

# La carrera profesional del médico de familia (I)

Grupo de Trabajo de la semFYC\*

## Prólogo

Este documento es fruto de la reflexión y el debate de un grupo de trabajo que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) decidió convocar para revisar y actualizar el publicado en el 1996 sobre la carrera profesional (CP)<sup>1</sup>. El propósito del grupo de trabajo ha sido contribuir con sus reflexiones a la toma de decisiones en el seno de la semFYC en un punto tan crucial. Se presenta aquí un resumen del trabajo realizado.

Desde hace más de una década se ha intentado traducir el concepto de CP en normas reguladoras que lo hicieran realidad. A partir de 1997 y, sobre todo, a comienzos del presente siglo, algunas de ellas se concretan, publican y aplican en ámbitos de características diversas: centros hospitalarios (Hospital Gregorio Marañón de Madrid y Hospital Clínico de Barcelona)<sup>2</sup>, comunidades autónomas (Navarra)<sup>3,4</sup> y redes asistenciales (Instituto Catalán de la Salud<sup>5</sup>, Red Catalana de Hospitales Concertados<sup>6</sup>, Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona)<sup>7</sup>. En los últimos 3 años se ha producido una auténtica avalancha de proyectos de CP en las comunidades autónomas y en el año 2003, el Ministerio de Sanidad ha impulsado la publicación de las tres leyes fundamentales de ámbito estatal para el desarrollo de la CP: Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>8</sup> (LCC), Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias<sup>9</sup> (LOPS) y Ley de Estatuto Marco<sup>10</sup> (LEM), que pondrán cierto orden, al menos en los aspectos generales, en este *pandemonium*.

## Marco legal

El artículo 41 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud dice que la CP es «el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios». El párrafo segundo del mismo artículo establece que el Estatuto Marco establecerá la normativa básica aplicable al personal del Sistema Nacional de Salud y que ésta será desarrollada por las comunidades autónomas. La ley nos habla también de la existencia de una Comisión de Recursos Humanos (artículo 35) que tendrá que ver con la formación continuada y con la evaluación de la competencia profesional en cuanto a la definición de criterios básicos, y de la creación de órganos de participación y comisiones técnicas dependientes

de ella: el Foro Marco para el Diálogo Social, el Foro Profesional y la Comisión Consultiva Profesional. Cabe resaltar 3 aspectos: incluye la CP en un ámbito más amplio que es el del desarrollo profesional, que, según la Ley, acoge, además, la formación continuada y la evaluación de las competencias; el segundo es el papel regulador básico que se asume desde el Estado, dejando, como no podía ser de otro modo, a las comunidades autónomas el desarrollo normativo de aplicación en su territorio; el tercero y más importante es el que define la CP como un derecho.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) contempla la CP en el Título III. El artículo 37 expone el sistema de reconocimiento del desarrollo profesional, que es «público, expreso y de forma individualizada (...) en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios». Establece que el acceso al sistema de desarrollo profesional tiene carácter voluntario para todos los profesionales que presten servicios dentro del territorio del Estado. El artículo 38 enumera los principios generales, considerando como tales: la existencia de cuatro grados admitiendo la existencia de un grado inicial adicional; los requerimientos para la obtención de los grados mediante la evaluación favorable de los méritos del interesado en relación con sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación, actividad asistencial y su calidad, y su implicación en la gestión clínica; el tiempo mínimo de permanencia en cada grado, que fija en 5 años; la existencia de comités específicos integrados en su mayoría por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, garantizándose la participación en ellos de representantes del servicio o unidad de pertenencia del aspirante, así como de evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas; la constatación pública del grado de desarrollo profesional; la necesidad de adaptar dentro de cada servicio de salud estos principios generales a las características particulares de su organización; el papel homologador del Consejo Interterritorial para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). Todo

\*Al final del trabajo se incluye la relación de los miembros participantes en el Grupo de Trabajo de la semFYC.

lo anterior es extensible al ejercicio privado, con ciertas particularidades. Una disposición adicional (la cuarta) establece que los efectos económicos (con carácter de retribución complementaria) derivados del reconocimiento de grados serán objeto de negociación con las organizaciones sindicales, y una transitoria (la segunda) establece un plazo de 4 años para la implantación progresiva.

Con anterioridad nos hemos referido a la expresión gestión clínica. A los efectos de esta ley, tienen la consideración de funciones de gestión clínica (artículo 10) «las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes».

Una disposición adicional (la novena) hace referencia a la adaptación del sistema de evaluación del desarrollo profesional a las particulares características de los centros sanitarios dedicados a la investigación. Se entiende que en el conjunto general del SNS, los grados o niveles hacen referencia a un único perfil, que es el asistencial, aunque los méritos puedan proceder también de las otras actividades ya mencionadas. La disposición transitoria segunda establece un plazo de 4 años para que las comunidades autónomas inicien los procedimientos para su implantación en todas las profesiones sanitarias previstas en su articulado. Finalmente, para los profesionales que trabajan en el ámbito del Sistema Nacional de Salud con relación estatutaria, es de aplicación la Ley del Estatuto Marco. Poco habla este estatuto de CP o desarrollo profesional a pesar del papel que le atribuye la LCC en el desarrollo de la normativa básica para quienes trabajan en el seno del SNS, probablemente porque invadiría las competencias que se asignan a las comunidades autónomas una vez que los aspectos generales se encuentran en la LOPS. En su artículo 40 reconsidera los criterios generales de las leyes anteriores para el ámbito específico del personal estatutario; establece el papel protagonista de las comunidades autónomas en el establecimiento de la CP; reitera el papel homologador de la Comisión de Recursos Humanos (y, por tanto, del Consejo Interterritorial) y enfatiza el carácter negociado de la repercusión de los méritos alcanzados en el desarrollo profesional en la CP. Esto mismo se afirma en otro lugar (artículo 80), donde queda muy claro el papel de las organizaciones sindicales. En el artículo 42 se reitera la consideración complementaria de la retribución de la CP. Si consideramos las 3 leyes en conjunto, se produce algún retruécano entre los conceptos de desarrollo profesional y CP. El primero, según la LCC, incluye la CP (artículo 40), es decir: se define como el reconocimiento de la carrera profesional más la formación continuada más la evaluación de las competencias; en la LEM, la CP se define como el

reconocimiento del desarrollo profesional. Poco se dice sobre la evaluación de la competencia, aspecto central de la CP o del desarrollo profesional. El artículo 42 de la LCC define la competencia profesional como «la aptitud para integrar conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean», y posteriormente establece que la Comisión de Recursos Humanos (Consejo Interterritorial) establecerá los criterios básicos. Por último, aporta un elemento a tener en cuenta en su párrafo segundo que dice: «el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y las comunidades autónomas, en el ámbito geográfico de sus competencias, podrán acreditar las entidades de carácter científico, académico o profesional autorizadas para la evaluación de la competencia de los profesionales. Dichas entidades habrán de ser independientes de la gestión de sus centros y servicios». El artículo no explica en qué consistirá o cómo se hará la evaluación, pero sí dice quién no la hará.

Este conjunto de leyes deja bien sentado que es fundamental y protagonista el papel de las comunidades autónomas en el desarrollo profesional, reservándose el Estado una función general de cohesión y armonización. Pero no será fácil; por ejemplo: la LOPS establece un plazo mínimo de 5 años en cada nivel para optar a los sucesivos y nadie se opone a que territorialmente se regulen plazos mayores. Tampoco informa del total de méritos necesarios para la progresión de un grado a otro, de modo que cabe la posibilidad de que sean necesarios esfuerzos distintos dependiendo del lugar donde se ejerza y de que sean también diferentes los procedimientos y los agentes evaluadores. Las leyes insisten en la garantía de la movilidad profesional y en el papel que desempeña en la homologación de las distintas categorías funcionales la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (art. 43 LCC y art. 37 LEM), pero será difícil acordar equiparaciones de méritos cuando unos u otros ponderen de modo diferente los distintos criterios para alcanzar una categoría específica. Da la impresión de que la movilidad dentro del SNS se asemejará a la existente en el seno de la Unión Europea. Es decir, los mercados de cada comunidad autónoma serán los que determinen si precisan de profesionales externos definiendo y ponderando los méritos que estimen oportunos, independientemente de cómo sean valorados por otro servicio de salud. Por los modelos de CP ya publicados, éstos no van a ser trasplantables automáticamente, ni en sus características generales ni en sus criterios de ponderación de los méritos, aunque tengan algunas características comunes identificables.

Casi como conclusión preliminar y empírica cabría decir que la carrera profesional se desarrollará en el seno de cada comunidad autónoma e incluso con elementos diferenciadores dentro de éstas en función de la existencia de distintas redes asistenciales.

## Introducción

Aunque puede considerarse aplicable a todo el ámbito de los servicios de atención clínica, lo que a continuación se expone se refiere a la atención primaria (AP) y en especial a la posición y a la función del médico de familia dentro de ella, y más particularmente al entorno de los sistemas públicos, lo que las distintas leyes antes citadas denominan Sistema Nacional de Salud (SNS).

¿Por qué tanta urgencia ahora? Cabría pensar que este año y el pasado han sido tiempo de rendición de cuentas y de postulación de propuestas atractivas o mitigadoras de limitaciones e insuficiencias en el seno de las organizaciones sanitarias públicas. Los medios de comunicación profesionales se han hecho eco desde hace varios años de un descontento generalizado que tiene que ver con la sobrecarga asistencial, el empobrecimiento del puesto de trabajo, la drástica disminución en el mantenimiento y la reposición de infraestructuras y equipos, la pérdida de poder adquisitivo por la virtual congelación de los salarios —de los más bajos de Europa— y la falta de reconocimiento social y profesional. A ello hay que añadir las limitaciones inherentes al puesto de trabajo, con sus rutinas y la toma de conciencia, transcurridos los primeros años, de que en este entorno el médico de familia va a permanecer durante toda su vida laboral: es su presente y su futuro; esto, por otra parte, es propio de las empresas donde hay un aplanamiento de las estructuras organizativas y, por tanto, la promoción jerárquica vertical está muy limitada. El desgaste profesional y la consiguiente falta de motivación han adquirido carta de naturaleza y es muy frecuente la publicación más o menos formal de estudios, informes y reportajes sobre éste, como si se tratara de una pandemia que afectara a los médicos de familia<sup>11</sup>. Podría pensarse también que el modelo de atención primaria ha perdido —o no ha conseguido— la eficiencia esperada, a pesar de la introducción de algunos incentivos a la producción y al ahorro, y que hay una fractura entre los objetivos inmediatos de la organización, tal y como son interpretados por sus vértices estratégicos, tecnoestructura, personas de apoyo y mandos intermedios, y las áreas operativas.

Así las cosas, probablemente en un intento de paliar en cierta medida alguno de estos males, parece que ha surgido este «proteico» conjunto de proyectos que se agrupan bajo el epígrafe de carrera profesional. El que la negociación del incremento salarial tan demandado se pretenda realizar ligada a la consecución de objetivos de diverso cariz es un avance. Pero hay un riesgo evidente: llamar CP a lo que no es y, cual panacea universal, atribuirle efectos terapéuticos que no tiene, administrar el remedio de forma inadecuada y producir los efectos secundarios —perversos— propios de una dosis mal ajustada aplicada a un paciente inadecuado. Más que referirse a un incentivo específico, algunos proyectos parecen un compendio de incentivos relacionados con la antigüedad, la lealtad a la empresa, la ad-

hesión a los objetivos generales y coyunturales de la organización (productividad variable), el cumplimiento de actividades específicas y aspectos relacionados directa e indirectamente con el desarrollo profesional: formación continuada, investigación, docencia y gestión clínica. Cualquier sistema de incentivos condiciona la producción de los bienes o servicios de la organización donde se implanta<sup>12</sup>, de modo que un modelo apresuradamente pensado e implementado puede afectar de un modo aún no previsible a medio y largo plazo de forma favorable o desfavorable a la atención sanitaria prestada. Como el principio de precaución es un axioma en sanidad, parece conveniente establecer todas las medidas a nuestro alcance para evitar los acontecimientos adversos, repensando con sosiego adónde podríamos ir a parar.

Como cualquier otra intervención, en este caso en el seno de una organización, es susceptible de análisis en cuanto a su validez (si hay estudios que hayan demostrado su efectividad y en qué), su importancia (cuál ha sido la medida de los cambios producidos y en qué orientación) y su aplicabilidad (de haberse implementado en algún entorno, si es extrapolable a otros disímiles aunque con cierta semejanza). Pero, por desgracia, no hay experiencias previas de suficiente entidad y duración que nos permitan este análisis, salvo en organizaciones maquinales o en burocracias administrativas, o bien las experiencias se han realizado en instituciones hospitalarias. En Europa, hasta donde alcanzan nuestros conocimientos, no parece haber muchas CP en medicina general, aunque sí hay distinciones en prerrogativas, horas de consulta, atención domiciliaria y continuada, funciones docentes y administrativas e incrementos salariales conforme se adquiere un estatus relacionado con los años trabajados y los distintos méritos adquiridos: no es lo mismo, por ejemplo, un médico asalariado de un centro de salud inglés que un «principal» asociado del mismo. Asimismo, el Royal College of General Practitioner introdujo distintas iniciativas de valoración entre pares con el propósito de que actuasen como una meta a alcanzar para los médicos jóvenes<sup>13</sup>. También merece la pena consignar la experiencia portuguesa, con más de 2 décadas de implantación y con 3 niveles para los médicos de familia<sup>14</sup>.

El mayor riesgo de los modelos implementados o en proyecto es que sean más de promoción interna dentro de redes o instituciones sanitarias que de CP. En el ordenamiento administrativo español se denomina promoción interna al sistema de acceso que tienen los funcionarios o el personal estatutario que ocupa una plaza de titulación inferior cuando adquieren un título que les habilita para otras superiores y conlleva ventajas en los procedimientos de concurso y oposición sobre los sistemas de acceso libre. Aquí se utiliza para resaltar el carácter burocrático e intrainstitucional del modelo denominado CP. No se entiende peyorativamente esta diferenciación; sólo describe la tendencia que parecen seguir los distintos proyectos que

**TABLA  
1****Aspectos diferenciales de dos modelos de progresión profesional**

	<b>Carrera profesional</b>	<b>Promoción interna</b>
Objetivos	Los de la organización sanitaria	Los del servicio de salud, institución o departamento
	Generales Énfasis en la competencia	Específicos Énfasis en la eficiencia
Largo plazo	Corto plazo	
Normalización aplicada	Profesional	Propia de cada servicio de salud, red asistencial o institución
Evaluación	Organizaciones profesionales	Burocrática interna
Incentivos	Predominantemente intrínsecos	Predominantemente extrínsecos
Reconocimiento	Suprainstitucional. Sistemas sencillos de homologación	Interno al servicio de salud, red asistencial o institución. Sistemas de homologación complicados

estudian las instituciones y las comunidades autónomas. En la tabla 1 se resaltan las diferencias entre uno y otro concepto. Es posible que el resultado tenga un carácter híbrido en el que la proporción de unas y otras características varíe según los servicios de salud, las redes asistenciales o las instituciones.

### Concepto

La CP se implementa dentro de un sistema de servicios de salud, y éstos suelen incluirse en las organizaciones del tipo de las burocracias profesionales. Según Mintzberg<sup>15</sup>, el profesional se identifica más con su profesión que con la organización donde la practica, y de sus asociaciones profesionales suelen proceder las normas y procedimientos que rigen su trabajo, así como 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 del *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; esto explica, por otra parte, el deseo de participar en el control administrativo de las decisiones que lo afectan. Asimismo, los cargos jerárquicos son limitados, de modo que el incentivo de ascenso en este sentido se ve muy mermado. Por ello, la idea de las promociones horizontales por categorías puede representar un modelo de estímulos a largo plazo.

La idea de la CP va ligada de un modo lógico al trabajo; representa una oportunidad de mejora y consolidación de recompensas profesionales y mejores condiciones de estatus, funcionales 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 en el ejercicio del conjunto de funciones que le son propias.

Debería distinguirse entre cargo y categoría, ya que el primero conlleva la ordenación jerárquica y de mando, y el segundo, únicamente reconocimiento de méritos. En este documento se utilizan indistintamente categoría, nivel y grado.

### Fundamento y justificación

La Real Academia Española define el incentivo como «aquel 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. 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, y 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 él una «utilidad pronosticada», aunque inicialmente el esfuerzo invertido sea costoso y poco placentero. Dicho en términos éticos: el amor propio<sup>16</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 éste, tan fundamental, hay que añadir otros relacionados con la seguridad en el trabajo, el reconocimiento profesional y social, la obtención de mayores cuotas de poder y autoridad, la mejora de las condiciones de trabajo, el enriquecimiento del mismo y la equidad en la distribución de las recompensas.

Si los factores citados son motivadores, parece consecuente deducir que sus contrarios, o la ausencia de éstos, sean

elementos desincentivadores del rendimiento y se citan como justificantes de la instauración de la CP: prestigio profesional y social insuficiente, falta de equidad en la retribución salarial que se percibe como escasa, excesivamente homogénea y rígida, y en la participación en los procesos de organización, gestión y decisión; frustración de las 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 con frecuencia al médico que trabaja en el sistema público de salud: disminución del rendimiento; pérdida de interés en asumir nuevas responsabilidades o en ejecutar nuevas tareas; deterioro progresivo de la competencia profesional con repercusión directa sobre la calidad asistencial y búsqueda fuera del sistema público o de la actividad clínica de elementos motivadores ausentes en él.

Ya se ha dicho 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 sólo 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. 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, o estimular la competencia interna o nuestro propósito es una atención primaria cuyo único fin sea contener, mediante barreras burocráticas, el acceso a los niveles especializados y reducir los costes.

### **Características generales**

La CP puede constituir una excelente herramienta de desarrollo profesional, ya que su propósito general debería ser preservar los valores y actitudes de mantenimiento y desarrollo de la competencia, de interés por el trabajo que se realiza (tabla 2).

Debe articularse de modo que premie el cumplimiento de los objetivos de la organización pero no el rendimiento o la obtención de determinados objetivos puntuales: para ello hay otros incentivos formales (económicos) más idóneos. Los aspectos que se deberían recompensar mediante la CP son menos coyunturales: en primer lugar, la calidad de la atención prestada, y en segundo lugar, el conjunto de actividades relacionadas con influencia más o menos directa en ésta: formación continua, docencia, investigación y gestión clínica.

La calidad de la atención prestada es el factor determinante del desarrollo profesional porque ésta es 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.

**TABLA  
2**

**Características generales  
de la carrera profesional**

1. Debe articularse de modo que premie los objetivos generales de la organización
2. Basada en la calidad de la atención prestada y complementariamente en la formación continuada, la docencia, la investigación y la gestión clínica
3. Homogeneidad dentro del Sistema Nacional de Salud
4. Normas generales comunes para todas las especialidades
5. Basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad con criterios y procedimientos de valoración claros, normativos, explícitos (objetivos) y transparentes
6. Diferenciación de la vertiente asistencial de la administrativa y gestora
7. Voluntaria
8. Desarrollo de la promoción profesional en función de las propias aspiraciones
9. Diferenciada de la certificación periódica o revalidación
10. Organizada por categorías suficientemente discriminativas que requieran un esfuerzo duradero en el tiempo
11. Con amplia participación profesional en su normalización, desarrollo y aplicación
12. Factible financiera y organizativamente
13. Con efectos e incentivos intrínsecos (primordialmente) y extrínsecos

A propósito se cita la definición de calidad de la atención médica de Brook y Lohr, recogida por 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>17</sup>. La calidad, por tanto, no está basada, en su aspecto nuclear, en la utilización de equipos tecnológicos complejos, en disponer de acceso a procedimientos diagnósticos sofisticados o en 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 CP diferentes en su esencia para atención especializada y atención primaria, ni el lugar donde se ejerce 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 ésta: no se debería añadir a la dificultad de trabajar en un medio aislado o con pocos recursos la imposibilidad de progresar en la profesión. En atención primaria, donde hay 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.

La práctica totalidad de los documentos sobre CP consultados, incluidas las leyes citadas con anterioridad, insisten

en el cumplimiento de los objetivos de la organización como requisito o mérito. Este aspecto es fundamental; de hecho, los incentivos son herramientas para armonizar objetivos de los empleados con los de la organización donde prestan sus servicios<sup>18</sup>, pero debería matizarse: hay otros sistemas de incentivos<sup>19,20</sup> (tabla 3) (a la productividad variable, al ahorro, etc.) que inciden de manera más efectiva en el cumplimiento de los objetivos a corto y medio plazo, pues están diseñados para eso precisamente. La CP es un incentivo a largo plazo y, en consecuencia, debería nutrirse del cumplimiento de los propósitos y objetivos generales que son de largo recorrido y están recogidos en sus documentos estratégicos y regulaciones fundamentales. Los incentivos a corto y largo plazo son complementarios y no sustitutorios, utilizándose los segundos para atenuar el riesgo de comportamientos oportunistas en la obtención de los primeros.

Otras características que debería reunir la CP son:

1. Homogeneidad para todo el SNS, aunque haya aspectos diferenciales para cada servicio de salud de las comunidades autónomas, e incluso para distintas redes asistenciales dentro de la misma comunidad. Debería acordarse un

marco general de acreditación y evaluación de méritos en el seno del Consejo Interterritorial al que le correspondería una función armonizadora y de vigilancia de la calidad del modelo. Lo que sí parece aconsejable es que haya una CP en el conjunto del Sistema de Salud y que afecte tanto al sector público como al privado.

2. Normas generales comunes para todas las especialidades, sin perjuicio de considerar los aspectos diferenciales de cada una de ellas y de las distintas modalidades de ejercicio profesional. Este aspecto diferencial es especialmente importante para la medicina de familia, cuya organización es bastante diferente, en todos los países, del medio hospitalario. El médico de familia trabaja en lugares donde el acceso a la obtención de méritos de investigación, formación o docencia está dificultada por condicionantes geográficos, de infraestructura y de recursos. Por otra parte, la organización en medicina de familia es mucho más horizontal que la especializada.

3. Basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad con criterios y procedimientos de valoración claros, normativos, explícitos (objetivos) y transparentes. Los procedimientos de consideración de los méritos de los aspirantes deberían evitar al máximo el riesgo de las actividades de influencia. El lugar donde ejerza el médico de familia no debería 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.

### Miembros participantes en el Grupo de Trabajo de la semFYC

En el Grupo de Trabajo de la semFYC sobre la carrera profesional del médico de familia han participado: Carmen Moliner, Ramón Veras, Amando Martín Zurro, Francisco Extremera, Mario Soler, Tomás Gómez Gascón, Luis Villanueva y José Manuel Iglesias. El grupo ha sido coordinado por José Manuel Iglesias, que es el responsable de la redacción del documento.

La Dra. Pilar Gayoso ha leído el manuscrito y aportado interesantes sugerencias que se han incorporado a éste.

**TABLA 3** Tipos de incentivos aplicables al médico de familia

Económicos
Retribuciones básicas
Primas asociadas al rendimiento
Primas asociadas al ahorro
Sistemas de torneo
Reparto de beneficios
Retribuciones por antigüedad
Laborales y profesionales
Estabilidad laboral
Equidad en la distribución de recompensas
Mejora de las condiciones de trabajo
Enriquecimiento del puesto de trabajo
Participación en la toma de decisiones
Autonomía profesional
Formación continuada
Incrementos de poder y responsabilidad
Investigación y docencia
Afiliasiación y reconocimiento profesional y científico
Reconocimiento social
Desarrollo de valores altruistas
Humanismo
Servicio público
Carrera profesional

### Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La carrera profesional en atención primaria. Coordinador: Iglesias Clemente JM. Documentos semFYC: nº 8, ed., 1996 [consultado 8/2/2004]. Disponible en: [www.semptyc.es/es/actividades/publicaciones/documento\\_semptyc\\_c.html](http://www.semptyc.es/es/actividades/publicaciones/documento_semptyc_c.html)
2. Salmerón JM, y Comité de Promoción del Hospital Clínic de Barcelona. Sistema de promoción profesional del estamento médico. Experiencia tras 5 años de aplicación en el Hospital Clínic de Barcelona. Med Clin (Barc) 2000;115:463-7.
3. Ley Foral por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Ley 11/1999, de 6 de abril. Boletín Oficial de Navarra 43; 9 de abril de 1999.
4. Decreto foral 376/2000, de 18 de diciembre, por el que se dictan las normas de desarrollo de la Ley Foral 11/1999, de 6 de abril,

- por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Boletín Oficial de Navarra Número 14; 31 de enero de 2001.
5. ICS, CEMSATSE, CC.OO. Resumen del acuerdo de la mesa sectorial de negociación de sanidad sobre las condiciones de trabajo del personal de las instituciones sanitarias del Institut Català de la Salut (29.10.02) [consultado 08/02/2004]. Disponible en: [www.metgesdecatalunya.net/c-resumacord.htm](http://www.metgesdecatalunya.net/c-resumacord.htm)
  6. Convenio Colectivo de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) 1998-2000. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 2930 de 14.7.99: 9560-76.
  7. Convenio Colectivo del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) 1997-1999. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 2508 de 31.10.97: 12311-28.
  8. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo, 10715. BOE 128; 29 de mayo del 2003: 20567-88.
  9. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, 21340. BOE 280; 22 de noviembre del 2003: 41442-58.
  10. Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre, 23101. BOE 301; 17 de diciembre del 2003;44742-63.
  11. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, et al. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 2003;31:227-33.
  12. Brandt TL, Romme CR, LaRusso NF, Lindor KD. A Novel incentive system for faculty in an academic medical center. Ann Intern Med 2002;137:738-43.
  13. Royal College of General Practitioners. The FBA criteria. 1st April 2004 to 31st March 2005 [consultado 4/2004]. Disponible en: [www.rcgp.org.uk/external/fba/criteria.asp](http://www.rcgp.org.uk/external/fba/criteria.asp)
  14. Moreno P. Portugal recomienda establecer pocos niveles de promoción. Diario Médico, 10 de junio de 2003.
  15. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1988.
  16. Savater F. Ética como amor propio. Madrid: Mondadori, 1988.
  17. Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: La Llar del Llibre S.A., 1990.
  18. Morell-Baladrón L. La motivación y los incentivos en atención primaria. Medifam 1995;5:143-9.
  19. Melguizo Jiménez M. Incentivos en atención primaria. Aten Primaria 1994;14:701-3.
  20. Martín J, López del Amo MP. Incentivos e instituciones sanitarias públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.