
La carrera profesional en Atención Primaria ¿la solución?

Carmen Moliner Prada^a y José Manuel Iglesias Clemente^b

^aVicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)*.

^bSociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Ya en 1996 la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) publicó un primer documento sobre la carrera profesional¹. Durante el año 2003 y coincidiendo con el debate del marco legal impulsado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se consideró que era necesario revisar el documento para contribuir a definir la carrera profesional del médico de familia²⁻⁴. Todas las reflexiones de este artículo son fruto del grupo de trabajo que se constituyó en la semFYC para tal fin.

Concepto de carrera profesional

En primer lugar conviene centrar el concepto de carrera profesional (CP) en dos contextos específicos. Uno que tiene que ver con el tipo de organización don-

de se desarrolla y otro que la encuadra como incentivo diferenciado en el conjunto del sistema de incentivos de esa organización concreta. Siguiendo a Mintzberg⁵ las organizaciones sanitarias serían paradigmas de lo que él denomina burocracias profesionales; es decir, organizaciones laborales normalizadas y formalizadas que tienen características que las diferencian de otras que se dedican a producir bienes o servicios. Es propio de estas organizaciones, resumiendo mucho, que el área de operaciones tenga mayor autonomía que en las otras con respecto a los vértices estratégicos, *staff* de apoyo y mandos intermedios, que los criterios y normas por los que se rigen los trabajadores sean externos a la organización, pues derivan de entornos científicos y profesionales más amplios, supranacionales en muchos casos y que los criterios y normas de medición y evaluación del trabajo también trasciendan el ámbito de normalización de la propia empresa.

*El grupo de trabajo de semFYC sobre carrera profesional del médico de familia ha estado formado por: Ramón Veras, Amando Martín, Francisco Extremera, Mario Soler, Tomás Gómez, Luis Villanueva, José Manuel Iglesias y Carmen Moliner

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
- Afiliación y reconocimiento profesional y científico

Reconocimiento social

- Desarrollo de valores altruistas
- Humanismo
- Servicio público
- Carrera profesional

Tabla 1. Tipos de incentivos aplicados al médico de familia

Además, dentro de este modelo burocrático, coexisten en su seno grupos de trabajo en los que la adaptación mutua y la supervisión directa capaces de dar respuestas innovadoras a contingencias difíciles de predecir de antemano y, por tanto no formalizadas. Estas situaciones son cotidianas en cualquier servicio sanitario y el trabajo diario en un centro de salud sería un ejemplo entre tantos otros.

Esta gran preponderancia de las áreas operativas hace que sus integrantes de-

manden participar en las decisiones de la organización, autonomía con respecto a los vértices estratégicos y mandos burocráticos intermedios e incentivos complementarios a los habitualmente definidos por las empresas: antigüedad, productividad, rendimiento, ahorro, fidelidad, etc. (tabla 1). Los incentivos, es decir, lo que mueve a los profesionales en el desempeño, tienen características comunes con otras organizaciones, y otras que tienen mayor relevancia o son específicas de éstas. Desempeñan un papel los incentivos formales, pero también las recompensas y reconocimientos que emanan de los pares y de las sociedades científicas en donde se encuadran. Para el profesional la autoridad no es tanto la capacidad de mandar como la de que sus recomendaciones sean seguidas. Estos incentivos no tienen que traducirse necesariamente o primordialmente en mayores retribuciones económicas, sino que tienen que ver con el reconocimiento social y profesional, la disponibilidad para acceder a la formación continuada o el tiempo y los recursos convenientes para desarrollar proyectos de investigación. Son, por tanto, recompensas que tienen que ver con el desarrollo profesional a largo plazo más que con el cumplimiento de objetivos coyunturales y puntuales de la organización.

La CP se justifica, en consecuencia, por el tipo de organización que es la que presta servicios sanitarios y en la medida en que a esta le interese complementar los incentivos de los que ya dispone con otros orientados a motivar de forma continuada y a largo plazo el desarrollo profesional de sus trabajadores: conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos. De este modo unos y otros incentivos atenúan los riesgos de comportamientos oportunistas y las actividades de influencia a la que todos en mayor o menor medida están expuestos.

Los incentivos son instrumentos para armonizar los objetivos de los trabajadores con los de la organización donde trabajan, por tanto los sistemas de incentivos tienen que ser coherentes con la organización a la que sirven: la utilización de un instrumento motivador mal definido nunca podrá producir efectos beneficiosos ni para la organización ni para los trabajadores.

El efecto de la CP va ligado 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 diferentes niveles o categorías. La carrera profesional sería un sistema de incentivos basado en el reconocimiento expreso de categorías obtenido por la dedi-

cación y cualificación alcanzada por el médico de familia en el ejercicio del conjunto de funciones que le son propias.

Marco normativo

Es necesario revisar el marco legal existente en relación con la CP antes de realizar cualquier aproximación y propuesta desde el seno de una sociedad científica.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC)⁶, 2003 en su artículo 41 define a la CP como “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”.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)⁷, 2003 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 servi-

cios”. Otros aspectos generales desarrollados en la LOPS son: el carácter voluntario, la existencia de 4 o 5 niveles o grados y un mínimo de permanencia de 5 años. Establece que los méritos se obtendrán mediante la evaluación de los conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigadora, actividad asistencial y su calidad, y su implicación en la gestión clínica. En este concepto de gestión clínica la Ley engloba (artículo 10) las actividades “[...] 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”.

En la Ley se considera que la evaluación debe hacerse por comités específicos que estarán 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 LCC establece que la Ley del Estatuto Marco (LEM)⁸, también aprobada en el año 2003, será la que desarrolle la normativa básica aplicable al personal del SNS, pero poco está desarrollado en su articulado respecto a la CP, quizás viene determinado por la posibilidad de invadir las competencias asignadas a las Comunidades Autónomas (CCAA). Establece el papel protagonista de las CCAA en el establecimiento de la CP, reitera el papel homologador de la Comisión de recursos humanos y recalca el carácter negociado de la repercusión de los méritos alcanzados en el desarrollo profesional de la CP.

Distintas CCAA e instituciones y redes asistenciales dentro de ellas han desarrollado con antelación o coincidentes en el tiempo normas y acuerdos con representantes de los trabajadores en relación con la carrera profesional.

Características generales (tabla 2)

La CP debe premiar el cumplimiento de los objetivos generales de la organización, no el rendimiento o la obtención de objetivos puntuales; se propone preservar los valores y actitudes de mantenimiento y desarrollo de la competencia.

Basada fundamentalmente en la calidad de la atención prestada y en el conjunto de actividades con influencia sobre la misma: con la formación continuada, docencia, investigación y gestión clínica.

La calidad de la atención prestada es el factor determinante del desarrollo profesional y por tanto de la CP. Entendiendo por calidad la definición de Brook y Lohr: “El componente de la diferencia entre eficacia y efectividad que puede ser atribuida a los médicos, habida cuenta del entorno en el que trabajan”. La calidad, por tanto, se entiende como la mejor atención posible con los medios de que se dispone y, por ende, es aplicable tanto a la Atención Primaria como a la hospitalaria, en el medio urbano como en el rural, en ámbitos docentes e investigadores y en otros donde las tareas de atención clínica son las preponderantes y casi exclusivas. La obtención de méritos para el desarrollo profesional debe estar en relación sobre todo con el trabajo cotidiano, se utilice o no tecnología sofisticada y se esté o no en unidades de docencia o investigación. La recompensa obtenida dependerá del esfuerzo personal más que de factores externos ajenos a la intervención del trabajador.

Debe buscarse que sea homogénea en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) y para ello debería acordarse

Debe articularse de modo que premie los objetivos generales de la organización

Basada en la calidad de la atención prestada fundamental y complementariamente en la formación continuada, la docencia, la investigación y la gestión clínica

Homogeneidad dentro del Sistema Nacional de Salud
Normas generales comunes para todas las especialidades

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

Diferenciación de la vertiente asistencial de la administrativa y gestora

Voluntaria

Desarrollo de la promoción profesional en función de las propias aspiraciones

Diferenciada de la certificación periódica o revalidación

Organizada por categorías suficientemente discriminativas que requieran un esfuerzo duradero en el tiempo

Con amplia participación profesional en su normalización, desarrollo y aplicación

Factible financiera y organizativamente

Con efectos e incentivos intrínsecos (primordialmente) y extrínsecos

Tabla 2. Características generales de la carrera profesional

un marco general de acreditación y evaluación de méritos en el seno del Consejo Interterritorial, que sería el encargado de su regulación.

Todas las especialidades deberían tener normas comunes generales y considerar aspectos diferenciales entre cada una de ellas. Este aspecto es relevante para la medicina de familia, ya que en muchos de los lugares donde puede trabajar

el médico de familia está dificultado el acceso a méritos de investigación, formación o docencia, bien sea por aislamiento geográfico o por carencias de la infraestructura y recursos necesarios.

Basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad. Con criterios y procedimientos de valoración normalizados, formalizados, claros, objetivos e individualizados.

Diferenciada la CP de la vertiente asistencial de la administrativa y gestora.

Organizada en categorías, grados o niveles, que se alcanzarían en una progresión creciente, sin limitación porcentual.

El desarrollo de la promoción profesional es voluntario sujeto a las propias aspiraciones, siendo posible el estancamiento y la graduación de la velocidad en el ascenso.

Las categorías deberían ser suficientemente discriminadoras y requerir un esfuerzo duradero en el tiempo. La categoría adquirida implica mayores retribuciones económicas, pero no debe considerarse la mejora salarial como el efecto primordial de la CP, pues ya existen otros procedimientos de incentivos que deberán ser utilizados por la organización para la mejora de las retribuciones.

En los distintos proyectos sobre CP se percibe un debate (posiblemente más teórico que aplicable) sobre la consolida-

ción de los distintos grados de la CP. Para semFYC tendrían que tenerse en cuenta dos aspectos: uno es la progresión en el desarrollo profesional, CP como tal, donde sería posible el estancamiento e incluso el descenso (al menos en teoría) y otro es la revalidación periódica de la competencia, es decir: la demostración pública de que se cumplen los criterios mínimos deseables para ejercer la profesión.

Debería poder ser asumida por el Sistema Nacional de Salud tanto desde el aspecto financiero como el organizativo. Las tareas burocráticas y las posibles reclamaciones de los méritos pueden llevar a un sistema en continuo conflicto.

Es necesario conseguir una amplia participación profesional en su normalización, desarrollo y aplicación.

Ordenación y articulación

La Ley de Cohesión y Calidad (LCC) establece 4 niveles, y ofrece una opción de 5, estableciendo un período mínimo de permanencia en cada nivel de 5 años, por tanto en 15-20 años se podría alcanzar el máximo nivel.

La propuesta de semFYC también contempla 4 categorías, pero es menos rígida, y esto se argumenta precisamente en que este incentivo tiene que ser dis-

criminator y motivador, de modo que pueda diferenciar distintas velocidades de progresión. Por eso propone únicamente un período mínimo para alcanzar el nivel III de 10 años y que sean los tiempos estimados para obtener los méritos requeridos los que determinen la permanencia en los niveles I y II. Del mismo modo, no se establece que el profesional tenga que tener una plaza “en propiedad”, sino que se propone como vinculación exigible para la CP la existencia de un contrato laboral estable, evitando de este modo que demoras en la convocatoria de plazas sea un factor condicionante del desarrollo de los profesionales.

Proponemos los siguientes nombres y categorías:

- Nivel 1. Médico de familia.
- Nivel 2. Médico de familia *senior*.
- Nivel 3. Médico de familia consultor.
- Nivel 4. Médico de familia consultor *señor*.

El nivel 2 puede alcanzarse en cualquier momento si se tienen los méritos. Para alcanzar el nivel 3 es preciso una antigüedad de 10 años o más. No existe tiempo de antigüedad entre los niveles 3 y 4, siempre que cumplan los requisitos para obtenerlo. Se propone con carácter obligatorio la certificación periódica o revalidación cada 5 años. El acceso a un

nivel superior es una forma de revalidación, y no tendría que repetirse salvo que haya transcurrido un tiempo superior a los 5 años desde la obtención.

Procedimientos y órganos de evaluación

Deberá ponderarse dando más valor a los esfuerzos relacionados con la calidad percibida de la atención y el incremento de la eficiencia, y en menor medida la formación, docencia, investigación y gestión clínica. Se debe procurar que actividades semejantes sean reconocidas de forma similar, para evitar la percepción de inequidad entre los profesionales.

Los procedimientos de evaluación deben ser aceptables por parte de todos los agentes implicados, y son las sociedades científicas y las distintas administraciones públicas las que gozan de mayor confianza⁹.

El sistema de información y medición debería reducir el error de estimación al mínimo posible. Si tenemos en cuenta que el criterio fundamental en el sistema de medida es la competencia profesional y la calidad de la atención prestada, se deberían realizar auditorias y evaluaciones del desempeño para medir la calidad de forma individualizada.

Calidad de la atención prestada
Valoraciones de consultas reales o simuladas
Memoria con evidencias escritas de cumplimiento de criterios
Visitas individualizadas
Auditorias
Encuesta de satisfacción de los pacientes
Pruebas de evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE)
Formación continuada
Sistemas de acreditación de actividades de formación: SEAFORMEC, Ministerio de Sanidad y Consumo, Comunidades Autónomas, SaAP
Investigación
Baremación según impacto de publicación y según criterios objetivos y normalizados
Gestión clínica
Baremación según criterios objetivos y normalizados
Docencia
Académica
Formación continuada
Formación interna
Tutorías

Tabla 3. Criterios y procedimientos de evaluación del desarrollo profesional

El nuevo programa de la especialidad establece que las competencias fundamentales del médico de familia son: comprensión, razonamiento clínico, gestión y bioética, atención al individuo, atención a la familia, atención a la comunidad, formación e investigación¹⁰.

En la tabla 3 se enumeran distintos procedimientos de evaluación de los méritos susceptibles de recompensa. Pero caben algunas consideraciones de importancia en Atención Primaria. Una es la co-

roboración *in situ* de las memorias justificativas de los méritos aportados por los aspirantes mediante la realización de auditorías y de otras pruebas de evaluación por pares. En relación con la formación continuada habría que reubicar con más valor la que la práctica totalidad de las evidencias al respecto consideran la más eficaz¹¹: la realizada en el centro de trabajo y en relación con las preguntas que se plantean en la práctica clínica habitual. También sería deseable que se diera mayor reconocimiento a la investigación secundaria que responde a las cuestiones clínicas que se plantean cotidianamente en la atención a los pacientes y que se realiza mediante la búsqueda y el análisis sistemático y riguroso en fuentes bibliográficas, así como a la investigación cuyo propósito no es analizar la eficacia de determinada intervención (que ya ha sido demostrada), sino su aplicabilidad en un entorno clínico concreto.

El sistema de ponderación de méritos no tiene porqué ser uniforme a lo largo de la CP. Es probable, y seguramente deseable, que los méritos investigadores y docentes adquieran mayor peso según se progrese en la CP y los de formación continuada sean más ponderados en los primeros niveles.

De acuerdo con lo dispuesto en las distintas normas generales (LOPS, LCC,

LEM) sobre el papel que tiene que desempeñar la Comisión de recursos humanos del Consejo Interterritorial corresponde al Estado la función general de cohesión y armonización y la definición de los principios generales de la CP: número de categorías, criterios básicos de acceso y permanencia en los distintos niveles y quiénes tienen la capacidad de acreditación y reconocimiento de actividades meritorias.

Podrían ser las CCAA, a través de la constitución de las Comisiones Autonómicas de acreditación y evaluación las que desarrollaran los criterios y normas de acreditación y ponderación de actividades, delegando todas o algunas funciones de acreditación y evaluación en las comisiones locales de docencia o en las propias sociedades científicas.

Las sociedades científicas y los profesionales deben figurar en todos los niveles del proceso: en la definición de criterios y estándares, en la adaptación de ellos a las características específicas de una determinada red asistencial y en la evaluación directa de los aspirantes. De hecho, es muy probable que cuanto más se delegue en los profesionales menos burocrático sea el procedimiento, mayor su credibilidad y más reducido el riesgo de conflicto.

Riesgos del período de transición

La implantación de la CP supone un cambio cultural y un proyecto de futuro. Por esto y para evitar en una primera fase la acumulación de expedientes y el riesgo de estancamiento burocrático, debería considerarse no ser excesivamente estrictos en la ponderación de méritos y que para acceder a las categorías hasta el nivel II o III fuese la antigüedad casi, si no el único criterio, y que el período de transición fuera breve, no mayor de dos años. Hay que tener en consideración también la dificultad que subyace en la evaluación de actividades que se han realizado con antelación a los criterios que las van a ponderar y, en muchos casos, sin acreditación previa o con una difícil de homologar, como es el caso, por ejemplo, de la formación continuada.

El período de transición también acarrea el riesgo de la multiplicidad de modelos, pues ya existen carreras profesionales implementadas en CCAA, instituciones y redes asistenciales y muchos otros proyectos que se proponen implantarse en un futuro inmediato. Muy difícil será el papel armonizador que se reserva el Estado, pero si deseamos facilitar una futura movilidad de los profesionales y que los méritos adquiridos gocen de un

amplio reconocimiento habrá que afrontar esta tarea.

Otro de los riesgos de este período es convertir los incentivos económicos de la CP en el incremento salarial tan esperado. Parece conveniente que la progresión en la CP vaya acompañada de retribuciones mayores y que éstas tengan carácter complementario, pero los incentivos económicos deben reservarse en nuestra opinión para responder al cumplimiento de objetivos más inmediatos de la organización: productividad, rendimiento, ahorro, etc. El hecho de que los incentivos variables a la productividad no hayan alcanzado los frutos esperados es probable que deba replantear su diseño, pero no el traspaso de éste, posiblemente incorrecto, a otro incentivo tan distinto como la CP, ya que su comportamiento será igualmente inadecuado.

Papel de las sociedades científicas de Atención Primaria

Las sociedades científicas de medicina de familia en general y la semFYC en particular deben incrementar su papel de liderazgo y seguir construyendo los estándares del desarrollo profesional del médico de familia.

Podría aprovecharse este momento para que la administración pudiera regu-

lar y otorgar a las sociedades científicas una función de agencia externa que les habilitara para acreditar, bajo la tutela de las administraciones públicas, no sólo actividades de formación continuada sino la competencia profesional mediante los procedimientos ya mencionados. En cualquier caso, nada impide que las propias sociedades científicas definan e implementen sus propios criterios y procedimientos para reconocer públicamente el progreso profesional de los asociados que con carácter voluntario quisieran someterse a su reglamentación; en la medida en que sean válidos y rigurosos así serán reconocidos por los empleadores a la hora de establecer sus criterios de selección de personal. Otro papel relevante para las sociedades científicas, reconocido en la LOPS, es su participación en la elaboración de criterios, normas y procedimientos de evaluación, así como en la evaluación misma.

La CP se propone estimular el crecimiento profesional y, por tanto, incentivar el desarrollo de sus competencias. Si aceptamos que los recursos humanos son el principal recurso tecnológico de las organizaciones sanitarias parece poco arriesgado concluir que, en la medida que funcione, repercutirá positivamente en el funcionamiento general del SNS. No obstante, la CP no es la panacea para

resolver los múltiples problemas que están llevando a los profesionales a la desmotivación. Es necesario establecer una política de personal incentivadora que no sólo se preocupe por el desarrollo y establecimiento de la CP. Hay que lograr evitar las situaciones de provisionalidad y precariedad laboral; realizar ofertas de empleo según los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad; esti-

mular la participación y el compromiso de los profesionales en la toma de decisiones de la organización, promover la autonomía de gestión, así como facilitar la docencia, la formación continuada y la investigación. Además debe producirse una apuesta decidida que sitúe a la AP como eje y motor del SNS y esto trasciende con mucho la simple implementación de un incentivo.

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: n.º 8, 1996. Disponible en: <http://www.semfy.es>
2. Iglesias Clemente JM. La carrera profesional en el marco de un sistema de incentivos. Siete años después: los riesgos de un modelo burocrático. *Aten Primaria* 2004;34(5):219-21.
3. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La carrera profesional del médico de familia I. Coordinador: Iglesias Clemente JM. *Aten Primaria* 2004;34(5):256-62.
4. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La carrera profesional del médico de familia II. Coordinador: Iglesias Clemente JM. *Aten Primaria* 2004;34(6):306-12.
5. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1998.
6. 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.
7. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, 21340. BOE 280; 22 de noviembre del 2003: 41442-58.
8. 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.
9. Instituto Nacional de Salud. Sondeo de opinión. Carrera profesional-Médicos (informe preliminar). Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones, 1990.
10. Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, semFYC. Coordinadora: Casado V. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <http://www.semfy.es>
11. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274: 700-5.

