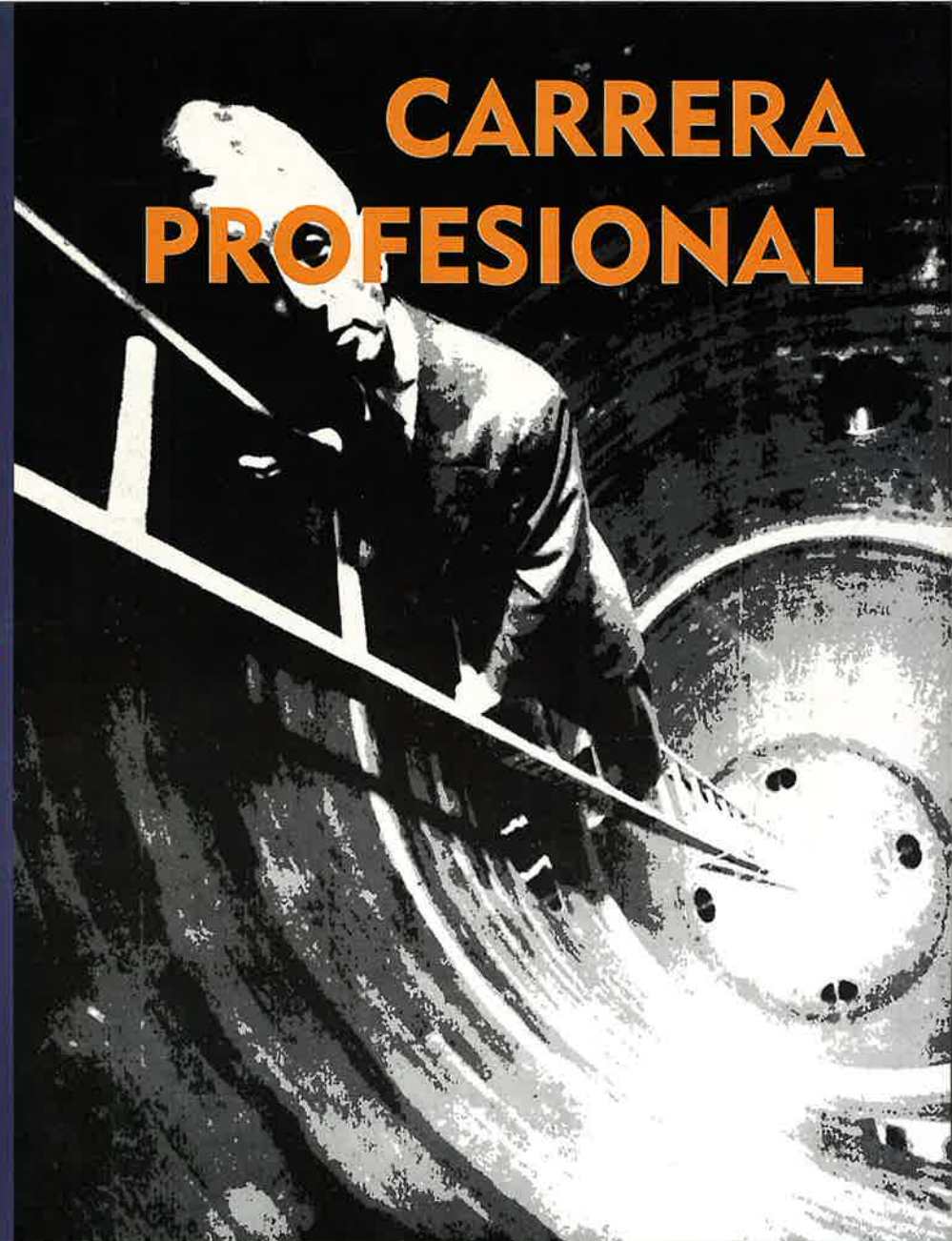




**Documentos semFYC**

# **CARRERA PROFESIONAL**



  
**semFYC**  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

**Nº 8**



*Este documento ha sido impreso  
gracias a la colaboración de*



# LA CARRERA PROFESIONAL EN ATENCION PRIMARIA

## **GRUPO DE TRABAJO semFYC.**

*Francisco Estremera*

*Tomás Gomez Gascón*

*Amando Martín Zurro*

*Lluís Monset*

*Mario Soler*

*Ramón Veras*

*Luis Villanueva*

*Coordinación: José Manuel Iglesias*

Si cada quien confesara su más secreto deseo, aquel que inspira todos sus proyectos y todas sus acciones, diría: «Quiero ser elogiado». Nadie se decidirá a hacerlo, pues es menos deshonroso cometer una abominación que proclamar una debilidad tan lamentable y humillante, surgida de un sentimiento de soledad y de inseguridad padecido, con igual intensidad, tanto por los rechazados como por los afortunados. Nadie está seguro de lo que es ni de lo que hace. Por muy ciertos que estemos de nuestros méritos, estamos roídos por la inquietud y sólo pedimos, para sobrellevarla, ser engañados, recibir la aprobación de donde y de quien sea. El observador descubre un matiz suplicante en la mirada de todo aquel que ha terminado una empresa o una obra, o que se entrega simplemente a cualquier género de actividad. La enfermedad es universal..

E.M. Cioran.

# INDICE

<b>INTRODUCCION</b> .....	5
<b>CONCEPTO</b> .....	6
<b>FUNDAMENTO Y JUSTIFICACION</b> .....	7
<b>CARACTERISTICAS GENERALES</b> .....	8
<b>PROPUESTA DE ORDENACION. ARTICULACION</b> .....	10
<b>SISTEMA DE EVALUACION. BAREMACION.</b> .....	13
<b>EL ORGANO EVALUADOR Y EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACION</b> .....	16
<b>EFFECTOS DE LA CARRERA PROFESIONAL. INCENTIVOS.</b> .....	17
<b>EL PERIODO DE TRANSICION.</b> .....	18
<b>EPILOGO: UNA PROPUESTA ALTERNATIVA</b> .....	18

## 1. INTRODUCCION

Aunque de la Carrera Profesional (CP) se ha venido hablando y escribiendo desde hace largo tiempo, hasta la fecha no se han producido desarrollos normativos ni, naturalmente, aplicaciones organizativas dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). De modo que parece poco aventurado concluir que existen obstáculos, limitaciones, efectos no deseados y posiciones encontradas al respecto a pesar de que las opiniones adversas hayan tenido menor difusión pública que las favorables y estas confluyan en un elevado consenso.

Merece la pena recoger de forma no exhaustiva algunas referencias documentales sobre el tópico que nos ocupa.

El concepto de Carrera Profesional se recoge en el anteproyecto del Estatuto Marco de Instituciones Sanitarias de 1987. También consta en los Pactos con las Centrales Sindicales de mayo y junio de 1990. Por estas fechas, el Instituto Nacional de la Salud, en su ámbito de gestión, impulsa un proyecto de participación de los profesionales en el diseño de la futura CP: mantiene conversaciones con organizaciones profesionales, realiza un sondeo de opinión postal<sup>1</sup> y organiza reuniones de base con más de 1000 médicos (39% de atención primaria). En 1991 la Subcomisión de atención primaria de la Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud publica sus recomendaciones y, entre otras medidas, propone el establecimiento de «sistemas de valoración del desempeño y de desarrollo profesional (carrera profesional)»<sup>2</sup>. La Organización Médica Colegial, sindicatos, organizaciones de carácter profesional como la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, comunidades autónomas como la de Navarra y la de Andalucía, el Consejo General de Enfermería, entre otros, elaboran propuestas con diverso grado de desarrollo y pormenorización. Un borrador de Bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias del año 1993 incluye, en su Título III, las normas y articulación general de la CP<sup>3</sup>.

De todos los documentos citados dos aspectos llaman la atención. El primero, ya comentado, se refiere al amplio grado de consenso en los aspectos generales: Son ampliamente aceptadas las razones que justifican la CP, sus características generales, las propuestas de ordenación y articulación o los efectos derivados de su aplicación. A pesar de las diferencias, sindicatos de orientación muy diferente, corporaciones profesionales y asociaciones sanitarias presentan en sus proyectos más puntos de coincidencia que de desacuerdo<sup>4</sup>. El segundo hace referencia a la orientación marcadamente hospitalaria de todos los proyectos publicados: sin excluir, en lo absoluto, a la atención primaria, las referencias dedicadas a esta son muy reducidas y se limitan a poco más que a considerar su características diferenciales. Conviene citar en este momento el acertado documento interno que sobre este aspecto elaboró en el año 1991 la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria y el excelente trabajo publicado por A. Martín Zurro y Ll. Monset Castells en 1993<sup>5</sup>.

La CP debe considerar que se estructura dentro de un sistema de servicios de salud. Según Mintzberg<sup>6</sup> el profesional se identifica más con su profesión

que con la organización donde la practica: de sus asociaciones profesionales suelen proceder las normas y procedimientos que rigen su trabajo y una proporción importante de sus recompensas (reconocimientos). En las burocracias profesionales, gran parte del poder permanece donde se realizan las actividades específicas que las definen, y, por tanto, en la base de la estructura de la organización, ya que este poder se basa en la capacidad como expertos; por eso la promoción no estriba tanto en la ascensión en la escala administrativa como en la capacidad progresiva de hacer frente a problemas profesionales cada vez más complejos. Al originarse las normas fuera de la estructura de la organización donde se trabaja, la necesidad de normalización es limitada y las funciones de «staff» son de apoyo y administración de los medios necesarios para la realización de la actividad principal que, en este caso, es la atención sanitaria. En consecuencia, no es preciso un desarrollo importante de la tecnoestructura ni de las posiciones intermedias de gestión ya que son los profesionales los que controlan con un considerable grado de autonomía su propio trabajo, lo que explica, por otra parte, el deseo de participar en el control administrativo de las decisiones que lo afectan.

Pero nuestro sistema de salud es fundamentalmente de titularidad pública con vinculación de tipo funcionarial de los profesionales y la existencia de elementos diferenciales en la organización y funcionamiento de los servicios de salud de las comunidades autónomas (CC.AA.) y esto también hay que tenerlo en cuenta al analizar este proyecto.

El presente documento es fruto de las reuniones del grupo de trabajo que la semFYC organizó en el presente año y cuya composición se cita al comienzo. No es, ni lo pretende, una propuesta cerrada; al contrario: si sirviera para suscitar la reflexión y fomentar el debate estaría cumplido su propósito. Se hace desde la perspectiva del médico de atención primaria; sin embargo, en términos generales, caben pocas diferencias con las otras especialidades médicas.

## 2. CONCEPTO

La idea de la CP va ligada de un modo lógico al trabajo; representa la consolidación de recompensas profesionales y mejores condiciones de estatus y retributivas que se van obteniendo de un modo sucesivo y progresivo y son consecuencia de los avances en la preparación y responsabilidad profesional a lo largo del tiempo. Por ello cabe la siguiente definición:

Sistema de incentivación basado en el reconocimiento expreso de categorías obtenido por la dedicación y cualificación alcanzada por el médico de familia (MF) en el ejercicio del conjunto de funciones que le son propias.

## 3. FUNDAMENTO Y JUSTIFICACION

La Real Academia de la Lengua define el incentivo como «aquello que mueve o excita a desear o hacer una cosa»; es decir: genera un proceso psicológico que activa, dirige y mantiene un determinado comportamiento. Los factores que motivan ese comportamiento pueden clasificarse en intrínsecos porque están en función de las consecuencias que se producen en el mismo sujeto y en extrínsecos cuando las consecuencias se derivan de la reacción del entorno<sup>7</sup>. Serían un ejemplo de los primeros la satisfacción por avanzar en el conocimiento y habilidades propias de la profesión, la percepción de sentirse experto en lo que uno ejerce, la adquisición de nuevas responsabilidades y competencias. Dicho en términos económicos: la exploración de las oportunidades internas del individuo en la medida que tienen para el una «utilidad pronosticada» aunque inicialmente el esfuerzo invertido sea costoso y poco placentero<sup>8</sup>. De otro modo, en términos éticos: «querer conservarse y perseverar, querer potenciarse, querer experimentar la gama de oportunidades en busca de las más altas, querer transmitirse y perpetuarse»; es decir: el amor propio<sup>9</sup>. El factor motivador extrínseco más obvio es el económico: el salario y las retribuciones asociadas al rendimiento o la participación en beneficios o ahorro en los costes de la empresa; a este, tan fundamental hay que añadir otros relacionados con la seguridad en el trabajo, el reconocimiento profesional y social del mismo, la obtención de mayores cuotas de poder y autoridad, la mejora de las condiciones de trabajo y la equidad en la distribución de las recompensas<sup>10</sup>.

Si los factores citados son motivadores, parece consecuente deducir que sus contrarios, o la ausencia de los mismos, sean elementos desincentivadores del rendimiento y se citan en los documentos referidos anteriormente como justificantes de la instauración de la CP: prestigio profesional y social insuficiente, falta de equidad en la retribución salarial que se percibe como excesivamente homogénea y rígida y en la participación en los procesos de organización, gestión y decisión; frustración de expectativas de desarrollo profesional y ausencia de refuerzo de actitudes de formación continua e investigación. Todos ellos se consideran como factores condicionantes de actitudes y comportamientos que se atribuyen frecuentemente al médico que trabaja en el sistema público de salud: disminución del rendimiento; pérdida de interés para asumir nuevas responsabilidades o ejecutar nuevas tareas, así como deterioro progresivo de la competencia profesional con repercusión directa sobre la calidad asistencial y búsqueda fuera del sistema público de elementos motivadores ausentes en él.

Parece que lo que se describe es una constelación sintomática reconocida como «burn out», que junto con las características laborales mencionadas tiene repercusiones de carácter psicosomático en el trabajador y finalmente, pero no lo último, en el interés por las personas objeto del trabajo (despersonalización).

Por sintetizar la casi totalidad de las opiniones publicadas se cita textualmente la aportación del Grupo Parlamentario del Partido Popular en el Congreso de los Diputados (21 de febrero de 1994):

«Carencia del modelo sanitario y casi universalmente reconocido ha sido la incapacidad de generar un mecanismo de promoción profesional estable, conocido y objetivo para los licenciados en medicina y los profesionales de enfermería. Esta carencia constituye uno de los factores clave que explica la ausencia del necesario componente de confianza y motivación entre los profesionales del sector sanitario y la persistencia de profundas disfunciones en la sanidad pública».

Es evidente que la CP no es la panacea que resuelva todos los factores desmotivadores y sus consecuencias y analizar el conjunto de factores motivadores e incentivos dentro del sistema público de servicios de salud, y en concreto en atención primaria, es tarea que supera el propósito de este documento: No solo dependen de los propósitos generales de la organización sanitaria pública, definidos por ley y comunes en el conjunto del estado, sino de los objetivos más concretos o de formas de organización diversas que varían en el tiempo y en el espacio (CC.AA.). Es decir: el modelo de incentivos no será el mismo si pretendemos desarrollar una cartera de servicios con énfasis en la prevención o si pretendemos mayor autonomía de gestión para los centros de salud, estimulamos la competencia interna o nuestro propósito es una atención primaria cuyo único fin sea contener mediante barreras burocráticas el acceso a los niveles especializados.

#### 4. CARACTERÍSTICAS GENERALES

La CP puede constituir una excelente herramienta de desarrollo profesional ya que se debe proponer preservar los valores y actitudes de mantenimiento y desarrollo de la competencia, de interés por el trabajo que se realiza. No debería articularse de modo que premiara de forma directa el rendimiento o la obtención de determinados objetivos puntuales de la organización: para ello existen otros incentivos formales (económicos) más idóneos, sino que los aspectos que se deben recompensar mediante la CP son menos coyunturales: la calidad de la atención prestada y el conjunto de actividades relacionadas con influencia directa en la misma: formación continua, docencia, investigación e intervención en actividades de organización y participación. Otras características que debe reunir la CP son las siguientes:

4.1.- Homogeneidad para todo el SNS aunque existan aspectos no fundamentales que sean diferentes en función de los distintos modelos organizativos de los servicios de salud de las CC.AA. —Las normas de acreditación y evaluación deben ser básicamente comunes para todo el SNS y su aplicación debe de ser sencilla y descentralizada.

4.2.- Común para todas las especialidades, sin perjuicio de considerar los aspectos diferenciales de cada una de ellas y de las distintas modalidades de ejercicio profesional.

4.3.- Basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad con criterios y procedimientos de valoración claros, normativos, explícitos (objetivos) y trans-

parentes. El lugar donde ejerza el MF no debe generar desigualdades en cuanto a falta de acceso a los méritos necesarios para su progresión profesional. Hay que establecer medidas que compensen las posibles desventajas de los profesionales que trabajan en el medio rural.

4.4.- Diferenciación de la vertiente asistencial de la organizativa y gestora con sistemas que permitan la interrelación y el trasvase de recursos humanos de unas a otras.

4.5.- Organización en categorías o niveles con periodos mínimos de permanencia en cada uno de ellos y con una serie de actividades, fundamentalmente de carácter asistencial, a cumplir. Deben de caracterizarse por una progresión creciente en el esfuerzo para alcanzarlos y esta tensión debe durar lo que dura la vida laboral. Así podrían considerarse un primer y segundo nivel que reflejan un ejercicio profesional realizado con corrección y un tercero y cuarto que expresan, además, el esfuerzo complementario de profundización e investigación en el trabajo que se realiza. La existencia de un quinto nivel de carácter honorífico permitiría reconocer trayectorias singulares de especial relevancia. Las categorías no deben tener una limitación porcentual, a modo de escalafones que solo puedan cubrirse cuando el decremento vegetativo lo permita.

4.6.- Desarrollo de la promoción profesional en función de las propias aspiraciones, graduando la velocidad de ascenso del trabajador, siendo la premisa fundamental el ejercicio de la actividad asistencial bajo unas condiciones de garantía de calidad. La mayor o menor permanencia en cada una de las categorías dependería de la consecución de méritos adicionales mediante la FC, la docencia y la investigación y la participación en actividades relacionadas con la actividad profesional que implican mayor esfuerzo y dedicación personal.

4.7.- En cuanto a los efectos de la CP, la estructuración en categorías representa un sistema normalizado que puede ser considerado en los baremos de acceso a plazas, nombramientos para órganos de participación o funciones directivas y de «staff» (en aquellas posiciones de la organización en que se considere idóneo la experiencia clínica del aspirante), concesión de becas de formación e investigación, incentivos económicos y laborales (como diferentes modalidades de vinculación, por ejemplo. Las categorías deben de ser suficientemente discriminativas y el uso de la denominación de cada una de ellas debe estar reservada a los profesionales que la tengan reconocida.

4.8.- La categoría adquirida se consolida y conlleva mayores retribuciones económicas, salvo la V.

4.9.- La CP debe poder ser asumida, tanto financiera como organizativamente por el SNS.

Se menciona en primer lugar la calidad de la atención prestada porque el factor determinante del desarrollo profesional debe de ser la función principal que realiza la organización sanitaria: prestar atención directa a la población, en el sobreentendido de que hablamos de la CP de los profesionales que la prestan. La CP de los «staff» de apoyo, directivos y gestores requiere otro desa-

rollo probablemente distinto y específico, aunque sería muy aconsejable, como ya se ha dicho, la permeabilidad en uno y otro sentido, si no en todas sí en algunas funciones directivas y gestoras.

A propósito se cita la definición de calidad de la atención médica de Brook y Lohr, recogida por V. Ortún: el componente de la diferencia entre eficacia y efectividad que puede ser atribuida a los médicos habida cuenta del entorno en que trabajan <sup>11</sup>. La calidad, por tanto, no está basada, en su aspecto nuclear, en la utilización de equipos tecnológicos complejos, disponer de acceso a procedimientos diagnósticos sofisticados o ejercer en unidades con funciones de docencia e investigación, sino en realizar la mejor atención posible con los medios de que se dispone. Por tanto no cabe hablar de CPs diferentes para atención especializada y atención primaria, ni el lugar donde se ejerza puede ser un obstáculo insoslayable para el desarrollo profesional. El profesional tiene que advertir que las recompensas obtenidas dependen más de su esfuerzo que de factores externos ajenos a su intervención o poco modificables por la misma: no se debería añadir a la penosidad de trabajar en un medio aislado o con pocos recursos la imposibilidad de progresar en su profesión. En atención primaria, donde existe una considerable diversidad de posiciones profesionales y es frecuente el ejercicio en el medio rural más o menos aislado, condenaríamos al marasmo profesional a una cohorte importante de recursos humanos por factores que ellos no pueden controlar. También tiene que percibir que la obtención de méritos para su desarrollo profesional está en relación sobre todo con su trabajo cotidiano.

## 5. PROPUESTA DE ORDENACION. ARTICULACION

### 5.1. Vertiente asistencial

Organización en cinco niveles o categorías con acceso a las cuatro primeras a propuesta del aspirante y a la quinta a propuesta de terceros: sociedades científicas, órganos administrativos, corporaciones profesionales, etc., en función de los méritos profesionales y científicos obtenidos a lo largo de toda la vida laboral. La denominación de las categorías utilizada en este documento tiene un papel puramente descriptivo.

Para contabilizar los méritos adquiridos se establece un procedimiento de créditos que son acumulativos dentro de cada nivel. Estos créditos se pueden adquirir tanto por la vía asistencial como mediante otros méritos. Se supone que la vida laboral de un médico de atención primaria oscila entre los 35 y 40 años y se considera que cada año equivale a 10 créditos. Salvo en la primera categoría, existe la posibilidad de estancamiento si el profesional no pretende adquirir el resto de los méritos necesarios para su progresión. No se contempla el descenso de categoría. Al establecerse unos tiempos mínimos de permanencia en cada nivel, el número de créditos correspondiente es obligado que se obtengan mediante la actividad asistencial. A partir del nivel II, son necesarios, además, otros créditos (adicionales) obtenidos mediante actividades de

formación continua, docencia, investigación, etc., independientemente del tiempo de permanencia en la categoría. Al hablar de actividad equiparable se entiende la que pudiera realizarse en funciones de gestión por nombramiento durante un periodo de tiempo determinado, volviendo posteriormente a la actividad clínica.

**NIVEL I. Médico Especialista.** Requisitos imprescindibles: estar en posesión del título de especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, o certificado de acreditación para el ejercicio en atención primaria, y trabajar dentro del SNS con una vinculación estable (contrato laboral, interinidad, régimen funcional o estatutario). Tiempo de permanencia mínimo en esta categoría: 3 años. Tiempo máximo 10 años con acceso directo a la siguiente categoría sin necesidad de examen. No hay estancamiento. Prueba de evaluación objetiva y centralizada (realización descentralizada) convocada con periodicidad bianual. Número total de créditos para esta categoría: 100. Al menos 30 adquiridos mediante actividad asistencial.

**NIVEL II. Médico adjunto.** Requisito: haber satisfecho los créditos del nivel I y superar la prueba objetiva o haber permanecido 10 años en el nivel I. Tiempo mínimo en esta categoría: 5 años. No hay tiempo máximo: es posible el estancamiento. Número total de créditos para esta categoría: 100; al menos 50 adquiridos mediante la actividad asistencial o equiparable. En este nivel es obligatoria la obtención de, al menos, 30 créditos adicionales.

**NIVEL III. Médico consultor.** Requisito: haber satisfecho los créditos del nivel II. Tiempo mínimo: 7 años. No hay tiempo máximo: es posible el estancamiento. Número total de créditos en esta categoría: 130; al menos 70 adquiridos mediante la actividad asistencial o equiparable. En este nivel es obligatoria la obtención de, al menos, 40 créditos adicionales de los que, al menos, 20 deben ser conseguidos por actividad investigadora.

**NIVEL IV. Médico consultor experto.** Requisito: haber satisfecho los créditos del nivel III y superar una prueba objetiva. Tiempo mínimo 10 años. Es la máxima categoría. Número de créditos de esta categoría: 150; al menos 100 créditos adquiridos mediante la actividad asistencial o equiparable. 50 créditos adicionales obligatorios de los que, al menos 25 deben de ser obtenidos mediante actividad investigadora.

**NIVEL V. Médico consultor emérito.** Título de honor otorgado según criterio de el organismo evaluador y a propuesta de Sociedades Científicas o Administración Sanitaria, etc., entre los profesionales que hayan cumplido todos los requisitos anteriores. No devenga retribuciones añadidas.

En consecuencia es posible acceder al nivel V mediante la obtención de 480 créditos, de los que, al menos, 250 (es decir: 25 años) son consecuencia de la actividad asistencial (o equiparable) y, el resto pueden obtenerse mediante otros méritos y al nivel IV mediante la obtención de 330 créditos (mínimo 150 asistenciales). Para poder optar a los niveles III, IV y V es necesario un mínimo créditos adicionales: 30, 40 y 50 respectivamente. **(Tabla I)**

**Tabla I: CATEGORÍAS DE LA CARRERA PROFESIONAL<sup>(1)</sup>**

Nivel	Créditos totales del nivel	Créditos asistenciales mínimos	Créditos adicionales		Estancamiento
			Obligatorios	Optativos	
V	No	No	No	No	Si
IV	150	100	50(25)*	No	Si
III	130	70	40(20)	20	Si
II	100	50	30	20	Si
I	100	30	No	70	No

1 año = 10 créditos

Requisitos previos: Título de médico especialista o acreditación. Situación laboral estable.

(\*): Créditos obtenidos mediante actividad investigadora

(1) Los créditos anotados en cada categoría son los que hay que completar en cada una de ellas para alcanzar la siguiente.

## 5.2. Vertiente organizativa y gestora.

La premisa es la permeabilidad, es decir: que sea posible el trasvase de efectivos humanos, en AP desde la asistencia a la gestión en uno y otro sentido siempre y cuando se cumplan requisitos básicos, si bien debe ser posible, como es lógico, una carrera profesional de gestión, exclusivamente.

A la coordinación de un EAP se accede únicamente desde la vertiente asistencial y debería requerir el tiempo mínimo de 3 años en el nivel I con funciones asistenciales y haber cumplido los requisitos para estar en el nivel II. Es el único puesto que origina méritos adicionales puesto que es el único que se añade a la actividad asistencial, siendo el resto incompatibles con esta. La posición de Coordinador de Unidad Docente podría tener un tratamiento semejante aunque no igual.

El paso de un médico de familia (MF) a funciones de gestión y dirección requiere igual requisito que para el puesto de Coordinador, al margen de los específicamente establecidos por la autoridad sanitaria para el nombramiento. El número de créditos para pasar a las siguientes categorías es el mismo, ya que lo que se pretende es que el profesional demuestre que mantiene su competencia más allá del ejercicio cotidiano de su función asistencial o administra-

tivo-gestora. Es decir, un MF con plaza asistencial que dedique a la gestión su vida profesional deberá, cumplir los mismos requisitos que uno que se dedique a la actividad asistencial, salvo que su actividad será distinta a partir del nivel II, independientemente de que su vuelta a la clínica requiera un reciclaje previo o superar una prueba objetiva. Evidentemente a las funciones de gestión de la AP pueden acceder otros profesionales distintos a los MFs, por lo que una propuesta de ordenación excede el propósito de este documento.

## 6. SISTEMA DE EVALUACION. BAREMACION.

Su objetivo es legitimar la CP como modelo incentivador dentro de una organización sanitaria pública y discriminar el grado de esfuerzo hasta un nivel individual de desagregación salvaguardando la equidad. Para ello debe ponderar de forma distinta las actividades susceptibles de recompensa, siendo mayor el valor de los esfuerzos directamente relacionados con el incremento de la eficiencia y de la calidad percibida, que son los relacionados con el cotidiano mantenimiento de la calidad de la atención y algo menor los que de forma mediata influyen en esta: formación, docencia, investigación, etc. Tiene que ser homogéneo en el seno de la organización, de forma que actividades semejantes tengan semejantes traducciones en méritos. La percepción por parte del profesional de inequidades en la consideración de los méritos adquiridos puede representar un obstáculo en la implementación de la CP.

Otro de los requisitos es su factibilidad, es decir: debe poderse gestionar burocráticamente sin grandes costes de transacción, tanto en tiempo y recursos humanos como en recursos económicos. Fundamental, es su aceptabilidad por parte de todos los agentes implicados.

El sistema de información y medición debe reducir el error de estimación al mínimo posible, lo que significa, al menos, la posibilidad de realizar auditorías y evaluaciones del desempeño de carácter individual. Esta reflexión condiciona un sistema de medición nada fácil de aplicar y que determinará unos costes de transacción elevados, si deseamos que sea transparente, riguroso y creíble. Es relativamente fácil determinar si un centro de salud tiene función docente o dispone de acceso a determinadas pruebas diagnósticas, pero exige mayor esfuerzo evaluar aspectos de calidad técnica relacionados con el razonamiento clínico correcto o el conjunto de servicios que presta un profesional en concreto. Por otra parte, mantener la equidad en este aspecto significa desarrollar un modelo con igualdad de oportunidades para la formación continuada, la docencia y la investigación, y si alguna de estas funciones no puede ser realizada que las otras puedan suplirlas. Significa también que se mantenga el mayor rigor posible para minimizar los comportamientos oportunistas a los que tan sensible puede ser este tipo de incentivos.

### Criterios de evaluación

Ejercicio profesional con garantía de calidad. Actividad docente. Actividad investigadora. Actividad organizativa. Formación continua. Actividad participa-

tiva. La actividad asistencial (o equiparable) es condición necesaria pero no suficiente (salvo en el nivel I, donde no se requiere otra si se opta por la vía lenta de promoción: 10 años).

Los valores otorgados a las distintas actividades son orientativos e intentan, únicamente, describir la proporcionalidad aproximada que debe existir entre unas actividades y otras. En todo caso, lo que aquí se expone se supedita a lo acordado por el grupo de acreditación de la semFYC.

### 6.1. Ejercicio profesional

Como el criterio no es la simple antigüedad es necesario compaginar criterios de evaluación de estructura con otros más individuales (auditoría, etc.). Podría crearse un Registro de centros, servicios y personas con unos requisitos mínimos que se deben cumplir para estar en él, entre los que se incluiría la disponibilidad a ser evaluado. La existencia de actividad formativa de pregrado y/o postgrado puede ser una garantía del nivel de calidad al existir requisitos de evaluación de centros docentes. La realización de un mínimo de actividades de formación continua dentro del equipo de atención primaria también puede ser garantía de calidad. El sistema de auditoría puede ser muestral.

Baremo: 1 año = 10 créditos.

### 6.2. Formación continua

Esta recoge actividades de formación en presencia física como a distancia (importante). Incluiría: asistencia a cursos, cursos a distancia por procedimiento escrito en cualquier soporte, asistencia a congresos, reciclajes, etc.. Todas las actividades formativas deben de ser acreditadas previamente con el número de créditos correspondiente.

Todos los baremos incluidos son estimativos y se han calculado en función del esfuerzo precisado para alcanzar el crédito.

Baremo:

Cursos previamente homologados: 10 horas = 1 crédito.

(estimativo: puede variar en más o en menos en función del grado de exigencia del mismo).

Reciclaje: 1 semana = 1 crédito.

Es imprescindible desarrollar la formación a distancia para garantizar la accesibilidad del medio rural.

### 6.3. Docencia

Debe separarse la docencia teórica, que requiere más tiempo de preparación de la docencia práctica a la que denominamos tutoría. Incluye tanto a pregrado, como a postgrado y formación continua siempre que esté dentro de un programa acreditado.

Baremo:

Docencia: 5 horas = 1 crédito.

Tutoría: 6 meses = 1 crédito.

### 6.4. Investigación

Solo valorable la que ha sido publicada. Para ponderar este apartado deberían considerarse tres aspectos: El ámbito de difusión de la publicación, el tipo de publicación y la participación del autor. A título de ejemplo:

Ámbito:

Publicación incluida en INDEX, capítulo de libro de difusión internacional o ponencia en congreso internacional = 6 créditos.

Publicación de ámbito nacional, capítulo de libro del mismo ámbito o ponencia en congreso de ámbito nacional = 4 créditos

Publicación de ámbito regional o local, capítulo de libro del mismo ámbito o ponencia en congreso de ámbito regional o local : 2 créditos.

Tipo de publicación: (Coeficientes multiplicadores)

Originales: 1; Revisiones: 0,8

Original breve, revisión breve, editorial: 0,5

Comunicaciones a congresos, Cartas al director: 0,2.

Participación del autor: (Coeficientes multiplicadores)

Función editorial de libro:1; Primer firmante: 1; Segundo firmante y siguientes: 0,5

Tesis: 15 créditos.

Así, por ejemplo, el 2º firmante de una revisión de una revista de ámbito nacional obtendría:  $4 \cdot 0,8 \cdot 0,5$  créditos.

### 6.5. Actividad organizativa

Se refiere únicamente a la función de coordinación de EAP y la de coordinación de Unidad Docente si se comparte con la actividad clínica: Multiplicar por 1,5 el tiempo durante el cual se realiza.

## 6.6. Actividad participativa

Se trata de considerar la participación en distintas comisiones de instituciones o de la administración sanitaria, órganos de gobierno de sociedades científicas, tribunales, grupos de trabajo, comités editoriales, etc., normalmente no remuneradas o no consideradas como mérito.

Habría que establecer una baremación en función del ámbito: internacional, nacional, etc..

## 7. EL ÓRGANO EVALUADOR Y EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN.

La diversidad de modelos organizativos de los distintos servicios de salud de las CC.AA. y su propia capacidad normativa hacen poco probable una regulación pormenorizada de la CP de ámbito estatal. Seguramente el modelo más factible sería el basado en una norma general estatal —homogeneidad— que tuviera en cuenta la autoridad delegada en las CC.AA. —descentralización— y considerase la participación de las organizaciones de los profesionales. La Ley General de Sanidad establece en su artículo 47.2 que corresponde al Consejo Interterritorial del SNS la coordinación, entre otros aspectos de los principios básicos de política de personal y contempla en su artículo 48 la existencia de otros instrumentos de integración: comisiones, comités técnicos, convenios y programas comunes. Podría, por tanto crearse una comisión de ámbito estatal con funciones de coordinación y arbitraje.

La norma general debería regular poco más de los principios generales de la CP: número de categorías, criterios de acceso y permanencia en los distintos niveles y quienes tienen capacidad de acreditación y reconocimiento. Podrían ser las sociedades científicas, quienes propongan los criterios y procedimientos para medir la calidad de la atención prestada, acrediten las actividades de docencia y ponderen las de investigación en función de la medición de su impacto. En esta propuesta serían las CC.AA. quienes desarrollarían las normas de aplicación adaptadas a sus peculiaridades organizativas y constituirían con las sociedades científicas Comisiones Autonómicas de Evaluación (CAE) que serían el órgano máximo de acreditación y evaluación y con capacidad de crear «juicio», es decir: delegar funciones de evaluación en comisiones descentralizadas, acreditar y ponderar actividades, resolver reclamaciones, etc.. Estas CAE deben estar constituidas por especialistas de nivel igual o superior a la categoría que juzgan.

La existencia de Comisiones Locales de Docencia con responsabilidad en la evaluación de los programas MIR, permite, mediante la ampliación de sus competencias, contar con un órgano cercano para la evaluación. De esta forma tendríamos un modelo descentralizado, representativo y básicamente homogéneo.

Las dos pruebas objetivas consideradas en la CP tienen por función establecer un procedimiento público de garantía. Mientras el primero (paso del N-I

al N-II) se propone determinar un nivel de suficiencia, el segundo (paso del nivel III al IV) pretende demostrar públicamente un nivel de excelencia. El desarrollo de los exámenes debería ser concordante con estos objetivos.

El examen del nivel I al II es descentralizado, mediante sistemas de preguntas con multirrespuestas, a partir de un banco de datos centralizado. De convocatoria bianual sería requisito imprescindible estar en posesión de los méritos necesarios antes de la publicación de la misma.

El paso del nivel III al IV no debería delegarse, siendo siempre su procedimiento de concurso (méritos) y prueba objetiva mediante una convocatoria pública, bianual y tribunales compuestos por representantes de la administración sanitaria y organizaciones profesionales.

La presentación y ponderación de méritos también debe de tener carácter descentralizado hasta el nivel III.

## 8. EFECTOS DE LA CARRERA PROFESIONAL. INCENTIVOS.

Los efectos de la CP son fundamentalmente de carácter intrínseco y van ligados a la percepción interna de desarrollo profesional y al reconocimiento público y por la organización donde se trabaja de su grado de competencia mediante la creación de niveles o categorías. Otros incentivos son: económicos, de formación continuada, tiempo libre, actividades docentes e investigadoras, vinculación contractual diferente, participación en comisiones y la consideración de un determinado nivel para tener función docente, participar en determinadas comisiones, órganos de evaluación, nombramientos para funciones administrativas, etc..

La mayor retribución económica, debería estar considerada como básica, separada de la antigüedad y ser sensiblemente superior a la de la categoría inferior. Las cuantías exactas serían fruto de negociaciones de carácter sindical y estarían en función de disponibilidades presupuestarias, pero podrían considerarse como ejemplo los niveles administrativos para titulados superiores.

Como incentivo negativo se considera el estancamiento, nunca el descenso de categoría, ya que supondría una falta tan grave que requiere otros órganos y procedimientos sancionadores. El estancamiento es posible a partir del Nivel II y viene determinado por el propio interés individual. En el N-I existe un estancamiento camuflado, pues una permanencia de 10 años en el mismo para el paso al II ya determina una discriminación suficiente.

Los derechos propios de cada categoría se adquieren desde el momento en que se tienen los méritos para acceder a la misma. En aquellas en que sea necesario superar una prueba objetiva, el retraso en la convocatoria no deberá suponer retraso en la adquisición de derechos, salvo que se suspenda. Es importante enfatizar la agilidad en el reconocimiento de la categoría adquirida. Si la organización sanitaria no es capaz de evaluar los méritos de los candidatos y acreditar el nivel adquirido con prontitud o si la eficiencia administrativa es

heterogénea en el seno de la organización, la distorsión producida por acceso a derechos de forma desigual será vivida como un elemento deslegitimador.

## 9. EL PERIODO DE TRANSICION

La experiencia acumulada con el modelo de obtención del título de especialistas sugiere que los periodos de transición cuanto más cortos mejor. Es preferible no ser excesivamente estrictos, en una primera fase, en el rigor del procedimiento para garantizar la factibilidad del proyecto.

En un primer momento se produciría una acumulación de expedientes de acreditación imposible de resolver sin lesionar intereses. Por otra parte, la puesta en funcionamiento de los procedimientos de acreditación de actividades lleva tiempo y las anteriormente realizadas tienen una ponderación en muchos casos difícil de precisar.

En consecuencia debería considerarse un periodo de 3 años, en los que el único criterio para acceder a las categorías II y III, fuese la antigüedad más una prueba objetiva. Para el acceso a la fase IV, que no se produciría hasta el tercer año de aplicar el modelo, sí serían necesarios, además del examen, los requisitos de antigüedad y méritos mencionados anteriormente.

### Procedimiento

El acceso a la categoría II sería automático para todos aquellos que tengan, o cumplan, al menos 5 años de ejercicio durante los tres años siguientes a la publicación de la norma que desarrolla la carrera profesional. Esta debe ir acompañada de otra que produzca una convocatoria de examen en el mismo año para acceso al nivel III de los MFs que tengan, o cumplan, al menos, 8 años de ejercicio en el momento de publicarse la convocatoria y durante los dos años siguientes. El acceso al nivel IV se produciría mediante examen y cumpliendo todos los requisitos de méritos en los niveles anteriores, salvo el tiempo de permanencia en los mismos, a partir del tercer año de implantarse la carrera profesional para todos los MFs que, habiendo superado las pruebas del nivel III, tengan, al menos, una antigüedad de 15 años. Esta propuesta considera tiempos medios de permanencia en los distintos niveles. A partir de ese periodo de transición de 3 años se aplicaría el procedimiento normal.

## 9. EPILOGO. UNA PROPUESTA ALTERNATIVA

Las dificultades para la implantación de la carrera profesional son muchas. Se precisa voluntad y consenso político y disponibilidad presupuestaria, los costes de transición son elevados y hay que reglamentar los instrumentos, procedimientos y competencias en la acreditación, evaluación y certificación de méritos. Por ello no es extraño que hasta la fecha no se haya desarrollado y su futuro sea esperanzado pero incierto.

Sin embargo, cabe una opción autónoma capaz de ser afrontada con el

grado de desarrollo que tiene la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y, aún mejor, con el consenso de las otras sociedades de medicina general que existen. De la misma forma que se ha tenido capacidad para elaborar procedimientos de acreditación de actividades docentes, se han creado programas de formación continuada o existen unos criterios de publicación de originales y revisiones científicas y tanto unos como otros han obtenido reconocimiento público mediante la aceptación en baremos para concursos y oposiciones, es posible que una sociedad científica pueda otorgar acreditaciones de desarrollo profesional a los que con carácter voluntario quisieran someterse a su reglamentación. El prestigio de estas acreditaciones estaría en función del rigor con que se concediesen. Naturalmente el incentivo sería solo de carácter intrínseco y sólo en la medida en que el reclutamiento de recursos se mueva por la competencia profesional acreditada podría tener repercusiones de índole práctico.

Séneca escribió: que no rehusemos la tarea no es bastante: tenemos que buscarla.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de la Salud. Sondeo de opinión. Carrera profesional Médicos (Informe preliminar). Madrid: Servicio de Documentación y publicaciones, 1990.
2. Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe de la subcomisión de atención primaria. Madrid: INSALUD, 1991.
3. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Materiales de Trabajo. Seminario sobre Carrera Profesional. Madrid, 1993.
4. Muñoz P. Modelos para el consenso. Diario Médico 1996: 13 de febrero: 5.
5. Martín Zurro A, Monset Castell LI. Reflexiones sobre la carrera profesional del especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria 1993; 12: 233-235.
6. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1988: 393-425
7. Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: La Llar del Libre S.A., 1990: 155.
8. Martín J. López del Amo M<sup>o</sup> del Puerto. Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994: 35.
9. Savater F. Etica como amor propio. Madrid: Mondadori, 1988:20.
10. De Miguel E. Motivación. En: Introducción a la gestión (Management II). Servicio de Publicaciones de la Universidad Politécnica de Valencia, 1991: 617-663.
11. Ortún Rubio V. opus cit. pag.103.