

Carrera profesional y médicos de familia: reflexiones y propuesta (I)

J. Simó Miñana^a, J.C. Campos González^b y J. Sanfélix Genovés^c

En 1991 la *Comisión Abril* recomendó la implantación en el ámbito de la atención primaria de «sistemas de valoración del desempeño y de desarrollo profesional (carrera profesional)»¹. Desde entonces, mucho se ha hablado de carrera profesional (CP), recertificación de la competencia y desarrollo profesional²⁻⁹, pero también se ha hablado del desgaste profesional de los médicos de atención primaria¹⁰⁻¹⁴, a pesar de la preparación científico-técnica de una parte cada vez más amplia del colectivo.

Por otro lado, algunas investigaciones recientes¹⁵⁻¹⁸ señalan que el potencial profesional de los médicos de familia no está totalmente desarrollado, por lo que podríamos pensar que la motivación intrínseca del desarrollo profesional que ofrece la actual atención primaria española a sus mejores médicos de familia no parece que les esté estimulando lo suficiente¹⁹.

En un reciente estudio Delphi¹⁸ realizado en la provincia de Alicante, un 91% de los participantes consideraba que la ausencia de un sistema de CP es uno de los problemas que más restringe la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia en el centro de salud. Otro estudio Delphi de ámbito estatal, también de reciente publicación²⁰, muestra que el 98% de los participantes cree necesario potenciar la CP del médico de atención primaria, y un 96% de ellos considera que los médicos de familia deberían someterse a evaluaciones periódicas de su competencia profesional.

La CP puede definirse como un instrumento de reconocimiento del mantenimiento y perfeccionamiento de las competencias profesionales mediante una promoción profesional con efectos en el ámbito laboral, retributivo y en el desarrollo profesional. La carrera debe basarse fundamentalmente en la excelencia profesional, la cual se debe motivar, demostrar, evaluar y recompensar. El elemento clave es la demostración de poseer la adecuada competencia profesional para el desempeño de las funciones y tareas propias del primer nivel asistencial (asistencia, docencia e investigación)² ajustadas al perfil profesional del médico de familia^{21,22} y al área de conocimiento de la especialidad²³.

Objetivos de la CP en atención primaria

Pensamos que los objetivos básicos de un plan de CP para el médico de familia deben ser:

1. Ofrecer a los médicos de familia un horizonte profesional más o menos predeterminado, pensado para estimular

su rendimiento a largo plazo. El médico es para la organización en la que trabaja, y en primer lugar, un recurso. La organización debe maximizar el rendimiento de este recurso fijando objetivos y niveles óptimos de calidad. Por lo tanto, y desde la perspectiva organizacional, este sería el primer objetivo de una CP: incentivar el rendimiento del profesional haciendo confluir sus objetivos con los de la propia organización. Al médico se le atribuyen competencias para decidir el destino de muchos recursos y, por ello, organiza y controla discrecionalmente buena parte de su trabajo, lo que condiciona, sobre todo a corto plazo, las posibilidades de control externo y la medida de su rendimiento mediante indicadores objetivos²⁴. Por ello, la evaluación del rendimiento a largo plazo podría llevarse a cabo mediante el desarrollo de la CP. El progreso en la CP de un médico podría constituir un buen incentivo si su obtención no fuera puramente automática y siempre que no fuese nula la probabilidad de pérdida del incentivo (descenso de nivel) ante situaciones de insuficiente competencia profesional o incumplimiento de funciones o deberes.

2. Aumentar el nivel de calidad de la asistencia sanitaria tanto desde el lado científico-técnico como desde la consideración del coste social de oportunidad en la utilización de los recursos (interiorización por parte de los profesionales de las consecuencias económicas de las decisiones que toman relacionadas con su trabajo). Mantener y mejorar la competencia profesional es, por motivos éticos, una obligación del profesional en particular, pero también de la organización en la que presta sus servicios y de las asociaciones profesionales que le representan (sociedades científicas y colegios profesionales). Esta obligación es éticamente más exigible, si cabe, cuando la actividad del profesional se desarrolla en el ámbito público. En este ámbi-

^aMédico de Familia. Centro de Salud Altabix-Elche (Alicante).

^bMédico de Familia. Centro de Salud de Villamarchante (Valencia).

^cMédico de Familia. Centro de Salud Nazaret (Valencia).

Correspondencia:
Juan Simó Miñana,
C/ Camino Viejo, 4. Urbanización Los Olmos-E. 03110 Mutxamel
(Alicante).

Correo electrónico:
ju.simom@coma.es

bito debe ser más explícita la exigencia de mantenimiento y mejora de la calidad científico-técnica del médico y de que éste considere el coste social de oportunidad de los recursos públicos que se consumen como consecuencia de sus decisiones en la práctica clínica, docente e investigadora. Las demandas de la sociedad requieren progresivamente que la competencia en el ejercicio profesional se garantice con carácter general. Este mayor control social de la calidad profesional podría discurrir a través de la recertificación del grado de competencia por parte de instituciones sometidas a control social^{4,8}. Por lo tanto, en este punto podrían encontrarse la CP y la recertificación de la competencia. La superación de los procedimientos de recertificación debería considerarse entre los méritos más valorados a la hora de la promoción profesional.

3. Motivar, desde el punto de vista del desarrollo profesional y personal, a los médicos de atención primaria. Esta motivación no debería provenir únicamente de las mejoras en retribuciones. El estímulo debería provenir de las condiciones de los puestos de trabajo y, básicamente, de la motivación intrínseca derivada del desarrollo profesional de capacidades creativas, organizativas, docentes, de investigación, de asunción de mayores responsabilidades, liderazgo, innovación, etc., ligadas a los perfiles profesionales de los niveles superiores de la carrera, independientemente de que su retribución fuera o no mayor que la de los inferiores. Un plan de CP debería estimular especialmente esta motivación intrínseca, puesto que un profesional no siempre ambicionará una categoría superior por la retribución que tenga asignada. No hay que olvidar que los incentivos económicos actúan sobre necesidades básicas y son por ello de efectividad limitada. Sobre pasados determinados niveles, el médico puede percibir que únicamente incentivos monetarios no recompensan los esfuerzos en el rendimiento o responsabilidades que un determinado nivel de carrera pudiera exigir. Por ello, un sistema de carrera debe estimular la motivación intrínseca facilitando el desarrollo de potencial profesional y, además, estimular el verdadero compromiso del profesional con la organización alcanzando también al ámbito de la motivación trascendente¹⁹.

Efectos perversos, dificultades y cautelas de la CP en atención primaria

Generación de ineficiencia

Si la CP estimulara única o principalmente la motivación extrínseca, podrían producirse situaciones perversas que condujeran a niveles de ineficiencia mayores que los que se pretende contrarrestar con la implantación de la carrera. Para que esto no ocurra, el paciente debe tener garantía de que las motivaciones de lucro no interfieren en determinadas decisiones clínicas que su médico pudiera tomar por estar asociadas más a su promoción que a una práctica de calidad. La CP es un incentivo que, como todos, puede

presentar efectos perversos, en especial si únicamente estimula la motivación extrínseca¹⁹.

CP y comportamientos de cooperación en el EAP

En el ámbito de la atención primaria, en el que significativas mejoras en calidad asistencial dependen del trabajo coordinado del grupo o equipo, un incentivo como la CP podría no ser el mejor para estimular comportamientos cooperativos y de colaboración entre los miembros del equipo. Un plan de CP en el ámbito de la atención primaria debería estimular explícitamente este tipo de comportamientos, o al menos no dificultarlos: «*Si fulanito cobra más, que él solucione el problema.*» Este efecto perverso sería más probable en aquel tipo de carrera que única o predominantemente estimulara la motivación extrínseca y dejara muy de lado la motivación intrínseca. Así, aquella carrera cuya principal recompensa por el ascenso fuera la monetaria y no el desarrollo profesional podría estar más cerca de este riesgo. Sin embargo, la carrera que estimulara la motivación intrínseca del desarrollo profesional, es decir, cuya principal recompensa por ascender de nivel fuera la posibilidad de ejercer mayores responsabilidades profesionales, científico-técnicas, de liderazgo, de innovación profesional, etc. seguramente se alejaría más de este riesgo.

Riesgos de insuficiente motivación o franca desmotivación

Frustración entre los que no promocionan. Evidentemente no todos van a poder progresar hasta los máximos niveles de la carrera. Un plan de CP debe ser motivador para los que promocionan, pero sobre todo no debe desmotivar a los que no lo hacen. Para ello, habría que valorar qué efectos tendría sobre la motivación de los profesionales (tanto entre los que promocionan como entre los que no lo hacen) la posibilidad de descenso de categoría si el médico no cumple determinados requisitos. La posibilidad real y creíble de descenso de categoría podría actuar como elemento preventivo de la desmotivación (frustración) precisamente entre los que no alcanzan la promoción: «*Mal está que yo no ascienda, pero peor sería que promocionara y luego, al tiempo, me "despromocionaran" por incompetente.*»

Valoración excesiva de méritos poco asociados al esfuerzo del profesional dependientes de factores externos que el médico poco puede controlar. La consecución de méritos de tipo docente o investigador no es igualmente probable en un centro que en otro^{25,26}. Elementos de tipo geográfico (ámbito rural o urbano), tamaño del centro, accesibilidad a bases de datos y a actividades de formación continuada, posibilidad de colaboración con otros profesionales del sector sanitario u otros sectores, disponibilidad de recursos, etc. pueden diferir sustancialmente de un centro a otro. De partida, las posibilidades (potencialidades) serían distintas y, por tanto, se podría lesionar el principio de igualdad de oportunidades. Para que un plan de CP sea verdaderamente motivador, el médico tiene que percibir que su promoción

profesional depende básicamente de su capacidad de esfuerzo y de su compromiso con la organización. Por ello, la carrera debería recoger y ponderar estos dos aspectos (esfuerzo y compromiso) valorándolos adecuadamente. El sistema de evaluación profesional, además de transparente, riguroso y creíble, debe ser lo suficientemente válido y fiable y poseer un nivel de equidad aceptable. Se debe hacer un esfuerzo para desarrollar un modelo de CP que se sostenga en una razonable igualdad de oportunidades para la obtención de méritos por parte de los profesionales. 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.

Múltiples carreras en atención primaria. El sistema de evaluación profesional debería ser homogéneo en el seno de la organización, de forma que actividades y capacitación semejantes fueran equivalentemente valoradas. La percepción por parte de los profesionales de que méritos y capacitación semejantes significan la ubicación del profesional en diferentes niveles de CP dependiendo de la comunidad autónoma, centro o área sanitaria en la que se trabaje, sería considerada inequitativa y, por tanto, desmotivadora. Por ello, proponemos que el diseño de los procedimientos de evaluación relacionados con el plan de carrera se realice y se gestione centralizadamente a través de una Comisión del Consejo Interterritorial, en la que la Comisión Nacional de la Especialidad y las sociedades científicas de atención primaria desempeñen papeles relevantes.

La implantación de la CP entre los médicos de atención primaria rompería la homogeneidad de status del colectivo. En cualquier reunión, congreso o centro de salud, ya no seríamos todos «iguales», habría consultores, consultores expertos, consultores eméritos, adjuntos, especialistas recién formados y residentes. ¿Se pagará algún precio por esto? ¿Motivaría ello al conjunto del colectivo? En el ámbito hospitalario existe algo parecido: jefes de servicio, de sección, de división, de unidad, adjuntos, residentes, etc., es decir, distintos niveles de una supuesta CP y no parece que el *burnout* de nuestros compañeros de hospital sea mucho menor que el nuestro²⁷.

Implantación de un sistema de carrera con escasos recursos económicos. Bajo la tesis, no compartida por nosotros, de que los salarios actuales de los profesionales serían demasiado elevados para que fuera sostenible una evolución de la retribución significativamente creciente con el ascenso de categoría²⁴, podrían existir tentaciones de convertir la CP en un mero instrumento de trasvase de retribuciones entre profesionales. Si entendiéramos la CP profesional como una simple clasificación de los médicos en distintos niveles, con diferentes retribuciones asociadas a cada nivel, en donde la veteranía desempeñara el papel preponderante para el ascenso, y con un descenso de categoría práctica-

mente imposible (por poco real y poco creíble), el fracaso de la CP como elemento motivador sería probable. Un plan de CP diseñado así y con escasos o nulos recursos adicionales podría servir únicamente para que la organización trasvasara recursos monetarios de unos profesionales situados en escalones inferiores de la carrera a los situados en los escalones superiores, pero no sería elemento motivador ni para los primeros (que intentarían complementar sus ingresos en otros ámbitos ajenos a la atención primaria), ni mucho menos para los segundos (que no temerían perder el incentivo). Si además la recompensa por el ascenso fuera básicamente monetaria y la carrera no estimulara apenas el desarrollo del potencial profesional de los mejores médicos de familia, al no desarrollarse éste como recompensa por el ascenso, el riesgo de fracaso de la CP como elemento motivador sería mucho mayor.

Evaluar a los profesionales: baremo frente a recertificación de la competencia

El médico de familia es básicamente un clínico. Consecuentemente, la práctica clínica sería el objeto básico de evaluación en el plan de carrera. La evaluación directa de la práctica clínica de todos los profesionales sería inviable. Por ello, nos serviríamos de indicadores para medirla indirectamente. Estos indicadores medirían aquellos méritos profesionales que se consideran asociados a una buena práctica clínica y ayudarían a situar a los facultativos en un determinado nivel de carrera.

Conocemos fundamentalmente dos procedimientos para evaluar los méritos profesionales. Por un lado, el sistema de *baremo*. Se trata de un sistema de puntos y es el más utilizado en los diferentes modelos propuestos de CP²⁸. Por otro lado, y con el ánimo de evaluar también indirectamente la práctica clínica, se pueden utilizar sistemas de evaluación de la competencia profesional (sistemas de recertificación).

El mecanismo que proponemos es el de la recertificación de la competencia. Principalmente por dos razones. La primera respondería a la necesidad de desarrollar este tipo de procedimientos en nuestro país para garantizar, desde los poderes públicos, el mantenimiento de la calidad científico-técnica de los profesionales del sistema^{4,8}. Relacionar la recertificación de la competencia con la CP ayudaría a este propósito. La segunda razón intentaría superar un posible efecto pernicioso de un único sistema tipo *baremo* responsable de que los profesionales realizaran solamente aquellas actividades que «puntúan para el baremo» y se desinteresaran por aquellas otras, muchas veces intangibles, que, aun siendo relevantes para mejorar su práctica clínica y, sobre todo, para mejorar la atención al paciente (asistencia centrada en el paciente), no «dan puntos» y por tanto no «sirven» para progresar en la CP.

Proponemos un plan de CP en el que el ascenso de categoría se produzca tras un tiempo mínimo de permanencia en la inmediatamente anterior y la superación de procedi-

mientos de recertificación de la competencia. El mantenimiento de la categoría alcanzada por un período superior al tiempo mínimo de permanencia (estancamiento) también estaría condicionado, en algunas categorías, a la superación periódica de procedimientos de recertificación.

Por ello, proponemos al mismo tiempo un sistema de recertificación de la competencia que vaya más allá de la simple detección de niveles mínimos de competencia por debajo de los cuales se impida el ejercicio profesional en atención primaria. Se trataría de un sistema de recertificación de la competencia basado en procedimientos de evaluación de la misma cuya superación significara no sólo la posibilidad de seguir ejerciendo, sino también, y en función del tipo de procedimiento evaluativo superado, el ascenso de categoría profesional o su mantenimiento.

Los sistemas de recertificación deberían fundamentarse básicamente en pruebas objetivas para evaluar la competencia que se complementarían con la aportación de aquellos méritos que se requerieran en cada categoría. Por tanto, es aquí, en el procedimiento de recertificación de la competencia, donde haría acto de aparición el clásico *baremo*.

Definida como se ha hecho, la CP podría mantener simultáneamente intersecciones con la docencia, la formación especializada, la formación continuada acreditada, la recertificación de la competencia y con los sistemas o mecanismos de provisión de plazas.

Intersecciones con la recertificación de la competencia y la provisión de plazas

La implantación de la CP y la de la recertificación de la competencia se deberían impulsar simultánea y cohesionadamente. El punto de encuentro entre ambas lo constituiría el hecho de que el profesional promocionaría en su plan de carrera como resultado de la superación de sucesivos procedimientos de recertificación^{2,7}.

Nadie discute la necesidad de la mejora continua de la capacidad científico-técnica de los médicos, independientemente de su especialidad. En el ámbito de la atención primaria, diversos estudios coinciden en destacar ciertos factores pronósticos de adquisición y mantenimiento de la competencia. Mientras que la edad y el tiempo transcurrido desde la licenciatura se asocian a pérdida de capacitación, el trabajar en equipo y el contar con una especialización en medicina de familia actuarían como «factores protectores»^{5,29}. A pesar de ello, el tiempo de ejercicio (*antigüedad*), que parece jugar en contra del mantenimiento de la competencia profesional, es uno de los factores más recompensados en los baremos de méritos en nuestro país. Una experiencia muy interesante realizada con médicos españoles en el primer mes de residencia mostraba la no correlación entre el puesto obtenido en el MIR y sus habilidades atendiendo a un conjunto significativo de pacientes estandarizados. Probablemente, ni el examen MIR ni las actuales oposiciones estén seleccionando a los médicos más capaces: un médico cargado de conocimientos pero

absolutamente faltó de las más esenciales habilidades técnicas o comunicacionales podría contar hoy por hoy con un brillante currículo⁵.

Por otro lado, los profesionales relacionados con la atención primaria parecen mostrar consenso en no considerar la *antigüedad* como mérito prioritario en los baremos de selección y provisión de plazas. El 81% de los participantes en el anteriormente mencionado estudio Delphi²⁰ mostraba su desacuerdo con que la *antigüedad* se considere un criterio prioritario en estos baremos. Por el contrario, un 90% de los mismos consideraba que en estos baremos deberían primar criterios relacionados con la investigación, la docencia y la evaluación periódica de la competencia.

Es difícil implantar y desarrollar la recertificación de la competencia en atención primaria cuando la propia organización no ha generado expectativas relevantes de mejora laboral (una vez alcanzada la propiedad de la plaza) o científico-técnica (desarrollo profesional) en sus médicos de familia. En una situación así, es difícil mover al facultativo hacia la búsqueda de la excelencia profesional, puesto que éste no percibe que el esfuerzo valga la pena. El plan de carrera que proponemos explicitaría las expectativas de mejora laboral al permitir, entre otras, la consolidación definitiva del puesto de trabajo al llegar a un determinado nivel de carrera. También explicitaría las posibilidades de desarrollo profesional (científico-técnicas) ligadas a las distintas responsabilidades de los perfiles profesionales de cada uno de los niveles de la misma.

El programa docente de la especialidad fundamentaría las estrategias de recertificación de la competencia. Los conocimientos, actitudes, prácticas, habilidades... que se evalúen en estos procedimientos de recertificación deberían ajustarse a ese programa, teniendo en cuenta que la evolución del sistema sanitario motivará, sin duda, cambios en el mismo que se traducirán en los procedimientos de recertificación⁷.

No obstante, las pruebas a superar y los méritos a valorar en los procedimientos de recertificación, aun ajustándose al programa docente, no tendrían por qué ser idénticos ni requerir el mismo grado de capacitación. La «simple» certificación y posterior recertificación de la competencia para poder seguir ejerciendo en atención primaria no tendría, evidentemente, el mismo grado de exigencia que aquel procedimiento de recertificación cuya superación permitiera el ascenso a niveles superiores de la carrera.

Desde esta perspectiva, existiría un nivel mínimo de competencia que debería mantener o superar todo profesional para poder seguir ejerciendo en atención primaria. En el modelo de CP que aquí se propone, este nivel mínimo de competencia se correspondería con el requerido para el primer nivel de carrera. Para poder seguir ejerciendo en el ámbito de la atención primaria del sistema público, cualquier facultativo debería mantener o superar este nivel. Habría también otro tipo de procedimientos de recertifi-

cación cuya superación requeriría mayor preparación tanto clínica como relacionada con otros campos. La superación de este último tipo de procedimientos no sería necesaria para poder seguir ejerciendo, pero sí proporcionaría a los profesionales la promoción en su plan de carrera.

Proponemos un plan de CP con 5 niveles o categorías. En este plan, la definitiva estabilidad laboral solamente se produciría ligada al alcance de un determinado nivel de carrera. Así, se contribuiría a seleccionar buenos profesionales a los que proporcionar dicha estabilidad. Por lo tanto, la superación periódica de procedimientos de recertificación de la competencia (de diferentes grados de exigencia según qué categoría se pretenda alcanzar o mantener), la realización de actividades de formación acreditadas, investigación, docencia, gestión clínica, actividad asistencial –cumplimiento de objetivos pactados con la gerencia–, etc. (como méritos a valorar en el procedimiento de recertificación) y un tiempo necesario de permanencia en la organización (tiempo mínimo de permanencia en las distintas categorías) serían los elementos necesarios para alcanzar la definitiva estabilidad laboral que vendría ligada a la consecución del tercer nivel de carrera. Un plan de CP cumpliría así con el artículo 84 de la LGS que establece que, con relación al personal del SNS, se debe aprobar un Estatuto-Marco, «garantizando la estabilidad en el empleo y la categoría profesional»³⁰.

Intersecciones con la formación especializada, la continuada, la investigación y la docencia

La CP se iniciaría tras terminar la formación especializada en medicina de familia, superar una prueba final de certificación de la competencia tras el período MIR^{31,32} y empezar a prestar servicios como médico de familia en atención primaria en el primer nivel o categoría de la carrera.

Los méritos docentes como tutor de residentes deberían valorarse en el baremo de los procedimientos de recertificación y, consecuentemente, contribuirían a la promoción en el plan de carrera. Sin embargo, la acreditación docente como tutor no debería concederse de forma automática a todos los profesionales situados en un determinado nivel de la carrera. Como dice Martín-Zurro, la «venia docente» debe basarse en una consideración individualizada de los méritos de cada profesional². Entre estos méritos debería considerarse su nivel de CP como uno más. Por otro lado, es necesario que la acreditación de los tutores también se renueve (reacredite) periódicamente. La pérdida de la acreditación docente, si se incumplen unos mínimos a determinar, debería ser creíble y saludable que ocurriría cuando así lo considerara oportuno el organismo encargado de la reacreditación. Así, se podría exigir algún tipo de compensación, incluida la monetaria, para los tutores. La reacreditación de tutores ayudaría a elevar su nivel de capacitación docente, prestigiar su labor y a crear un estado de opinión colectiva favorable a la implantación de siste-

mas de recertificación de la competencia profesional entre los médicos de familia.

Otro tipo de méritos docentes (profesor asociado o titular, colaborador de clases prácticas de alumnos de medicina, profesor en cursos de formación continuada –docencia a colegas–, etc.) también se deberían tener en cuenta en los baremos de los procedimientos de recertificación y, por tanto, contribuirían a la promoción dentro de la carrera. También debería contemplarse el sentido inverso. Así, entre los méritos para alcanzar la consideración de profesor asociado o titular o la de colaborador en clases prácticas de alumnos de medicina, etc., debería valorarse el nivel de CP del candidato como un mérito más.

La realización de actividades de formación continuada acreditadas por un organismo competente (Comisión de Formación Continuada del SNS, universidad, etc.) debería considerarse también un mérito importante para la superación de los procedimientos de recertificación y consecuentemente para el progreso dentro del plan de CP. La mejora continua de la capacidad científico-técnica de los médicos de atención primaria no consiste solamente en mantener y mejorar la competencia profesional previa, sino que es necesario añadir aquellos elementos de cambio, nuevas competencias, demandados por la evolución del sistema⁷. Por ello, los procedimientos de recertificación de la competencia y, por tanto, un plan de CP, debería valorar especialmente la realización de actividades de formación continuada relacionadas con aquellas nuevas competencias demandadas por dicha evolución (cuidados paliativos, cirugía menor, economía de la salud, epidemiología y gestión clínicas, etc.).

Los méritos relacionados con la realización de actividades acreditadas de formación continuada y docencia pregrado ponderarían más en los primeros escalones de la carrera, mientras que los relacionados con la docencia posgrado, docencia a colegas, investigación y gestión clínica, deberían pesar más en los baremos de los procedimientos de recertificación asociados a la consecución de los niveles superiores.

Mejoras laborales y de desarrollo profesional asociadas al progreso en el plan de carrera

Las mejoras en las condiciones laborales también deberían ser explicitadas por el plan de carrera y, obviamente, mejoraría con el ascenso de nivel. Este modelo de CP ligado a la recertificación de la competencia explicitaría algunas mejoras de carácter laboral: posibilidad de seguir ejerciendo en atención primaria, estabilidad laboral definitiva ligada a la consecución del tercer nivel de carrera, exención parcial o total de actividades de atención continuada al alcanzar determinados niveles, menor movilidad forzosa con el ascenso y dedicación exclusiva al ámbito público en los máximos niveles de la carrera.

Sin embargo, habría que establecer de modo más explícito qué tipo de mejoras científico-técnicas de desarrollo profesional se asociarían a la consecución y mantenimiento de

las diferentes categorías. Esta no es una cuestión irrelevante y se relaciona profundamente con la propia esencia de la CP. Todo diseño organizativo que aspire a ser eficiente en el ámbito sanitario ha de tener en cuenta como elemento básico el carácter profesional de la actividad³³. La marginación de la vertiente del desarrollo profesional constituiría un error tan grave que podría invalidar, por sí solo, los aspectos positivos que pudieran contener muchas de las propuestas de carrera. Por ello, es necesario decidir de una vez por todas, y con responsabilidad, si queremos que todos los médicos de familia que trabajan en la atención primaria española «hagan lo mismo» independientemente de su capacidad para «hacer otras cosas» o si, por el contrario, queremos que existan diferentes deberes, responsabilidades, tareas o funciones que deban realizar aquellos médicos de familia especialmente capacitados y que se deban llevar a cabo en el propio ámbito de la atención primaria. Y, es más, habrá que pensar si se requiere o no «hacer otras cosas» en atención primaria que las que actualmente «se hacen». Tal y como dice Gómez Gascón, «o somos capaces de conseguir condiciones de trabajo que permitan hacer algo más que pura asistencia o evolucionaremos a ser médicos de cupo de 6 horas»³⁴. La CP debe ayudar, pues, a perfilar esas «otras cosas» que muchos consideramos necesarias en atención primaria (docencia de pregrado, de postgrado, formación continuada a otros profesionales, investigación, profundización de áreas clínicas, de atención a la familia o a la comunidad, funciones de referencia profesional, gestión clínica, etc.). Además, es necesario asumir que sea cual sea el modelo de CP que definitivamente se adopte, tiene que permitir que, a medida que se vaya progresando en el plan de carrera, el médico tenga en cada categoría un menor número de pacientes asignados para dedicarse también a las otras actividades que le exija su permanencia en cada categoría.

Plan de carrera abierto frente a plan de carrera cerrado

Es necesario decidir si el plan de carrera que se propone va a ser abierto o cerrado. Entendemos por un plan abierto aquel en el que el número de profesionales ubicados en los distintos niveles de la carrera no estaría predeterminado y dependería únicamente de la capacidad de los profesionales de ascender o mantener la categoría. En un plan de carrera cerrado, el número de profesionales ubicados en los diferentes niveles estaría predeterminado por la propia Administración.

Podrá ser impopular limitar el número de profesionales en alguno o algunos niveles de la carrera, pero un plan de carrera totalmente abierto podría conducir a situaciones poco racionales (un 60% o más de profesionales en los tres últimos niveles de la carrera, por ejemplo), sobre todo, si el mismo intenta compatibilizar el interés de los profesionales con el de la propia organización. El modelo que defendemos puede considerarse mixto puesto que el número de

profesionales no estaría limitado en las tres primeras categorías, mientras que sí lo estaría en las dos últimas. Se permitiría así, por un lado, la consecución de la estabilidad laboral a gran parte de los profesionales y, por otro, el número de profesionales en los niveles superiores de la carrera (cuarto o quinto) podría ajustarse a las necesidades de la organización.

Según nuestra propuesta, los perfiles profesionales de los diferentes niveles de la carrera tendrían asignadas diferentes funciones, responsabilidades y deberes. Desde esta perspectiva, sería necesaria una planificación que respondiera a las necesidades de esos puestos de trabajo en el seno de la organización. Porque, en definitiva, cada nivel de carrera podría considerarse un puesto de trabajo con un perfil profesional y laboral determinado y, por tanto, la organización tendría que decidir cuántos puestos precisaría de los diferentes niveles. La Administración Sanitaria tendrá que decidir si quiere que todos los médicos de atención primaria del país «hagan lo mismo» y se conviertan en «médicos de cupo de 6 horas», o si precisa, además, de puestos de trabajo en atención primaria que, sin desligarse de la atención al paciente, tengan asignadas otras responsabilidades adicionales como las mencionadas u otras que se decidan.

CP de ámbito estatal garantizada por el Consejo Interterritorial y la Comisión Nacional de la especialidad

Desde la perspectiva de un modelo de CP de ámbito estatal como el que aquí se propone, el Consejo Interterritorial del SNS sería el ámbito *natural* en el que se decidiera sobre los sistemas de acreditación de actividades de formación continuada, de CP y de recertificación de la competencia, así como sobre sus interrelaciones y puntos de encuentro.

Se están dando los primeros pasos con relación a la acreditación de actividades de formación continuada (Comisión Nacional de Formación Continuada). Es necesario, pues, que desde el Consejo Interterritorial se impulse y garantice también el diseño de un plan de CP para los médicos de atención primaria del país y de un sistema de recertificación de la competencia de estos profesionales, relacionados entre sí y, a su vez, interconectados con el sistema de acreditación de actividades de formación continuada. Este impulso podría llevarse a cabo desde una *Comisión de CP y Recertificación de la Competencia*, en la que, además de las distintas consejerías autonómicas de salud y otros actores, tuvieran una participación decisiva la Comisión Nacional de la Especialidad y las sociedades científicas de atención primaria en ella representadas³¹.

Bajo el supuesto de un plan de CP cerrado en los dos últimos niveles, el número de profesionales ubicados en ellos vendría determinado en función de las necesidades expresadas por los distintos servicios de salud autonómicos en el Consejo Interterritorial.

Agradecimientos

Los autores están en deuda con las personas que han leído versiones previas de este manuscrito, contribuyendo con sus comentarios a mejorarla, y en especial con Antonio Maiques Galán, Lorenzo Pascual López, Victoria Gosalbes Soler, Dionis Peñarroja González y Marisol Gatzambide Ganuza. A todos ellos hemos de darles las gracias, así como pedirles disculpas por perseverar en algunos criterios no compartidos unánimemente. Agradecemos también a Joaquín Martínez Hernández su apoyo documental.

Bibliografía

1. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe de la Subcomisión de Atención Primaria. Congreso de los Diputados, Madrid, marzo 1991.
2. Martín Zurro A, Monset LL. Reflexiones sobre la carrera profesional del especialista en medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria* 1993;12:233-6.
3. Estremera F, Gómez Gascón T, Martín Zurro A, Monset LL, Soler M, Veras R, et al. La carrera profesional en atención primaria. Documentos semFYC n.º 8. Madrid: semFYC.
4. Prieto Orzanco A. Mantenimiento de la competencia profesional del médico de familia: recertificación y acreditación. *Aten Primaria* 1993;12:437-8.
5. Blay Pueyo C. Evaluación de la competencia profesional: ¿están cambiando los tiempos? *Aten Primaria* 1995;16:2-4.
6. Martín Zurro A. La recertificación de los médicos de familia. *Aten Primaria* 1996;17:94-5.
7. Martín Zurro A. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Aten Primaria* 1996;17:162-8.
8. Pardell H. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Med Clin (Barc)* 2000;115:261-3.
9. Gené Badia J. La recertificación de la competencia. Experiencia personal. *FMC* 1999;6:603-5.
10. López J. El desgaste profesional en atención primaria. *El Médico* 2000;754:60-4.
11. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994;14:1135-40.
12. De Pablo González R, Suberviela González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
13. Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
14. Acámer Raga F, López Arribas C, López-Torres Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:401-7.
15. Compañ L, Portella E, Peiró S. Análisis estructural del nuevo modelo de atención primaria en la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 1996;18:411-6.
16. Rodríguez R, Márquez S, López M. La perspectiva profesional en la reforma de la atención primaria de salud: una aproximación cualitativa. *Gac Sanit* 1995;9:237-43.
17. López Gómez CA, Rodríguez Martín E. Estudio Delphi sobre organización y funciones de los equipos de atención primaria. *Medifam* 1993;3:25-9.
18. Simó Miñana J, García Alonso MA. Elementos relacionados con la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia: un estudio Delphi en la provincia de Alicante. *Gac Sanit* 1999;13:282-91.
19. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (II). *Aten Primaria* 2001;28:668-73.
20. Artells Herrero JJ. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo Delphi. *Cuadernos de Gestión* 1999;5(Supl. 1)1-124.
21. Gallo, FJ y Grupo de Trabajo de semFYC. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* 1995;16:5-6.
22. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Díez Espino J, Fernández Sánchez C, Foz i Gil G, Granados Menéndez MI, et al. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* 1999;23:236-48.
23. Bonal Pitz P, Gil Guillén V, Martín-Zurro A, Pinto Hespanhol A. La medicina de familia como área de conocimiento. *Aten Primaria* 1999;23:151-74.
24. Arruñada B. Diseño organizativo y gestión del personal en la sanidad pública. Cambios en la regulación sanitaria. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: SG Editores, 1995;64-119.
25. Marquet Palomer R. Equipo rico, equipo pobre. Reflexiones acerca de la equidad en el trato a los profesionales y, en consecuencia, a los pacientes. *Cuadernos de Gestión* 2000;6:32-3.
26. Borrell Carrión F. Equipo rico, equipo pobre: reflexiones acerca de la historia de los equipos. *Cuadernos de Gestión* 2000;6:104.
27. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:293-303.
28. Pérez Corral F. La carrera profesional. Una propuesta colegial. *Revista de Administración Sanitaria* 1999;3:341-57.
29. Simó Miñana J, Riquelme Miralles MD. Variabilidad en la interpretación de la radiografía de tórax entre una comunidad médica de atención primaria y sus radiólogos de referencia. *Aten Primaria* 1998;21:599-606.
30. BOE n.º 102, 10499, Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, 15218.
31. Gómez Gascón T. ¿Quién debe evaluar la competencia profesional de los residentes de medicina familiar y comunitaria? *Cuadernos de Gestión* 2000;6:98-100.
32. Martín Zurro A. La evaluación de los residentes. *Aten Primaria* 2001;27:151-2.
33. Arruñada B. La política de personal en la sanidad pública: ¿flexibilidad sin control ni medicina? *Revista de Administración Sanitaria* 1999;3:663-87.
34. Gómez Gascón T. Deben evolucionar las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria* 2000;26:27-28.