir una ruta de mejora basada en información verificable.

Esta tarea resulta especialmente relevante porque la recertificación no puede permanecer ajena a la evidencia científica. Durante décadas, la investigación en educación médica ha demostrado que no todas las actividades formativas producen el mismo efecto. La asistencia pasiva a cursos o congresos puede ampliar conocimientos, pero no garantiza, por sí misma, un cambio en la práctica clínica. Las experiencias educativas vinculadas a problemas reales, la participación activa, la evaluación y la retroalimentación tienen mayor probabilidad de modificar el desempeño profesional.

Por ello, avanzar hacia una nueva generación de la recertificación implica reconocer la calidad y la pertinencia de las actividades realizadas, no solo su duración. También implica ofrecer distintas vías para demostrar la vigencia de las competencias, incorporar instrumentos de evaluación confiables y mantener procedimientos transparentes, accesibles y congruentes con la *lex artis ad hoc* de cada especialidad.

Las reflexiones del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, expuestas en esta edición, muestran que este proceso ya está en marcha. Su experiencia permite analizar la recertificación como uno de los pilares de la confianza social y, al mismo tiempo, examinar la evaluación de competencias transversales que acompañan al conocimiento especializado: comunicación clínica, profesionalismo, ética, seguridad del paciente, trabajo en equipo y capacidad para tomar decisiones responsables. Un especialista no se define únicamente por lo que sabe, sino por la manera en que aplica ese conocimiento a cada paciente.

La radiografía nacional incluida en esta edición permite observar tanto la dimensión alcanzada por la recertificación como las diferencias que aún persisten entre especialidades, regiones y grupos profesionales. Conocer esa realidad es indispensable para tomar decisiones. Los datos no deben utilizarse únicamente para describir el pasado, deben ayudarnos a identificar brechas, orientar acciones y evaluar si los cambios emprendidos producen los resultados esperados.

**Te invitamos a leer
la editorial completa
en nuestra versión digital.**

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-15/editorial>



Dr. José Ignacio Santos
Presidente del CONACEM



EDITORIAL

Dr. José Ignacio Santos Preciado
Presidente del CONACEM

1

Contenido

2



EL COMITÉ

La recertificación médica en México:
una radiografía para construir el futuro
Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores

3



EL COMITÉ

Cédula de Homologación de Criterios
Curriculares para la Recertificación Médica
Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores

6



EL COMITÉ

La recertificación médica
como pilar de la confianza social
Dr. Alejandro Rendón Molina

9



EL COMITÉ

La recertificación médica: del cumplimiento
administrativo a la confianza pública
Dr. Melchor Sánchez Mendiola

12



EL COMITÉ

Hacia una nueva generación
de la recertificación médica
Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores

15



EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

Certificación en geriatría: el estándar
indispensable ante el envejecimiento
poblacional
Dra. Macarena Del Rosario Sifuentes Martínez

19



EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

Evaluación de competencias transversales
del desempeño profesional para la certificación
de la especialidad en Ginecología y Obstetricia
Dra. Yolanda Leyva Barajas
Dra. Nancy Sierra Lozada
Dra. María Teresita Leis Márquez

21



EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

La necesidad de la presencia de un
especialista certificado en medicina crítica:
beneficios para el paciente y requerimientos
asistenciales en la UCI moderna
Dr. Antonio Hernández Bastida

23



EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

La formación de los y las residentes
de psiquiatría en México: un proceso
cada vez más complejo
Dr. Luis Alberto Patrón Vázquez

25



ESTÁNDAR DE CALIDAD

¿Cómo saber si un médico está listo?
Dr. Alejandro Rendón Molina

27



ESTÁNDAR DE CALIDAD

¿Siguen siendo útiles los exámenes orales?
Dr. Carlos Gutiérrez-Cirlos Madrid

29



EXPEDIENTE

El papel de la Academia Nacional de Medicina
de México en el Comité Normativo Nacional
de Medicina General
Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Lic. Araceli Martínez Reyes
Dra. María del Carmen Dubón Peniche

31



La recertificación médica en México: una radiografía para construir el futuro

Conocer el presente para anticipar los desafíos de la medicina especializada

EL COMITÉ

“Relatoría del Simposio ‘Recertificación médica: ¿garantía de calidad o simple formalidad para el especialista?’, presentado en las Sesiones Conjuntas con la Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Nacional de Medicina.”

Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores
Tesorero de CONACEM



Las decisiones institucionales más importantes no se basan en percepciones, sino en evidencia. Comprender quiénes son los médicos especialistas certificados, cómo se distribuyen, cuáles son las especialidades con mayor crecimiento y dónde se concentran las necesidades de actualización es indispensable para planear el futuro de la certificación médica en México.



En este artículo comparto una lectura de los principales hallazgos del padrón nacional de recertificación y reflexiono sobre el significado que estas cifras tienen para la educación médica continua, la planeación institucional y la confianza que la sociedad deposita en la medicina especializada.

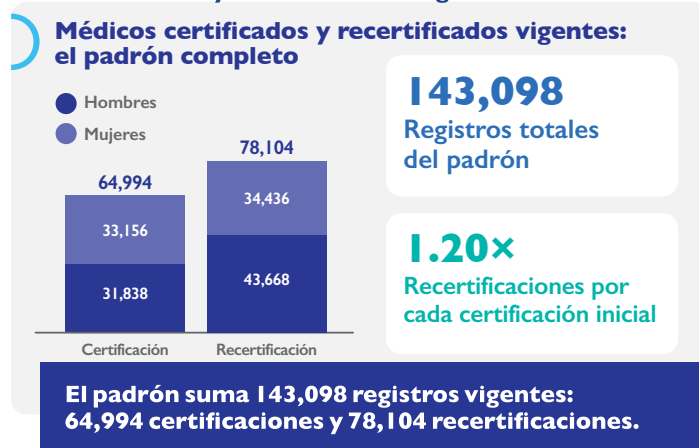
Conocer nuestros datos también es una forma de cuidar la calidad

Con frecuencia hablamos de la importancia de certificar y recertificar a los médicos especialistas. Sin embargo, pocas veces nos detenemos a analizar quiénes integran realmente ese universo profesional. Conocer la composición del padrón nacional no constituye únicamente un ejercicio estadístico; representa una herramienta indispensable para comprender cómo evoluciona la medicina especializada en nuestro país y hacia dónde debemos orientar los esfuerzos institucionales.

Estoy convencido de que un sistema de certificación solo puede fortalecerse cuando conoce con precisión a la comunidad que evalúa. Las cifras permiten identificar tendencias, anticipar necesidades y diseñar políticas que respondan a la realidad de los especialistas, en lugar de hacerlo únicamente desde planteamientos normativos.

Actualmente, el padrón nacional del CONACEM integra **143,098** especialistas con certificación vigente, pertenecientes a los 47 Consejos de Especialidades Médicas. De ellos, **64,994** corresponden a certificaciones iniciales, mientras que **78,104** mantienen vigente su recertificación. Es decir, por cada nueva certificación, ya existe una comunidad consolidada de especialistas comprometidos con la actualización permanente.

Figura 1. Composición del padrón nacional de especialistas con certificación y recertificación vigentes.



Un sistema de certificación que continúa creciendo

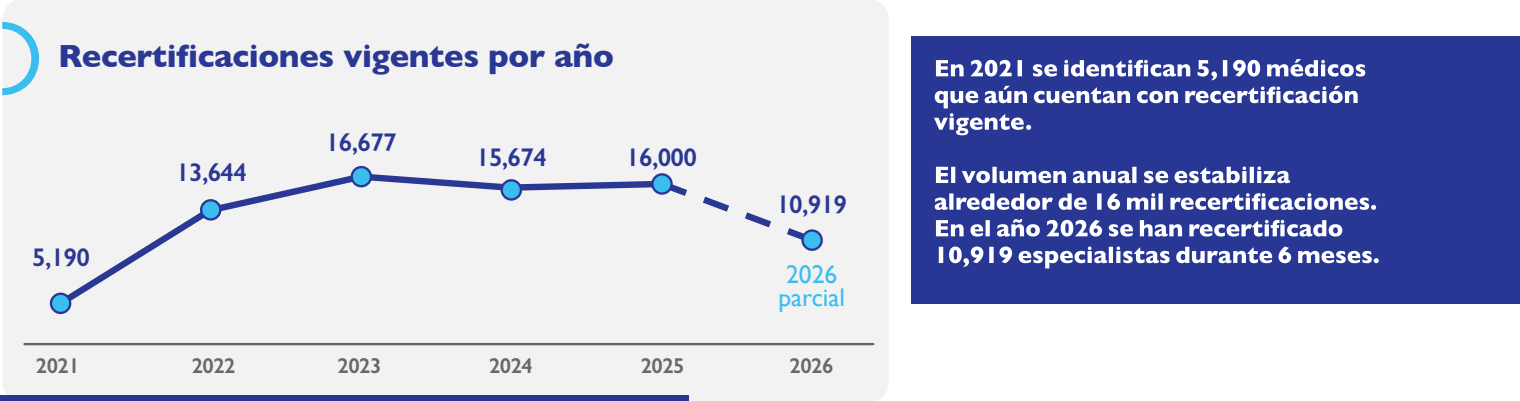
La evolución de la recertificación en los últimos años refleja la consolidación del modelo mexicano de certificación.

El comportamiento del padrón muestra un crecimiento sostenido, alcanzando su máximo histórico en 2023 con 16,677 recertificaciones. A mediados de 2026, ya se habían registrado más de diez mil procesos concluidos, con una tendencia que anticipa un nuevo cierre anual de gran magnitud.

Más allá de los números, esta evolución refleja un cambio cultural. Cada vez más especialistas comprenden que la competencia profesional no es un atributo permanente, sino una responsabilidad que debe demostrarse periódicamente.

La recertificación comienza a consolidarse como parte natural del ejercicio profesional y no únicamente como el cumplimiento de un requisito administrativo.

Figura 2. Evolución anual de las recertificaciones vigentes en México.

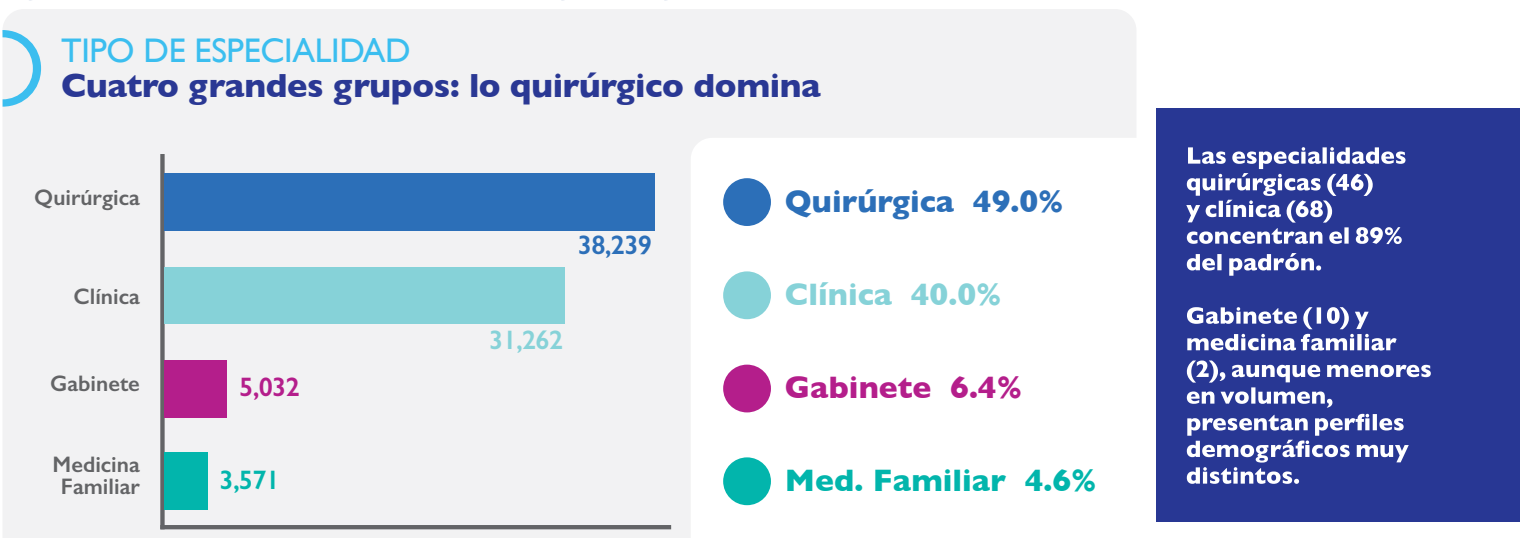


La diversidad también caracteriza a la medicina especializada

Uno de los aspectos más interesantes del análisis es observar que el padrón nacional no es homogéneo. Cada grupo de especialidades posee características demográficas propias que reflejan la evolución de la práctica médica en México.

Las especialidades quirúrgicas concentran prácticamente la mitad de los especialistas recertificados, mientras que las especialidades clínicas representan cuatro de cada diez registros. A ellas se suman las especialidades de gabinete y la medicina familiar, que, aunque representan un porcentaje menor del padrón, poseen perfiles muy particulares desde los puntos de vista profesional y demográfico.

Figura 3. Distribución del padrón nacional por grandes grupos de especialidad.



La distribución por sexo también revela una transformación importante en la medicina mexicana. Aunque a nivel global la base de especialistas recertificados sigue siendo predominantemente masculina, este patrón cambia significativamente al analizar las distintas especialidades.

En áreas como Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y, particularmente, Medicina Familiar, la participación de las mujeres hoy es uno de los rasgos más relevantes del padrón nacional. En contraste, algunas disciplinas quirúrgicas todavía mantienen un predominio masculino.

Estas diferencias muestran que la evolución de la profesión médica ocurre de manera distinta en cada especialidad y que las políticas de formación y desarrollo profesional deberán considerar estas particularidades en los próximos años.

Figura 4. Distribución del padrón nacional por género.



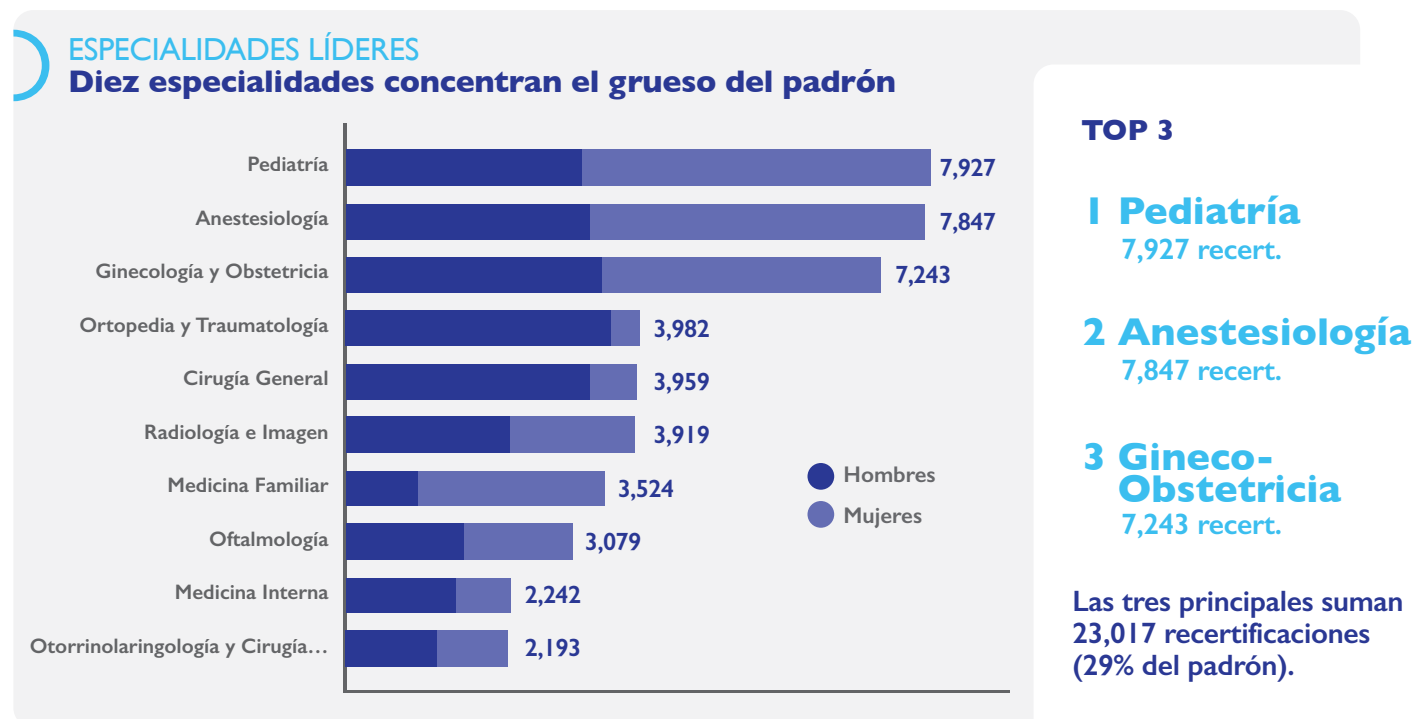
Las especialidades que concentran el mayor volumen de profesionales

Otro hallazgo relevante consiste en identificar las especialidades que concentran la mayor parte del padrón nacional.

Pediatría, Anestesiología y Ginecología y Obstetricia encabezan actualmente el número de especialistas recertificados. En conjunto representan una proporción considerable del universo nacional y constituyen áreas estratégicas para la planeación de programas de educación médica continua.

Por el contrario, especialidades como Ortopedia y Traumatología o Cirugía General continúan mostrando una composición predominantemente masculina, lo que confirma que cada disciplina mantiene dinámicas demográficas particulares.

Figura 5. Las diez especialidades con el mayor número de especialistas recertificados en México.



La geografía también explica la recertificación

El análisis territorial permite identificar otra característica del sistema nacional: la concentración de especialistas.

La Ciudad de México concentra poco más de una cuarta parte del padrón nacional. Si se suma la participación del Estado de México y de Nuevo León, estas tres entidades concentran cerca de la mitad de los médicos especialistas recertificados del país.

Te invitamos a leer el artículo completo en nuestra versión digital.

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-15/el-comite-1>





Cédula de Homologación de Criterios Curriculares para la Recertificación Médica

La evaluación nacional como punto de partida para una nueva etapa

EL COMITÉ

“Relatoría del Simposio ‘Recertificación médica: ¿garantía de calidad o simple formalidad para el especialista?’, presentado en las Sesiones Conjuntas con la Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Nacional de Medicina.”

Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores
Tesorero de CONACEM



Todo sistema de evaluación requiere evaluarse periódicamente a sí mismo. Después de casi una década de vigencia de la Cédula de Homologación de Criterios Curriculares para la Recertificación Médica, el CONACEM emprendió en 2026 un ejercicio nacional de revisión para conocer de qué manera se implementaba el modelo en los Consejos de Especialidades Médicas. Más que identificar incumplimientos, el propósito fue comprender la realidad operativa de los Consejos, reconocer sus fortalezas y detectar áreas de mejora. Los resultados no solo ofrecen una radiografía del estado actual del sistema, sino que también constituyen la base para construir un modelo de recertificación más homogéneo, equitativo y acorde con la evolución de la educación médica contemporánea.

Diagnosticar para construir

Con frecuencia hablamos de la importancia de evaluar a los especialistas para garantizar que mantengan vigentes sus competencias profesionales. Sin embargo, pocas veces nos detenemos a reflexionar sobre la necesidad de evaluar nuestros propios sistemas de evaluación. Estoy convencido de que ningún modelo normativo puede permanecer estático cuando la práctica médica, la educación y la tecnología evolucionan constantemente.

Con esa convicción, en 2026 emprendimos un ejercicio nacional para conocer cómo se estaba implementando la Cédula de Homologación de Criterios Curriculares, establecida en 2017. El objetivo no fue fiscalizar a los Consejos de Especialidades Médicas, sino obtener un diagnóstico objetivo que permitiera identificar fortalezas, reconocer dificultades y orientar futuras decisiones de mejora.



Desde su creación, la cédula estableció un estándar nacional

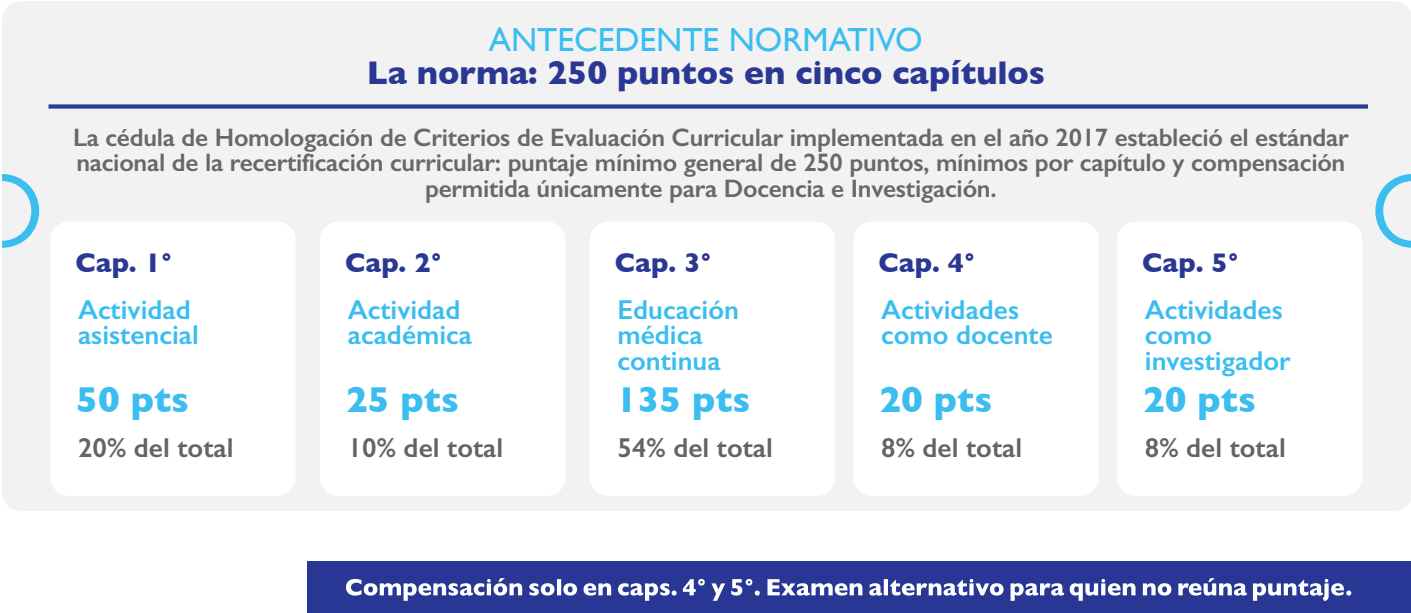
basado en un mínimo de 250 puntos distribuidos en cinco grandes capítulos:

- 1 Actividad asistencial
- 2 Actividad académica
- 3 Educación médica continua
- 4 Actividades docentes
- 5 Actividades de investigación



Este esquema permitió homologar criterios entre los distintos Consejos y fortalecer la transparencia de los procesos de recertificación.

Figura 1. La Cédula de Homologación de Criterios Curriculares estableció en 2017 un estándar nacional de 250 puntos, distribuidos en cinco capítulos, para la recertificación médica.



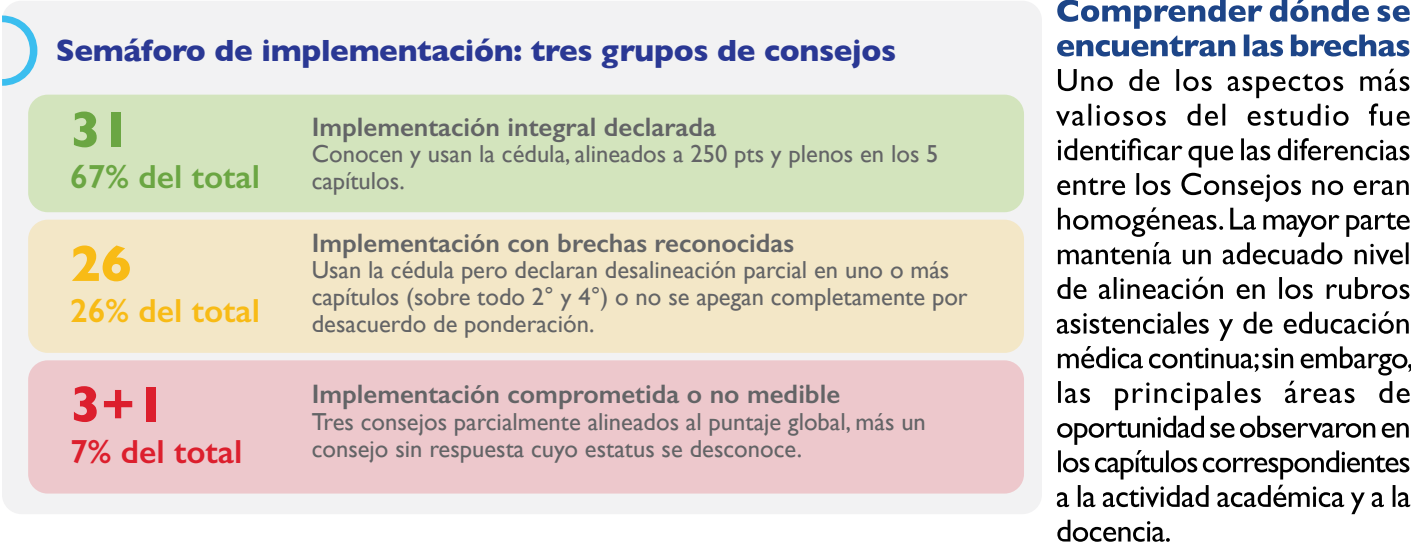
Una fotografía nacional del sistema

La encuesta de supervisión alcanzó una tasa de respuesta cercana al 100%, con la participación de 46 de los 47 Consejos de Especialidades Médicas. Este nivel de participación permitió elaborar una radiografía altamente representativa del sistema nacional de recertificación.

Los resultados fueron alentadores. Dos terceras partes de los Consejos declararon la implementación integral del modelo, cumpliendo con la distribución de los 250 puntos establecida en la cédula. Al mismo tiempo, el diagnóstico mostró que un grupo importante reconocía dificultades de implementación, particularmente en los componentes relacionados con la actividad académica y la docencia.

Lejos de constituir un problema, estos hallazgos confirmaron el valor del ejercicio diagnóstico. Identificar las diferencias constituye el primer paso para construir soluciones compartidas.

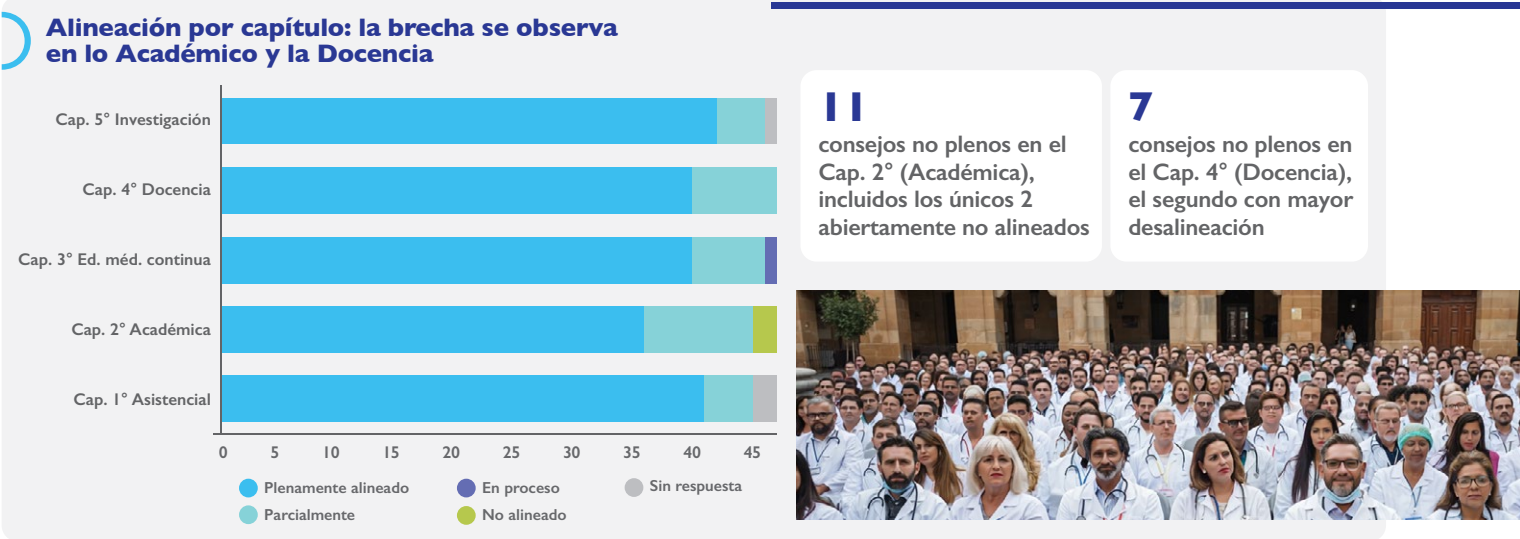
Figura 2. Semáforo nacional para la implementación de la Cédula de Homologación de Criterios Curriculares.



Este hallazgo merece una reflexión importante. No necesariamente expresa una falta de compromiso institucional, sino las profundas diferencias existentes entre las condiciones laborales y académicas en las que ejercen miles de especialistas en nuestro país.

Mientras algunos desarrollan su práctica en hospitales universitarios con amplias oportunidades de docencia e investigación, otros ejercen exclusivamente actividades asistenciales en instituciones donde esas oportunidades simplemente no existen.

Figura 3. La mayor desalineación del modelo se concentra en los capítulos de Actividad Académica y de Docencia.



Tres barreras claramente identificadas

El diagnóstico permitió agrupar las principales dificultades en tres categorías.

1

La primera corresponde al desacuerdo respecto a la ponderación asignada a determinadas actividades curriculares. Un número importante de Consejos considera que algunas actividades, como congresos, membresías o la participación como sinodal, reciben valoraciones que no reflejan adecuadamente su aportación al desarrollo profesional.

2

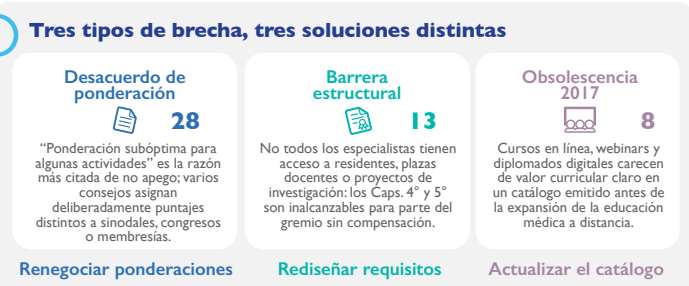
La segunda barrera tiene carácter estructural. Muchos especialistas simplemente no tienen acceso a plazas docentes o proyectos formales de investigación, lo que dificulta cumplir con algunos requisitos establecidos hace casi una década.

3

El estudio identificó una tercera limitación relacionada con la propia evolución de la educación médica. Desde 2017, han surgido nuevas modalidades de formación, como los cursos virtuales, los diplomados en línea, los webinars y diversas herramientas basadas en inteligencia artificial, que aún no cuentan con un reconocimiento curricular plenamente definido en el modelo vigente.

Estas tres realidades muestran que el reto no consiste únicamente en exigir el cumplimiento de una norma, sino en garantizar que dicha norma siga siendo pertinente para la realidad actual de la medicina.

Figura 4. Las tres principales brechas identificadas por el diagnóstico nacional y las líneas generales para su atención.



Una oportunidad para evolucionar

Estoy convencido de que este diagnóstico representa mucho más que una mera evaluación administrativa. Constituye un ejercicio de autocritica institucional que fortalece la legitimidad del propio sistema de certificación.

La calidad de un modelo no depende únicamente de la solidez de sus normas, sino también de su capacidad para revisarse, actualizarse y responder a los cambios del entorno. En ese sentido, reconocer áreas de oportunidad no debilita al CONACEM; por el contrario, confirma su compromiso con la mejora continua y con la construcción de estándares cada vez más justos, homogéneos y transparentes.

La recertificación médica seguirá siendo uno de los principales instrumentos para preservar la confianza social en la medicina especializada. Pero esa confianza también exige que los propios procesos de evaluación avancen con el mismo rigor, la misma evidencia y la misma responsabilidad que demandamos de quienes ejercen una especialidad médica.



EL COMITÉ

La recertificación médica como pilar de la confianza social

Reflexiones desde la experiencia del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia

“Relatoría del Simposio ‘Recertificación médica: ¿garantía de calidad o simple formalidad?’”, presentado en las Sesiones Conjuntas con la Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Nacional de Medicina.”

Dr. Alejandro Rendón Molina
Subdirector de Ginecología y Reproducción Humana
en el Instituto Nacional de Perinatología



Con frecuencia escucho que la recertificación médica es un proceso complejo, excesivamente administrativo o incluso una carga adicional para quienes ejercemos una especialidad. Comprendo esa percepción porque, desde la operación cotidiana de un Consejo de Especialidad, conozco las exigencias que conlleva mantener vigente un sistema de evaluación robusto. Sin embargo, también estoy convencido de que esa visión es incompleta. La recertificación no nació para dificultar el ejercicio profesional; existe para preservar aquello que constituye el fundamento mismo de la medicina: la confianza que la sociedad deposita en sus médicos.



Figura 1. La confianza profesional requiere evidencia continua para mantenerse vigente

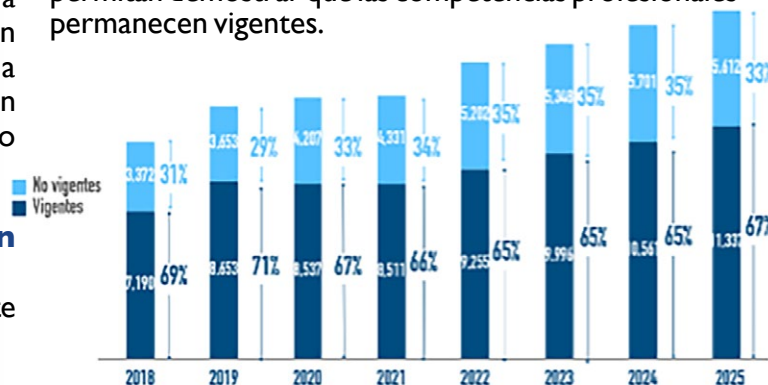
Vivimos en una época en la que el conocimiento científico evoluciona a una velocidad sin precedentes. Los avances diagnósticos, terapéuticos y tecnológicos modifican continuamente la práctica clínica y obligan a los especialistas a mantener un proceso de actualización permanente. En este contexto, obtener un diploma universitario o una certificación inicial representa un logro trascendental, pero ya no puede entenderse como una garantía definitiva de competencia profesional.

Existen al menos tres razones que explican esta realidad

1. El conocimiento médico evoluciona constantemente y exige una actualización continua.

2. La práctica clínica es extraordinariamente heterogénea; cada especialista enfrenta escenarios distintos, recursos diferentes, poblaciones diversas y riesgos clínicos específicos.

3. El compromiso más importante de cualquier sistema de certificación: contribuir a la seguridad del paciente mediante mecanismos objetivos que permitan demostrar que las competencias profesionales permanecen vigentes.



La dimensión obliga a diseñar sistemas auditables, no soluciones artesanales

Figura 2. Evolución del número de especialistas con certificación vigente. El crecimiento obliga a migrar de modelos operativos artesanales hacia sistemas auditables y escalables.

Es decir, el profesionalismo médico no consiste únicamente en haber sido competente durante la residencia o al obtener una certificación. Consiste en demostrar, una y otra vez, que esa competencia se mantiene a medida que la medicina evoluciona. Esta visión no es exclusiva de nuestro país. Instituciones internacionales como el American Board of Medical Specialties y el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada han desarrollado modelos que comparten un principio común: la competencia profesional debe sustentarse en evidencia continua.

Lo que hemos aprendido desde la trinchera

Mi experiencia en el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia me ha permitido comprender que detrás de cada certificado vigente hay un enorme trabajo metodológico. A partir de esa experiencia, considero que hay cinco lecciones que vale la pena compartir:

La verdadera trinchera es la metodológica

Muchas personas imaginan que el trabajo principal de un Consejo consiste en revisar expedientes y verificar documentos. En realidad, la parte más compleja radica en el diseño metodológico de las evaluaciones. La calidad psicométrica de los instrumentos, la revisión por pares, la transparencia de los procesos y la solidez ética de cada decisión son los elementos que permiten que una certificación sea académicamente defendible.

Hoy la fortaleza de un Consejo ya no puede medirse por la cantidad de documentos que procesa, sino por la calidad del método que respalda cada una de sus decisiones.

Cuando la comunidad crece, el desafío deja de ser administrativo

El crecimiento constante del número de especialistas transforma por completo la operación institucional. Los procedimientos que hace algunos años podían resolverse mediante procesos prácticamente artesanales hoy requieren plataformas tecnológicas, sistemas de trazabilidad, auditorías permanentes e indicadores que aseguren la uniformidad y la transparencia.

La vigencia de la certificación dejó de ser únicamente un asunto operativo para convertirse en un verdadero problema de sistema.

Existen distintas formas de demostrar competencia

No todos los especialistas recorren el mismo camino profesional. Algunos mantienen una intensa actividad académica y participan de manera permanente en programas de educación médica continua; otros prefieren

acreditar sus competencias mediante procesos de evaluación formal.

Ambas rutas pueden ser igualmente válidas siempre que conduzcan al mismo estándar de calidad. Lo importante no es imponer un único camino, sino garantizar que cualquiera de ellos permita demostrar objetivamente la competencia profesional.

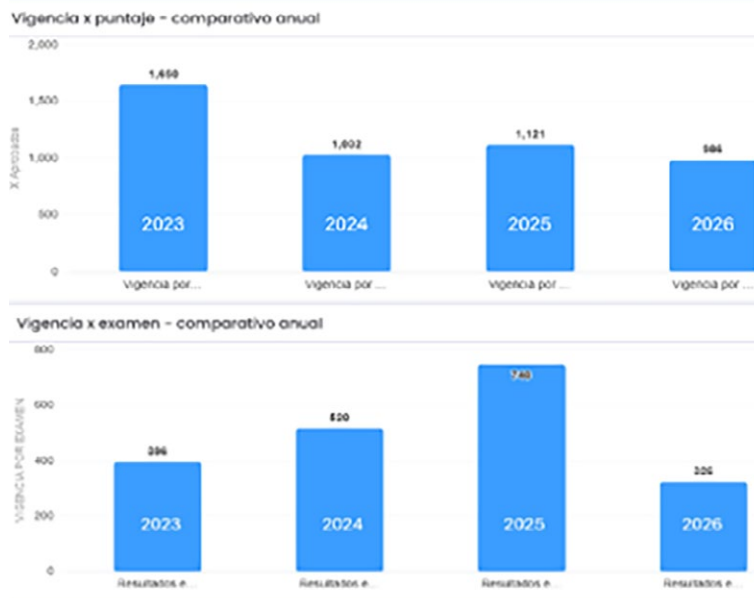
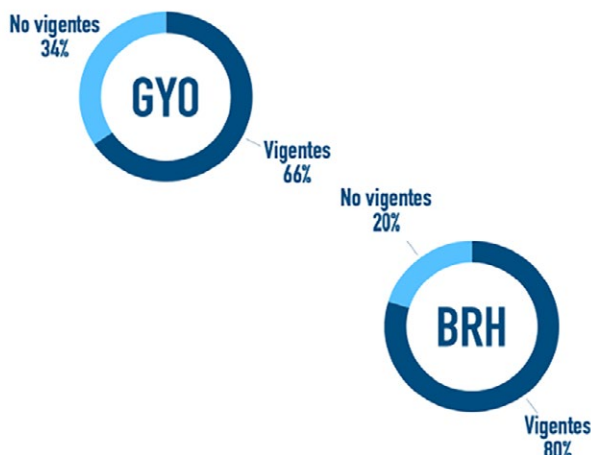


Figura 3. Comparativo anual entre las dos principales rutas de recertificación: desarrollo profesional continuo por puntaje y evaluación mediante examen.

La evaluación debe reconocer la diversidad de la práctica médica

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia certifica especialistas en Ginecología y Obstetricia, Biología de la Reproducción Humana, Medicina Materno-Fetal y Urología Ginecológica. Cada área enfrenta riesgos clínicos distintos, poblaciones diversas y competencias específicas.

Un marco común de evaluación debe complementarse con tablas de especificaciones y evidencias diferenciadas para cada área.



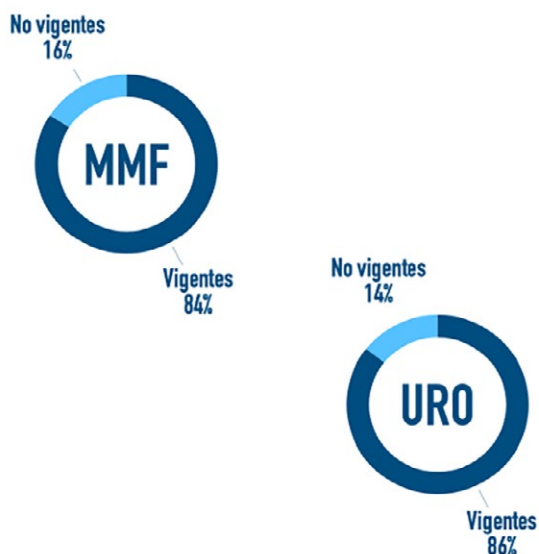


Figura 4. Distribución de certificados vigentes por subespecialidad del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

El gran reto es evaluar el desempeño

Quizá el desafío más importante que enfrentamos consiste en dejar de evaluar únicamente los conocimientos y comenzar a valorar aquello que realmente importa: el juicio clínico, la toma de decisiones, el razonamiento profesional y el desempeño frente a los pacientes.

Ese cambio representa una evolución profunda en la manera de entender la certificación. Ya no basta con medir lo que un médico sabe; debemos generar evidencia suficiente para inferir cómo se aplica ese conocimiento en beneficio de las personas.

Romper los mitos

Con frecuencia escuchamos que la recertificación es un castigo, un trámite burocrático o incluso un negocio. Estas críticas no invalidan su finalidad, pero obligan a demostrar que sus costos, requisitos y consecuencias son proporcionales, transparentes y académicamente justificables.

La recertificación constituye un ejercicio de rendición de cuentas ante la sociedad. Su legitimidad depende de la transparencia de los procesos, de la proporcionalidad de las decisiones y del valor académico que respalda cada evaluación. Cuando estos elementos están presentes, la recertificación deja de percibirse como una obligación administrativa y se convierte en una expresión concreta del profesionalismo médico.

Hacia una evaluación continua

En el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia

estamos convencidos de que los procesos de evaluación deben seguir evolucionando. Nuestro propósito es avanzar de modelos episódicos a esquemas longitudinales que acompañen el desarrollo profesional a lo largo de toda la trayectoria del especialista.

En 2023, el CMGO publicó estudios sobre la validación de dominios de competencia y con las denominadas Actividades Profesionales Confiables (Entrustable Professional Activities), con el objetivo de construir un sistema sustentado en evidencia programática y no únicamente en el cumplimiento de requisitos.

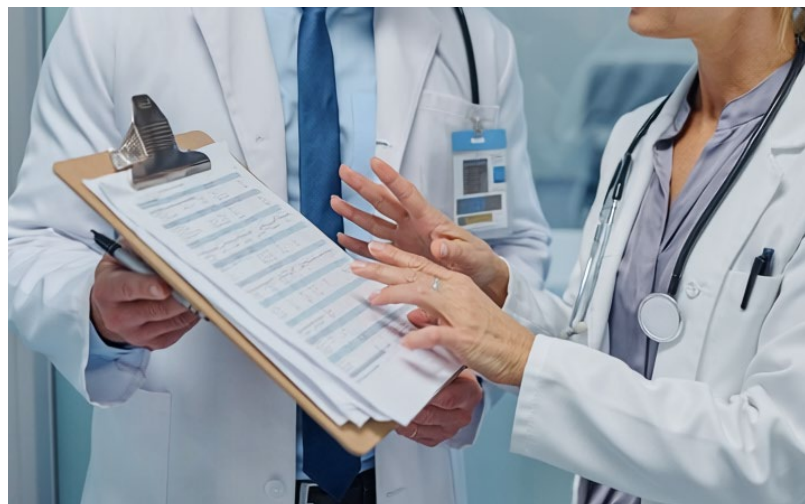
Este cambio responde a una tendencia internacional que sitúa el desempeño profesional en el centro de la evaluación.

Custodiar la confianza de las pacientes

Existe una idea que resume el sentido profundo de todo este esfuerzo. Los Consejos de Especialidades Médicas debemos mantener permanentemente una actitud de humildad institucional. Esto implica reconocer nuestros límites, hacer visibles nuestros métodos, someter nuestros procesos a evaluación continua y comprender que cada decisión de certificación representa un acto de confianza pública.

La recertificación no existe para proteger a los Consejos ni para beneficiar exclusivamente al gremio médico. Existe para ofrecer a las y los pacientes y a la sociedad la certeza de que quienes ejercemos una especialidad médica mantenemos las competencias necesarias para brindar una atención segura, ética y de la más alta calidad.

Mientras esa confianza continúe siendo el eje que oriente nuestras decisiones, la recertificación seguirá siendo mucho más que un procedimiento administrativo: será una de las expresiones más claras del compromiso que la profesión médica mantiene con la sociedad.





EL COMITÉ

La recertificación médica: del cumplimiento administrativo a la confianza pública

¿Por qué la sociedad necesita del médico algo más que un certificado vigente?

“Relatoría del Simposio ‘Recertificación médica: ¿garantía de calidad o simple formalidad para el especialista?’, presentado en las Sesiones Conjuntas con la Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Nacional de Medicina.”

Dr. Melchor Sánchez Mendiola
Vocal de la Junta de Gobierno de CONACEM



Con frecuencia se piensa que la recertificación médica es un requisito administrativo cuyo único propósito es mantener vigente un documento. Sin embargo, esa percepción deja de lado su verdadero significado. La recertificación constituye uno de los mecanismos mediante los cuales la profesión médica responde a la confianza que la sociedad deposita en ella. Más que acreditar conocimientos, constituye un compromiso permanente con la actualización, la competencia profesional y la seguridad del paciente. Reflexionar sobre su sentido implica preguntarnos no sólo cómo evaluamos a los especialistas, sino también qué espera la sociedad de quienes tienen en sus manos la responsabilidad de cuidar la vida y la salud de las personas.

La confianza no se obtiene; se construye

La medicina es una de las pocas profesiones a las que la sociedad concede un privilegio extraordinario: intervenir en aquello que las personas consideran más valioso, su salud y, en muchas ocasiones, su propia vida. Esa confianza no surge de manera espontánea ni puede sostenerse únicamente en el prestigio histórico de la profesión. Se construye mediante una formación rigurosa, una conducta ética, la actualización permanente y la capacidad de demostrar que las competencias profesionales siguen vigentes.

Con frecuencia, la recertificación se percibe como un trámite administrativo que debe realizarse cada cierto número de años. Considero que esa visión resulta insuficiente. La recertificación constituye, en realidad, un auténtico pacto social entre la profesión médica y la sociedad. Su propósito no es únicamente verificar conocimientos, sino ofrecer evidencia razonable de que el especialista mantiene las competencias necesarias para brindar una atención segura, ética y de calidad.

Esta dimensión trasciende el ámbito estrictamente académico. La vigencia del certificado no se limita a ser un documento que se exhibe en el consultorio. La propia Ley General de Salud establece que los especialistas deben contar con un certificado vigente para ejercer su práctica

profesional en los términos que marca la legislación aplicable. En la experiencia cotidiana del CONACEM, una parte importante de las solicitudes de información proviene de jueces, ministerios públicos y autoridades que requieren verificar precisamente esa vigencia en procedimientos legales, periciales o administrativos. La recertificación, por tanto, no solo fortalece la confianza pública, sino que también constituye un elemento de certeza jurídica para los pacientes, los profesionales de la salud y las instituciones.

Figura 1. La recertificación como contrato social: un compromiso compartido entre la sociedad, la profesión médica y el sistema de salud.



Fuente: CONACEM Q&A (vigencia quinquenal); Ley General de Salud, art. 81; Sánchez Mendiola, 2026.

El verdadero problema no es la recertificación; es la manera de entenderla

Durante muchos años hemos permitido que la recertificación se perciba como un proceso burocrático que se repite cada cinco años para obligar al especialista a reunir constancias, asistir apresuradamente a congresos y acumular puntos antes del vencimiento de su certificado.

Esa visión reduce un proceso de enorme trascendencia profesional a una simple carrera por cumplir requisitos.

Si la recertificación termina siendo únicamente una lista de documentos, hemos perdido de vista su propósito fundamental: ofrecer a la sociedad una garantía razonable de que el médico mantiene las competencias necesarias para ejercer con calidad y seguridad.

Ningún certificado puede garantizar la perfección profesional. Ningún examen puede demostrar todas las competencias que intervienen en la práctica clínica. Pero un sistema de recertificación bien diseñado sí puede ofrecer evidencia objetiva de que el especialista continúa aprendiendo, actualizándose y sometiendo su práctica al escrutinio de los estándares profesionales.

De la Educación Médica Continua al Desarrollo Profesional

Existe un aspecto que considero fundamental y que con frecuencia pasa inadvertido en el debate sobre la recertificación. La pregunta ya no es si la educación médica continua funciona, sino **qué tipo de educación médica continua logra modificar realmente la práctica clínica.**

La evidencia disponible ofrece una respuesta clara. Las revisiones sistemáticas de la literatura internacional, que analizan investigaciones publicadas desde finales de la década de 1970 hasta la actualidad, muestran de manera consistente que la Educación Médica Continua (EMC) puede mejorar el desempeño profesional de los médicos e, incluso, traducirse en mejores resultados para los pacientes. Sin embargo, esos mismos estudios también demuestran que no todas las actividades educativas producen el mismo efecto. La diferencia radica en cómo están diseñadas y en su capacidad para transformar el comportamiento clínico del profesional.

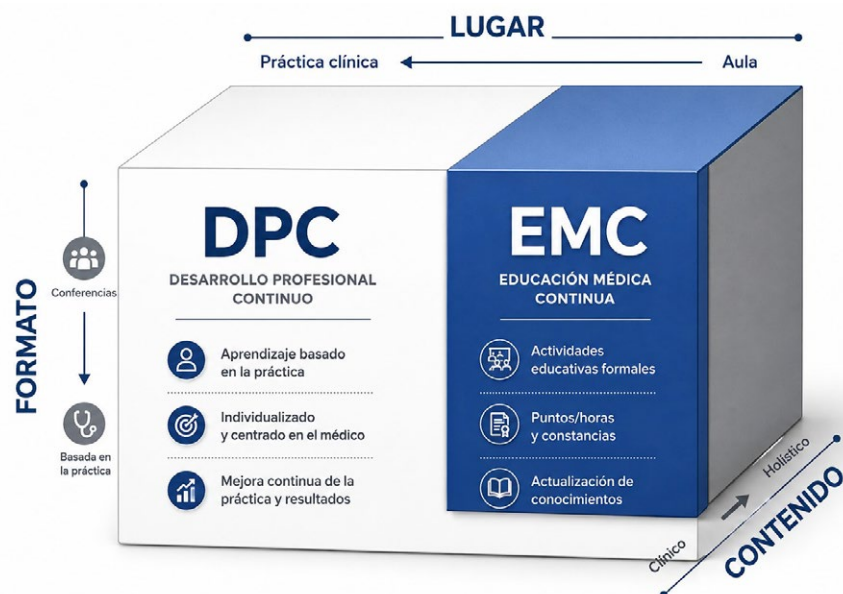
Asistir pasivamente a congresos, acumular horas de crédito o reunir constancias difícilmente modifican por sí mismos la práctica médica. Para que el aprendizaje tenga un impacto real, las actividades formativas deben ser relevantes para el contexto del especialista, promover la participación activa, ofrecer retroalimentación continua y facilitar la aplicación inmediata del conocimiento en la atención de los pacientes.

A ello se suma un aspecto ampliamente documentado por la psicología cognitiva. Los seres humanos tendemos a ser poco precisos al valorar nuestras propias competencias. El denominado **efecto Dunning-Kruger** explica cómo las personas con menor nivel de desempeño suelen

sobreestimar sus capacidades, mientras que quienes poseen mayores competencias frecuentemente las subestiman. Esta limitación hace indispensable incorporar mecanismos de evaluación externa, observación entre pares y retroalimentación estructurada, elementos que permiten identificar áreas de mejora que difícilmente se reconocerían mediante la autoevaluación.

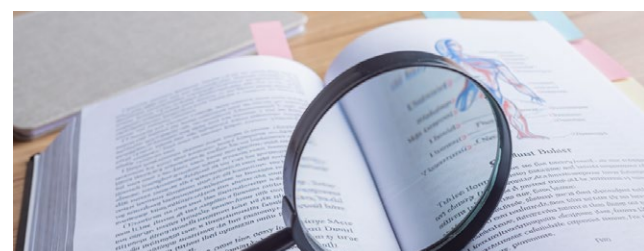


Estas evidencias han dado lugar a un cambio de paradigma en la formación médica. Hoy resulta indispensable distinguir entre **Educación Médica Continua (EMC)** y **Desarrollo Profesional Continuo (DPC)**. Aunque ambos conceptos comparten el propósito de mantener vigente la competencia profesional, responden a enfoques distintos. La EMC privilegia las actividades educativas formales y la actualización del conocimiento; el DPC incorpora, además, la reflexión sobre la propia práctica, la evaluación del desempeño, la retroalimentación sistemática, la mejora continua y la transferencia efectiva del aprendizaje a la atención clínica. Esta evolución transforma también la manera de entender la recertificación, que deja de centrarse exclusivamente en la participación en actividades académicas para orientarse hacia la demostración objetiva de competencias y la mejora permanente del ejercicio profesional.



Davis D, Barnes B, Fox R (Eds) The Continuing Professional Development of Physicians. AMA Press. 2003

Este cambio de paradigma ha sido ampliamente desarrollado en la literatura sobre desarrollo profesional continuo, particularmente en la obra *The Continuing Professional Development of Physicians*, editada por Davis, Barnes y Fox, donde se plantea que el objetivo de la actualización profesional no consiste únicamente en adquirir nuevos conocimientos, sino en lograr cambios observables en la práctica clínica y, en última instancia, en los resultados de salud de los pacientes.



Aprender no siempre significa mejorar

La evidencia científica ha demostrado que la educación médica continua puede mejorar el desempeño profesional y favorecer mejores resultados en salud. Sin embargo, también sabemos que no todas las actividades educativas producen el mismo efecto.

Asistir pasivamente a una conferencia rara vez modifica la práctica clínica. En cambio, las estrategias que promueven la participación activa, la retroalimentación, la reflexión sobre casos reales y la evaluación continua tienen un impacto considerablemente mayor.

Existe, además, un fenómeno ampliamente documentado en psicología cognitiva: las personas solemos ser poco precisas al valorar nuestras propias competencias. El llamado efecto Dunning-Kruger explica por qué algunos profesionales sobreestiman sus capacidades, mientras que otros las subestiman.

Por ello, la observación externa, la evaluación entre pares y la retroalimentación estructurada continúan siendo componentes indispensables del desarrollo profesional.

Cinco desafíos para construir un modelo de recertificación orientado al desempeño

Si realmente aspiramos a que la recertificación fortalezca la práctica clínica y no se limite a documentar actividades académicas, debemos reconocer que el sistema enfrenta desafíos que trascienden la organización administrativa de los Consejos de Especialidades Médicas. A mi juicio, hay cinco retos que definirán la evolución de la certificación médica en los próximos años.

1. El envejecimiento acelerado del conocimiento

El conocimiento médico evoluciona a una velocidad sin precedentes. La evidencia científica que hoy orienta una decisión clínica puede modificarse en pocos meses como consecuencia de nuevos ensayos clínicos, metanálisis o guías de práctica clínica. La pandemia por COVID-19 hizo evidente esta realidad: muchos especialistas contaban con certificaciones plenamente vigentes y, sin embargo, se enfrentaron a una enfermedad completamente nueva, con una fisiopatología, herramientas diagnósticas y alternativas terapéuticas que simplemente no existían cuando fueron

evaluados.

Ante esta dinámica, resulta insuficiente depender exclusivamente de evaluaciones episódicas realizadas cada cinco años. Debemos avanzar hacia modelos longitudinales que permitan acompañar de manera continua la actualización profesional. En este contexto, herramientas basadas en inteligencia artificial, como Elicit o The Evidence Checker, comienzan a ofrecer posibilidades inéditas para analizar millones de publicaciones científicas, identificar la mejor evidencia disponible y facilitar su incorporación en la toma de decisiones clínicas. La tecnología no sustituye el juicio médico; puede convertirse en una aliada para mantenerlo permanentemente actualizado.

**Te invitamos a leer
el artículo completo
en nuestra versión digital.**

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-15/el-comite-4>





EL COMITÉ

Hacia una nueva generación de la recertificación médica

La evidencia científica como eje del desarrollo profesional continuo.

“Relatoría del Simposio ‘Recertificación médica: ¿garantía de calidad o simple formalidad para el especialista?’, presentado en las Sesiones Conjuntas con la Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Nacional de Medicina.”

Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores
Tesorero de CONACEM



¿Cómo puede demostrarse que un médico especialista mantiene vigente su competencia profesional cuando el conocimiento científico cambia todos los días?

La respuesta se encuentra, en un principio, ampliamente reconocida por la medicina contemporánea: la *lex artis ad hoc*. Este concepto se refiere al conjunto de conocimientos científicos, normas técnicas, principios éticos y buenas prácticas que, en un momento determinado, definen la actuación profesional esperada frente a un paciente concreto. Este principio exige que las decisiones clínicas se fundamenten en la mejor evidencia disponible y evolucionen a medida que avanza el conocimiento médico. Si ese es hoy el referente de la buena práctica clínica, resulta razonable preguntarse si los mecanismos de recertificación deben evaluar únicamente la participación en actividades académicas o, además, la capacidad del especialista para interpretar y aplicar críticamente dicha evidencia. **De esa reflexión surge la propuesta de incorporar un capítulo 6 a la Cédula de Homologación de Criterios Curriculares, orientado al análisis evaluado de la literatura médica y normativa como una nueva forma de acreditar el desarrollo profesional continuo.**

Evolucionar también es una responsabilidad institucional

La medicina cambia todos los días. Cada año se publican nuevas guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis, consensos internacionales y normas que modifican la manera en que diagnosticamos, tratamos y damos seguimiento a nuestros pacientes. Frente a esta realidad, los sistemas de recertificación también deben evolucionar.

No basta con conservar mecanismos que resultaron adecuados hace algunos años si hoy contamos con mejores herramientas para evaluar el aprendizaje y favorecer el desarrollo profesional continuo. La actualización de nuestros modelos no implica abandonar el rigor académico; por el contrario, representa una oportunidad para fortalecerlo mediante estrategias más objetivas, flexibles y centradas en el conocimiento.

Desde la visión impulsada por el Dr. José Ignacio Santos Preciado, presidente del CONACEM, hemos propuesto la primera reforma estructural a la Cédula de Homologación de Criterios Curriculares desde su implementación en 2017. La incorporación de un capítulo 6, dedicado al análisis de la literatura médica normativa y científica —la denominada *Lex artis ad hoc*—, constituye el eje de esta transformación.



La propuesta busca resolver una realidad que hoy enfrentan muchos especialistas: la dificultad para encontrar actividades de educación médica continua que aporten un verdadero valor formativo y, al mismo tiempo, sean compatibles con las exigencias del ejercicio profesional. Por ello, el nuevo modelo plantea una profunda modificación a la manera en que se acredita el aprendizaje. En lugar de privilegiar la asistencia a eventos académicos, propone reconocer el estudio independiente sustentado en evidencia científica; flexibilizar la integración de los 250 puntos curriculares mediante seis capítulos sin mínimos obligatorios; incorporar evaluaciones en línea psicométricamente validadas y conservar el examen de recertificación como una vía alterna para quienes lo requieran. Estas modificaciones buscan que el especialista sea evaluado por lo que demuestra saber y aplicar, más que por el número de actividades a las que asiste.

Figura 1. Propuesta de incorporación del capítulo 6: una nueva vía para acreditar el desarrollo profesional mediante el análisis y la evaluación de la literatura científica y normativa.

Incorporación de un nuevo Capítulo 6: Análisis de literatura médica normativa y científica

(Lex artis ad hoc) — la primera reforma de fondo a la Homologación desde 2017

Hasta 135 pts

por análisis evaluado de literatura: más de la mitad de los 250 requeridos, sin depender de la asistencia a eventos.

Sin mínimos

se eliminan los capítulos obligatorios:
los 250 puntos se integran libremente
combinando los seis capítulos.

Evaluación real

cuestionarios psicométricamente validados por documento; pasa de acreditar asistencia a demostrar dominio de la evidencia.

Examen subsiste

quien no reúna el puntaje conserva la vía del examen de recertificación.

Objetivo declarado:

evolucionar de un modelo centrado en la asistencia a eventos hacia un sistema que evalúe el dominio explícito de la evidencia científica vigente (la Lex artis ad hoc de cada especialidad).

Del registro de asistencia a la demostración del conocimiento

Durante muchos años, buena parte de la educación médica continua se basó en la participación en congresos, cursos y reuniones académicas. Estos espacios continúan siendo valiosos, pero también debemos reconocer que no siempre garantizan un aprendizaje efectivo ni responden por igual a las necesidades de todos los especialistas.

Hoy disponemos de plataformas digitales de acceso inmediato a la literatura científica de alta calidad y de herramientas de evaluación que permiten comprobar objetivamente la comprensión y la aplicación del conocimiento. Por ello, la propuesta no consiste en sustituir la educación médica continua, sino en ampliar las posibilidades mediante una modalidad que privilegie el estudio independiente, la lectura crítica y la reflexión clínica.

El nuevo modelo permitiría acreditar hasta 135 puntos mediante el análisis evaluado de documentos científicos, eliminaría los mínimos obligatorios por capítulo y conservaría el examen de recertificación como vía alternativa para quienes lo requieran. De esta manera, el sistema deja de centrarse exclusivamente en la asistencia a eventos y comienza a valorar el dominio efectivo de la evidencia científica.

Un modelo diseñado para la práctica cotidiana

Uno de los objetivos centrales de esta propuesta es hacer compatible la recertificación con la realidad laboral de los médicos especialistas.

Operativamente, cada Consejo seleccionaría documentos publicados en los últimos cinco años —



guías de práctica clínica, normas oficiales, metaanálisis, revisiones sistemáticas o casos clínicos relevantes— que los especialistas analizarían mediante una plataforma electrónica desarrollada para tal fin.

Con una inversión aproximada de dos o tres horas mensuales en lectura estructurada, el médico respondería cuestionarios elaborados con criterios psicométricos, orientados a valorar la aplicación clínica del conocimiento y no únicamente la memorización de conceptos. Acreditar cada evaluación permitiría acumular progresivamente los puntos necesarios para la recertificación.

Más que aumentar las exigencias, este modelo busca transformar el tiempo dedicado a la actualización en una actividad con un impacto directo en la práctica clínica.

Figura 2. Esquema operativo del capítulo 6: selección de documentos, evaluación en línea y acreditación progresiva de puntaje.

PROPUESTA NORMATIVA · CAPÍTULO 6

Mecánica. Un comité de cada Consejo selecciona documentos publicados en los últimos 5 años (guías, NOMs, ensayos, revisiones, metaanálisis y temas transversales). Cada lectura se evalúa en línea, sin costo, en una plataforma habilitada para este fin por CONACEM: 10–15 preguntas de aplicación clínica, 80% para acreditar.

27 pts/año

Esfuerzo estimado: 2-3 horas mensuales de lectura crítica estructurada para reunir 135 puntos en el quinquenio.

Una propuesta alineada con las mejores prácticas internacionales

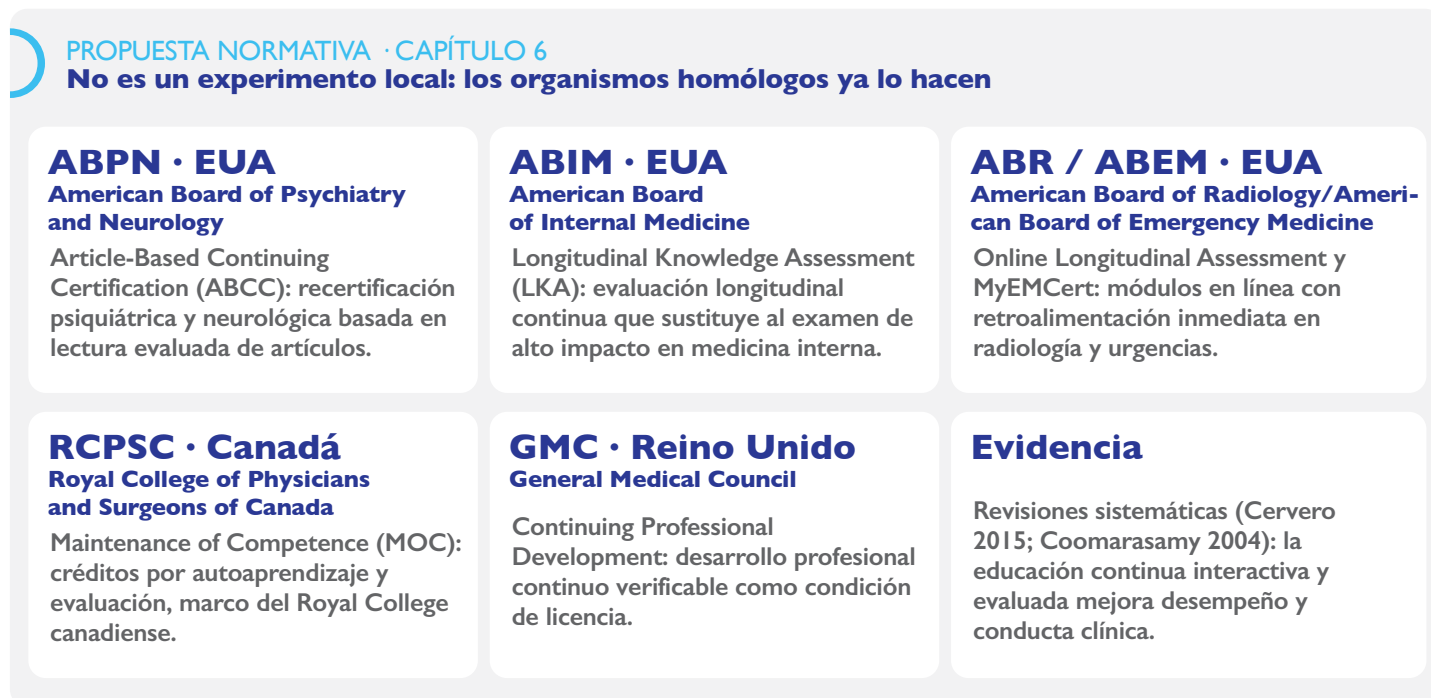
Con frecuencia se pregunta si este modelo es una innovación exclusiva del CONACEM. La respuesta es no.

Diversos organismos responsables de la certificación médica en Estados Unidos, Canadá, Australia y el Reino Unido han incorporado, desde hace varios años, estrategias basadas en la lectura evaluada de la literatura científica, el aprendizaje autodirigido y la evaluación continua del conocimiento.

Instituciones como el American Board of Internal Medicine, el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada o el General Medical Council del Reino Unido han demostrado que estos mecanismos favorecen una actualización más permanente y estrechamente vinculada a la práctica clínica cotidiana.

La evidencia disponible señala, además, que el aprendizaje sustentado en la lectura crítica y en la evaluación periódica produce cambios más duraderos en el desempeño profesional que la mera asistencia a actividades académicas.

Figura 3. Experiencias internacionales que respaldan la incorporación del aprendizaje basado en evidencia y de la evaluación continua.



Una respuesta concreta a los desafíos identificados

La propuesta del capítulo 6 no surge de manera aislada. Implica una respuesta directa a las áreas de oportunidad identificadas durante el diagnóstico nacional sobre la implementación de la Cédula de Homologación de Criterios Curriculares.

La incorporación de la lectura evaluada permite reconocer nuevas modalidades de educación médica que no existían cuando el modelo fue diseñado; al mismo tiempo, reduce las barreras que enfrentan muchos especialistas para acceder a actividades docentes o de investigación y disminuye la dependencia exclusiva de la asistencia a congresos como la principal fuente de puntaje curricular.

En otras palabras, no se trata únicamente de incorporar un nuevo capítulo. Se trata de construir un sistema más flexible, más equitativo y congruente con la manera en que hoy se genera y se comparte el conocimiento científico.

**Te invitamos
a leer el artículo
completo
en nuestra
versión digital.**



<https://certeza.conacem.org.mx/numero-15/el-comite-5>



**ACADEMIA
MEXICANA DE
CIRUGÍA A.C.**

LXIII SEMANA MÉDICO QUIRÚRGICA NACIONAL

La Academia Mexicana de Cirugía le invita a participar en la LXIII Semana Médico-Quirúrgica Nacional 2026, un encuentro académico donde especialistas de todo el país compartirán conocimientos y avances que fortalecen la medicina y la cirugía en México. 17 al 19 de septiembre de 2026 · Poliforum León, León, Guanajuato.

Más Información:

Email: acameci@omc.org.mx • WhatsApp: +52 1 55 7355 1250

Página web: <https://jornadaacademica.amc.org.mx/#programa-section>



Dra. Macarena Del Rosario Sifuentes Martínez
Presidenta del Consejo Mexicano de Geriatria
geriatriadramac@gmail.com



Actualmente la humanidad está viviendo una época como nunca antes. Hemos alcanzado las cifras más altas de longevidad sostenida y las tasas más altas de supervivencia. Con una sociedad envejecida, la expectativa de vida en México es en promedio de 75 años.¹ El bono poblacional está por agotarse y la sociedad ha envejecido. De ahí la extrema necesidad de formación de especialistas en la rama de la medicina capacitada para la atención de las personas adultas mayores.

La especialidad de geriatría surgió en el Reino Unido en 1946 con la Dra. Warren, hace poco más de medio siglo como respuesta a la falta de atención médica adecuada a las personas mayores, quienes no eran consideradas candidatas para diagnóstico ni tratamiento.² Esta situación reflejaba una visión social excluyente hacia la vejez. Hoy, aunque persisten ciertos estigmas, la formación de especialistas en geriatría ha crecido, impulsada por la necesidad de responder al envejecimiento poblacional y sus implicaciones epidemiológicas a nivel global.

La especialidad de geriatría, a pesar de ser relativamente nueva, si la comparamos con otras especialidades, en México comenzó formalmente entre 1986-1989, desde entonces ha tenido un crecimiento acelerado. Actualmente existen alrededor de 50 sedes formadoras reportadas en el país, con un crecimiento continuo en los últimos años; distribuidas en las diferentes instituciones del sector salud.

La formación de los médicos geriatras ha tenido una peculiar transformación. Ante la alta demanda de especialistas para atender el acelerado envejecimiento poblacional en México, la formación en geriatría sufrió una reestructuración clave por parte de las universidades y las instituciones de salud, pasando de un esquema indirecto (2 a 4 años de Medicina Interna + Geriatria = 5 a 6 años) al modelo actual de entrada directa de 4 años ininterrumpidos en la sede hospitalaria a partir del proceso ENARM 2013-2014.

Perfil del geriatra

El perfil del geriatra viene a compaginarse no de manera sencilla con lo que se espera sean las competencias del médico del futuro, basados en una medicina humana; con una alta capacidad técnica para atender las patologías más complejas y de presentaciones más atípicas pero de la manera más compresiva posible, una medicina centrada en la persona y sus necesidades pero sobre todo sus deseos, ya el paradigma de la antigua medicina quedó atrás donde la atención centrada en la enfermedad ha cambiado por una atención centrada en la persona.³

El geriatra debe poseer los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para implementar estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, investigación y docencia, en los diferentes escenarios

donde se encuentre la persona mayor, y para fortalecer redes de apoyo que favorezcan la reintegración del paciente a su vida tanto cotidiana y familiar como social, de ahí la visión integral y el liderazgo en los equipos de salud de atención médica.



Proceso de certificación y recertificación

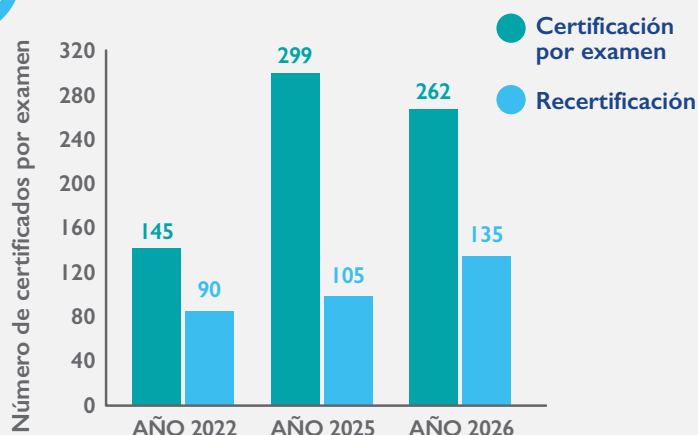
El proceso para certificarse como geriatra requiere la comprobación del arduo proceso de 4 años llevado a cabo entre rotaciones hospitalarias y atención médica ambulatoria, visitas a asilos y cuidados paliativos, es decir, el médico geriatra tiende a cubrir un vasto universo de escenarios clínicos que le otorgan las competencias para desempeñarse de la mejor manera. Por ello, mantener y aspirar a ser geriatra certificado es sinónimo de calidad y compromiso y, por lo tanto, mantener esta certificación es un compromiso constante con la sociedad.

Desde su formación en 1983, el Consejo Mexicano de Geriátría ha certificado 1,600 geriatras en todo el país, con la tasa más alta de certificación en los últimos 4 años.

Existen actualmente alrededor de 48 sedes formadoras de geriatras, cifra que ha ido incrementándose de manera importante en los últimos 5 años.

Desde el año 2022 se ha marcado una tendencia tanto en el número de geriatras certificados por examen, con un aumento de 62% al año 2026, como en el número de médicos con recertificación continua. El Consejo lo realiza a través de la aplicación de dos exámenes en el año y por la vía curricular de acuerdo con el puntaje obtenido en su práctica médica.

Geriatras certificados por examen y recertificación periodo 2022-2026



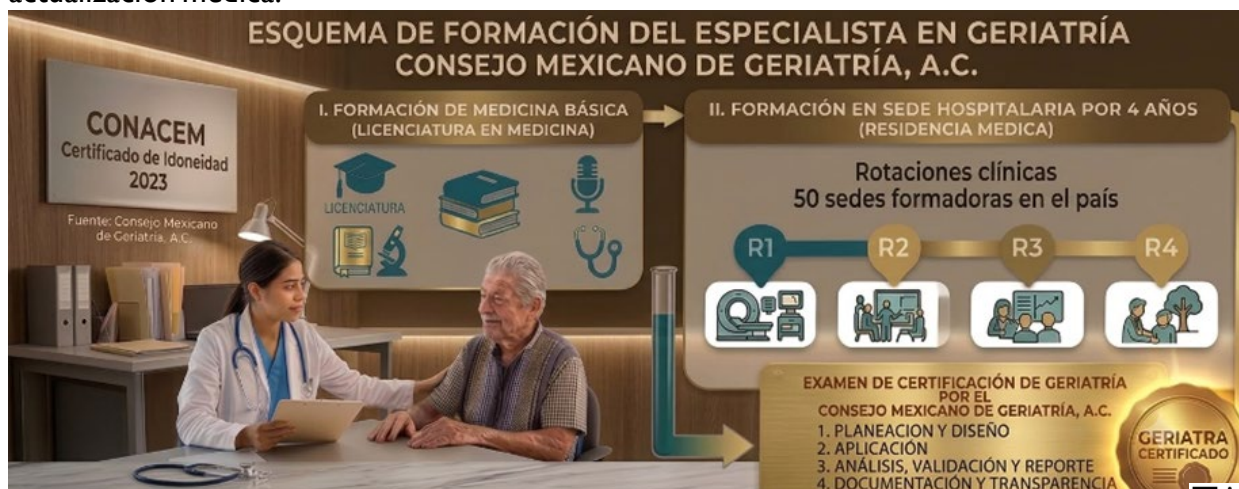
Desafíos actuales

Reconocemos la existencia de múltiples formas de actualización en el campo de la geriatría, y el derecho de los médicos a recibir capacitaciones en la materia; sin embargo, la geriatría como especialidad es la vía formal, validada y jurídicamente avalada ante las instituciones para la certificación de los médicos especialistas. Reconocer y validar esta sólida formación es afirmar nuestro compromiso con la sociedad y las personas adultas mayores de otorgar una atención médica de calidad, capaz de responder mediante procesos estandarizados y evaluados por pares. Por ello, promover una certificación veraz, donde el geriatra certificado demuestre su rigurosa preparación, denota el liderazgo que lo caracteriza e impulse nuevas soluciones para los retos demográficos actuales.

Se espera que el número de nuevos geriatras formados para los próximos 4 años tenga un incremento promedio de 50%. Sin duda representará una gran noticia para la sociedad que espera beneficiarse de la atención de estos médicos especialistas, y un reto poder seguir certificando más y de mejor calidad a este capital humano.

Mejora continua y estándares de calidad

El envejecimiento es heterogéneo, complejo, a veces sencillo pero también es desafiante; por ello una de las premisas para evaluar el contexto y calibre de la formación del geriatra debe ser el escenario clínico y la constante actualización médica.



Te invitamos a leer el artículo completo en nuestra versión digital.

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-15/el-mundo-de-la-certificacion-1>





EL MUNDO DE LA
CERTIFICACIÓN

Evaluación de competencias transversales del desempeño profesional para la certificación de la especialidad en Ginecología y Obstetricia

Dra. Yolanda Leyva Barajas
Asesora en Evaluación del Consejo
Mexicano de Ginecología y Obstetricia AC
yeleyva@gmail.com

Dra. Nancy Sierra Lozada
Consejo Mexicano de Ginecología
y Obstetricia AC
silonancy305@gmail.com

Dra. María Teresita Leis Márquez
Consejo Mexicano de Ginecología
y Obstetricia AC
draleis@yahoo.com.mx



Presentación

La intención de esta ponencia es presentar información de la aplicación piloto del portafolios de evaluación desarrollado con el propósito de fortalecer el proceso actual de certificación del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Para el diseño recuperamos información derivada de la investigación educativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud, sobre el papel de la comunicación, el profesionalismo y la colaboración interprofesional en la solución de casos clínicos. Se presenta también evidencia del funcionamiento del portafolios, obtenida mediante la aplicación piloto de las tareas evaluativas basadas en casos clínicos que lo integran.

Introducción

Desarrollamos un marco teórico de soporte a la evaluación de competencias en el que consideramos su carácter integrador, y la importancia del contexto en el que ocurre la práctica profesional.¹ De acuerdo con la clasificación del National Research Council,² el carácter integrador de la competencia implica que se ponen en juego recursos tanto cognitivos, como inter e intrapersonales en la solución de problemas.

El dominio cognitivo incluye tres conjuntos de competencias:

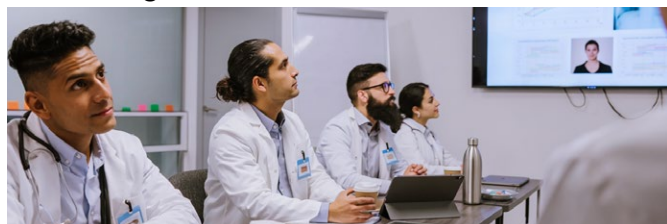
- a • Procesos cognitivos y estrategias
- b • Conocimiento
- c • Creatividad

El dominio intrapersonal incluye otros tres conjuntos de competencias:

- a • Apertura intelectual
- b • Trabajo ético
- c • Consciencia y autoevaluación centrada y positiva

El dominio interpersonal incluye dos conjuntos de competencias:

- a • Trabajo colaborativo en equipo
- b • Liderazgo



El modelo actual de evaluación para la certificación consiste en la presentación de un examen de opción múltiple con reactivos de conocimiento y reactivos asociados a casos clínicos, con lo que se cubre la dimensión cognoscitiva con representatividad de las 15 Actividades Profesionales Confiables (APROC) validadas para la especialidad.³

A partir de la incorporación del portafolios, podrá obtenerse evidencia de las dimensiones inter e intrapersonales, como la capacidad para establecer una comunicación efectiva, respetuosa y empática con las pacientes y sus familiares, y una colaboración interprofesional ética y responsable, para brindar una atención integral a las pacientes.

Hacer evaluación auténtica, a partir de casos que simulan situaciones reales comunes que atienden los especialistas tanto en consultorios como en el ámbito hospitalario, permite recuperar elementos contextuales importantes para valorar su efecto en el desempeño observado.

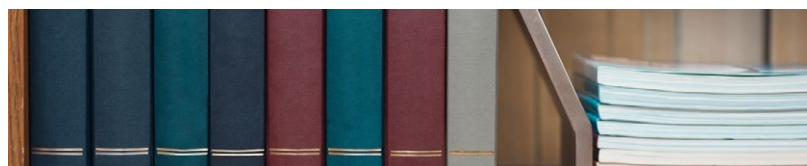
El portafolios se diseñó en dos fases:

1. Para la certificación; a partir de casos que simulan tanto las principales consultas y requerimientos de pacientes, como escenarios en los que es necesario hacer una interconsulta con otros profesionales de la salud.

2. Para la vigencia; mediante casos reales seleccionados y documentados por las propias personas evaluadas.

En el presente trabajo, solo nos vamos a referir a la fase de certificación del portafolios, en la que se optó por la simulación, mediante videos producidos con inteligencia artificial a partir de los guiones de interacción, producidos como parte del desarrollo de los casos para las I5APROC en dos tareas específicas. El trabajo de diseño y desarrollo de las tareas evaluativas y los casos se llevó a cabo con la participación de especialistas de los comités del Consejo, profesores asociados y titulares de Centros Formadores invitados, conforme a los estándares de la AERA, APA y NCME4 (2014) y los de CONACEM. En cuanto a la estructura de las tareas, a manera de estímulo y para promover la interacción, se presenta una breve descripción de un caso clínico con un video, después de una primera respuesta oral videograbada de la persona sustentante, se presenta información complementaria de seguimiento a la paciente y se solicita volver a grabar una respuesta oral, con base en la nueva información, simulando una interacción. Para finalizar la tarea, la persona evaluada debe proporcionar una justificación escrita de su interacción.

Para la valoración y calificación estandarizada de la interacción oral y la justificación escrita, se desarrollaron rúbricas analíticas para estimar apropiadamente las respuestas alternas equivalentes en calidad. La construcción de rúbricas se llevó a cabo con apego a los desempeños esperados de las matrices de muestreo y el modelo de Dreyfus y Dreyfus⁶ basado en evidencia de investigación de la comparación entre el desempeño profesional de personas expertas y novices. En paralelo a la elaboración del portafolios, se desarrolló una plataforma informática para su aplicación en línea, con los módulos de aplicación y el de calificación, con todas las medidas de seguridad y de protección de datos personales, que se requieren en este tipo de evaluaciones.



Metodología y resultados de la aplicación piloto del portafolios

Diseño del piloto. Para seleccionar a los 30 participantes del piloto, se utilizó un muestreo aleatorio sistemático estratificado. El tipo de sostenimiento del centro formador (público o privado) se empleó como estrato explícito. Dentro de cada estrato, el marco muestral se ordenó por región, entidad federativa y número de egresados, estas variables operaron como estratos implícitos. Una vez obtenidas las listas de residentes de los centros formadores seleccionados, se eligieron al azar a los participantes de acuerdo con la cuota de cada centro.

Procedimiento. Cada residente participante de la muestra respondió las dos tareas que conforman el portafolios. Cada tarea cuenta con 15 casos para representar las APROC, por lo que se aplicaron los 30 casos. También se les pidió responder un cuestionario sobre su experiencia y se programaron entrevistas cognitivas durante el proceso de respuesta de las tareas evaluativas con cuatro participantes, para obtener evidencia de los procesos cognitivos implicados en la solución de las tareas.

Resultados principales. El análisis cualitativo de las entrevistas cognitivas arroja evidencia de validez de constructo y de la pertinencia de las tareas evaluativas, siendo congruente con la opinión de los residentes misma que se obtuvo para los distintos elementos de las tareas y los casos clínicos, mediante un cuestionario con una escala de 5 niveles.

**Te invitamos
a leer el artículo
completo
en nuestra
versión digital.**



<https://certeza.conacem.org.mx/numero-15/el-mundo-de-la-certificacion-2>



EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

La necesidad de la presencia de un especialista certificado en medicina crítica: beneficios para el paciente y requerimientos asistenciales en la UCI moderna

Dr. Antonio Hernández Bastida
Jefe de Servicio de Terapia Intensiva, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"
Consejero del Consejo Mexicano de Medicina Crítica.
antoniohernandezbastida@hotmail.com



La medicina crítica contemporánea exige decisiones complejas, monitorización avanzada continua y coordinación permanente de terapias de soporte vital y extracorpóreas en pacientes con disfunción orgánica aguda.^{1,2} En este contexto, se ha propuesto la disponibilidad de un médico especialista certificado en medicina crítica como un componente estructural de calidad, seguridad y eficiencia en las unidades de cuidados intensivos modernas.³

En los últimos años, la literatura ha demostrado que los modelos de atención liderados por intensivistas favorecen la estandarización del cuidado, la adherencia a prácticas basadas en evidencia y la reducción de la variabilidad clínica.⁴ Además, la experiencia reciente en emergencias sanitarias, como la pandemia de COVID-19, evidenció que la formación específica del intensivista es esencial para ampliar la capacidad operativa, optimizar el uso de recursos humanos y mantener desenlaces aceptables en escenarios de alta demanda.¹

El objetivo de esta revisión narrativa es sintetizar, con base en la literatura publicada en la National Library of Medicine en los últimos diez años, los beneficios para los pacientes y las necesidades asistenciales que justifican la presencia de un especialista certificado en medicina crítica.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura publicada en los últimos diez años e indexada en la National Library of Medicine/PubMed, complementada con documentos de consenso y publicaciones académicas recientes relacionadas con la organización de cuidados críticos.^{5,2}

La pregunta central fue identificar:^{6,7}

1. Qué beneficios clínicos y organizacionales genera la presencia de un médico intensivista certificado.
2. Qué necesidades asistenciales del paciente crítico justifican este perfil profesional.

Resultados

La evidencia revisada muestra que las UCIs con

participación estructurada de intensivistas se asocian con mejor control clínico y procesos asistenciales más consistentes, lo que se refleja en la reducción de la mortalidad y de estancias prolongadas innecesarias en la UCI.⁴ Entre los beneficios más contundentes reportados destacan menor mortalidad hospitalaria, reducción de complicaciones prevenibles, mayor adherencia a protocolos y guías clínicas y un uso más racional de los recursos materiales críticos.^{3,6} (Generalidades de la medicina crítica o intensivista, 2019; Mentoría en medicina crítica, 2019).

Desde la perspectiva de las necesidades del paciente crítico y su familia, el intensivista certificado mejora la oportunidad diagnóstica y terapéutica en cuadros de rápida evolución, como sepsis, insuficiencia respiratoria aguda, síndrome de dificultad respiratoria aguda, choque y falla multiorgánica.^{1,4} Su entrenamiento formal permite integrar la tecnología moderna de monitorización hemodinámica, ventilación mecánica, soporte vasopresor, control de infecciones y estrategias de prevención del delirium, además de evitar la sedación excesiva y la inmovilidad, promoviendo la rehabilitación temprana.⁷

La revisión también identifica beneficios organizacionales con impacto directo en el paciente. Los equipos multidisciplinarios coordinados por intensivistas muestran mejor comunicación clínica, mayor continuidad del cuidado y una implementación más confiable de paquetes de atención, listas de verificación y metas diarias de tratamiento.^{5,6} Asimismo, los modelos centrados en la familia han resaltado el valor del intensivista como interlocutor principal para la deliberación pronóstica, la adecuación del esfuerzo terapéutico y la toma de decisiones compartidas, evitando el encarnizamiento terapéutico.⁸

En cuanto a las necesidades asistenciales, el paciente crítico actual presenta una complejidad fisiopatológica que supera la suma de competencias aisladas de otras especialidades, manteniendo el principio rector de la medicina crítica de valorar de forma integral al enfermo grave.³ La necesidad de interpretar datos dinámicos, anticipar el deterioro, priorizar intervenciones tiempo-dependientes y coordinar múltiples dispositivos y terapias de manera simultánea hace indispensable la participación de un profesional con competencias específicas y certificadas en medicina crítica.⁷

La pandemia por SARS-CoV-2 puso de manifiesto esta necesidad. Los documentos de consenso enfatizaron que la expansión segura de camas de cuidados críticos, la selección de estrategias ventilatorias y la organización de circuitos asistenciales dependieron del liderazgo experto en medicina crítica. Estos hallazgos pueden extrapolarse a otras contingencias, como trauma complejo, choque refractario, posoperatorio de alto riesgo y brotes epidémicos con demanda súbita de soporte vital avanzado.^{2,3}

Discusión

Los hallazgos de esta revisión apoyan que la presencia de un intensivista certificado no debe entenderse solo como un elemento deseable de sofisticación hospitalaria, sino como una necesidad asistencial estrechamente vinculada con la calidad y la seguridad del paciente.^{4,3} La principal explicación es que el paciente crítico requiere la integración inmediata de conocimiento fisiopatológico, habilidades para procedimientos, juicio pronóstico y liderazgo operativo, competencias que convergen de manera formal en la medicina crítica.⁷

Además del beneficio clínico directo, el intensivista certificado contribuye al cuidado de alto valor al limitar intervenciones de bajo rendimiento, ordenar prioridades terapéuticas y reducir la variabilidad injustificada. Esto es especialmente relevante en sistemas de salud con presión sobre camas de UCI, costos crecientes, presupuestos limitados y exigencias de trazabilidad en indicadores de calidad.⁴

Para los médicos de otras especialidades, la colaboración temprana con medicina crítica mejora la transición desde urgencias, quirófano u hospitalización y favorece decisiones más consistentes en escenarios de deterioro agudo.⁶ La literatura señala también que la figura del intensivista facilita una comunicación más estructurada con los familiares y fortalece el liderazgo clínico del equipo multidisciplinario.^{8,7}

Entre las principales limitaciones de esta revisión se encuentra el predominio de literatura narrativa, documentos de consenso y estudios organizacionales heterogéneos, lo que dificulta estimar un tamaño de efecto uniforme para cada desenlace.^{1,5} Sin embargo, la consistencia conceptual entre calidad, seguridad, liderazgo clínico y complejidad del paciente crítico respalda de manera sólida la necesidad del especialista certificado en la UCI moderna.

Conclusiones

La literatura reciente respalda que la presencia de un médico especialista certificado en medicina crítica se asocia con mejores procesos asistenciales, mayor seguridad del paciente y mejores resultados en las UCIs.^{4,3} En consecuencia, la disponibilidad de intensivistas certificados debe considerarse un estándar de calidad para la atención del paciente críticamente enfermo y una prioridad en la planeación de recursos humanos en hospitales de alta complejidad y demanda de servicios.^{1,7}



Referencias bibliográficas

1. Accini Mendoza, J.L. et al. (2020) 'Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19', *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 20(4), pp. 287–333.
2. Rediseño especialidad en medicina del enfermo crítico. (2020). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
3. Generalidades de la medicina crítica o intensivista. (2019). RECIAMUC.
4. Namendys-Silva, S.A. (2019) 'Cuidado de alto valor en medicina crítica', *Medicina Crítica (México)*, 33(2), pp. 91–98.
5. Equipo multidisciplinar de atención al paciente crítico (2024) *Ars Pharmaceutica*.
6. Mentoría en medicina crítica (2019) *CAMBios*.
7. Manual de medicina crítica (2025) MAWIL Editorial.
8. La familia, fundamental en la nueva Medicina Crítica (s. f.) *Gaceta Facultad de Medicina UNAM*.



EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

La formación de los y las residentes de psiquiatría en México: un proceso cada vez más complejo

Dr. Luis Alberto Patrón Vázquez
Presidente del Consejo Mexicano de Psiquiatría
Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación
del Hospital Psiquiátrico, Yucatán
luispatronvazquez@yahoo.com.mx

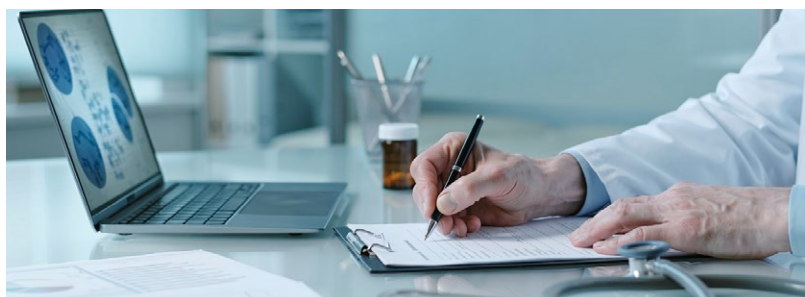


Los trastornos mentales constituyen una causa importante de discapacidad que afecta la calidad de vida de millones de personas en México y en el mundo. En nuestro país, el número de psiquiatras, que es de 3.7 por cada 100,000 personas, estando por debajo de los recomendados por la Organización Mundial de la Salud, que considera de 10 a 15 psiquiatras por cada 100,000 personas. La formación de especialistas en psiquiatría constituye un pilar fundamental para responder a esta creciente demanda de atención en salud mental y disminuir este déficit.¹

Desde el inicio de la carrera nos enseñan que los humanos somos seres biopsicosociales, y que, como profesionales de la medicina, tenemos que tratar y entender al ser humano desde las tres perspectivas; en psiquiatría, más que en otras áreas de la medicina, esto es una realidad. Es indispensable preparar a los médicos y médicas residentes con sólidos conocimientos basados en evidencia científica, habilidades clínicas, nociones en psicología y una visión humanista.

Lograr este equilibrio en su formación es complicado. Por un lado, tenemos que infundir en ellos un conocimiento sobre los mecanismos biológicos que explican, aunque sea parcialmente, la génesis de los trastornos mentales, cómo realizar un adecuado examen mental que nos permita conocer cómo percibe el mundo, lo que piensa, lo que teme. Cómo realizar un diagnóstico, sin biomarcadores o estudios de imagen que nos permitan tener una mayor certeza.

También que conozcan la farmacopea disponible y aprender cómo decidir qué medicamento sería el idóneo para cada paciente. Tener nociones de medicamentos clásicos que nos han ayudado desde hace más de 70 años, y que todavía utilizamos, hasta las nuevas opciones farmacológicas, que desafortunadamente, no siempre están disponible para toda la población o en todas las instituciones. Es importante que también



conozcan opciones no farmacológicas, como la terapia magnética transcraneal y la terapia electroconvulsiva, que pueden apoyar a muchas personas.

Cómo ya se comentó, los humanos somos seres biopsicosociales, y sería un error enfocar la enseñanza solo en el aspecto biológico. Para realmente conocer y entender a nuestros pacientes, también tenemos que considerar los aspectos psicológicos que influyen en la formación de su personalidad, por qué la persona actúa y reacciona como lo hace. Dentro del conocimiento que debe adquirir un especialista en psiquiatría, se incluyen las bases de las diferentes disciplinas psicoterapéuticas, lo que nos permitirá entender mejor a nuestros pacientes, poder proporcionar psicoeducación, mejorar la adherencia terapéutica y referir al especialista adecuado, de acuerdo con sus necesidades.

No podemos omitir el aspecto social. Entender cómo los aspectos culturales del paciente, el estilo de vida, el trabajo, la familia y los demás estresores afectan positiva o negativamente la etiología y la evolución de la enfermedad, el apego al tratamiento y el entendimiento del problema médico. Es importante también aprender a trabajar con otras disciplinas de la salud, que se especializan más en el área social, como trabajo social, para poder ofrecerle la mejor atención a los usuarios de nuestros servicios.

Otro aspecto relevante es la incorporación de nuevas estrategias educativas. La educación en línea, el aprendizaje basado en casos clínicos, las sesiones interdisciplinarias y el acceso a plataformas digitales pueden fortalecer la formación de los residentes, permitiendo una actualización constante y mayor flexibilidad para adquirir conocimientos. Sería irresponsable no considerar cómo utilizar estas herramientas para complementar la enseñanza tradicional y cómo favorecen el desarrollo del autoaprendizaje, competencia indispensable en una especialidad donde el conocimiento científico evoluciona continuamente.



Sin embargo, también es importante asegurarnos de que, al usar estas herramientas, los médicos en formación, no pierdan el juicio clínico. Es muy fácil con los medios actuales, usar la inteligencia artificial para hacer notas, llegar a diagnósticos y procesar mucha información, pero es nuestra responsabilidad como formadores, que las nuevas generaciones sepan que son instrumentos que nos ayudan, pero que no deben de sustituir nuestro juicio, nuestra experiencia y nuestra labor médica.

No nos podemos olvidar de la investigación, que debe de ocupar un lugar importante dentro de la residencia, promoviendo la participación en protocolos de investigación, presentación de trabajos en congresos y publicación de artículos científicos. Estas actividades fortalecen el pensamiento crítico y la capacidad de aplicar la medicina basada en evidencia en la práctica clínica, fomentando una actitud de mejora continua y contribuyendo al avance del conocimiento en salud mental.

Con respecto a las condiciones de la formación en las diferentes instituciones, estas han mejorado en los últimos años, sin embargo, los y las residentes continúan enfrentando jornadas exigentes, guardias largas y una alta responsabilidad clínica, lo que puede afectar su bienestar físico y emocional. Uno de los principales retos de la residencia en psiquiatría es mantener un equilibrio entre la carga asistencial y el aprendizaje académico. Es importante continuar promoviendo estrategias orientadas al bienestar de los residentes, considerando que un médico con buena salud mental ofrece una atención de mayor calidad y desarrolla mejor sus competencias profesionales.²

La formación de residentes de psiquiatría representa un proceso muy complejo que debe de combinar conocimientos y herramientas científicas, experiencia clínica, investigación y desarrollo humano. Los desafíos actuales, como el incremento de los problemas de salud mental y la falta de profesionistas en esta área, hacen indispensable fortalecer los programas de residencia. Formar psiquiatras altamente capacitados, empáticos, éticos, comprometidos con la salud biopsicosocial de sus pacientes, y comprometidos con una actualización continua, mejorará la calidad de la atención en salud mental y contribuirá al bienestar de la población mexicana.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. World Health Organization. 2021.
2. Guzmán-Díaz G et al. Salud mental en posgrado médico: una urgencia en la sistematización de estrategias. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2024;62(5):e6048.
- Heinze G, Narváez RG, Appenzeller BK, de la Maz, MD, Jaramillo MS. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. Salud Mental, 39(2), 69-76



ESTÁNDAR
DE CALIDAD

¿Cómo saber si un médico está listo?

Hitos, actividades profesionales a confiar
y decisiones de certificación

Dr. Alejandro Rendón Molina
Director de Vigencia de Certificación
del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Subdirector de Ginecología y Reproducción Humana
en el Instituto Nacional de Perinatología



La certificación debe responder una pregunta concreta: ¿el especialista puede integrar conocimientos, juicio clínico, comunicación, profesionalismo y responsabilidad para atender a un paciente sin supervisión directa?

Durante más de un siglo, la educación médica se organizó en torno a dos elementos: el tiempo de formación y la transmisión de conocimientos. Haber concluido una residencia permitía asumir que el médico había adquirido las competencias necesarias para ejercer en una especialidad. Hoy, esa conclusión ya no se acepta automáticamente. La pregunta no es solo cuántos años cursó un residente, sino qué es capaz de hacer al egresar y si puede hacerlo de manera segura, responsable y sin supervisión directa.

Esta pregunta tiene consecuencias inmediatas para los Consejos de Especialidad. Certificar no consiste únicamente en comprobar cuánto sabe un sustentante. Implica decidir si está preparado para integrar conocimientos, habilidades clínicas, juicio, comunicación, profesionalismo y responsabilidad en situaciones reales de atención. Los hitos y las Actividades Profesionales Confiables (APROC) ofrecen un marco para tomar esa decisión con mayor claridad.

De la formación por tiempo a la formación por resultados

La educación médica basada en competencias no es una moda reciente. Sus antecedentes se remontan a 1949, cuando Ralph Tyler planteó que toda institución educativa debía definir sus propósitos en función de los resultados esperados de sus egresados. Posteriormente, los trabajos de Bloom, Carroll y McGaghie contribuyeron a sentar las bases del modelo que hoy conocemos.

En términos prácticos, la educación médica basada en competencias (EMBC) prepara al médico para el ejercicio profesional a partir de las capacidades que debe demostrar al egresar. Esas capacidades se derivan de las necesidades de los pacientes y de la sociedad. El modelo reduce el énfasis en el tiempo de formación y lo desplaza hacia resultados específicos, con mayor rendición de cuentas, mayor flexibilidad y mayor atención al proceso de aprendizaje.

Este cambio rompe un paradigma estructural: en nuestro medio, los programas de especialización siguen sujetos a duraciones predeterminadas. Sin embargo, algunos países, entre ellos Canadá y los Países Bajos, han comenzado a

explorar programas más flexibles, capaces de acortarse o prolongarse según el momento en que el residente alcance las competencias requeridas. La transición no depende únicamente de las instituciones formadoras, sino que requiere organismos reguladores dispuestos a modificar los criterios con los que se acredita la formación y se certifica el ejercicio profesional.

En 1999, el Accreditation Council for Graduate Medical Education y el American Board of Medical Specialties impulsaron seis dominios de competencia:

- ATENCIÓN AL PACIENTE
- CONOCIMIENTO MÉDICO
- APRENDIZAJE BASADO EN LA PRÁCTICA
- HABILIDADES INTERPERSONALES Y DE COMUNICACIÓN
- PROFESIONALISMO
- PRÁCTICA BASADA EN SISTEMAS

El reto apareció de inmediato. Había instrumentos para medir conocimientos y algunos aspectos de la atención clínica, pero no existía la misma claridad para evaluar el profesionalismo, la comunicación, el mejoramiento de la práctica o la comprensión del sistema de salud. Definir competencias fue apenas el primer paso, faltaba demostrar cómo se expresan en el trabajo cotidiano del médico.

Siete lecciones para evaluar mejor

Después de una década de implementación, Carraccio y Englander identificaron siete lecciones que resultan especialmente útiles para los Consejos de Especialidad.

1. Necesidad de un lenguaje común. Cuando el pregrado, el posgrado y la certificación emplean términos distintos para describir las mismas capacidades, la continuidad educativa se fragmenta. Es indispensable distinguir con precisión dominios, competencias, hitos y actividades profesionales a confiar en esas definiciones de manera consistente.

2. Observación directa. El problema no es la ausencia de instrumentos, sino su uso inconsistente por parte de evaluadores que no siempre han recibido capacitación. La formación de los docentes y examinadores debe incluir la práctica de observación, la claridad respecto de los comportamientos que se evaluarán y acuerdos compartidos sobre el nivel de desempeño esperado.

3. Medidas significativas. Una lista de cotejo de conductas aisladas no permite determinar si el residente integra esas conductas para atender a un paciente real. Un instrumento de evaluación es útil cuando reúne confiabilidad, validez, costo razonable, aceptabilidad e impacto educativo. La evaluación en el lugar de atención, correspondiente al nivel “hace” de la pirámide de Miller, permite observar el desempeño en condiciones reales.

4. Resultados que definen el currículo. Debemos partir de las competencias que esperamos del médico en ejercicio y, a partir de ahí, diseñar retrospectivamente la formación de posgrado y pregrado. La trayectoria no termina con la residencia: continúa con la certificación, su vigencia y el desarrollo profesional.

5. Pericia necesaria para actuar sin supervisión. El modelo de Dreyfus describe una progresión desde el novato hasta el experto. La práctica reflexiva y deliberada permite avanzar en esa trayectoria. Un médico que se limita a repetir decisiones algorítmicas, sin reflexión sobre el caso y sin reconocer sus límites, no alcanza la autonomía profesional que buscamos certificar.

6. Aprendiz como protagonista. La competencia, la autonomía y la pertenencia impulsan el aprendizaje. La retroalimentación debe fortalecer capacidades; la supervisión debe ajustarse al desempeño demostrado, y las relaciones longitudinales con pacientes, mentores y equipos deben sostener la formación. Estas condiciones también importan después del posgrado, porque la competencia debe mantenerse a lo largo de toda la vida profesional.

7. Sistemas competentes que forman médicos competentes. Asch y colaboradores analizaron 4.9 millones de partos atendidos por 4,124 obstetras procedentes de 107 programas de Estados Unidos. Los médicos formados en programas ubicados en el quintil inferior de resultados maternos presentaron una tasa de complicaciones un tercio mayor que la de quienes se formaron en programas del quintil superior. El entorno clínico imprime una huella en el desempeño futuro. Por ello, la acreditación no debe limitarse a revisar el currículo escrito; también debe considerar la calidad del sistema en el que se aprende.



Actividades profesionales a confiar: lo que el médico debe poder hacer

Una actividad profesional a confiar es una tarea esencial que puede delegarse en una persona sin supervisión directa, en un contexto determinado de atención, una vez que ha demostrado suficiente competencia. No describe un atributo aislado, sino una unidad de trabajo real.



Te invitamos a leer el artículo completo en nuestra versión digital.

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-15/estandar-de-calidad-1>





ESTÁNDAR
DE CALIDAD

¿Siguen siendo útiles los exámenes orales?

Evaluación y certificación médica: condiciones para evaluar razonamiento clínico, toma de decisiones y profesionalismo con validez, confiabilidad y equidad

Dr. Carlos Gutiérrez-Cirlos Madrid
Especialista en Medicina Interna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán



El examen oral aporta evidencia que un examen escrito no puede ofrecer, pero sólo cuando abandona la improvisación y se convierte en una evaluación estructurada, comparable y libre de sesgos evitables.

La certificación de médicos especialistas es una evaluación de alto impacto. De su resultado depende el reconocimiento de que un profesional tiene los conocimientos y las capacidades necesarias para ejercer una especialidad. También representa una responsabilidad frente a los pacientes, porque los errores en el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico o en una intervención quirúrgica pueden ocasionar daño grave e incluso la muerte.

En la mayoría de los procesos de certificación, la evaluación se realiza mediante exámenes de opción múltiple. Estos instrumentos son adecuados para medir conocimientos, profundidad conceptual y capacidad para resolver determinados problemas clínicos. Sin embargo, existen capacidades que difícilmente pueden observarse en una respuesta escrita: el razonamiento clínico expresado en tiempo real, la toma de decisiones, la comunicación, el profesionalismo, la ética y la manera de argumentar una conducta diagnóstica o terapéutica.

Por ello, considero que los exámenes orales todavía pueden ser útiles. No deben utilizarse por tradición ni reproducir el interrogatorio improvisado que muchos vivimos durante nuestra formación. Su valor depende de que se diseñen como evaluaciones estructuradas, con casos pertinentes, preguntas equivalentes, criterios explícitos, varios examinadores y procedimientos para reconocer y reducir sesgos.



Qué puede evaluar un examen oral

La evaluación oral, también conocida como viva voce, es un método mediante el cual uno o varios expertos examinan a un candidato sobre sus conocimientos, la profundidad con la que los comprende y su capacidad para utilizarlos. El diálogo permite explorar habilidades de comunicación, agilidad mental y razonamiento clínico. Por esta razón se emplea en la certificación de especialistas en la defensa de tesis y, en algunas escuelas de medicina, en exámenes ante pacientes reales.

No todos los exámenes orales son iguales. El formato tradicional no estandarizado suele partir de un caso seleccionado al azar. Los docentes deciden qué preguntar, hasta dónde profundizar y cuándo terminar. El tiempo varía entre los sustentantes y no siempre hay criterios para ponderar las respuestas. En contraste, un examen oral estandarizado utiliza un caso definido, preguntas acordadas por un grupo, tiempos establecidos y criterios para valorar cada respuesta.

La diferencia es fundamental. El contacto personal puede

facilitar la exploración de la resolución de problemas, el razonamiento clínico, la comunicación, el profesionalismo y la ética. También permite pasar de un tema a otro cuando es necesario aclarar cómo piensa el sustentante, además ofrece la posibilidad de brindar retroalimentación directa. No obstante, esa flexibilidad se convierte en arbitrariedad cuando cada examinador improvisa el recorrido y califica según su propia impresión.

El examen oral no debe sustituir al examen escrito. Los conocimientos que mejor se miden con reactivos de opción múltiple deben permanecer en esa modalidad. El componente oral debe reservarse para las capacidades que requieren explicación, argumentación, integración de información y toma de decisiones en un caso clínico.

Del interrogatorio tradicional al examen oral estructurado

Las opiniones sobre la validez del examen oral han oscilado entre posiciones extremas. Una sostiene que el contacto directo permite valorar el comportamiento, el estado de alerta, la seguridad, la honestidad, la conciencia de uno mismo, los valores y las actitudes. La otra afirma que el examinador no mide una capacidad definida, sino que decide si el candidato es apto para formar parte de un grupo profesional.

Ambas posiciones muestran el problema central: el formato oral puede acceder a dimensiones que un examen escrito no observa, pero también puede convertir las impresiones personales del jurado en criterios de aprobación. La respuesta no consiste en eliminarlo, sino en estructurarlo.

Para aumentar su validez deben utilizarse exámenes orales estructurados en escenarios clínicos reales o representativos de la práctica. Es necesario aplicar más de una evaluación, emplear varios examinadores, formular a los sustentantes las mismas preguntas, utilizar descriptores o rúbricas y capacitar a quienes califican. La evaluación debe centrarse en competencias que se observan mejor en pruebas orales, particularmente el razonamiento clínico y la toma de decisiones.

La confiabilidad depende del muestreo

Uno de los principales problemas del examen oral es su baja reproducibilidad. El resultado puede variar según el caso seleccionado, el estilo del examinador o la relación establecida durante la entrevista. La evidencia presentada muestra que ampliar el número de casos y de examinadores reduce ese error.

Davis y Karunathilake, en su revisión sobre el lugar del examen oral en los sistemas contemporáneos de evaluación, recuperan los datos publicados por Swanson en 1987. En ese análisis, un examen de cuatro casos evaluado por el mismo examinador alcanzó una confiabilidad de 0.45. Cuando cada caso fue evaluado por un examinador diferente, la confiabilidad aumentó a 0.69; al ampliar el muestreo a ocho casos y ocho examinadores, alcanzó 0.82. En la misma revisión se citan los resultados de Wass y colaboradores: la confiabilidad de la decisión de aprobación o reprobación fue de aproximadamente 0.70 con un sólo examen oral de veinte minutos y se elevó a cerca de 0.90 al aplicar cuatro exámenes independientes de veinte minutos con examinadores distintos. El artículo original de Wass informa estimaciones de 0.78 para la confiabilidad entre casos y de 0.94 para la decisión de aprobación o reprobación con cuatro evaluaciones.

¿Cómo se mejora la confiabilidad?

Estudio	Diseño del examen oral	Número de casos	Número de examinadores	Confiabilidad reportada	Interpretación psicométrica
Swanson (1987)	Oral tradicional con el mismo examinador	4	1	0.45	Baja confiabilidad. El sesgo y estilo del examinador afectan todos los casos. Alto error de medición.
Swanson (1987)	Nuevo examinador para cada caso	4	4	0.69	Mejora importante de la confiabilidad. El error asociado al examinador comienza a promediarse.
Swanson (1987)	Oral tradicional con el mismo examinador	8	8	0.82	Confiabilidad alta. El amplio muestreo de casos y examinadores reduce el error relativo.
Norman (2000)	Propuesta de múltiples mini-vivas independientes	Múltiples	Múltiples independientes	---	Sugiere que la clave no es eliminar el oral, sino aumentar el muestreo de casos y examinadores.
Wass et al. (2003)	Un oral de 20 minutos	1	1	0.70	Confiabilidad moderada para exámenes de altas consecuencias. Persisten efectos importantes del examinador y del caso.
Wass et al. (2003)	Cuatro orales independientes de 20 minutos	4	4	0.90	Confiabilidad excelente. El muestreo distribuido reduce significativamente el error de medición.

Figura 1. La confiabilidad crece al aumentar el número de casos y de examinadores.



Te invitamos a leer el artículo completo en nuestra versión digital.

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-15/estandar-de-calidad-2>



El papel de la Academia Nacional de Medicina de México en el Comité Normativo Nacional de Medicina General

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Presidente de CONAMEGE

Lic. Araceli Martínez Reyes
Coordinadora Administrativa CONAMEGE

Dra. María del Carmen Dubón Peniche
Coordinadora Académica CONAMEGE

conamege@yahoo.com.mx



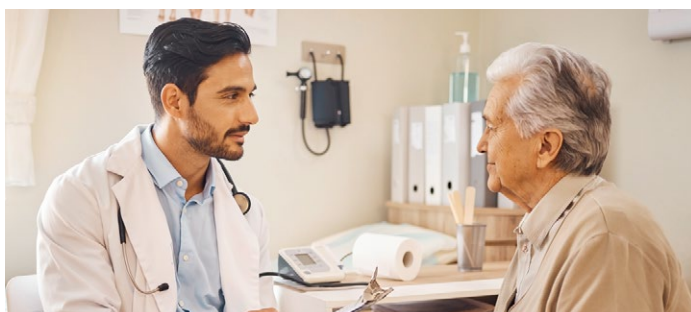
Introducción

El médico general en México debe atender y resolver más del 80% de los problemas de salud más comunes, por lo que su alta preparación científica y ética es una prioridad. Esta exigencia ha congregado a instituciones científicas y organismos normativos para crear mejores procesos de certificación y actualización, dentro de las que sobresalen:

- La Academia Nacional de Medicina de México (ANMM): fundada originalmente en 1864 y consolidada en 1912. Como órgano consultivo del gobierno federal, aporta su histórico y máximo prestigio científico, impulsando la investigación, la difusión de nuevos conocimientos y programas de educación continua esenciales para el desarrollo del médico general.
- El Comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE): creado en 1996 por el Consejo de Salubridad General, que regula, coordina y valida la certificación profesional de los médicos generales en el país.

La relación entre estas instituciones es estrecha y estructural, ya que la Academia Nacional de Medicina es una de las partes fundadoras y miembro permanente de la Mesa Directiva del CONAMEGE.

La experiencia científica de la Academia Nacional de Medicina y el marco regulatorio del CONAMEGE no solo consolidan el rol del médico general, sino que contribuyen a garantizar el derecho a la protección de la salud en México, mediante el ejercicio profesional confiable, actualizado y con alto sentido humano.



La Academia Nacional de Medicina de México

Es la institución médica más antigua, prestigiosa e importante del país. Actúa como el máximo órgano científico y consultivo del gobierno federal en materia de salud pública y educación médica, realizando funciones centrales en la vida académica, debido a que su naturaleza es estrictamente científica y ética, lo cual le permite emitir recomendaciones imparciales, basadas en la evidencia médica más rigurosa en el diseño de programas de salud nacionales y la regulación de la práctica profesional.

En efecto, la influencia de la ANMM en el sistema de salud mexicano se articula a través de tres ejes fundamentales:

Desarrollo científico y difusión: la Academia coordina simposios, foros, congresos, etc., donde se debaten los avances médicos de vanguardia. Trata los temas cruciales de la práctica médica nacional a través de sus departamentos y áreas de trabajo, y es responsable de editar la revista más antigua de Latinoamérica la Gaceta Médica de México, publicación periódica de carácter científico.

Desarrollo profesional continuo: funciona como directriz en la formación de los profesionales de la salud. Avala programas académicos, impulsa la actualización del conocimiento y define los estándares de excelencia médica.

Evaluación y certificación profesional: su compromiso con la calidad de la atención médica se materializa al ser una de las corporaciones fundadoras y pilares del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) y del Comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE). A través de estas instancias, la ANMM aporta su rigor ético y científico para validar que el personal médico cuente con las competencias necesarias para el ejercicio profesional.



La ANMM agrupa a los profesionales de la medicina más destacados del país, su misión principal es promover el estudio, la investigación, la difusión y el progreso de la ciencia médica, orientando siempre sus esfuerzos hacia la mejora de las condiciones de salud de la población mexicana.

Vínculo institucional

La relación entre la Academia Nacional de Medicina de México y el Comité Normativo Nacional de Medicina General constituye un ejemplo de colaboración institucional orientada al fortalecimiento de la calidad de la práctica médica y del desarrollo profesional continuo. Más que una participación representativa, la Academia preside y forma parte de la estructura constitutiva del CONAMEGE, compartiendo con las demás instancias fundadoras la responsabilidad de establecer políticas y criterios que sustenten la certificación del médico general.

El CONAMEGE ha consolidado sus funciones, objetivos y líneas de acción gracias al liderazgo de destacados miembros de la Academia Nacional de Medicina. Sus sobresalientes gestiones han estado a cargo de: Dr. Julio Sotelo Morales, Dr. Manuel de la Lata Romero, Dr. Alberto Lifshitz Guinsberg, Dr. José Adrián Rojas Dosal, Dr. Adolfo Chávez Negrete.

El actual presidente de CONAMEGE es el Dr. Juan Miguel Abdo Francis, quien avanza firmemente en la consolidación de un legado de excelencia institucional. Su gestión prioriza la certificación obligatoria y el desarrollo profesional continuo de los médicos generales, para elevar los estándares de calidad y seguridad en la atención médica de primer contacto.

La fortaleza de este vínculo radica en la complementariedad de sus funciones. Mientras CONAMEGE desarrolla los mecanismos normativos para la certificación y el desarrollo profesional continuo, la Academia aporta el respaldo científico, la experiencia académica y la autoridad moral que caracterizan a una institución con más de siglo y medio de contribuciones al desarrollo de la medicina mexicana. Esta interacción favorece que las decisiones relacionadas con el ámbito de competencia del médico general se fundamenten en evidencia científica, independencia académica y compromiso con el interés público.

El CONAMEGE cuenta con un Subcomité de Educación Médica Continua, cuya finalidad y funciones incluyen: evaluar los objetivos, contenidos, recursos humanos, materiales de apoyo educativo, procesos de evaluación, instituciones y equipo con que cuenten los proveedores de actividades de educación médica continua destinadas al médico general; velando porque en todas y cada una de las actividades académicas se respeten los debidos preceptos científicos y éticos, además de emitir el puntaje con el valor curricular correspondiente con enfoque en la preparación para la certificación y la renovación de su vigencia. La ANMM participa activamente en los procesos de evaluación académica que aseguran que la actualización profesional del médico general responda a estándares científicos, éticos y de calidad contemporáneos.

En un entorno de constante transformación, la ANMM y CONAMEGE representan un modelo de articulación académica que privilegia la calidad, la transparencia y la mejora continua. Gracias a esta colaboración, la certificación del médico general trasciende un procedimiento administrativo para convertirse en un proceso permanente de desarrollo profesional, orientado a ofrecer una atención médica más segura y centrada en las necesidades de la población.

Reflexiones finales

La fortaleza del CONAMEGE no radica únicamente en sus funciones normativas, sino en la calidad académica y ética de las corporaciones que lo integran.

En un momento en que la práctica médica enfrenta desafíos derivados de la transición epidemiológica, la transformación digital y la inteligencia artificial aplicada a la salud, la presencia de la Academia Nacional de Medicina dentro del Subcomité de Educación Médica Continua adquiere una relevancia aún mayor. Su participación contribuye a que los criterios de evaluación evolucionen conforme a los avances científicos y a las necesidades del sistema nacional de salud, preservando siempre los principios de calidad, ética y compromiso con la sociedad.



Mesa Directiva CONAMEGE.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez-Pérez ME. La Academia Nacional de Medicina de México (1836-1912). Gac Med Mex. 2013;149(5):569-75.
2. Comité Normativo Nacional de Medicina General. Reglamento del Subcomité de Educación Médica Continua. Ciudad de México: CONAMEGE <https://www.conamege.org.mx/descargas/2024/Reglamento-Subcomite.pdf>
3. Espinosa-Larrañaga F. Gaceta Médica de México es la memoria de la medicina y los médicos de México. Gac Med Mex. 2019;155(4):333-335
4. Academia Nacional de Medicina de México. Reseña histórica. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México; 2001, p. 3-22.



#YoMeCertifico



Revista del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C.