
La carrera profesional del médico de familia

José Joaquín González-Ripoll Garzón

Licenciado en Derecho. Máster en Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias.
Administrador del Distrito de Atención Primaria Aljarafe, el Servicio Andaluz de Salud.

Resumen

A pesar de que la reforma de la atención primaria de salud, ha potenciado este nivel asistencial, al que otorga nuevo protagonismo en el Sistema Sanitario, y al personal facultativo con la creación de la categoría profesional de Médico de Familia, al que se responsabiliza de una atención integral de la salud de la población, se hace patente en el medio profesional y en los estudios que se acercan al mismo que el colectivo de profesionales médicos de familia ostentan en general un bajo nivel de motivación y satisfacción laboral. Las propuestas que se hacen para mejorar dicha situación plantean, entre otras cuestiones, la conveniencia de disponer para aquéllos de un plan de carrera profesional.

Una revisión del concepto de carrera profesional como instrumento de análisis nos lleva al entorno organizacional y de gestión de los recursos humanos en la empresa, para concretar posteriormente su aplicación en la Administración Pública española y en las propuestas de reforma sanitaria.

Una visión general del estado de la cuestión de la carrera profesional sanitaria se obtiene, por una parte, de extractar sus principios según la doctrina que ha tratado el tema y, de otra parte, de la revisión de los proyectos reguladores de la misma, y las opiniones provenientes del propio colectivo profesional, manifestadas en diversos trabajos de investigación que aquí se citan.

Como conclusión, se pone de manifiesto a grandes rasgos el enfoque que un modelo de carrera profesional del Médico de Familia en la Atención Primaria, podría tener en el ámbito de cualquier Servicio de Salud, para salvar los principales obstáculos que la actual estructura de nuestro Sistema Nacional de Salud plantea.

Palabras clave: Atención Primaria, Carrera Profesional, Médico de Familia, Motivación.

Summary

Reform of Primary Health Care has led to improvements in this level of provision, conferring new importance on it within the Health System. This heightened profile is reflected in the status of medical staff, who, with the creation of the professional position of Family Doctor, have been given responsibility for an integrated approach to public health. However, in spite of this it is well recognised in medical circles and in related studies that the Family Doctor community suffers from generally low levels of motivation and job satisfaction. Proposals to improve this situation raise, among other issues, the advisability of establishing a professional career structure for Family Doctors.

In this review, we analyse the concept of a professional career structure, focussing on the organisation and management of human resources within the enterprise so as to subsequently specify the application of this concept in the Spanish Public Administration and in the proposals of health care reform.

A general view of the state of the question of the career structure in the health care profession is obtained first by summarising its principles according to the doctrine that has dealt with the theme, and

second from review of the regulatory procedures of the same, and the opinions of the professional community itself, presented in various research projects that are cited here.

In conclusion, the focus that a model career structure for Family Doctors in Primary Healthcare could have in the context of any Health Service becomes clear in broad terms, if it is to overcome the principal obstacles that the current structure of our National Health System presents.

Key Words: Primary Health Care, Career Structure, Family Doctor, Motivation.

Introducción

La reforma de la Atención Primaria de Salud en España llevada a cabo a partir de los años 80 supuso otorgar a este nivel asistencial del Sistema Sanitario Público español un protagonismo que anteriormente no tenía, reconociéndose como el primer nivel de asistencia sanitaria, modulador del acceso y uso del resto del sistema. Dicho reconocimiento vino de la mano de una nueva ordenación de la asistencia primaria que en la Ley General de Sanidad de 1986 partía de un concepto integral de la salud comprensivo, “además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad del individuo y la comunidad” (artículo 18.2), y que se concretaba en una estructura de la actividad de la atención primaria de salud basada en fórmulas de trabajo en equipo, con atención al individuo, la familia y la comunidad y desarrollada mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación,

a través tanto de medios básicos de la atención primaria, como de dispositivos de apoyo a ésta (artículo 56.2.a).

Por otra parte, tales funciones se desempeñarían en estructuras territoriales igualmente novedosas, las zonas básicas de salud y desde los Centros de Salud como centros integrales de atención primaria (artículo 63).

La reforma supuso, pues, una nueva ordenación del trabajo de la atención primaria y, por tanto, de los Médicos generales, cuyos servicios adquirirían una dimensión integral de las funciones curativas, preventivas y de salud pública. Esta nueva dimensión requería también una nueva formación, creándose la especialidad concreta de Medicina Familiar y Comunitaria.

La disposición adicional tercera del Decreto 1753/1998, de 31 de julio hizo oficial la denominación de Médico de Familia para aquellos profesionales que ejercen las funciones de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud.

Transcurridos veinte años desde la aludida reforma de la Atención Primaria

de Salud, son numerosos los síntomas de que, en un contexto de crisis del Sistema Sanitario, también la Atención Primaria adolece de una situación problemática en la que uno de los elementos más característicos es la insatisfacción de los médicos con su trabajo.

Al abordar la citada situación, se pone de manifiesto que uno de los elementos que determinan la insatisfacción de los médicos de Atención Primaria es la falta de una carrera profesional, apareciendo la construcción de ésta como una medida de motivación para corregir aquel elemento de crisis.

Trataremos, por consiguiente, de centrar el concepto de carrera profesional aplicable a los Médicos de Familia en su actual contexto, revisando las experiencias en el Sistema Nacional de Salud español, así como propuestas que sobre este tema se han hecho desde la literatura científica, los órganos de representación de los profesionales médicos, Colegios Profesionales y Sindicatos.

La carrera profesional en la gestión de los recursos humanos de la organización

Se enmarca la cuestión, desde el punto de vista de la Psicología Organizacional o del Trabajo, dentro de la Teoría de la

motivación en el trabajo, disciplina que ayuda a entender la importancia de la carrera profesional como un elemento de integración de los miembros de cualquier organización con los objetivos de ésta.

Desde la Psicología Organizacional, la carrera profesional es tratada como el desarrollo de las expectativas, fines y objetivos del individuo en la organización, cuya satisfacción debe ser también objetivo de ésta, pues con ello se promueve la permanencia del individuo en la organización y la participación de aquél en los fines de ésta¹. Con la Carrera Profesional se otorga a esa necesaria correlación entre objetivos de la organización y fines del individuo una dimensión temporal evolutiva. Así, el concepto *carrera*, en su origen dentro de esta disciplina, contrapuso una vertiente dinámica al concepto estático de *vocación*.

Por consiguiente, la oportunidad de desarrollar la carrera profesional de los miembros de la organización no es sólo para éstos, sino que la propia organización está interesada en ello, de forma que su planificación y desarrollo es, cada vez más, objeto de las políticas de recursos humanos con orientación hacia la calidad de vida laboral y la implicación de los empleados en la promoción y la calidad de su trabajo.

Pero las consideraciones que se hacen desde la Psicología de las Organizaciones

acerca de la carrera profesional no se quedan en la descripción de los procesos de desarrollo de la misma, sino, y he aquí la importancia que se señalará en relación con las medidas contra las crisis de los sistemas sanitarios, que se estudia como uno de los elementos que causan satisfacción laboral, constituyendo la promoción laboral un incentivo o recompensa que, según consiga engranarse con las habilidades, metas y expectativas de los individuos, logrará aumentos de productividad o mejoras en la consecución de objetivos de la organización.

Desde la perspectiva de la gestión empresarial de los recursos humanos, en un proceso de planificación estratégica la carrera profesional se situaría en la fase de análisis interno, aquel que permite conocer las principales potencialidades y recursos con que cuenta una empresa, para definir su posición competitiva² y, dentro de ella, en el estudio de los recursos humanos que abarca tanto su estructura organizativa como su dotación, la política en temas como captación, formación, retribución, promoción e incentiva- ción, así como el estilo de dirección.

Algunos avances en este terreno³ sugieren que las nuevas formas organizati- vas de las empresas, con estructuras más planas y equipos de trabajo multifuncio- nales, exigen cambiar el concepto de ca-

rrera profesional relacionado con pro- gresos en el escalafón por otro que se basa no sólo en los procesos empresa- riales de la organización, sino fundamen- talmente en el desarrollo de las aptitudes interpersonales y de la formación per- sonal, con una perspectiva humana. Este enfoque se verá que es de aplicación al diseño de la carrera del Médico en aten- ción primaria pues el modelo de organi- zación de estos servicios en nuestro ám- bito responde a una estructura plana poco jerarquizada.

El anterior planteamiento lleva al con- cepto de autodesarrollo, en el sentido de que la responsabilidad del desarrollo de la carrera profesional quede no en ma- nos de la empresa, sino del individuo. Una postura conciliadora decidiría que, al menos, el empleado tenga un papel acti- vo en el diseño de su carrera, en su de- sarrollo personal y profesional, el cual, desde el punto de vista de la empresa, debe tener claro el campo o ámbito a desarrollar, lo que nos lleva al concepto de las competencias como base del de- sarrollo de la carrera profesional.

Podemos definir las competencias como el conjunto de conocimientos, ha- bilitades, cualidades, aptitudes, que tie- nen las personas y que les predispone a realizar un conjunto de actividades con un buen nivel de desempeño.

La *gestión por competencias* parte de los elementos clave de la gestión de personal⁴: los comportamientos y competencias que definen a las personas, y la capacidad de éstas de pensar, generar ideas y conocimiento, y aporta nuevas referencias desde el punto de vista de las competencias como modelo de gestión, que relaciona el éxito empresarial con conductas “profesionales”, caracterizadas no por unas determinadas capacidades técnicas, sino por la existencia de valores compartidos que dan lugar a comportamientos dinámicos, innovadores, comprometidos y motivados, las denominadas competencias de actitud.

El modelo de gestión por competencias permite a la empresa definir la demanda de perfiles de competencias de las ocupaciones que requiere, mediante a la adecuación permanente de los perfiles de competencias de los empleados, al basarse en la permanente comparación entre las competencias que hoy se poseen y las que se necesitan y, en función del análisis de estas distancias, tomar decisiones.

La competencia integra dos dimensiones: Las características personales y sociales (aptitudes emocionales sobre las que se conforma la inteligencia emocional), y los conocimientos y habilidades técnicas relacionados con los procesos de trabajo, siendo su gestión el proceso

que consiste en administrar el activo intelectual e intangible que representan las competencias en las personas.

Las competencias describen así lo que una persona debe saber y poder hacer para desarrollar y mantener un alto nivel de desempeño, incluyendo aspectos cognitivos, afectivos, motores y de experiencia. Las competencias se organizan en torno a unidades: Roles, posiciones y procesos, que constituyen la estructura social del trabajo en la empresa.

En torno a la carrera profesional del médico de familia

La carrera profesional en la Administración Pública

El Sistema Sanitario Público se enmarca dentro de la Administración Pública, en cuyo contexto se denomina función pública tanto al conjunto de personas a disposición del Estado que tienen a su cargo las funciones y servicios públicos, como al régimen jurídico a que están sometidas y la organización que las encuadra, y funcionario a la persona que se vincula a una Administración Pública con una relación mucho más duradera y exigente que la que se da en relaciones privadas, y que le ofrece expectativas de ascenso o carrera⁵. Es, por consiguiente, elemento consustancial a un sistema de función pública el de-

recho a una progresión profesional reglada, esto es, a una carrera profesional.

El modelo vigente en las Administraciones Públicas españolas se fundamenta en la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, y se caracteriza por basarse, más que en la carrera, en un sistema de empleo o puestos de trabajo en el que prevalece el derecho a una clasificación profesional sobre el derecho a una progresión o carrera propiamente dicha y cuyos elementos fundamentales son la configuración del empleo al puesto de trabajo y la atribución de grados personales⁶.

El Proyecto de Ley Reguladora del Estatuto Básico de la Función Pública, de 1999⁽¹⁾, anuncia en su Exposición de Motivos la novedad del establecimiento de la carrera profesional de los funcionarios públicos según un modelo en que aquella se desliga de la ocupación de los puestos de trabajo y se basa, además de en la antigüedad, en la evaluación de determinados aspectos del desempeño. Hay que tener en cuenta que este Estatuto Básico sería de aplicación también al personal estatutario de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, por lo que

afectaría a los Médicos de Familia, sin perjuicio de las peculiaridades a regular en la normativa de desarrollo del Estatuto Básico, o lo que disponga, como se verá más adelante, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

El artículo 39.1 del Proyecto declara que la carrera profesional de los funcionarios públicos consiste en la progresión de categoría profesional, conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad, estableciendo el artículo 40 las reglas básicas de su regulación, que consisten en fijación de un periodo de permanencia mínimo y obligatorio en cada categoría, ascensos de categoría consecutivos, salvo en aquellos supuestos en que se prevea otra posibilidad de ascenso previa superación de pruebas selectivas, y valoración en todo caso de la antigüedad, la trayectoria y actuación profesional, la calidad de los trabajos realizados y los conocimientos adquiridos, aplicándose a tal efecto sistemas de evaluación.

En cualquier caso, este anteproyecto, resultado de un proceso negociador del Gobierno con las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales y los Sindicatos representativos en el ámbito de la Administración Pública, que data del año 1997, aún no ha iniciado su tramitación parlamentaria.

⁽¹⁾ Proyecto de Ley 121/000177 Estatuto Básico de la Función Pública. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. VI Legislatura. Serie A: 5 de Julio de 1999 Núm. 177-1 Proyectos de Ley.

La carrera del profesional médico en las propuestas de reforma

Como se decía en la Introducción, no son pocas las señales de crisis en los Sistemas Sanitarios Públicos y, aunque predominantemente las características de esa situación son de orden económico, en muchos casos, los análisis de las causas y componentes de esa crisis tienen elementos referidos a la satisfacción del personal, señaladamente del facultativo y, dentro de éste, también el de atención primaria.

Así⁷ (Martínez, 1998), entre los principales problemas del sistema sanitario y especialmente de la atención primaria, se habla de “la importante desmotivación de los profesionales sanitarios que contribuyen a una baja implicación en los objetivos organizacionales”.

Algunos estudios en el campo de la atención primaria han pretendido encontrar los factores de la insatisfacción profesional detectada⁸. Entre ellos se aíslan factores que provienen del ámbito directivo de decisión, entre los que se menciona la falta de reconocimiento profesional y de una adecuada incentivación.

Por otra parte una carrera profesional atractiva, desde todos los puntos de vista, incluido el económico, puede y debe ser una pieza esencial para mejorar la motivación e incentivación de los médi-

cos y de los restantes miembros de los equipos de salud⁹.

De hecho, llega a afirmarse¹⁰ que la asignatura pendiente de la política sanitaria para el sistema Nacional de Salud, desde la Ley General de Sanidad es, precisamente, la política de personal, lo que resulta especialmente preocupante al ser los recursos humanos un elemento estratégico de primer orden, en el que radican las decisiones sobre el flujo de la demanda de las prestaciones asistenciales y, por tanto, de gran parte del gasto del sistema.

El problema de abordar el establecimiento de una carrera profesional a los médicos de atención primaria, se enmarca dentro de una más amplia panorámica de reformas que constituyen la agenda de las políticas de salud, y más concretamente de gestión sanitaria, en nuestro contexto nacional e internacional, a caballo entre los últimos años del siglo XX y estos comienzos del XXI.

- *La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril):*

Su apartado relacionado con las cuestiones de personal⁽²⁾ ponía de manifiesto

⁽²⁾ Subcomisión de Personal Sanitario de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, presidida por J. M. Segovia de Arana. Marzo, 1991.

cómo “la experiencia acumulada a lo largo de los últimos 10-15 años sugiere la conveniencia de un cambio en profundidad del marco de relaciones laborales para el personal sanitario”. Dentro de las medidas a adoptar se hace expresa referencia a la existencia de una carrera profesional estructurada en la que el sucesivo acceso a los distintos niveles vendría determinado por la acreditación otorgada por un organismo central en base a la experiencia profesional, las aportaciones asistenciales, científicas y docentes, y las actividades de formación continuada.

- *El Informe de la Subcomisión de Salud del Congreso de los Diputados para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud:*

El último estudio en sede parlamentaria sobre la reforma del Sistema Nacional de Salud español lo constituye el *Informe de la Subcomisión de Salud del Congreso de los Diputados para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud*⁽³⁾. Este Informe dedica su apartado III a “Organización y gestión”, con epígrafes destinados específicamente a la autonomía de gestión (apartado 8) y la poten-

ciación del protagonismo de los profesionales (apartado 10).

Un análisis del contenido del Informe y concretamente de los puntos mencionados^{11,12}, pone de manifiesto que, frente a las tendencias que antes se han mencionado, aquí no se hace referencia ni siquiera a la política de recursos humanos del Sistema, salvo genéricas referencias entre las que destacaremos, a los efectos de este trabajo, la de la constatación de que la motivación y el compromiso de los profesionales sanitarios son aún retos pendientes de resolver en el sistema público, por lo que se plantea como objetivo: “flexibilizar el régimen de dedicación, mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo, promover nuevas fórmulas retributivas en las que realmente se prioricen los incentivos a la actividad y a la calidad, y hacer efectiva la participación de los profesionales en la toma de decisiones de los centros”. En cualquier caso, no se entra en propuestas concretas y, por consiguiente, tampoco el tema de la carrera profesional ocupa al Informe de la Subcomisión de Sanidad.

- *El Estatuto Marco básico:*

La Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 84.2 previó la existencia de un Estatuto Marco regulador de todo el

⁽³⁾ Subcomisión creada en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados con fecha 11 de junio de 1996, cuyo Informe fue aprobado en Pleno de 18 de diciembre de 1997.

personal de Instituciones y Entidades Gestoras de la Seguridad Social. Transcurridos diecisiete años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, sin embargo dicho Estatuto Marco no ha sido aprobado, a pesar de que sí ha habido algunos proyectos del mismo. El contenido previsto por la Ley General de Sanidad para aquella norma fue la normativa básica aplicable en materia de clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes, régimen disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo.

El borrador de Estatuto Marco básico de mayo de 2002, presentado por el Ministerio de Sanidad y en discusión actualmente, tanto a nivel sindical como político, con las Comunidades Autónomas, una vez culminado, en diciembre de 2001, el proceso de transferencia de las competencias en materia de sanidad a las mismas, incluye un Capítulo VI denominado "Carrera Profesional", y contiene dos artículos, en el primero establece los criterios generales de la Carrera Profesional, mientras que en el segundo regula la forma de desarrollo de los mismos.

Se caracteriza esta regulación, en primer lugar, por comprender a todo el ámbito personal del Estatuto Marco: todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, si bien contempla la posibi-

lidad de una carrera diferenciada para el personal sanitario y otra para el de gestión y servicios, en segundo lugar, por constituir exclusivamente las pautas básicas, que serán objeto de desarrollo por parte de las distintas Comunidades Autónomas, estableciendo como criterios comunes los de currículum, experiencia profesional, trabajo asistencial, conocimientos, actividad docente, investigadora y científica en general, así como las capacidades organizativas y de gestión, y, por último, por enmarcarse entre los principios básicos comunes a los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, entre los que se comprenden (art. 4) el establecimiento de un sistema de promoción interna, de incentivación y de desarrollo profesional, y de un sistema de carrera profesional.

Por otra parte, entre los derechos individuales que reconoce el borrador de Estatuto Marco al personal de los Servicios de Salud, está el derecho a la carrera profesional.

Entiende el borrador de Estatuto Marco por Carrera Profesional del personal sanitario, el derecho del personal estatutario fijo a progresar, de forma individualizada, a niveles superiores, previamente definidos dentro de cada grupo de clasificación, clase o categoría funcional, como reconocimiento al desarrollo

profesional en conocimientos, experiencia, responsabilidad y mejor adecuación de la actitud, capacidad y cualidades personales a los objetivos del Servicio de Salud al que pertenezca.

Los principios de general y básica aplicación que regula el borrador, aplicables a la Carrera Profesional, son:

a) La necesidad de un período mínimo de permanencia en el nivel anterior, así como la evaluación favorable de los méritos que se establezcan, para progresar a un nivel superior.

b) El acceso al nivel básico se producirá en el momento de acceso, como personal estatutario fijo, en cualquier Servicio de Salud del SNS.

c) La carrera se articula a través de la asignación a los profesionales de incentivos, incluidos los económicos, relacionados con la actividad asistencial, formativa, investigadora o docente.

d) Es un modelo de Carrera para personal estatutario fijo; el tiempo de servicios como personal temporal sólo será tomado en cuenta a los efectos del período mínimo de permanencia para el acceso a un nivel superior.

El desarrollo de la Carrera a nivel del Sistema Nacional de Salud exige, según el borrador de Estatuto Marco analizado, por una parte, proyectar los criterios generales en las normas que se establezcan

en desarrollo del propio Estatuto; y por otra, proponer criterios que faciliten los efectos del reconocimiento del nivel de carrera en los distintos Servicios de Salud, para facilitar la movilidad de los profesionales en todo el Sistema, labores que se encomiendan a la Comisión de Gestión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con la participación del Foro Marco Estatal para el Diálogo Social.

• *El Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía:*

Citaremos, por último, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el desarrollo por la Consejería de Salud desde el año 2000, de un Plan de Calidad para el Sistema Sanitario Público de Andalucía que, partiendo del reconocimiento del ciudadano como centro del sistema sanitario, y su satisfacción como elemento irrenunciable de la calidad, pretende impulsar una nueva política sanitaria desarrollada sobre siete líneas de acción, una de las cuales es la de desarrollo de profesionales, la cual parte de la exigencia de una profunda reflexión sobre el papel de los profesionales, como prestadores directos del servicio, conjunto caracterizado por su gran número, la diversidad de sus categorías, con rasgos muy diferenciados en cuanto a formación, responsabili-

dad, etc., los diferentes marcos jurídicos existentes en su regulación, y las diversas culturas organizativas de las empresas y centros que conforman el sistema.

Relacionadas con el objeto de este trabajo, el Plan de Calidad establece como políticas estratégicas las siguientes: Los Mapas de Competencias, el Inventario de Competencias y la definición de acciones formativas y de desarrollo profesional. Por consiguiente, se adhiere a la línea gerencial empresarial antes examinada de la Gestión por Competencias, con objeto de definir el Mapa de Competencias de los Profesionales, en relación con su participación en procesos asistenciales integrados, como forma específica de gestión sanitaria, inventariar las competencias actuales, diseñar acciones de formación para reducir la distancia entre las competencias necesarias y las disponibles, y definir un modelo de promoción horizontal y vertical, compuesto por las rutas profesionales que garanticen permanentemente esa adecuación y la readaptación necesaria, al que se vincula también un modelo de acreditación profesional.

Referencias a la Carrera Profesional del Médico

Los servicios de salud constituyen ejemplos de lo que doctrinalmente se llama

man burocracias profesionales, en las que la identificación del profesional se produce en mayor grado con respecto a la propia profesión que con la organización en la que trabaja. De este tipo de estructuras proceden valores como el liderazgo profesional o científico, especialmente apreciados por la profesión médica.

De ahí que los planteamientos teóricos acerca de la Carrera Profesional del Médico son abordados en el marco de la consideración de la profesión médica como una burocracia profesional que, en el caso del ejercicio de la medicina, reviste la peculiaridad del relevante papel del profesional (médico) en la gestión de los recursos del sistema sanitario. Este sistema, en la medida en que los servicios sanitarios constituyen parte sustancial del denominado *Estado del bienestar*, se convierte en un servicio colectivo público configurando, como en el caso de España, un Sistema Nacional de Salud¹³, una de cuyas consecuencias es que los incentivos que legitimen al sistema deben tener una función de utilidad para la población en tanto que sea propietaria del servicio de salud y destinataria del mismo¹⁴.

La gestión del personal en los entornos públicos como los que caracterizan nuestro sistema sanitario viene requiriendo una clara modernización, para conseguir avanzar en la gestión de las

Administraciones Públicas, mejorar la calidad de la prestación de servicios y, en definitiva, conseguir el éxito de las organizaciones¹⁵.

Pero, además, la caracterización de estas organizaciones profesionales exige que, cualquier proyecto de reforma o modernización pase por conocer las opiniones de los actores de la organización, esto es, de los propios profesionales. En el ámbito sanitario y, específicamente, de la atención primaria de salud, un trabajo de 2001, destinado a determinar cómo es la actitud de los médicos hacia el modelo de Atención Primaria de Salud¹⁶, concluye que el conocimiento de las actitudes de los profesionales de la atención primaria puede servir de base para diseñar posibles estrategias de intervención dirigidas a la mejora de la calidad asistencial, y para una evolución favorable de aquéllos.

El informe “Análisis prospectivo sobre el perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI”, resultado de un estudio *delphi* realizado sobre 371 profesionales⁽⁴⁾, manifiesta en relación con los apartados del estudio relacionados con las actitudes y expectativas relacionadas con la carrera profesional y las

condiciones de desempeño profesional, los siguientes resultados:

– El 97,9% de encuestados se manifestó a favor de la necesidad de potenciar la carrera profesional del Médico de Familia.

– En opinión del 91,6% la carrera debe reglamentarse con distintos niveles de concreción, desde el más general a nivel estatal, hasta el más específico en el centro de trabajo, pasando por la regulación en el ámbito autonómico.

– Para el 96,1%, los profesionales de atención primaria deben someterse a evaluaciones periódicas de su competencia profesional.

En un estudio sobre la determinación del grado de satisfacción laboral y desgaste profesional en médicos de atención primaria y factores relacionados¹⁷, consistente en un estudio descriptivo transversal en el ámbito de la atención primaria de Asturias, realizado sobre 810 médicos generales, médicos de familia, residentes y pediatras, reveló que la distensión en el trabajo, interpretada como el grado en el que el individuo cree que puede mejorar a nivel profesional, de reconocimiento por su trabajo y en el ámbito retributivo, así como la capacidad de desconectar del trabajo, fue puntuado con 3,23 puntos sobre 5 en relación con la satisfacción laboral.

(4) Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria. 1999; 5, suplemento I.

La opinión del colectivo a través de su representación sindical tuvo su expresión en la I Conferencia de Consenso sobre Hospitales⁽⁵⁾, donde la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos ponía de manifiesto cómo “la apatía, la dejadez y la falta de perspectivas marcan a muchos médicos españoles de la Sanidad Pública”, citando como factores causales de esa situación la falta de definición de responsabilidades en la estructura sanitaria, la carencia de objetivos sanitarios a nivel nacional, autonómico y local, y la sensación de frustración por falta de posibilidades de promoción. Ante la situación descrita, la CESM entiende que la carrera profesional es una de últimas posibilidades de la Administración para la solución del “creciente caos sanitario”, haciendo su propuesta para una carrera profesional del personal facultativo que luego se examinará.

Más recientemente, la misma confederación de sindicatos médicos⁽⁶⁾ ha exigido a la Administración que establezca la carrera profesional como un sistema de promoción profesional que conlleve la incentiación, tras la realización de una

encuesta en la que el 93 % de los facultativos encuestados se mostraron a favor de tener un sistema de promoción profesional.

En el Documento “Un Modelo en Crisis”, elaborado por el Grupo de Consenso de Atención Primaria (integrado por SEMFyC, SEMERGEN y CESM) y aprobado en Gijón el 10 de noviembre de 2000⁽⁷⁾, se afirmaba que a lo largo de los últimos años se han ido produciendo cada vez con mayor frecuencia manifestaciones que revelan un creciente estado de insatisfacción y de descontento entre los profesionales de Atención Primaria. Constituirían causas de la situación el hecho de que los profesionales de los Equipos de Atención Primaria se enfrentan en su realidad cotidiana a un modelo organizativo caracterizado por una sobrecarga de actividades puramente asistenciales, muchas veces meramente burocráticas, que les impiden actuar de forma resolutiva y en definitiva acaban suponiendo ineficiencia para el Sistema de Salud y desánimo y desmotivación para los profesionales. El Documento analiza las condiciones de prestación del trabajo de los médicos de atención primaria y propone una serie de medidas organizativas de mejora.

⁽⁵⁾ Crisis Hospitalaria. Presente y futuro de los hospitales españoles. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, 25-26 Enero 1993.

⁽⁶⁾ Reseña de una encuesta de la CESM, en Diario-Médico.com, 30/8/2000.

⁽⁷⁾ Documento contenido en la página web de CESM.

Las diferentes opiniones doctrinales recogidas arrojan el siguiente esquema característico de la carrera profesional del médico:

- *La fórmula que recoja la Carrera Profesional ha de incidir en la motivación de los profesionales*

Ya se ha puesto de manifiesto la relación entre origen de la categoría de Médico de Familia, crisis del sistema, elementos de motivación y carrera profesional. Un estudio *delphi* realizado sobre personal de atención primaria, destinado a conocer qué incentivos son identificados por aquéllos¹⁸, concluye que la estabilidad en el empleo, la carrera profesional y la necesidad de reconocimiento son elementos comunes en aquella percepción, apareciendo el fomento de la promoción profesional en sexto lugar entre los incentivos técnico-científicos priorizados⁽⁸⁾.

Este elemento se relaciona igualmente con la calidad y eficacia del sistema: sien-

do los profesionales el capital más importante de una organización como la sanitaria, la motivación, formación y corresponsabilización de aquellos debe redundar en beneficio de la eficacia general del sistema, apareciendo nuevamente la carrera profesional como un mecanismo de incentivación y motivación¹⁹.

Así se expresa²⁰ que tal elemento incentivador ha de hacer frente a los elementos desmotivadores puestos de manifiesto, como la sobrecarga asistencial, una deficiente organización del trabajo, el trabajo rutinario, la falta de autonomía de gestión, insuficiente prestigio social, salarios bajos, falta de concreción en los objetivos, ausencia entre cantidad y calidad de trabajo con progreso profesional, reconocimiento insuficiente de las actividades docentes y de investigación y falta de perspectivas claras sobre el propio futuro profesional.

Uno de los objetivos básicos de un plan de carrera debe ser motivar desde el punto de vista del desarrollo profesional y personal²¹, motivación que, fundamentalmente debe ser de carácter intrínseco, referida al desarrollo de capacidades creativas, organizativas, docentes, de investigación, asunción de responsabilidades, liderazgo o innovación. Se trata, en definitiva, de procurar un medio de evaluación del rendimiento a largo

⁽⁸⁾ Otros estudios que contienen similares conclusiones en cuanto a la importancia de la carrera profesional, o la promoción profesional como elemento incentivados se encuentran en: Castellá Escolá, J. "Satisfacción y motivación de los profesionales médicos de Atención Primaria". En "Centro de Salud", marzo 1994. Melguizo Jiménez, M. y colaboradores: "Medidas de motivación e incentivación en Atención primaria" Grupo de trabajo de la Semfyc; documento n.º 1, 1993. Lago Deibe, F y colaboradores: Estudio delphi sobre autogestión e incentivación del personal médico de los EAP en Galicia. Boletín de AGAMFEC, n.º 11, otoño 1993.

plazo y su consiguiente incentivo, siempre que la obtención del progreso no sea meramente automático.

Se llega a considerar²² que la idea de la carrera profesional va ligada de modo lógico a la naturaleza del ser humano y su actividad laboral, en tanto que representa la obtención de recompensas profesionales y mejoras en la posición y consideración social, lo que para el Médico de Familia supondría el reconocimiento expreso de categorías por la dedicación y cualificación alcanzadas. Requisito unido a lo anterior es que el modelo de carrera suponga igualdad de oportunidades en el acceso al desarrollo profesional.

- *Regulación estatal o regulaciones en cada Servicio de Salud*

Ya hemos visto cual era la opinión al respecto de los profesionales objeto del estudio *delphi* antes comentado. Se defiende que al menos un marco general impida la existencia de desigualdades o actuaciones irregulares²³.

El diseño de los sistemas de evaluación del plan de carrera debería realizarse y gestionarse centralizadamente, a través del Consejo Interterritorial, con participación de la Comisión Nacional de especialidades y las sociedades científicas²⁴.

Partiendo de que lo que se pretende es, en definitiva, prestar la mejor atención

sanitaria posible, para lo que, mediante la incentivación profesional, la carrera profesional es un instrumento más, el modelo de ésta debe ser homogéneo en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, aunque existan aspectos no fundamentales diferenciadores en función de los distintos modelos organizativos de las comunidades autónomas²⁵.

El mismo autor entiende que al Estado correspondería la legislación acerca de los principios generales, como los relativos a número de categorías, criterios de acceso, tiempo de permanencia, reconocimiento de la capacidad de acreditación, etc., y las Comunidades Autónomas serían competentes para desarrollar las anteriores normas, adaptándolas a sus peculiaridades, constituyendo comisiones de evaluación. En este aspecto, la descentralización llegaría hasta la creación de instancias evaluadoras locales o por centros.

Se considera deseable que la implantación de la carrera se realice en todo el ámbito del Sistema Nacional de Salud, siendo las normas de acreditación y evaluación comunes; mientras que se entiende como fundamental que cada centro pueda establecer su propio sistema de promoción, vinculando los méritos profesionales a los objetivos más deseables para el mismo²⁶.

- *Los profesionales esperan del establecimiento de un modelo de Carrera Profesional fundamentalmente: prestigio social, prestigio técnico, nivel económico, cambios cuantitativos y cualitativos en sus actividades asistencial, docente e investigador*

En relación con los contenidos de la actividad se propone²⁷ una distribución que iría desde el 75 % para asistencia sanitaria y 25 % para docencia/investigación en el primer nivel, a una proporción del 50 %, hasta llegar en el nivel superior a una flexibilidad horaria de la actividad asistencial, con 90 % de dedicación docente e investigadora.

Como mejoras asociadas al progreso en la carrera se plantean: la posibilidad de seguir ejerciendo, estabilidad laboral, exención total o parcial de actividades de atención continuada, mejoras relacionadas con la movilidad, mejoras científico-técnicas (docencia de pre y postgrado, formación continuada a otros profesionales, investigación, profundización de áreas clínicas, gestión clínica), disminución de la carga asistencial²⁸.

Se consideran efectos de la carrera profesional: por una parte los incentivos extrínsecos, como el reconocimiento público, el prestigio, los económicos, el mayor tiempo libre, la consideración de la categoría como mérito o requisito

para el acceso a programas de investigación, formación, para el nombramiento a determinados cargos, etc. A ello hay que unir la incentivación intrínseca que representa la percepción interna del desarrollo profesional²⁹.

Otra posibilidad es la de relacionar un sistema de carrera con uno de acceso y selección para puestos de trabajo en el que sea cada Centro el que realice la selección, una vez obtenida por el médico la acreditación para trabajar en el Sistema Nacional de Salud. En tal caso, un nivel de carrera no daría derecho automático al acceso a una posición concreta, sino que serían las características propias del puesto de trabajo las que exigirían un nivel o categoría³⁰.

- *Separación o unión de las carreras profesional y la de gestión*

Siendo carreras separadas, no obstante, podrían establecerse conexiones entre ambas (por ejemplo, el cargo de director médico de un sector o equipo)³¹.

La diferenciación entre categoría y cargo³² da pie a aquella distinción, considerando que el término categoría es un distintivo individual obtenido a través de la experiencia y cualificación profesional, mientras que el cargo conlleva un liderazgo de gestión con condicionantes administrativos y delegación de autoridad

jerárquica. La existencia sólo de una carrera administrativa implica escasa accesibilidad, ya que naturalmente el número de plazas de categorías superiores está limitado. Por tanto, se aboga por dos sistemas de promoción paralelos e interrelacionados, de forma que para acceder a un cargo o nivel de gestión jerárquica, deba ostentarse un cierto nivel o grado de reconocimiento profesional.

- *La carrera profesional debe basar la progresión en elementos clave incentivos*

Así, se señalan como los más importantes:

– Considerando los factores de motivación intrínsecos como los más relevantes para la profesión médica, el sistema debe proporcionar elementos que incidan en aquélla: reconocimiento, autoestima, autorrealización, responsabilidad, posibilidad de desarrollo, posibilidad de promoción y de logro³³, elementos todos característicos de la carrera profesional.

– La actividad profesional y la recertificación de la competencia, descartándose la influencia de la antigüedad³⁴. Esto conlleva la consideración de que no debe establecerse la necesidad de permanecer durante un periodo de tiempo en un escalón para pasar a otro superior. Sin em-

bargo, como luego veremos, las aplicaciones prácticas de la Carrera profesional en todos los casos recogen la permanencia mínima temporal por escalones. Estos parámetros exigen instrumentos fiables y aplicables como auditorías, observación directa, evaluación de indicadores de resultado, etc. que, con claridad y simplicidad hagan evaluable la progresión en la carrera.

Uno de los objetivos básicos de un plan de carrera para el médico debe ser aumentar el nivel de calidad de la asistencia sanitaria. En tanto que mantener y mejorar la competencia profesional es una obligación del profesional y de la organización, la carrera debe suponer un proceso de recertificación profesional³⁵, al cual se considera instrumento de garantía de la calidad científico-técnica. El mismo autor entiende que, frente a este sistema, el de baremo puede implicar el efecto de orientar a los profesionales sólo a las actividades puntuadas desatendiendo otras. La reflexión que cabe en este punto es la necesidad de congruencia entre las actividades baremadas y los objetivos de la organización.

La práctica clínica debería ser el objeto básico de evaluación, a través de sistemas de recertificación.

– El acceso a algún o algunos niveles debe conllevar algún tipo de prueba ob-

jetiva, y otras veces, un concurso de méritos en base a un sistema de créditos.

– Deben valorarse méritos asociados fundamentalmente al esfuerzo del profesional y al compromiso con la organización³⁶, procurando la igualdad de oportunidades, resaltándose qué méritos de tipo docente o investigador no son igualmente alcanzables en un medio rural que urbano.

– El propósito de la carrera no es estimular la obtención de objetivos puntuales de la organización, para los que se consideran más adecuados incentivos formales como los económicos, sino preservar los valores y actitudes de mantenimiento y desarrollo de la competencia³⁷.

– El tiempo de permanencia en un nivel de carrera aparece como una condición necesaria pero no suficiente; al mismo hay que unir el cumplimiento de méritos profesionales, relacionados con la competencia profesional³⁸. Aquí se ponen de manifiesto las dificultades de un sistema de evaluación que debiera tener en cuenta tanto las competencias tecnológicas o de conocimiento y habilidad, como las competencias individuales de actitud, de más difícil medida; se debería en primer lugar identificar las competencias de ambos tipos generales de la profesión y las específicas de una actividad o puesto de trabajo concreto, todo lo cual

comprendería el concepto de empleabilidad o capacidad del profesional para aportar valor añadido a la organización.

- *Concreción de los niveles de carrera*

Algunas propuestas limitan a tres los niveles de carrera³⁹: Nivel de Acceso, Nivel Intermedio (coordinador médico) y Nivel Superior (médico consultor).

Otra opinión⁴⁰ conforma una carrera de cinco niveles, en la que los dos primeros reconocerían el ejercicio profesional realizado con suficiencia y corrección, la tercera y cuarta incluirían también el esfuerzo complementario de profundización e investigación en el trabajo; por último la quinta, de carácter honorífico, reconocería trayectorias profesionales de reconocido prestigio.

Aunque orientada al ámbito hospitalario, otra propuesta⁴¹ se decanta por una acreditación inicial, que constituiría el nivel básico, y tres o cuatro acreditaciones reconocidas de un nivel creciente de capacidad y excelencia profesional, otorgando a cada una de ellas las siguientes denominaciones: facultativo especialista, médico adjunto, consultor asociado y consultor.

Otro autor⁴² propone un plan de carrera con cinco niveles o categorías en el que el ascenso de un nivel a otro se obtendría mediante la superación de prue-

bas objetivas (recertificación), además del aporte de otros méritos. La superación de dichas pruebas, hasta un determinado nivel de carrera, sería además requisito para continuar ejerciendo la profesión en la organización de que se tratase.

Otra cuestión considerada es la posibilidad de descenso en la escala de carrera. Alguna opinión entiende que la posibilidad real de descenso puede servir de elemento preventivo de la desmotivación de quienes no promocionen⁴³; siendo nula la posibilidad de descenso, se perdería la capacidad de incentivo de la carrera.

Para la denominación de los niveles de carrera se entiende necesario que la terminología empleada esté exenta de connotaciones de cargo, jerarquía o función⁴⁴.

• *Formas de evaluación*

Dos bloques aparecen siempre nítidos en los modelos propuestos de evaluación para la carrera profesional: el de aspectos relacionados con la calidad del trabajo desarrollado, y el de méritos individuales del profesional.

Mientras que para estos últimos (formación, docencia, investigación...) existen diversas propuestas de baremación, no es tan fácil la evaluación de la calidad de

la atención prestada, que debería utilizar⁴⁵ una batería de criterios de estructura y proceso, mediante registros en historias clínicas, auditoría, incluso pruebas objetivas.

En cualquier caso, se considera que la evaluación debe ser factible, susceptible de gestión sin altos costes, aceptable para los profesionales y homogénea.

En cuanto a quién debe evaluar, se recoge la opinión⁽⁹⁾ de los propios profesionales, de que los agentes evaluadores sean la Administración Pública y las Sociedades Científicas. El proceso debe ser descentralizado aunque homogéneo.

Para la evaluación de la práctica médica se citan las escalas de evaluación global, la revisión de historias clínicas, la revisión de decisiones clínicas, las observaciones de la práctica, la satisfacción de los enfermos, la opinión de los miembros del equipo de trabajo, o la calidad en la prescripción farmacéutica⁴⁶.

• *Plan de carrera abierto o cerrado*

Se entiende por carrera profesional abierta aquella en la que el número de profesionales situados en los diferentes niveles es un número cerrado. En un plan de carrera abierto, no estaría predeter-

⁽⁹⁾ Sondeo de opinión sobre carrera profesional de médicos, del Instituto Nacional de la Salud, 1990.

minado el número de posibles profesionales pertenecientes a cada nivel.

En este punto, se propone⁴⁷ un sistema mixto, en el que el número de profesionales no estaría limitado en las tres primeras categorías, pero sí en las dos últimas.

De la opinión de establecer un modelo abierto es⁴⁸, para quien las categorías no deben tener limitaciones porcentuales a modo de escalafones, ya que las categorías no conllevan una posición jerárquica de mando, y considerando que la limitación que supone un modelo cerrado incidiría negativamente en las aspiraciones de los profesionales que reuniendo los méritos suficientes para entrar a un determinado nivel, no pudieran hacerlo sólo por la limitación numérica de la categoría en cuestión.

La promoción por carrera profesional no puede estar sujeta a restricciones de tipo administrativo porque conceptualmente no puede limitarse el progreso científico y profesional⁴⁹.

La regulación actual o proyectada de la carrera profesional médica

Panorama general de la regulación de la Carrera profesional del Médico

Son todavía muy escasas las experiencias en el Sistema Nacional de Salud es-

pañol de una aplicación real de un modelo de carrera para el profesional médico, siendo los pioneros los modelos de algunos hospitales, como el de la Fundación Puigvert, de Barcelona, ahora adaptado a la red hospitalaria catalana de utilización pública. Este formato consiste en un sistema de ascenso basado en la antigüedad y en la evaluación de los méritos profesionales de los candidatos por una comisión en la que están representados directivos y médicos, previos los informes de los Jefes de Servicio. Se caracteriza además por la posibilidad de despido en caso de no superación del primer nivel o, en algún caso, la posibilidad de descenso de nivel.

Otro ejemplo consolidado, también del ámbito hospitalario privado, es el Sistema de Promoción Profesional de los profesionales médicos del Hospital Clínico de Barcelona⁽¹⁰⁾, que recoge cuatro categorías (especialista, especialista senior, consultor y consultor senior) que suponen un incremento de aproximadamente el 11 % de salario entre una y otra. Este sistema ha logrado⁵⁰ el 100 % de adscripción voluntaria a pesar de que ello suponía para 143 Jefes de

⁽¹⁰⁾ Convenios colectivos del Hospital Clínico de Barcelona 1993-1994, BOP de Barcelona n.º 182, de 1 de agosto de 1994, y 1995-1997, Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña, n.º 2291, de 11 de diciembre de 1996.

Servicio, Sección y Departamento la posibilidad de no renovación tras evaluación cada cuatro años, lo que pone de manifiesto el valor motivador de la medida.

Cabe citar también el caso del Hospital Gregorio Marañón, a partir de 1998, caracterizado por el diferente peso otorgado a cada grupo de méritos según el nivel o categoría evaluada, aumentando el salario base un 35% del nivel II respecto al nivel I, 45% en el nivel III respecto al nivel II, 50% en el nivel IV respecto al anterior y 55% en el nivel V en relación al nivel IV.

Más escasos aún son los precedentes en la Atención Primaria, comenzando por el sistema de carrera aplicable a los facultativos de los Centros de Salud dependientes del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona, contemplado en el convenio colectivo para el periodo 1997-1999. Se evalúa la actividad asistencial desde el punto de vista cualitativo (30%) y cuantitativo (30%), el currículum científico (30%) y otros méritos profesionales (10%), variando la proporción entre producción asistencial y científica al ascender de niveles.

Entre los ejemplos de carrera profesional aplicables a los Médicos de Atención Primaria de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud, tanto

provenientes de propuestas de Sociedades Científicas o de Sindicatos, como contemplados en normas vigentes o en proyecto de las Comunidades Autónomas, destacaremos el modelo de carrera profesional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, el de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, el Sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud y el modelo de carrera profesional en el ámbito de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana.

Menor nivel de desarrollo tiene el modelo de carrera del profesional médico del Servicio Murciano de Salud. El Capítulo VIII de la Ley de Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud⁽¹⁾ trata de la carrera administrativa y profesional de este personal, que articula la carrera profesional mediante el ascenso de tramos dentro de la misma categoría, sobre la base del respeto a los principios de igualdad, mérito y capacidad, y con la adecuada publicidad.

Se establecerán tramos de clasificación del personal fijo en cada categoría, con un máximo de seis para el grupo A,

⁽¹⁾ Ley 5/2001, de 5 de diciembre, e Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud. Boletín Oficial de la Región de Murcia n.º 294, de 21 de diciembre.

en función del grado de cualificación profesional y desligados de los niveles de complemento de destino, quedando para una futura norma de desarrollo reglamentario las condiciones de acceso, requisitos, valoración, etc.

- *Modelo de Carrera Profesional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)*

Recogido en el documento de trabajo n.º 8 de la SEMFYC⁽¹²⁾, el modelo parte de las características de:

- Homogeneidad del modelo para todo el Sistema Nacional de Salud, especialmente en lo relativo a normas de acreditación y evaluación.
- Aplicación de elementos comunes para todas las especialidades.
- Aplicación de los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- Diferenciación de la vertiente asistencial y la gestora o administrativa.
- Establecimiento de niveles con períodos mínimos de permanencia en los que se contemplan fundamentalmente actividades asistenciales.
- Un desarrollo graduado en función de las aspiraciones de cada profesional.
- Efectos tanto en el acceso a plazas, nombramientos de puestos directivos,

⁽¹²⁾ www.semfyc.es/doc8.htm

concesión de becas de formación e investigación, como para incentivos económicos y laborales.

- Consolidación de la categoría adquirida, con incremento de retribuciones económicas.

- *Modelo de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos⁽¹³⁾*

Este modelo contempla un sistema de carrera tanto hospitalaria como de atención primaria, y parte de las siguientes consideraciones:

- Debe establecerse un marco común al Estado.
- Se estructura en una carrera asistencial, que constituye el tronco común, y otras dos, la mixta o jerárquico-administrativa y la administrativa o de gestión, a las cuales se accede desde la primera, pues considera que no se deben separar los aspectos asistenciales de los de gestión.
- Consolidación de la categoría obtenida.
- Obtención automática de los niveles, una vez alcanzados los requisitos.
- Aumentos retributivos por categorías.

⁽¹³⁾ Recogido en "Crisis Hospitalaria. Presente y futuro de los hospitales españoles". I Conferencia de Consenso sobre Hospitales. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. Enero 1993.

– Retribución por antigüedad, independientemente del complemento de carrera.

– No consideración de la dedicación exclusiva como condición para ninguna categoría.

• *Sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*⁽¹⁴⁾

Parte de la previsión de la Ley Foral I/1992, de 20 de octubre, por la que se reguló el régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que, en relación a los sistemas de promoción, contemplaba específicamente incentivos basados en carrera profesional.

Previamente se estableció un acoplamiento individual de cada facultativo para determinar la situación de partida, para la aplicación del sistema que instaura la Ley Foral I/1999 y el Decreto Foral de desarrollo, basado en evaluación de méritos y resultados, con el objetivo general de obtener una mejora cuantitativa y cualitativa de la atención sanitaria, con declaración de las siguientes líneas de actuación:

– Otorgar a los profesionales implicados el protagonismo en la aplicación y desarrollo del modelo de carrera profesional.

– Definir reglas de evaluación, reconocimiento y recompensa de la actividad profesional, pero flexibles para su adecuación a diversos entornos.

– Quiebra de un sistema retributivo indiferente a los distintos grados de responsabilidad, calidad y cantidad en la actuación profesional.

• *Modelo de carrera profesional en el ámbito de la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana*⁽¹⁵⁾

La exposición de motivos del borrador de Decreto regulador presenta como punto de partida la consideración de que “la implicación, la participación y la corresponsabilización de los profesionales de la sanidad, a todos los niveles, es fundamental para gestionar un sistema sanitario que tenga como objetivo básico la calidad en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y la población”. Para ello se diseña un sistema de promoción que contempla el tiempo y la dedicación a largo plazo, mediante una carrera profesional estructurada, y el lo-

⁽¹⁴⁾ Ley Foral I/1999, de 6 de abril. Boletín Oficial de Navarra n.º 43, de 9 de abril de 1999 y Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre, de desarrollo de la Ley Foral I/1999. B.O. de Navarra n.º 14, de 31 de enero de 201.

⁽¹⁵⁾ Borrador del Decreto del Consell de la Generalitat Valenciana de Carrera Profesional en el ámbito de la Conselleria de Sanitat (2002).

gro de las metas y objetivos señalados en cada momento para conseguir maximizar la mejora de la salud de la población.

Considera, por otra parte, los siguientes principios:

- La valoración de la participación activa y protagonista en procesos de garantía y mejora continua del sistema.

- La aplicación del contenido de la formación continua de los profesionales a favor de la mejor prestación del servicio y de la organización.

- El establecimiento de niveles, rendimientos profesionales y grados de implicación para otorgar individualmente un reconocimiento objetivo a la trayectoria profesional.

- La creación de una Oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera profesional.

En el siguiente apartado se analiza esquemáticamente el contenido de estos cuatro modelos o proyectos de carrera profesional.

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (I)

	Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Ámbito de aplicación	<ul style="list-style-type: none"> – Personal adscrito a Osasunbidea, con plaza en propiedad cuyo nombramiento y acceso haya conllevado la exigencia del título de Licenciado en Medicina o Farmacia – Excluido el personal de cupo y zona y sanitario local no transferido 	<ul style="list-style-type: none"> – Médicos de Familia – Personal con vinculación estable (laboral, interino, funcionario o estatutario) 	<ul style="list-style-type: none"> – Todo el personal médico – Distingue: Carrera administrativa, Carrera profesional y Carrera mixta, siendo la Carrera Profesional el tronco común 	<ul style="list-style-type: none"> – Personal sanitario facultativo y no facultativo, con vinculación estable y régimen estatutario
Niveles	<ul style="list-style-type: none"> – 5 niveles: Nivel I Nivel II Nivel III Nivel IV Nivel V 	<ul style="list-style-type: none"> – 5 niveles: 1: Médico Especialista; 2: Médico Adjunto; 3: Médico Consultor; 4: Médico Consultor Experto, y 5: Médico Consultor Emérito 	<ul style="list-style-type: none"> – 4 categorías: 1: Médico Especialista; 2: Médico Adjunto; 3: Consultor; 4: Consultor Clínico. (Posibilidad de una 5ª: Consultor Asociado, con dedicación parcial) 	<ul style="list-style-type: none"> – 6 niveles: 1: Básico, común a todas las categorías; 3 de reconocimiento de esfuerzo, 1 de excelencia y 1 de méritos especiales – N 1: Básico; N 2: Especial Dedicación; N 3: Distinguido; N 4: Experto; N 5: Excelente, y N 6: Méritos Especiales

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (2)

	Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Requisitos de ascenso	<ul style="list-style-type: none"> - Permanencia en el nivel (50%): N I: 5 años; N II: 7 años; N III: 8 años; N IV: 5 años; NV: 0 años - Evaluación de la actividad asistencial y el perfeccionamiento profesional (50%) 	<ul style="list-style-type: none"> - N I: Título, permanencia mínima 3 años, 100 créditos⁽¹⁾ (30 por actividad asistencial), permanencia máxima 10 años (sin posibilidad de estancamiento) - N II: Créditos de N I + prueba objetiva o 10 años en N I, permanencia mínima 5 años, posibilidad de estancamiento, 100 créditos (50 por actividad asistencial o equiparable), 30 créditos adicionales obligatorios - N III: Créditos del nivel II, permanencia mínima 7 años, posibilidad de estancamiento, 130 créditos (70 por actividad asistencial o equiparable), 40 créditos adicionales obligatorios (20 al menos por investigación) 	<ul style="list-style-type: none"> - A: Médico Especialista: Concurso Oposición - B: Médico Adjunto: 3 años de Especialista - C: Médico Consultor: 5 años de Adjunto + concurso de méritos + memoria. Méritos asistenciales: 70% - D: Médico Consultor Clínico: 2 vías de acceso: <ul style="list-style-type: none"> • larga: 15 años de Consultor • rápida: 5 años Consultor + concurso de méritos 	<ul style="list-style-type: none"> - N I: Básico, común a todos los trabajadores: derechos y complementos retributivos - N 2: 6 años continuados en N I, grado de cumplimiento mínimo tres años, participación en programas de deslizamiento o extensión de jornada, participación en programas de formación continuada, colaboración en trabajos de investigación y publicaciones - N 3: 6 años continuados en N 2, grado de cumplimiento mínimo de 3 años, participación en programas de formación continuada, colaboración en investigación y publicaciones, participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación o grupos de calidad y acreditación, contribución a programas de actualización y formación profesional

(1) 10 créditos = 1 año.

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (3)

Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Requisitos de ascenso <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - N IV: Créditos del nivel III + prueba objetiva, permanencia mínima 10 años, 150 créditos (100 por actividad asistencial o equiparable), 50 créditos adicionales obligatorios (25 por actividad investigadora) - NV: De honor, sin retribuciones, 480 créditos (250 = 25 años por actividad asistencial o equiparable) 		<ul style="list-style-type: none"> - N 4: 6 años continuados en N 3, grado de cumplimiento mínimo de 3 años, participación en programas de formación continuada, como colaborador en trabajos de investigación y publicaciones, en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación y grupos de calidad y acreditación, contribución a programas de actualización y formación profesional - N 5: 6 años en N 4, grado de cumplimiento mínimo de 3 años, diseños innovadores de objetivos asistenciales, de promoción y prevención en unidades clínico-asistenciales, participación en programas de formación de formadores y liderazgo de la formación continuada, dirección de trabajos de investigación y publicaciones

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (4)

	Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Requisitos de ascenso (continuación)				<ul style="list-style-type: none"> - N 6: discrecional, acceso desde N 5, méritos de carácter excepcional - Proceso reversible - Grados de implicación en función de objetivos - Sistema voluntario - Promoción previa petición del interesado
Efectos y retribuciones	<ul style="list-style-type: none"> - Complemento de Carrera Profesional en 14 pagas 	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos intrínsecos: percepción interna del desarrollo profesional y reconocimiento público - Económicos: mayor retribución, separada de la antigüedad, sensiblemente superior de una categoría a otra - Otros: formación continuada, tiempo libre, actividades docentes investigadoras, diferente vinculación contractual, participación en comisiones, funciones administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Categoría A: 10-20% del tiempo para actividades de formación, docencia e investigación - Cat. B: Menor movilidad, mayor nivel de responsabilidad, retribuciones superiores en un 10% que Cat. A 3er año - Cat. C: Tutoría MIR, retribuciones superiores en un 20-30% que Cat. B, 30% tiempo actividades docencia e investigación - Cat. D: 30% mínimo del tiempo actividades de investigación y docencia, retribuciones superiores en un 10-15% min. que cat. C 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepciones económicas: <ul style="list-style-type: none"> • Parte fija: "complemento específico de carrera profesional", según nivel • Parte variable, no consolidable, en función de los objetivos: "grado de implicación profesional" = factor multiplicador sobre el "complemento de carrera profesional" de un nivel. Tipos: <ul style="list-style-type: none"> Grado 0 = 0% Grado 1 = 20% Grado 2 = 80% Grado 3 = 140% Grado 4 = 200%

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (5)

	Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Baremo de la actividad profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad asistencial: al menos la mitad de la puntuación exigida en función de objetivos y resultados - Otras actividades: de formación voluntarias; docentes y discentes; investigadoras; proyectos de mejora; responsabilidad directiva y de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor valor a los elementos relacionados con la eficiencia y la calidad percibida, y menor a los que influyen de forma mediata: formación, docencia, investigación - La evaluación debe ser factible y aceptable para todos los agentes - Debe minimizar el error de estimación, posibilitando auditorías y evaluaciones del desempeño profesional - Baremo de la actividad profesional: 1 año = 10 créditos 	<ul style="list-style-type: none"> - La actividad asistencial puntúa el 60 % - Se establecen dos índices: <ul style="list-style-type: none"> • Dedicación: valora la asistencia al trabajo, sin que descuenta la Incapacidad Temporal por accidente de trabajo o enfermedad profesional, ni los descansos por maternidad • Rendimiento: en función de GRD, objetivos pactados - Indicadores básicos en atención primaria: <ul style="list-style-type: none"> • N.º de pacientes en consulta • % derivaciones • N.º exploraciones complementarias/paciente • Gasto unitario/paciente • % población en planes de salud pública - Coeficientes de calidad: <ul style="list-style-type: none"> • Puesta a punto de nuevas técnicas o unidades • Servicios con diocencia MIR reconocida • Servicios de nivel terciario (hospital) • Guardias • Polivalencia • Atención al paciente 	

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (6)

	Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Baremo de otra actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Formación continua: actividades acreditadas previamente, tanto de presencia física como a distancia: Baremo: 10 horas = 1 crédito - Docencia: distingue docencia (teórica) y tutoría (práctica). Programas acreditados. Baremo: <ul style="list-style-type: none"> • Docencia: 5 horas = 1 crédito; • Tutoría: 6 meses = 1 crédito - Investigación: que haya sido publicada. Baremo en función del ámbito de difusión, tipo de publicación y participación del autor - Actividad organizativa: Coordinación de Equipos de Atención Primaria, Unidad Docente - Actividad participativa: Comisiones, grupos de trabajo... 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad científica: máximo 20% para acceso a niveles II y III. El exceso de puntos se acumula para siguientes niveles - Incluye: publicaciones (hasta 20 puntos), comunicaciones (hasta 40 puntos), congresos (hasta 50 puntos), revistas y libros (hasta 80 puntos) y actividades universitarias (p. ej.: Tesis, 50 puntos). 		

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (7)

	Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Forma de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> – La actividad asistencial: anualmente sobre objetivos – El resto: a instancia del interesado, cuando vaya a cambiar de nivel – Elementos: <ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación • Valoración de la participación en la consecución de objetivos en su servicio, equipo... • Informe de la Dirección, propuesta de la Comisión de Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> – La norma básica estatal regularía: n.º de categorías, criterios de acceso y permanencia, quien tiene capacidad de acreditar y reconocer – A nivel de la CCAA se constituirían comisiones autonómicas de evaluación – Dos pruebas objetivas: <ul style="list-style-type: none"> • Paso de N I a N II: nivel de suficiencia; descentralizado; bienal • Paso de N III a N IV: nivel de excelencia; centralizado; concurso de méritos + examen; bienal – Presentación y ponderación de méritos: descentralizados 	<ul style="list-style-type: none"> – Convocatorias anuales 	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre currículum personal, valorándose experiencia, cumplimiento de objetivos, formación y actividades científicas

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (8)

	Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Comisiones de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Una de Atención Primaria y Salud Mental y otra de Atención Especializada - Paritarias - 8 miembros: 4 por Osasumbidea, 3 por las Juntas Técnico Asistenciales (de entre el colectivo) y 1 a propuesta sindical (de entre el colectivo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comisiones Autonómicas de Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> - Comisiones de evaluación para la mera constatación de los méritos aducidos, integrada por facultativos designados por la Junta Técnico Asistencial de cada Centro 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de Acreditación de Niveles y Grados Profesionales, en la Oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional (competencia: definir parámetros, reconocimiento de objetivos, grados de implicación, reconocimiento de actividades profesionales y conocimientos, establecer líneas de investigación prioritarias) - En cada Área Sanitaria: Comisión de Área de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional (competencias: impulsar, comunicar y trasladar a la Oficina los informes evaluadores para, conociendo los objetivos anuales de la Dirección y las Unidades, proponer la acreditación de niveles y grados de implicación)

Esquema comparativo de los modelos estudiados de Carrera Profesional Médica (9)

	Ley Foral Navarra	SEMFYC	CESM	Borrador Generalitat Valenciana
Relación entre la carrera profesional y la carrera administrativa		<ul style="list-style-type: none"> - Debe ser permeable en ambos sentidos - Debe ser posible una Carrera exclusiva de gestión - Acceso a Coordinador de Equipo de Atención Primaria: sólo desde la vertiente asistencial; mínimo 3 años en N I + requisitos para pasar a N II, cuenta como actividad asistencial - Funciones de dirección y gestión: iguales requisitos que para Coordinador; pueden ascender de nivel con los mismos requisitos que el asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Propone una Carrera Mixta que en Atención Primaria tiene 3 niveles: <ul style="list-style-type: none"> • Director de Unidad: Antigüedad mínima 1 año de Consultor Nombramiento entre los médicos del centro Temporal: de 4 a 5 años Dedicación parcial asistencial • Director de Zona: Mínimo 1 mandato como Dir. Unidad + méritos + memoria + entrevista Temporal Dedicación parcial asistencial • Director de Área: Mínimo 1 mandato como Dir. Unidad y otro como Dir. Zona Temporal Dedicación parcial asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Para acceder a las plazas de Director de Instituto, Responsable de Unidad de Gestión Asistencial, Jefe de Servicio, Coordinador de Equipo, es requisito un grado de cumplimiento al menos tres años en los últimos seis

Conclusiones

Lo primero y que más llama la atención, una vez estudiada con cierta profundidad la situación de la cuestión de la carrera profesional en el Sistema Nacional de Salud en general, y de los Médicos de Familia de Atención Primaria en particular, es la unanimidad en la consideración de la necesidad y oportunidad de la implantación de un plan de carrera y, en contraste, la ausencia de respuestas positivas integradoras de esa necesidad.

La posición unánime a favor de la construcción de una carrera profesional concita opiniones provenientes de muy diversas instancias y cuenta con el interés de los propios profesionales afectados. Las consideraciones aquí se remontan a los propios orígenes de la categoría profesional de Medicina Familiar y Comunitaria, esto es, a la reforma de la Atención Primaria de Salud, pero encuentra argumentos que las refuerzan en la evolución de dicha reforma y el papel representado por los profesionales médicos, en tanto que la estructura resultante no parece dar respuesta a algunos aspectos de su desarrollo profesional, relacionados con la promoción, el reconocimiento, la progresión y los incentivos.

El clima de trabajo del Médico de Familia, según los trabajos de investigación

de los que resultan aquellas opiniones, ha devenido en un sentimiento de malestar o frustración en el que confluyen diversos factores, pero que incide de forma negativa, finalmente, en los resultados cualitativos y en la eficiencia del sistema sanitario, ya que, siendo el profesional médico el detentador de los poderes de decisión que implican el consumo de una gran parte de los recursos económicos del sistema, en la medida en que sus objetivos pueden ser congruentes con la organización que financia los servicios sanitarios, éstos podrán alcanzar un mayor grado de eficiencia. Dicha congruencia de objetivos se verá favorecida por la identificación de los profesionales con la organización y, por consiguiente, por la mejora del clima laboral.

En este punto es donde incide la carrera profesional como instrumento de incentivación y reconocimiento de los aspectos profesionales que más interesan al personal médico en tanto que otorga una posibilidad de progresión con componentes de prestigio, implicación en funciones no estrictamente asistenciales, y económicos, entre otros.

Así como la percepción anteriormente desarrollada es persistente y generalizada, se constata también la ausencia de planeamientos integrales desarrollados y coordinados de carrera profesional para

los Médicos de Familia en nuestro Sistema Nacional de Salud. Debe concluirse con ello la existencia de obstáculos serios para la implantación de modelos de carrera en este contexto. El estudio de la situación y de la doctrina vertida al respecto determina una serie de factores que impiden aquel desarrollo.

En primer lugar conviene citar un factor que, siendo característica sustancial de nuestro Sistema Nacional de Salud, por las circunstancias de su desarrollo ha tenido una influencia negativa para la posible implantación de un modelo de carrera: la descentralización competencial que supone el modelo autonómico del Estado español y su reflejo en la Ley General de Sanidad.

La asunción de las competencias sanitarias por las diferentes Comunidades Autónomas durante el proceso de consolidación del Estado Autonómico, hasta el reparto completo de las mismas al final del año 2001, por la propia naturaleza del procedimiento ha producido un distinto desarrollo de algunos aspectos de este ámbito competencial. Sin una previa aprobación del Estatuto Marco y sin directrices, en su defecto, del Consejo Interterritorial, aquellas cuestiones tienen una natural tendencia a divergir en las diferentes Comunidades Autónomas.

Este proceso se está observando ya en relación con la carrera profesional dando lugar, de una parte, a la inacción de la mayoría de los Servicios de Salud, indecisos a la hora de regular este aspecto de la gestión de los recursos humanos del sistema, y de otra parte a que iniciativas como las del Servicio Navarro de Salud (con peculiaridades añadidas por el régimen funcional adoptado para su personal) u otros en ciernes como los de la Comunidad Autónoma Valenciana o la Murciana, estén ya produciendo una situación de difícil ensamblaje entre modelos de carrera que deben compartir la movilidad interautonómica del personal estatutario.

Otra consecuencia es la reducción a mínimos de las bases de la carrera profesional reguladas por el Estatuto Marco, cuyo último borrador apenas esboza algo más que un concepto de carrera profesional y un esquema muy general de los factores de progresión en la misma, transmitiendo a la Comisión de Gestión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el difícil cometido del desarrollo de tales criterios, sobre todo si, como pretende, debe garantizarse la movilidad de los profesionales de todo el SNS, facilitándose los efectos del reconocimiento del nivel de carrera y sus efectos en los distintos Servicios de Salud.

Otro de los obstáculos que, sin duda, pesan a la hora de practicar la actualización de un plan de carrera profesional es el económico. Uno de los motivos de la insatisfacción de los médicos de atención primaria es la percepción de unas retribuciones insuficientes, y uno de los factores que se relacionan con la carrera profesional, en cuanto a los efectos que deben derivarse de la puesta en práctica de un modelo de carrera, es la asignación económica específica a la progresión en el sistema. En principio, pues, un modelo de carrera en un Servicio de Salud, y particularmente de la categoría superior, conlleva un coste económico directo de cierta envergadura, aunque pueda establecerse gradualmente.

Relacionado con lo anterior hay que buscar otro problema para el desarrollo de un plan de carrera en la estructura organizativa necesaria para la evaluación, seguimiento y control de la progresión en carrera de los profesionales afectados, la acreditación de los méritos, el re-

conocimiento de los ascensos, etc. Principalmente la vertiente de este nuevo obstáculo es económica de nuevo, si no se aprovechan y rentabilizan estructuras ya existentes y procesos de evaluación que ya se realizan. En cualquier caso, en este terreno debe hacerse un esfuerzo de permanente actualización y revalidación de los criterios, métodos y campos de evaluación, adaptándose a las circunstancias innovadoras del desarrollo científico y organizativo de los Servicios de Salud, para evitar caer en la rutina que haga del modelo, de nuevo, un mero sistema de reconocimiento de la antigüedad.

Por consiguiente, el modelo de desarrollo de la carrera profesional del personal médico que se proponga implantar un Servicio de Salud, deberá lograr superar este triple obstáculo, de integración en el Sistema Nacional de Salud, económico y organizativo, siendo deseable, aunque improbable, el bosquejo de un esquema general desarrollado que parta del Consejo Interterritorial de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peiró JM. "Psicología de la Organización". Madrid: UNED, 1991.
2. Aguirre-Elustondo, JA, et al. "Guía para la elaboración de un plan de empresa". Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1994.
3. Fitz-enz J. "Cómo medir la gestión de los recursos humanos". Bilbao: Ed. Deusto, 1995.
4. Miralles González L. "La gestión por competencias: una estrategia empresarial". Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias", celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
5. Parada R. "Derecho Administrativo. Organización y empleo público" (6.ª ed.). Madrid: Marcial Pons Ediciones Jurídicas, 1992.
6. Olías de Lima B (coordinadora). "La gestión de recursos humanos en las Administraciones Públicas". Madrid: Ed. Complutense, 1995.
7. Martínez Olmos J. "Atención primaria: propuestas para una segunda reforma". En Revista de Administración Sanitaria, n.º 6. Abril/junio, 1998.
8. Villares Rodríguez JE, Ruiz García A, López Gallardo MP, Sáinz Ruiz R. "La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora". En "Cuadernos de Gestión para el profesional de atención primaria". Volumen 2, número 6. Abril/junio, 2000.
9. Martín Zurro M. "Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales". En Atención Primaria, Volumen 19, número 3. Febrero, 1997.
10. Alende Maceira MX. "Situación y expectativas de los profesionales del sector sanitario". En Revista de Administración Sanitaria, n.º 4. Octubre/diciembre, 1997.
11. Freire JM. "Comentarios a propósito del documento de la Subcomisión parlamentaria para la reforma del Sistema Nacional de Salud Español". En Revista de Administración Sanitaria. Número 5. Enero/marzo 1998.
12. Sánchez Bayle M. "La contrarreforma sanitaria". En Revista de Administración Sanitaria. Número 5. Enero/marzo 1998.
13. Varo J. "El personal médico en el Sistema Nacional de Salud". Capítulo 6 de "El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma". 1999.

14. Ver nota número 22.
15. Calderón Forns A. "Características diferenciales de la gestión de organizaciones profesionales descentralizadas", conferencia en el Seminario "Los retos directivos ante la gestión de la efectividad", Granada, 1999. Conferencias y debates editados por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 2000.
16. Llor Esteban B, Saturno Hernández PJ, et al. "¿Cuál es la actitud de los médicos hacia el actual modelo de atención primaria?". En "Atención Primaria", noviembre 2001.
17. 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". En Atención Primaria, Volumen 24, número 6. Octubre 1999.
18. Lomeña Villalobos JA, Botella Romero M, López Madroñero C, Cabra Dueñas JM, Martínez Pascual C. "Incentivos no económicos en los profesionales de Atención Primaria de Salud". En "Centro de Salud", Julio 1994.
19. Aznar Marcén V. "Carrera Profesional: reto del SNS". En "Revista de Administración Sanitaria", n.º 4, octubre/diciembre 1997.
20. Martín Zurro A, Monset Castells LI. "Reflexiones sobre la carrera profesional del especialista en Medicina de Familia y Comunitaria". En "Atención Primaria", vol. 12, n.º 4. Septiembre 1993.
21. Simó Miñana J, Campos González JC, Sanfélix Genovés J. "Carrera profesional y médicos de familia: reflexiones y propuesta (I)". En "Atención primaria", vol. 29, n.º 2. Febrero 2002.
22. Iglesias Clemente JM. "La carrera profesional del médico de familia". En "Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria".
23. Ver nota número 20.
24. Ver nota número 21.
25. Ver nota número 22.
26. Ver nota número 26.
27. Ver nota número 20.
28. Ver nota número 21.
29. Ver nota número 22.
30. Conde Olasagasti JL. "La carrera profesional del médico hospitalario en el Sistema Nacional de Salud". En "Revista de Administración Sanitaria", n.º 8, octubre/diciembre 1998.
31. Ver nota número 20.
32. Ver nota número 26.
33. Ver nota número 26.
34. Ver nota número 20.
35. Ver nota número 21.

- 36. Ver nota número 21.
- 37. Ver nota número 22.
- 38. Ver nota número 26.
- 39. Ver nota número 20.
- 40. Ver nota número 22.
- 41. Ver nota número 30.
- 42. Ver nota número 21.
- 43. Ver nota número 21.
- 44. Ver nota número 26.
- 45. Ver nota número 22.
- 46. Ver nota número 26.
- 47. Ver nota número 21.
- 48. Ver nota número 22.
- 49. Ver nota número 26.
- 50. Salmerón JM y Comité de Promoción del Hospital Clinic de Barcelona. "Sistema de promoción profesional del estamento médico. Experiencia tras cinco años de aplicación en el Hospital Clinic de Barcelona". En "Medicina Interna", n.º 12, octubre 2000.

