

Documentos de opinión
para **Atención Primaria**

**LA CARRERA PROFESIONAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA**



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA RURAL
Y GENERALISTA

Documentos de opinión
para **Atención Primaria**



LA CARRERA PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Coordinador:

Dr. Luciano Santiago Esperón
*Médico Titular. Especialista en Medicina de Familia
y Comunitaria. Diplomado en Sanidad.
Miembro de la JDN de SEMERGEN*

Autores:

Dra. Consuelo Sánchez Naranjo
*Directora General de RRHH del Ministerio
de Sanidad y Consumo*

Dr. Carlos Amaya Pombo
*Secretario General CESM (Confederación Estatal
de Sindicatos Médicos)*

Dr. Guillermo Sierra Arredondo
*Presidente del Consejo General de Colegios
de Médicos de España*

D. Ricardo de Lorenzo y Montero
Abogado especialista de Derecho Sanitario

Dr. Luciano Santiago Esperón
*Médico titular. Especialista en Medicina de Familia
y Comunitaria. Diplomado en Sanidad.
Miembro de la JDN de SEMERGEN*



Sumario

7 Una reflexión sobre la Carrera Profesional desde la perspectiva del Ministerio de Sanidad y Consumo. Referencia a la Atención Primaria

Dra. Consuelo Sánchez Naranjo

19 Propuesta de Carrera Profesional desde la perspectiva de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

Dr. Carlos Amaya Pombo

35 La Carrera Profesional del médico

Dr. Guillermo Sierra Arredondo

47 Bases Jurídicas y Normativa Concurrente

D. Ricardo de Lorenzo y Montero

61 Carrera Profesional, la visión de la SEMERGEN

Dr. Luciano Santiago Esperón



LA CARRERA
PROFESIONAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Una reflexión sobre la
Carrera Profesional desde
la perspectiva del Ministerio
de Sanidad y Consumo.
Referencia a la Atención
Primaria

Dra. Consuelo Sánchez Naranjo
DIRECTORA GENERAL DE RRHH DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Antecedentes y delimitación del concepto

La necesidad de articular un modelo de carrera en el ámbito sanitario tiene sus antecedentes inmediatos a mediados de los años ochenta como consecuencia, sin duda alguna, de la progresiva consolidación en nuestro país del Estado de Bienestar, una de cuyas manifestaciones principales se asienta en el reconocimiento del derecho a la salud consagrado en la Constitución.

La dimensión y consolidación de los recursos disponibles destinados a la protección y recuperación de la salud de los ciudadanos va adquiriendo una evidente importancia cuantitativa desde la perspectiva del gasto público en su conjunto, constatando en el plano de la realidad lo que el derecho positivo reconocería a través de la Ley General de Sanidad, norma que fijaba los principios básicos del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Si bien el concepto de carrera no constituía una de las prioridades de la definición e implementación de las políticas de recursos humanos en el mundo sanitario, no era un concepto del todo extraño en nuestras organizaciones públicas. En efecto, España cuenta con antecedentes históricos que se remontan al siglo XIX y que, de alguna manera, van a estar presentes en la necesidad de articular una carrera para los profesionales que desenvuelven su actividad en nuestros centros sanitarios, los primeros antecedentes normativos que intentan organizar la carrera en la Administración española se sitúan, por los estudios, en la Real Orden de 19 de agosto de 1825, aplicable a los empleados de Hacienda; el Real Decreto de 7 de febrero de 1827, de López Ballesteros, aplicable al mismo personal, o los Decretos de 1 y 8 de enero de 1844, de González Brabo, referidos a los empleados del Ministerio de la Gobernación¹.

Pero una regulación con carácter general de la carrera de los empleados civiles del Estado no tiene lugar hasta la publicación del Real Decreto de 18 de julio de 1852, siendo su configuración inicial un mero mecanismo de ordenación y promoción de los empleados en categorías y escalones, acorde con los objetivos de la época fundados exclusivamente en el principio jerárquico. Bajo estas premisas se van a articular las carreras tra-

¹ Gutiérrez Reñon, Alberto. *La carrera administrativa: evolución histórica y perspectivas*. Documentación Administrativa N° 210-211, INAP, Madrid, 1987.

dicionales en la función pública española, tanto de los empleados civiles como las más típicas y conocidas; es decir, la carrera judicial, diplomática y, evidentemente, la militar.

No obstante, ya en aquella época se advierte la necesidad de introducir elementos de modernización en el reclutamiento, selección y ordenación de los empleados públicos que prestaban servicios al Estado. Así, el Decreto Ley de 26 de octubre de 1868 contiene un preámbulo verdaderamente revelador, donde se habla de «dar entrada al mérito laborioso, inteligente y modesto»².

² Y a este efecto, Alberto Gutiérrez Reñón nos recuerda el importante e histórico preámbulo del Decreto-Ley de 26 de octubre de 1868, del Gobierno provisional de Serrano:

«Las leyes de Presupuestos de 25 de junio de 1864 y 15 de julio de 1865 prescribieron algunas reglas para el ingreso y ascensos en las carreras de la Administración Civil Económica, que más tarde amplió el Reglamento de 4 de marzo de 1866.

Ellas, por sí solas, no bastaron para establecer una legalidad completa que encauzase el desbordamiento de injustificadas aspiraciones; y si pueden considerarse como los primeros, aunque débiles pasos, dados en la organización del personal de la Administración del Estado, no han llegado a satisfacer las justas y apremiantes exigencias que sobre la necesidad de una buena ley de empleados ha manifestado la opinión pública...

Es indudable que la obstinada morosidad en dictar una medida de tan vital interés para el orden y concierto de nuestra Administración se debe al sistema observado por los partidos dominantes de fortalecer sus huestes con el cebo de los destinos públicos, abriendo de este modo profunda sima, en que debían perderse sin provechoso empleo una gran parte de la riqueza pública.

La perturbación así establecida ha lastimado los más altos intereses; por sus medios se ha relajado el sentimiento moral, desarrollando toda clase de absurdas ambiciones, y los servicios del Estado se han visto constantemente comprometidos, encargada su gestión a hombres incompetentes, que en muchos casos carecían hasta de los conocimientos más rudimentarios. Lejos, pues, de ser las carreras de la Administración el campo donde debían florecer las virtudes más sólidas y las inteligencias más elevadas, han servido en unos casos para pagar servicios políticos hechos en beneficio de un partido; en otros para recompensar los particulares prestados a un poderoso, y pocas veces para dar entrada al mérito laborioso, inteligente, modesto...

Tal desorden era insostenible; porque confundidas la política y la Administración, ninguno de estos dos grandes elementos de gobierno funcionaba con independencia.

Era necesario encauzar todo género de aspiraciones, limitar los abusos de poder y emancipar de una vez para siempre los servicios administrativos de la corruptora invasión política. Era necesario dar el paso más seguro en la organización definitiva de la Administración del Estado, que es la formación de una Ley de empleados, que sobre bases justas se haga con el concurso de todas las opiniones legales y sea después practicada con sinceridad».

Ya más próximos en el tiempo, y con el antecedente de la Ley 30/1984, de medidas urgentes de reforma de la Administración Pública, un primer concepto de Carrera Profesional se recoge en el anteproyecto del Estatuto Marco de 1987. Durante los dos últimos decenios se impulsan diversas medidas para poner en marcha la Carrera Profesional, promoviendo diversas acciones de participación de los profesionales y llegándose a acuerdos con las organizaciones sindicales a principios de los años noventa.

Por otra parte, son numerosos los estudios y esfuerzos realizados por todos los actores, desde diferentes organizaciones colegiales, muy especialmente la organización médica colegial, hasta las organizaciones sindicales, pasando por asociaciones y sociedades de carácter científico o profesional, administraciones públicas sanitarias y diversos foros donde se reconoce la necesidad de abordar uno de los elementos esenciales que afectan al desarrollo de las políticas de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, y desde luego en los múltiples borradores elaborados, a partir de 1987, del Estatuto Marco y de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

Sin embargo, aun partiendo de un consenso generalizado sobre la necesidad de implantar sistemas de evaluación y desarrollo profesional, es cierto que surgen diferencias a la hora de examinar estudios y reflexiones realizadas, una vez que se van concretando las características definitorias y los principios básicos de la Carrera Profesional, especialmente en lo que respecta al establecimiento de la misma en el ámbito de la Atención Primaria. Por otro lado, los matices en la definición del concepto quedan claros, según sea la organización o actor que los promueve³. Mientras que en unos casos se pone el acento en la carrera como mero sistema de incentivación, en otros se enfatiza su componente de reconocimiento profesional y mecanismo ordenado de promoción.

³ Sirva como ejemplo la idea que se tiene sobre la carrera por la organización médica colegial y por una sociedad científica:

OMC. Conjunto de factores variables que van condicionando cronológicamente la actividad profesional del médico y que implica la capitalización de experiencias y conocimientos que sirven de plataforma a la realización y promoción del mismo. (Documento de trabajo. OMC. Abril de 2002).

SEMFYC. Sistema de incentivación basado en el reconocimiento expreso de categorías obtenido por la dedicación y cualificación alcanzada por el médico de familia (MF) en el ejercicio de las funciones que le son propias. (Grupo de trabajo Semfyc. Febrero de 2004).

A este respecto, la literatura científica define con carácter general tres tipos conceptuales de motivación: intrínseca, extrínseca y trascendental, así como dos tipos de incentivos, los monetarios y los no monetarios. Pues bien, la Carrera Profesional se situaría como motivación extrínseca, ligada al desarrollo profesional de las personas, y como incentivo no monetario, ligado a la promoción y desarrollo de la Carrera Profesional⁴.

De los manuales al uso podría extraerse una definición de «carrera» o de planes de carrera como *instrumentos para la ordenación de los recursos humanos, en atención tanto a los intereses de los individuos como los de la organización, que permiten planificar la trayectoria profesional que puede seguir una persona dentro de la misma, mediante requisitos, reglas y condiciones establecidos con carácter previo*. Como puede apreciarse, dos elementos fundamentales se deducen de este concepto; por un lado, el interés individual cifrado en las expectativas de promoción, dentro del amplio concepto realización personal/profesional, y, por otro, la necesidad de la gestión de los recursos humanos en orden a la consecución de los objetivos de la organización.

Y de dicho concepto puede extraerse, asimismo, las posibles finalidades de un modelo de carrera que, aun siendo múltiples y variadas, conviene destacar muy especialmente, y me refiero al hecho de considerar la carrera como elemento para favorecer la retención de personal clave en la organización, comprometido y motivado, y, en segundo lugar, consagrando un instrumento que posibilite el desarrollo y la realización personal. Ambas perspectivas han sido concretadas en el régimen jurídico vigente, como vamos a ver a continuación.

Marco regulador

Las ya antiguas reivindicaciones que ponían de manifiesto la necesidad de una regulación de la Carrera Profesional en el ámbito sanitario se vieron ratificadas en tres leyes que representan el armazón legislativo vigente en esta materia. Las referidas normas, Ley 19/2003, de 28 de mayo, de

⁴ VVAA, Bases estratégicas del modelo de gestión del Centro de Salud de Son Pisá. Palma de Mallorca, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, 2000.

cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, LCC), Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (en adelante, LOPS) y Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (en adelante, EM), establecen los principios fundamentales ordenadores de la Carrera Profesional del personal del Sistema Nacional de Salud.

Debemos recordar ahora que existían dos posibilidades para implementar la carrera, bien entendiéndola como modelo genérico de aplicación en todos los Servicios de Salud; es decir, fijando sus elementos fundamentales y comunes a todos ellos, especialmente en lo que se refiere a los diferentes niveles, grados o escalones, materias objeto de evaluación y un mismo tratamiento en sus efectos económicos, bien fijando unos principios generales, dejando a las comunidades autónomas la potestad de definir sus propios modelos y articulando un mecanismo de reconocimiento mutuo que garantizara, entre otros aspectos básicos, la libre circulación de profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud.

El legislador, como veremos en las siguientes líneas, se ha decantado por la segunda posibilidad, potenciando en toda su amplitud el rasgo descentralizador que caracteriza el funcionamiento de nuestro sistema y reservando a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud la posibilidad de articular principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera implantados en los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud⁵.

El concepto legal de carrera recoge, en líneas generales, la perspectiva teórica que anteriormente hemos apuntado en la medida que en la LCC y el EM definen la carrera como derecho de los profesionales, vinculándolo

⁵ Y en este sentido, el artículo 40.3 del EM es definitorio: «La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de Carrera Profesional de los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de dichos profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.»

al mismo tiempo al cumplimiento de los objetivos⁶. Por tanto, se aparta de las definiciones que lo circunscriben a un sistema de incentivos, y se sitúa como un instrumento de más amplio alcance, elemento crucial de la integración y de la implicación del profesional en los objetivos últimos del Sistema Nacional de Salud.

En síntesis, el modelo legal adoptado se apoya en cinco rasgos o características que definen su peculiar naturaleza:

- Es un derecho individual del profesional al servicio del Sistema Nacional de Salud.
- Es un instrumento que se integra en los diferentes sistemas existentes en nuestras organizaciones públicas, dotado de sus propias especificidades.
- Tiene un carácter voluntario, por cuanto se establece que son los propios profesionales los que deben decidir su inclusión en el sistema.
- Es un modelo descentralizado, que atiende a las necesidades y objetivos propios de cada uno de los servicios de salud, sin perjuicio de los mecanismos legales previstos para asegurar los derechos de los profesionales, especialmente en lo que se refiere a la libre circulación.
- Constituye un elemento de motivación de carácter monetario como una de las expresiones del reconocimiento del desarrollo profesional.

Los modelos de carrera puestos en marcha o en fase de implantación han tomado como referencia fundamental de implementación las previsiones que la LOPS efectúa en materia de reconocimiento del desarrollo profesional. Conviene advertir que desarrollo profesional y Carrera Profesional no son conceptos idénticos. Desarrollo profesional es la constatación

⁶ En efecto, el artículo 40 del EM y el artículo 41 de la LCC contienen una redacción prácticamente idéntica: «La Carrera Profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios».

de la evolución del profesional sanitario en cuanto a una serie de parámetros determinados en la ley (conocimientos, experiencia en tareas asistenciales, docentes y de investigación, cumplimiento de objetivos, etc.), que le va a permitir un reconocimiento público y expreso a través de un sistema de grados.

Por el contrario, Carrera Profesional es un concepto que, además de integrar el desarrollo profesional alcanzado, siendo innegable su utilización en los modelos implantados o en fase de implantación, pretende convertirse en instrumento básico de ordenación del personal en el seno de las organizaciones públicas sanitarias posibilitando, de esta manera, la consecución de los objetivos últimos de la misma que, en definitiva, giran en el mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud que responda a las expectativas y exigencias de los ciudadanos.

Es preciso dejar claro en este momento que la LOPS articula un sistema de reconocimiento de desarrollo profesional aplicable a los centros sanitarios privados y que se adecuará a las previsiones que la propia ley contempla, lo que exige delimitar claramente un concepto y otro. Sólo cabe hablar de Carrera Profesional en el seno de una organización y no es posible fijar vasos comunicantes entre organizaciones sanitarias públicas y privadas pretendiendo una supuesta homologación de carreras, algo incompatible con la esencia del concepto mismo de carrera.

Es este uno de los aspectos esenciales de la regulación de la LOPS que menos ha sido estudiado hasta el momento y que permiten diferenciar claramente los dos conceptos, desarrollo profesional y Carrera Profesional, que a menudo se entremezclan en el análisis de los modelos de carrera que se están poniendo en marcha en las diferentes Administraciones Públicas.

Y llegado este punto debemos afirmar que no existen diferencias que justifiquen la existencia de carreras diferenciadas entre la Atención Primaria y la Atención Especializada más allá de la especificidad de la actividad desarrollada en cada uno de los niveles mencionados y los respectivos condicionantes organizativos, cuestiones que pueden ser perfectamente abordadas en el diseño de los sistemas de evaluación y de sus contenidos,

siempre dentro de las materias generales de evaluación establecidas por la ley centradas en la actividad asistencial, implicación, compromiso con la organización, competencias profesionales, docencia e investigación.

La perspectiva del Ministerio de Sanidad

Entendida la carrera como concepto que se define y aplica en el seno de una organización, la existencia de diferentes profesiones y categorías permite afirmar que los contenidos no deben ser necesariamente homogéneos ni los diferentes niveles organizativos justifican, por sí mismos, modelos asimétricos. En este sentido cabe hablar de la construcción de un modelo de carrera aplicable a los médicos, con independencia del nivel asistencial, del mismo modo que cabe diseñar un modelo de carrera diferente para el personal de enfermería, al margen de su encuadramiento en la Atención Primaria o Especializada.

En un marco de pluralidad competencial, la Carrera Profesional es materia que se establece, articula e implementa por los diferentes servicios de salud de acuerdo con sus propias peculiaridades, respetando los principios generales que se han descrito a lo largo de estas páginas.

Evidentemente, la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud juega aquí un papel fundamental, y al Ministerio de Sanidad, que forma parte de la misma, corresponde la tarea de propiciar, en el seno de dicha Comisión, el debate y la discusión propios de una organización política descentralizada, promoviendo los acuerdos necesarios de ejecución y aplicación del conjunto de normas que regulan el funcionamiento de nuestros servicios de salud.

No debemos olvidar ahora que a esta Comisión compete fijar los criterios generales de homologación de las carreras de los diferentes servicios de salud, a fin de posibilitar el reconocimiento mutuo de los grados alcanzados. Desde esta perspectiva, la estrategia del departamento se orientará principalmente a garantizar la igualdad de oportunidades de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, a evitar que existan discriminaciones entre administraciones sanitarias públicas y

profesionales, garantizando la libre circulación y la movilidad y posibilitando acuerdos en el seno de la Comisión de Recursos Humanos que permitan desarrollar las disposiciones legales en esta materia, cooperando en este sentido con las comunidades autónomas en el establecimiento efectivo de la Carrera Profesional en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Consciente de su labor impulsora en la Comisión, el Ministerio lleva tiempo trabajando en una propuesta de bases comunes que hagan posible la combinación de diferentes modelos y que aseguren, insisto, ese derecho a la movilidad de los diferentes profesionales. Esta propuesta, actualmente en proceso de análisis y discusión por parte de la Comisión Técnica de Desarrollo Profesional, se articula en torno a tres aspectos:

- Ámbito de aplicación de la Carrera Profesional.
- Grados de la carrera y efectos.
- Evaluación de las competencias.

Por lo que se refiere al primero de ellos, la carrera, sin perjuicio de las previsiones contempladas en el EM, se dirige, en principio, a los licenciados y diplomados, incluidos en los artículos 6 y 7 de la LOPS, que tengan una relación de carácter fijo con la administración sanitaria. Los procedimientos para la implantación de las carreras habrían de haberse iniciado antes de finales de 2007. Después de esta fecha, la implantación de sistemas de carrera se haría extensiva al resto del personal estatutario con el horizonte del año 2010.

En lo que respecta a los grados de carrera, se parte de la base de que sería deseable un principio general de reconocimiento automático de los grados de carrera, con motivo de los traslados que se efectúen como consecuencia de los sistemas generales de provisión de puestos.

Sería deseable, también, la aplicación general del régimen jurídico del servicio de salud de destino, con independencia del reconocimiento de diversos grados que tengan causa en los diferentes servicios de salud.

Parece lógica, y así se recoge en el documento a debate, la utilización de un sistema homogéneo de denominación, es decir, G I, G II, G III y G IV,

en línea con lo establecido por la Ley, independientemente de las denominaciones específicas que pueda determinar la respectiva administración sanitaria (experto, consultor, especialista, señor, etc.). Cualquier nivel por encima de G IV se retrotraería a éste.

En el supuesto de que no se llegara al acuerdo de un reconocimiento automático de los grados, sería necesario consensuar criterios sobre períodos máximos para la obtención de grado, tanto en cada nivel como en cómputo global.

Podría, finalmente, acordarse que el principio de reconocimiento fuera el mérito o condición necesaria para la cobertura de los puestos de trabajo que requieran haber obtenido un determinado grado o bien qué grado mínimo debiera ser exigible para el acceso a los citados puestos de trabajo. Con ello, se lograría profundizar en la necesaria interconexión de la Carrera Profesional y de la organización de los servicios y se sumarían mecanismos de incentivación más allá de los meramente retributivos. No olvidemos que las demandas de los propios profesionales en lo que se refiere a la articulación de una Carrera Profesional no tienen una finalidad directamente ligada a las retribuciones.

En lo que se refiere a los conceptos de reversibilidad y números clausus, también analizados en profundidad desde la perspectiva de cada comunidad autónoma en las que se viene trabajando en modelos de carrera, será cada uno de los servicios de salud quienes determinen la reversibilidad o no de los grados obtenidos en el sistema que hayan implantado. No parece, a priori, que deban establecerse sistemas cerrados de acceso a la Carrera Profesional.

En cualquier caso, se insiste en que, tanto a efectos del reconocimiento automático de grado, como de los efectos en materia de reversibilidad, el personal se sometería al régimen jurídico del servicio de salud donde realice sus funciones el profesional con carácter efectivo.

Las materias de evaluación del profesional establecidas en la ley se estructuran en torno a los conocimientos y competencias profesionales, la formación continuada acreditadas las actividades docentes y de investigación y los resultados de la actividad asistencial del interesado, la cali-

dad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido y la implicación en la gestión clínica, debiendo fijar también la Comisión de Recursos Humanos unos criterios comunes para facilitar la homologación de grados.

A partir de las previsiones normativas de las leyes a las que hemos hecho referencia, parece, en conclusión, más que deseable, comenzar a fijar —puesto que ya existen varias carreras profesionales articuladas y otras en tramitación— los diferentes criterios de homologación del sistema de carrera. Así ha sido puesto de manifiesto por todas las comunidades autónomas, cuyas posturas parecen acercarse y avanzar por esta senda que se ha descrito.



LA CARRERA
PROFESIONAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Propuesta de Carrera Profesional desde la perspectiva de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

Dr. Carlos Amaya Pombo
SECRETARIO GENERAL CESM
(*CONFEDERACIÓN ESTATAL DE SINDICATOS MÉDICOS*)

1. Introducción

La implicación, la participación y la corresponsabilidad de los facultativos, a todos los niveles, es fundamental para gestionar un sistema sanitario que tenga como objetivo básico la calidad asistencial.

Los espectaculares avances tecnológicos y científicos que viene experimentando la Medicina en los últimos años tienen como consecuencia lógica el constante esfuerzo de los profesionales para actualizar conocimientos y técnicas que, en definitiva, garanticen la adecuada prestación del servicio sanitario.

El alto nivel de especialización que hoy tiene la Medicina, hace que esta licenciatura sea la de más larga duración de nuestra Universidad. Además, para ejercer esta profesión, y tras pasar una prueba selectiva rigurosa (MIR), es necesaria una especialización adicional de 3 a 5 años. Ello hace que la formación de un médico precise el doble de tiempo que la de cualquier otro titulado universitario. A pesar de ello, el médico es considerado como un licenciado normal del Grupo A, y no existe correlación entre su cualificación, dedicación y responsabilidad y la contraprestación económica que recibe. Entre los países de nuestro entorno, el médico español es el peor remunerado, a pesar de que su nivel profesional se encuentra entre los más avanzados. Además, no hay diferencias sustanciales entre las retribuciones percibidas al principio y al final de su vida laboral como facultativo.

No obstante, tanto la sociedad como la Administración se muestran cada día más exigentes con el facultativo en lo que concierne a la actualización permanente de sus conocimientos. Además, debe impartir docencia a sus compañeros en período de formación, y con frecuencia integrarse en proyectos de investigación e innovación en su área de especialización.

Todo ello ha generado en el médico una sensación de frustración, desmotivación y falta de reconocimiento de su esfuerzo que es preciso remediar. La Carrera Profesional (en adelante, CP), al tiempo que aporta orientación al propio desarrollo profesional, debe introducir mecanismos de motivación e incentivación, dando respuesta a una aspiración histórica y legítima de los facultativos para ver reconocidos sus méritos profesionales.

La CP deberá constituirse como un sistema de reconocimiento de los méritos individuales del facultativo y deberá valorar la cualificación profesional, la experiencia y la dedicación, y ser un instrumento de desarrollo de los profesionales sobre la base de criterios objetivos de actividad asistencial. Junto a otros parámetros, determinarán los distintos niveles para otorgar individualmente un reconocimiento objetivo a la trayectoria profesional. Los criterios a valorar serán estrictamente profesionales y no estarán condicionados al cumplimiento de objetivos coyunturales o específicos del centro donde preste sus servicios. Por otra parte, deberán considerarse las características de la institución en el sentido de que éstas puedan influir negativamente sobre el desarrollo de la CP de sus facultativos.

Dado que se trata de un CP para médicos, el peso fundamental de la misma debe recaer en las funciones que le son propias; es decir, las funciones asistenciales. Las otras funciones que se mencionan habitualmente en relación a los facultativos (Formación, Docencia, Actividad Científica y Compromiso con la Organización) contribuyen en distintos grados y de manera significativa al ejercicio de las funciones asistenciales, por lo que también deberán reconocerse, pero en la medida en que potencien la propia asistencia sanitaria.

La CP debe contemplar la participación activa de los facultativos en procesos de gestión y mejora del sistema, y garantizar el perfeccionamiento en el puesto de trabajo a través de la formación.

La CP deberá valorar fundamentalmente la actividad asistencial y la experiencia, definiendo esta última como el acúmulo de conocimientos generados con el paso del tiempo por el quehacer cotidiano, junto al esfuerzo permanente de actualización y superación.

En la medida en la que la CP requiere un esfuerzo adicional del facultativo, éste debe ser recompensado, tanto desde el punto de vista profesional como retributivo. Con ello, el profesional estará más motivado y, en consecuencia, su actitud será más activa y participativa. Sin duda, todo ello propiciará una mejora en la calidad asistencial del Sistema Sanitario Madrileño.

2. Principios generales

- La CP se aplicará a todos los facultativos de la Comunidad de Madrid.
- Tendrá carácter voluntario en todos sus niveles y no habrá número clausus.
- Una vez obtenido un nivel, éste quedará consolidado y será de aplicación en todos los centros de la Comunidad de Madrid en caso de traslado.
- Deberá haber una convocatoria anual de actualización de niveles.
- Durante el período de implantación de la CP, y por una sola vez, los facultativos serán distribuidos en los primeros 2 niveles (1 y 2) sobre la base de criterios de años trabajados como personal del grupo A. Para acceder al resto de niveles será necesario aportar, además del requisito de antigüedad, los méritos correspondientes al nivel solicitado.
- A aquellos facultativos que se incorporen a la CP con posterioridad al período de implantación, se les considerarán los años trabajados como facultativo a efectos de valoración de nivel. Además, serán necesarios los méritos correspondientes al nivel solicitado.
- El cambio de nivel no implica un cambio del puesto de trabajo ni en la actividad que desarrolla el profesional.
- La CP será independiente del nivel de responsabilidad jerárquico en la Institución, siendo ambos compatibles.
- La CP deberá valorar únicamente méritos individuales.
- La categoría adquirida conlleva un reconocimiento profesional y un incremento retributivo.
- Es precisa una participación activa de los facultativos en el proceso de evaluación.

3. Estructura de la CP

La CP se estructura en 4 niveles:

Nivel 1: Médico Especialista Junior.

Nivel 2: Especialista Senior.

Nivel 3: Consultor.

Nivel 4: Consultor Senior.

Las anteriores designaciones sólo tienen valor a efectos de CP.

Los facultativos que participen en la CP serán adscritos a uno de estos niveles de acuerdo con los requisitos y méritos correspondientes. Los niveles profesionales a los que se acceda deben consolidarse, toda vez que significan el reconocimiento de una trayectoria profesional evaluada conforme a criterios objetivos.

El ascenso de nivel podrá solicitarse tras acreditar, como mínimo, cinco años de ejercicio profesional en el nivel inferior, y, tras demostrar estar en posesión de un número de créditos, la obtención de los cuales se conseguirá valorando aspectos como: **Actividad Asistencial, Formación, Actividad Docente, Actividad Científica y Compromiso con la Organización.**

Se establece un nivel inicial previo a los cuatro anteriormente citados, no integrado en la CP, pero necesario para incorporarse a ella. Este nivel pasará a denominarse **Nivel Base o Facultativo.**

Al Nivel Base se accederá automáticamente al obtener el nombramiento de Facultativo del Sistema Nacional de Salud.

Para acceder al nivel 1 de CP, aparte de los créditos necesarios, es necesario haber permanecido 5 años en el Nivel Base.

4. Perfil profesional

El nivel quedará determinado por la valoración de los siguientes parámetros y su cuantificación en créditos.

- A. Actividad Asistencial.
- B. Formación.
- C. Actividad Docente.
- D. Actividad Científica.
- E. Compromiso con la Organización.

El número máximo de créditos a obtener por parámetro será:

Actividad Asistencial	54 créditos
Formación	12 créditos
Actividad Docente	10 créditos
Actividad Científica	12 créditos
Compromiso con la Organización	12 créditos
Total	100 créditos

El número de créditos necesarios para acceder a cada uno de los niveles será:

Nivel 1 45 créditos

Nivel 2 60 créditos

Nivel 3 75 créditos

Nivel 4 85 créditos

5. Criterios para la evaluación de méritos

La evaluación representa el conjunto de medidas encaminadas a valorar objetivamente a los profesionales.

A. Actividad Asistencial

Se entiende por Actividad Asistencial el desarrollo de las funciones propias del ejercicio profesional de la especialidad (como es lógico, es el parámetro que tiene mayor peso dentro de la valoración de la CP). Se valorará la calidad asistencial, la relación médico-paciente, la atención continuada, la relación profesional con otros facultativos, el aumento progresivo de las responsabilidades, etc.

Dentro de este apartado se valorará el cumplimiento de objetivos personales previamente pactados. El monto total por este concepto no deberá superar los 5 créditos anuales en el conjunto de la Actividad Asistencial.

La Actividad Asistencial se evaluará anualmente por una Comisión formada por un representante nombrado por la Dirección Médica del centro

y tres facultativos designados por la Comisión Mixta u órgano que la sustituya, mediante la valoración de dos informes: uno, del superior jerárquico del servicio o unidad; otro, con el resultado de un cuestionario anónimo entre todos los facultativos de la unidad o servicio.

La Comisión podrá solicitar información complementaria a otros facultativos del entorno asistencial del interesado y emitirá un informe definitivo sobre la valoración anual con el número de créditos obtenidos.

El facultativo podrá impugnar a alguno de los miembros de la comisión si existen razones objetivas que lo fundamenten. El sustituto será nombrado, respectivamente, por la dirección médica o por la Comisión Mixta u órgano que la sustituya.

En principio, se entiende que de los créditos correspondientes a Actividad Asistencial, el 70% de los mismos se obtienen por el cumplimiento de la jornada y rendimiento asistencial (cumplimiento correcto del trabajo cotidiano). El 30% de los créditos se obtendrán atendiendo a los parámetros anteriormente descritos según se describe a continuación:

- De 0 a 5 créditos por cumplimiento por objetivos individuales previamente pactados.
- De 0 a 5 créditos por criterios de calidad asistencial.
- De 0 a 5 créditos por criterios de corresponsabilidad en el funcionamiento del equipo asistencial y por criterios de la relación médico-paciente.

En el momento de solicitar cambio de nivel, el número de créditos en este apartado corresponderá al promedio de los obtenidos en los años de permanencia en el nivel que se valora.

B. Formación

Las actividades incluidas dentro de la Formación deben facilitar que la Actividad Asistencial esté permanentemente actualizada. Se acepta como formación aquella actividad relacionada con el ejercicio profesional y acreditada oficialmente.

Se valorará la asistencia a cursos, cursos de doctorado, seminarios, estancias en otros centros, implantación y aprendizaje de nuevas técnicas, etc. Es decir, todo aquello que incida positivamente en una formación adquirida y acreditada. Tomando como referencia el actual sistema de acreditación de cursos CFC, se establece la correspondencia: 2 créditos de docencia = 1 crédito de CP.

A partir de la implantación de la CP, sólo se considerarán los cursos con su correspondiente acreditación oficial. Para aquellos cursos anteriores a la fecha de implantación de la CP, en el caso de cursos no acreditados y ofrecidos por entidades oficialmente reconocidas, se entenderá que un crédito equivale a 20 horas.

C. Actividad Docente

Es la capacidad de transmitir los conocimientos y habilidades adquiridos. Este parámetro deberá subdividirse en Actividad Docente a médicos en período de formación, que será valorada en 6 créditos y, por otro lado, la participación como docente en actividades de formación médica continuada, dirección de tesis doctorales, moderación de mesas, reuniones, etc., que se valorará en 4 créditos.

En lo referente a los médicos en período de formación (MIR) deberá valorarse la Actividad Docente en relación con la Actividad Asistencial, la Formación y la Actividad Científica de estos últimos (participación en publicaciones, comunicaciones a congresos, sesiones clínicas, sesiones bibliográficas, cursos, seminarios, etc.). Serán especialmente considerados todos aquellos facultativos que estén adicionalmente implicados en la docencia del centro (tutores, jefes de estudios, miembros de la comisión de docencia, etc.).

La Actividad Docente a médicos en formación (MIR) se evaluará anualmente por la misma comisión que evalúa Actividad Asistencial mediante la valoración de dos informes: uno de los médicos en formación de la Unidad o Servicio, y otro del responsable de docencia de la Unidad o Servicio. La Comisión podrá solicitar la información complementaria a otros facultativos del

entorno asistencial del interesado. Se publicará anualmente un informe de los créditos obtenidos en Actividad Docente: máximo 6 créditos/año.

En el momento de solicitar cambio de nivel, el número de créditos en este apartado corresponderá al promedio de los obtenidos en los años de permanencia en el nivel que se valora.

A aquellos facultativos que, de manera involuntaria, no puedan acceder a realizar Actividad Docente a médicos en formación, los 6 créditos correspondientes no les serán considerados a efectos de CP, y la ponderación definitiva se haría descontando estos 6 créditos.

La participación como docente, se valorará por el Comité Evaluador como sigue, siendo 4 el máximo de créditos a obtener:

- Participación como docente en actividades de formación médica continuada, cada 20 horas = 1 crédito. Sólo se considerará una vez el mismo curso o clase.
- Por dirigir tesis presentadas y aprobadas, 4 créditos.
- Por participar como docente o moderador de mesas, reuniones, etc., con acreditación o con reconocimiento de interés sanitario, 0,5 créditos/actividad.

D. Actividad Científica

Se entenderá que la actividad científica se justifica a través de la publicación de sus resultados en revistas médicas, valorando las mismas en función de la trascendencia profesional. Asimismo, se incluirán aquí todas aquellas aportaciones al conocimiento científico que se puedan hacer en otros medios (libros, comunicaciones a congresos), incluyendo las tesis doctorales.

En este apartado se incluirán las publicaciones en revistas profesionales, comunicaciones a congresos, proyectos de investigación, ensayos clínicos, etc., siempre y cuando estén publicados adecuadamente. Además, deberá valorarse la obtención del grado de doctor, la transferencia de resultados de la investigación a la clínica, así como el incremento progresivo de la producción científica propia.

Revistas

Para poder ser valorada, una revista debe poseer ISSN y seguir las normas de Vancouver. En las publicaciones nacionales, se considerarán solamente las que tengan un rango como mínimo autonómico, y no las de rango inferior o local. Se valorará la relación con la especialidad a la que se pertenece y el carácter nacional o internacional de la publicación. En cuanto a las revistas internacionales, se consideran las incluidas en las bases de datos internacionales de mayor relevancia: Medline, Excerpta Médica y SCI. Dentro de las revistas internacionales, aquellas incluidas en el SCI se consideran más que las otras si están en t1 que si están en t2 o t3 (ver tabla adjunta). En el caso de varios artículos sobre un mismo tema, sólo se considerará el de mayor puntuación.

Los artículos originales se considerarán el doble que los artículos de revisión, los originales breves, las notas clínicas, las cartas científicas y al director y los editoriales; no se consideran los artículos de bibliografía comentada. En cuanto a los autores, sólo se considerarán los seis primeros, siendo la puntuación del primero, el doble que la de los siguientes. La puntuación quedaría de la siguiente forma:

Artículo Revista	Original		Resto artículos	
	Primer autor	Resto autores	Primer autor	Resto autores
Nacional	2	1	1	0,5
Internacional				
• Medline / Excerpta	4	2	2	1
• SCIT2 o T3	6/5	3/2,5	3/2,5	1,5/1,25
• SCIT1	7	3,5	4	2

Libros

Para considerar una publicación como libro, en primer lugar tendrá que adaptarse a la definición de la UNESCO de tener una extensión igual o superior a 50 páginas. Es imprescindible además que tenga un ISBN. La consideración como nacional o internacional se realizará considerando el nivel de difusión de la editorial responsable, debiendo establecerse un listado con aquellas de difusión internacional.

Sólo se admitirá hasta un máximo de tres autores por capítulo, y de tres capítulos por libro cada autor (consignándose en cualquier caso la combinación más favorable al mismo). La puntuación para un segundo y tercer autores será la mitad de la reseñada en cada caso para el primer autor:

La valoración será como sigue:

- Un capítulo de un libro: 2 puntos para primer autor en el caso de libro nacional, y 3 en el caso de libro internacional.
- Libro completo: 10 puntos en el caso de libro nacional, y 15 en el de libro internacional.

Comunicaciones a Congresos

Deben ser congresos como mínimo de nivel autonómico y de manera imprescindible tener el respaldo de una sociedad científica, hospitales, colegios profesionales, etc. Las comunicaciones a congresos nacionales e internacionales tendrán la misma consideración, ya que la repercusión en la actividad clínica en nuestro país es más o menos equivalente.

Comunicación-Póster	1.º autor	2.º y 3.º autores
Congreso Autonómico	0,5	0,25
Congreso Nacional/Internacional	1	0,5

Tesis Doctoral

La lectura y aprobación de la tesis doctoral se valorará en 8 puntos. No podrá ser considerada doblemente, por lo que si ha sido publicada, se aplicará la puntuación más favorable al candidato.

E. Compromiso con la Organización

El compromiso del facultativo con la Organización se evaluará mediante la objetivación de distintos elementos: comités o comisiones valoradas en interés de la Organización, elaboración de protocolos, vías clínicas, participación en proyectos de la institución, etc.

En este apartado se valorarán las actividades que implican un esfuerzo adicional por parte del médico en relación con la institución y que impliquen la asunción progresiva de responsabilidades como profesional experto. Se considerará la participación en Comisiones Clínicas, Junta Técnico-Asistencial, etc. Aquí se incluyen todas las actividades del médico que, de alguna manera, redunden en la mejora de la gestión y funcionamiento del centro (trabajo en equipo, participación en la gestión) y, por tanto, en la calidad asistencial del mismo. La valoración cuantitativa podría ser:

- Actividades de gestión clínica compatibles con la realización de tareas asistenciales (jefaturas de servicio o coordinación de servicios asistenciales, participación en comisiones a nivel de área, responsables docentes de equipo o de área si mantienen actividad asistencial, etc.): 0,75 puntos por semestre completo, hasta un máximo de 10 puntos por nivel de CP.
- Para la baremación de la participación en protocolos, guías, etc., habrá que hacer una correlación con el tiempo empleado en su elaboración.

Los parámetros correspondientes a Formación, Actividad Científica, Compromiso con la Organización y participación como docente se evaluarán globalmente por el Comité Evaluador para el período correspondiente cuando se solicite el cambio de nivel. El Comité evaluador podrá solicitar información complementaria a los facultativos del entorno asistencial del interesado, o al propio interesado.

Solamente en lo que respecta a los parámetros de Formación, Investigación y Participación como docente, si se sobrepasan los créditos requeridos para el cambio de nivel, los créditos no empleados se acumularán para sucesivas evaluaciones.

Dada la utilidad que la CP puede tener en los procesos de baremación, y el hecho de que se pueden acumular los méritos no consumidos en un ascenso para siguientes ocasiones, sería conveniente que el certificado del grado alcanzado recogiera (por ejemplo, en su reverso) todos los méritos que han sido considerados para su consecución, así como aquellos que, habiendo sido alegados para ello, no han sido consumidos, siendo válidos, por tanto, para sucesivas valoraciones. Se reducirá con ello el esfuerzo de las comisiones encargadas de la baremación de profesionales o de la evaluación de méritos en sucesivos ascensos de grado de CP.

6. Fase de implantación

En la aplicación efectiva de la CP, debe contemplarse una primera fase de implantación en la que, por una sola vez, los facultativos serán distribuidos en los dos primeros niveles (1 y 2) sobre la base de criterios de años trabajados como personal del grupo A.

A aquellos facultativos que hayan alcanzado el nivel 2 de CP en la fase de implantación y tengan antigüedad suficiente para ascender de nivel, sólo se les podrá valorar de manera proporcional los parámetros de formación, docencia, investigación y compromiso con la organización (hasta alcanzar los créditos requeridos, independientemente de que procedan de 2, 3 o los 4 parámetros).

Con posterioridad, y en su fase de desarrollo, cualquier facultativo de nueva incorporación que opte al ascenso entre niveles deberá cumplir los criterios establecidos.

7. Requisitos y criterios de promoción

Una vez implantada la CP, se establece como requisito para participar en el proceso de integración en los distintos niveles acreditar una permanencia mínima de cinco años en cada nivel.

Para promocionar a un nivel superior, se valorarán los méritos obtenidos durante la permanencia en el nivel que se tenga acreditado, siendo necesario alcanzar los créditos mínimos establecidos en el baremo.

Para que la Comisión pueda valorar los méritos alegados por el aspirante, éste deberá cumplimentar un autobaremo detallado en el que figuren enumerados y valorados todos los méritos que alega para el ascenso de nivel.

El ascenso de nivel tendrá efectividad el 1 de enero siguiente a la fecha en que se acredite el cumplimiento de los requisitos exigidos.

Para el cómputo de los años de permanencia se tendrán en cuenta los años de servicio prestados en centros acreditados del Sistema Nacional de

Salud, siempre que la actividad en los mismos sea de la misma especialidad y categoría que la que ostente en el momento de solicitar la promoción.

8. Complemento retributivo de la CP

La CP deberá constituirse como un reconocimiento a los méritos individuales del facultativo y, en la medida que requiere un esfuerzo adicional, éste deberá ser recompensado tanto desde el punto de vista profesional como retributivo. Con ello, el facultativo estará más motivado y, en consecuencia, su actitud será más activa y participativa.

La Comunidad de Madrid tiene unas características específicas que es preciso reseñar:

1. El excelente nivel profesional de los facultativos reiteradamente reconocido.
2. La gran Calidad Asistencial.
3. Los elevados niveles de Docencia, tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo (en la Comunidad de Madrid se forman el 25% de los Residentes del Estado).
4. La prolífica Actividad Investigadora de calidad contrastada, que representa una cifra superior al 50 % de la producción del Estado.

Lo anteriormente expuesto supone un importante valor añadido que es preciso recompensar tanto desde el punto de vista profesional como retributivo.

Proponemos las siguientes cantidades, que serán abonadas mensualmente y deberán ser actualizadas anualmente según el IPC:

Nivel 1	3.500 € anuales
Nivel 2	7.000 € anuales
Nivel 3	10.500 € anuales
Nivel 4	14.000 € anuales

Las anteriores cantidades incrementarán las retribuciones que actualmente perciben los Facultativos Especialistas de Área (FEA), los Facultativos de Atención Primaria y los Facultativos del SUMMA 112, y que seguirán siendo los emolumentos de los facultativos con Nivel Base.

9. Gestión de la CP

Para la puesta en marcha de la CP es necesario que se creen las siguientes comisiones:

- Comisión Central.
- Comités Locales Evaluadores.

Para poder formar parte de una comisión o comité será requisito imprescindible la pertenencia a la misma categoría profesional que se evalúa y tener como mínimo un nivel 2 de CP.

Comisión Central

Deberá constituirse una Comisión Central para toda la Comunidad de Madrid, cuyas funciones principales serán:

- Coordinar y articular las reglas de funcionamiento.
- Auditar y ejercer como comité de apelación.

Estará compuesta por 5 miembros renovables cada 4 años:

- 1 Representante de la Consejería de Sanidad.
- 4 Facultativos nombrados por la Consejería de Sanidad a propuesta de las Organizaciones Profesionales.

Comités Evaluadores

Se constituirá un Comité Evaluador por Área Sanitaria. Estará formado por 6 miembros renovables cada 2 años:

- 2 nombrados por la Administración.
- 2 de Atención Especializada nombrados por la Comisión Mixta u órgano que la sustituya.
- 2 de Atención Primaria y SUMMA 112 elegidos por votación entre los facultativos de Primaria del Área o del SUMMA 112.

A las reuniones de los Comités Evaluadores podrá asistir, con voz pero sin voto, un representante de las organizaciones sindicales con la misma categoría profesional que los facultativos a evaluar.

Deberá pactarse un régimen de funcionamiento de los Comités Evaluadores y un sistema de evaluación que sea conocido por todos.

El facultativo podrá impugnar a alguno de los miembros de la comisión si existen razones objetivas que lo fundamenten. El sustituto será nombrado por los que nombraron al destituido.

De igual manera, el facultativo podrá recurrir ante la Comisión Central si no comparte la valoración del Comité Evaluador del Área.

Una vez cumplido el período de permanencia en el nivel correspondiente, el interesado cursará una solicitud al Comité Evaluador, acompañando una autobaremación personal, en la que reflejarán los créditos obtenidos en los diferentes parámetros a valorar, así como los certificados correspondientes.

El Comité Evaluador del Área, tras la valoración correspondiente, convalidará el ascenso de nivel y se lo comunicará a la Dirección del Área.

La Dirección del Área propondrá el cambio de nivel a la Consejería de Sanidad. El órgano competente de la Consejería de Sanidad ratificará el cambio de nivel y éste quedará acreditado y consolidado.



LA CARRERA
PROFESIONAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Carrera Profesional del médico

Dr. Guillermo Sierra Arredondo

PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE MÉDICOS DE ESPAÑA

Introducción

Se entiende por «Carrera Profesional», el conjunto de factores variables que condicionan cronológicamente la actividad profesional del médico y que implican la capitalización de experiencias y conocimientos que le sirven de plataforma para su realización y promoción.

La Carrera Profesional empieza con el ejercicio de la Medicina, previa acreditación de la titulación correspondiente.

La base de este modelo de Carrera Profesional es la Formación Continuada del médico. La evaluación y acreditación de esta formación se utilizará para progresar en la Carrera Profesional del médico. La utilización de la Formación Continuada como herramienta de incentivación en la Carrera Profesional tendrá como efecto una más alta competencia profesional y, en consecuencia, una mayor calidad asistencial.

La filosofía fundamental de la Carrera Profesional, debe seguir una línea, que tenga como objetivo la motivación y la incentivación del médico y al mismo tiempo conseguir:

- a) Propiciar la sana competencia entre profesionales.
- b) El reconocimiento de la Sociedad a la labor desarrollada por el médico, recuperando éste su prestigio social.
- c) Premiar al profesional médico según sus méritos asistenciales, de investigación y docencia.

La «Carrera Profesional» va a condicionar el futuro de la profesión médica y de la Sanidad, por tanto, ha de quedar claro:

1. Que la independencia profesional del médico es un derecho, no ya del médico, sino del paciente, lo que supone garantía de calidad asistencial.
2. Que el médico debe participar en la gestión de su hospital o de su centro asistencial, hecho que interesa y preocupa a las asocia-

ciones europeas de médicos, como la AEMH, la PWG, la UEMS, la UEMO, etc., así como al Comité Permanente de Médicos de la UE.

También se debe proceder a una reestructuración de las Facultades de Medicina y de los planes de estudio de la carrera de Medicina, de acuerdo con las necesidades actuales en materia de conocimientos sanitarios.

Si los pasos anteriores han sido correctos, lo que se estará haciendo es iniciar la Carrera Profesional en el punto lógico: la licenciatura en Medicina con la adquisición de los conocimientos científicos necesarios.

1. Principios generales

Antes de entrar en los aspectos concretos de lo que se considera debe ser la Carrera Profesional del médico hay que concretar unas premisas fundamentales:

- a) La Carrera Profesional, debe ser común para todo el Estado, tanto en la uniformidad, en cuanto a los criterios para el acceso a los diversos niveles, como en el reconocimiento de los mismos, por todos los servicios de salud, así se evitará un caos de nomenclaturas y facilitará los traslados sin cambios de categoría, sin defecto de las competencias en materia sanitaria, asumidas por las diversas Comunidades Autónomas.
- b) La Carrera Profesional debe tener la debida repercusión salarial.
- c) Los niveles o categorías alcanzados a lo largo de la Carrera Profesional quedarán consolidados automáticamente, aunque en condiciones específicas se revisará el reconocimiento de las competencias.
- d) El sistema de evaluación del médico se hará a través de una Comisión Nacional de Acreditación de cada especialidad.
- e) La Carrera Profesional debe estructurarse en un número adecuado de niveles que recoja todas las posibilidades profesionales. A partir

de determinado nivel, el médico tendrá la opción de dedicarse a la gestión clínica o a la administración sanitaria.

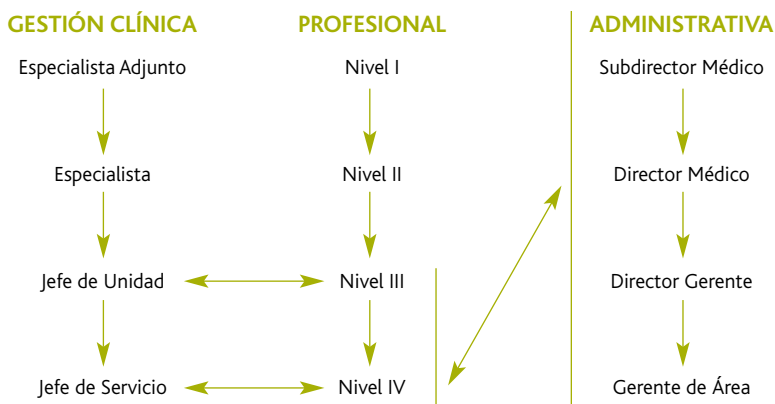
- f) No se pueden separar los aspectos asistenciales de los de gestión. Para los cargos que conlleven un componente de gestión, se admite la necesidad de una formación específica, pero sin olvidar la experiencia asistencial.
- g) Todas las categorías de la Carrera Profesional, propiamente dicha, deben tener actividad asistencial, aunque se deben potenciar y facilitar las actividades relacionadas con la docencia y la investigación.

Se sabe que la puesta en marcha de la Carrera Profesional en el sector público supondrá un esfuerzo presupuestario importante, pero este esfuerzo, a medio y largo plazo, se traducirá en una inversión rentable para la Sanidad del país, pues este modelo de Carrera Profesional basado en la Formación Continuada del Médico supone, por una parte, mayor Calidad Asistencial y, como consecuencia, a corto plazo, ahorro.

El conjunto de la *Carrera Profesional* podría dividirse en tres grandes secciones:

1. **Profesional:** que abarcaría una serie de niveles o categorías, a los que se llegaría por el ejercicio de la profesión; se tendría acceso a ellas «por ser médico», en el amplio sentido de la palabra, atendiendo a los méritos contraídos, especialmente en el terreno asistencial, investigador y docente. Esta sección sería el tronco común y una vía de acceso para las otras dos secciones.
2. **Gestión Clínica:** comprendería niveles con actividad asistencial predominante a la que se añadiría responsabilidades de gestión. El acceso a estos puestos sería posible una vez obtenido un determinado nivel en la Carrera Profesional, además de poseer los conocimientos que se exijan, en gestión sanitaria.
3. **Administrativa:** comprendería niveles con actividad administrativa pero no asistencial, para su desempeño sería imprescindible

demostrar el estar en posesión de los conocimientos necesarios, según el nivel a desempeñar, en gestión, tratamiento de recursos humanos, etc. Debería contemplarse la posibilidad de que el subdirector médico y el director médico conserven actividad asistencial, como ocurre en la mayoría de los países de nuestro entorno, con lo que se conseguiría mayor facilidad en encontrar médicos competentes y con experiencia para este puesto en el mismo hospital en el que desempeñan su actividad.



1.1. La Carrera Profesional

La OMC respeta, por encima de todo, el carácter liberal de la profesión. Aunque es evidente que la Carrera Profesional tiene un mayor sentido en el sector público, también es válida para el médico con actividad privada, siempre y cuando éste se someta, con carácter voluntario, a las mismas evaluaciones que el médico dedicado a la Sanidad pública.

Los méritos profesionales del médico serían la única base reconocida para la promoción del médico en el sector público y en aquellos centros sanitarios de cualquier titularidad, que voluntariamente acepten este esquema, para cubrir sus puestos médicos.

La Carrera Profesional debería estructurarse en cuatro niveles o categorías, cuya denominación debe ser corta, clara, concisa y llevar implícito

cierto prestigio, reconocido incluso por ajenos a la profesión médica. Una vez alcanzado, cada nivel debe quedar consolidado.

La denominación de los cuatro niveles que se proponen podría ser:

— Nivel I: *Especialista adjunto*.

— Nivel II: *Especialista*.

— Nivel III: *Consultor adjunto*.

— Nivel IV: *Consultor*.

El ascenso de categoría se haría después de permanecer un mínimo de cinco años en la categoría anterior y tras demostrar estar en posesión de un determinado número de créditos prefijados.

La obtención de estos «créditos» se haría tras la valoración de los méritos adquiridos, tanto en el terreno asistencial como en el científico, y tomando como referencia la Formación Continuada del médico. Dependiendo de cada categoría, tendría más peso en la obtención de los «créditos», la labor asistencial o la docente e investigadora.

La adjudicación de los «créditos» correspondería a una Comisión Nacional de Acreditación (CNA), en la que estarían representados los Ministerios de Sanidad y Consumo, Educación y Ciencia, la Universidad, el Consejo Interterritorial, las Sociedades Científicas y la OMC. Todos sus miembros deberán poseer el título de la especialidad correspondiente.

Perfil de los puestos profesionales

1.1.1. Especialista adjunto. Nivel 1

En este nivel estarían incluidos los médicos que accedan al mismo a través de un concurso-oposición de carácter nacional, previa obtención de la titulación correspondiente. Una vez conseguido un puesto de trabajo

en un determinado centro asistencial, el tiempo mínimo de permanencia en este nivel sería de cinco años. Al finalizar los 5 años, la posesión del número de créditos predeterminados posibilitará el acceso al nivel siguiente. La actividad principal del Especialista es asistencial, aunque deberá dedicar una parte a su propia formación (Formación Continuada).

1.1.2. Especialista. Nivel 2

Constituido por médicos procedentes del nivel I y en posesión del número de créditos mínimo que se fije. El tiempo mínimo de permanencia en este nivel será de 5 años. Su actividad será fundamentalmente asistencial, reservando un porcentaje para labores de formación continuada, investigación y docencia.

Al finalizar los cinco años de permanencia en este nivel, accederá al nivel III, siempre que esté en posesión del número de créditos que se fijen. En caso de no haber obtenido el número de créditos necesario, permanecerá en este nivel hasta la consecución de los mismos.

1.1.3. Consultor adjunto. Nivel 3

Al igual que en los anteriores, el tiempo mínimo de permanencia en este nivel será de cinco años.

Se considera este nivel como clave y encrucijada de la Carrera Profesional, no sólo por significar una cualificación elevada, sino porque es, al mismo tiempo, la categoría mínima necesaria para acceder a puestos de responsabilidad en Gestión Clínica y, en su caso, a la Administrativa.

La actividad desarrollada será fundamentalmente asistencial, aunque dedicará a la docencia y a la investigación el tiempo que se estipule. Al finalizar los cinco años de permanencia en este nivel, accederá al nivel IV, siempre que esté en posesión del número de créditos establecidos. En caso de no haber obtenido el número de créditos necesario, permanecerá en este nivel hasta la consecución de los mismos.

1.1.4. Médico consultor. Nivel 4

Representa el grado máximo de promoción profesional de un médico. Para acceder a él es necesaria la permanencia en el nivel anterior, consultor adjunto, al menos 5 años y reunir el número de créditos que estén fijados. En determinados casos, podría contemplarse la dedicación a tiempo parcial.

En cada nivel, el médico ejercerá sus funciones con independencia del ámbito, hospitalario o extrahospitalario, en el que desarrolle su trabajo.

1.2. La gestión clínica

En ella se encuadrarían las categorías o niveles con responsabilidades jerárquico-administrativas, además de las asistenciales.

1.3. La carrera administrativa

La propia OMS habla de la labor asistencial como un trabajo en equipo bajo la dirección del médico. En consecuencia, la Dirección Médica debe estar en el organigrama de dirección, sólo por debajo del Director Gerente.

La Carrera Profesional puede enlazar con la administrativa a partir del Nivel III o consultor asociado. Éste deberá, sin embargo, completar su formación con los cursos precisos para adquirir los conocimientos de organización y gestión que se requieren en las labores de dirección.

2. El sistema de evaluación de la Carrera Profesional

Como ya se dijo, será necesaria la implantación de un Sistema de Acreditación que deberá reunir las siguientes características:

- a) Se creará una Comisión Nacional de Acreditación (CNA) por cada una de las especialidades médicas reconocidas en nuestro país.

- b) La CNA estará formada por un representante de cada una de las instituciones siguientes: Ministerio de Sanidad, de cada Comunidad Autónoma, Sociedades Científicas, Comisión Nacional de la Especialidad y la OMC, siendo necesario estar en posesión del título de la especialidad correspondiente.
- c) Los créditos conseguidos serán valorados con carácter anual.
- d) La CNA clasificará, valorará y acreditará los méritos profesionales. En los escalones más bajos de la CP tendrán mayor peso los méritos asistenciales, y en los altos, los científicos.

2.1. Méritos asistenciales

Se trata de medir, de la manera más objetiva posible, la actividad diaria, para lo que hay que buscar parámetros de evaluación modernos. Para la evaluación de los méritos asistenciales se tendrá en cuenta tanto la actividad individual como la del Servicio o Unidad en bloque, utilizando instrumentos de gestión como los GRD. La evaluación de la actividad del Servicio o Unidad será igual para todos sus miembros, y deberá tener menos peso que la evaluación individual (por ejemplo un 20%).

Corresponderá a la CNE de cada especialidad determinar los parámetros exigibles a cada especialidad. Este bloque podría tener un peso del 70%. El 10% restante se obtendría de la disponibilidad del facultativo, entendiendo por tal la participación en comisiones del hospital (de calidad, de morbimortalidad, de infecciones, de historias clínicas). Esta actividad se mediría de 0 a 100, siendo necesario obtener 50 cada año, o 250 cada 5 años, para pasar de nivel.

2.2. Méritos profesionales, científicos, docentes y de formación continuada

Las actividades que comportarían estos méritos pueden dividirse en externas e internas.

2.2.1. Actividades externas

Constituidas por la asistencia a congresos, reuniones, cursos presenciales, visitas a otros centros para reciclaje o aprendizaje de nuevas técnicas y cursos de educación a distancia, tanto de la propia especialidad como de materias generales (estadística, epidemiología, gestión, medicina basada en la evidencia, etc.), en función de si están o no acreditadas y en función del número de créditos u horas lectivas.

2.2.2. Actividades internas

Actividades realizadas en el ámbito de trabajo y que sean certificables (sesiones, clases, etc.) o las llevadas a cabo de manera personal, en el hospital o el propio domicilio, pero con repercusión exterior reconocible (preparación de publicaciones, ponencias, proyectos de investigación, etc.). Incluirían:

- a) Sesiones clínicas del servicio o del hospital.
- b) Clases de postgrado (tutor de residentes, colaborador en docencia de residentes).
- c) Formación de pregrado (en función del número de horas impartidas como profesor titular, asociado, invitado, colaborador, etc.).
- d) Tesis doctoral.
- e) Publicaciones: según índice de impacto indexadas o no, o que sean de ámbito internacional, nacional, regional. Diferente valoración según se sea primer firmante o sucesivo.
- f) Libros, capítulos de libros, monografías.
- g) Conferencias, ponencias, mesas redondas, *Work-Shop*, en reuniones internacionales, nacionales, regionales. Primer firmante o sucesivo.
- h) Comunicaciones a congresos y reuniones, también en función del ámbito (internacionales, nacionales, regionales) y que la comunicación sea oral o en forma de póster.

- i) Labores editoriales (juez o revisor de revistas).
- j) Proyectos financiados de investigación (como investigador principal o colaborador).
- k) Premios o becas de la especialidad.
- l) Organización de congresos (presidente, vicepresidente, secretario o tesorero.)

Este grupo de actividades se puntuará también anualmente entre 0 y 100, debiéndose alcanzar la cantidad de 250 cada 5 años, pero teniendo en cuenta que debería existir un balance entre actividades externas e internas, de tal manera, que no pueda haber menos de 100 puntos en alguna de ellas. Sería necesario conseguir 50 puntos al año, la mitad de los cuales corresponderían a actividades externas y la otra mitad a internas.

La CNA certificará el nivel adquirido, previa incoación del oportuno expediente, en el que quedarán reflejadas todas sus actuaciones. Corresponderá a las autoridades sanitarias estatal o autonómica efectuar el oportuno nombramiento.

3. Incorporación de los médicos a la Carrera Profesional

La consolidación de categorías de los médicos que actualmente pertenecen al sistema, podría realizarse de la siguiente forma:

- a) Si se lleva prestando servicio al Sistema Nacional de la Salud al menos 8 años se consolida automáticamente el nivel inmediato superior.
- b) Los médicos que sobrepasen al menos en 5 años los 8 exigidos en el punto anterior tendrán derecho a que se les valore por la CNA los méritos acumulados, y en el caso de que el número de créditos que se les adjudique así lo permita, consolidarán el nivel que les corresponda. En todo caso, este nivel se consolidará, automáticamente, en el momento que se alcancen los créditos exigidos para cada nivel.



LA CARRERA
PROFESIONAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Bases Jurídicas y Normativa Concurrente

D. Ricardo De Lorenzo y Montero
ABOGADO ESPECIALISTA DE DERECHO SANITARIO

1. Introducción

Comúnmente, se entiende por Carrera Profesional el sistema de reconocimiento de la cualificación profesional en el ámbito de la autonomía de la voluntad de las partes, siendo a la vez fuente reguladora de los derechos y obligaciones concernientes a la relación profesional, sin perjuicio del absoluto respeto por el marco laboral legal y convencionalmente establecido, así como un instrumento de promoción de los profesionales sanitarios sobre la base de criterios objetivos de actividad asistencial docente y científica.

La Carrera Profesional es, desde este punto de vista, el resorte más efectivo con el que cuentan las organizaciones sanitarias para incentivar y motivar al personal, así como para la consecución del adecuado grado de compromiso con el servicio sanitario. Los beneficios de su implantación se observan rápidamente y en varias direcciones: por un lado, los trabajadores conocen cuál es el límite de su promoción profesional, es decir, hasta dónde pueden llegar por un sistema de ascensos ligado a méritos profesional, académicos o de resultados; por otro lado, la calidad de los servicios prestados a los pacientes y usuarios aumenta notablemente la satisfacción de los mismos con las organizaciones sanitarias.

El concepto de la Carrera Profesional va, pues, ligada de un modo lógico al trabajo; representa la consolidación de recompensas profesionales y mejores condiciones en la situación del profesional sanitario, así como de sus retribuciones, que se van obteniendo de un modo sucesivo y progresivo, y son consecuencia de los avances en la preparación y responsabilidad profesional a lo largo del tiempo.

En virtud de todo lo anteriormente expuesto, cabría definir, desde una perspectiva jurídica, la Carrera Profesional del siguiente modo: «sistema de incentivación basado en el reconocimiento expreso de categorías obtenido por la dedicación y cualificación alcanzada por el profesional sanitario en el ejercicio conjunto de las funciones que le son propias».

En sentido lingüístico, la Real Academia Española de la Lengua define el término «incentivo» como aquello que mueve o excita a desear o hacer una cosa.

Es decir, todo incentivo genera un proceso psicológico que activa, dirige y mantiene un determinado comportamiento. Los factores que motivan ese comportamiento pueden clasificarse en intrínsecos (porque están en función de las consecuencias que se producen en el mismo sujeto) y en extrínsecos (cuando las consecuencias se derivan de la reacción del entorno). Pueden señalarse como ejemplo de los primeros la satisfacción por avanzar en el conocimiento y en las habilidades propias de la profesión, la percepción de sentirse experto en lo que uno ejerce, la adquisición de nuevas responsabilidades y competencias...

El factor motivador extrínseco más evidente es el económico: el salario y las retribuciones asociadas al rendimiento o la participación en beneficios o ahorro en los costes de la empresa, beneficio éste al que habría que añadir otros relacionados con la seguridad en el trabajo, el reconocimiento profesional y social del mismo, la obtención de mayores cuotas de poder y autoridad, la mejora de las condiciones de trabajo y la equidad en la distribución de las recompensas.

Si los factores citados son motivadores, parece consecuente deducir que sus contrarios, o la ausencia de los mismos, sean desincentivadores del rendimiento; prestigio profesional y social insuficiente, falta de equidad en la retribución salarial que se percibe como excesivamente homogénea y rígida en la participación en los procesos de organización, gestión y decisión; frustración de expectativas de desarrollo profesional y ausencia de refuerzo de actitudes de formación continua e investigación. Todos ellos se consideran como factores condicionantes de actitudes y comportamientos que se atribuyen frecuentemente al médico que trabaja en el sistema público de salud.

Parece que lo que se describe es un conjunto de síntomas conocidos social y jurídicamente como «burn out» o síndrome del trabajador quemado, que junto con las características laborales mencionadas en los párrafos anteriores, tiene repercusiones de carácter psicossomático en el trabajador y, finalmente, en el interés por las personas a las que se prestan los servicios profesionales (despersonalización).

En la ponencia presentada por el Grupo Parlamentario del Partido Popular en el Congreso de los Diputados (21 de febrero de 1994) se manifiesta,

textualmente, con referencia a la Carrera Profesional, lo siguiente: «carencia del modelo sanitario y casi universalmente reconocido ha sido la incapacidad de generar un mecanismo de promoción profesional estable, conocido y objetivo para los licenciados en Medicina y los profesionales de Enfermería. Esta carencia constituye uno de los factores clave que explica la ausencia del necesario componente de confianza y motivación entre los profesionales del sector sanitario y la persistencia de profundas disfunciones en la Sanidad pública».

Es evidente que la Carrera Profesional no puede ser considerada como la panacea que resuelva todos los factores desmotivadores y sus consecuencias, y analizar el conjunto de factores motivadores e incentivos dentro del Sistema Nacional de Salud y, en concreto, en Atención Primaria, es tarea que supera el propósito de esta ponencia; no sólo dependen de los propósitos generales de la organización sanitaria pública, definidos por las leyes y comunes en el conjunto del Estado, sino de los objetivos más concretos o de formas de organización diversas que varían en el tiempo y en el espacio (Comunidades Autónomas). Es decir, el modelo de incentivos no será el mismo si pretendemos desarrollar una cartera de servicios con énfasis en la prevención o si lo que se pretende es una mayor autonomía de gestión para los centros de salud; si lo que se desea es estimular la competencia interna o lo que se pretende es una Atención Primaria cuyo fin sea contener mediante barreras burocráticas el acceso a los distintos niveles de la Atención Especializada.

2. Características de la Carrera Profesional

Suelen señalarse como características básicas de la Carrera Profesional las siguientes:

1. Voluntariedad. El profesional sanitario debe participar voluntariamente en el sistema, tanto en el acceso como en los cambios de nivel, por lo que, en ningún caso, la Carrera Profesional debiera tener carácter obligatorio.
2. Personalidad. La Carrera Profesional representa el reconocimiento personal al desarrollo y trayectoria profesional que realiza cada profesional sanitario.

3. Falta de automaticidad. La progresión profesional que se establece a través de la Carrera Profesional no debería ser alcanzada sin haber realizado una contribución personal a los objetivos institucionales, acreditando una verdadera implicación con el sistema sanitario público. Por tanto, debieran evitarse fórmulas de adscripción automáticas y de conversión, también automática, de la antigüedad en Carrera Profesional.
4. Evaluabilidad. Los méritos profesionales debieran ser constatados y evaluables, dependiendo de la tipología y cultura de cada centro sanitario, pudiéndose señalar como factores que deberían tenerse en cuenta para evaluar la Carrera Profesional los siguientes:
 - Progreso en la competencia profesional.
 - Implicación y compromiso con la organización.
 - Participación activa en la docencia.
 - Participación activa en la investigación.
5. Revisabilidad. La acreditación de un determinado nivel de la Carrera Profesional debiera ser revisable, a través de las evaluaciones que, cada determinado número de años, pudieran establecerse, con la finalidad de evitar el estancamiento profesional.
6. Gradualidad en el tiempo. La Carrera Profesional ha de permitir motivar y estimular la progresión ascendente de los facultativos a lo largo de toda su trayectoria profesional en unos períodos fijos y previamente determinados en la normativa o en los pactos aplicables.
7. Retribución por niveles. Las aportaciones individuales y la orientación que realicen los profesionales hacia la excelencia profesional debieran ser compensadas económicamente de forma creciente, estableciéndose un complemento retributivo específico para cada nivel.
8. Reconocimiento de los méritos de los profesionales, de los valores y del nivel asistencial. La Carrera Profesional es un elemento de motivación que anima la evolución de los profesionales y el reconocimiento de las aportaciones que éstos hacen al sistema sani-

tario público, en los que se refiere a conocimientos, experiencia en la actividad asistencial, esfuerzo en la formación, docencia e investigación y en la manera de contribuir a alcanzar los objetivos fijados por la organización.

9. Diferenciación entre Carrera Profesional y carrera jerárquica. La Carrera Profesional es independiente de la carrera jerárquica, pero compatible con ella.

De este modo, la Carrera Profesional se convertiría en un mecanismo útil de reconocimiento de la actividad profesional, al mismo tiempo que la misma se configura como un instrumento de motivación e incentiva-ción profesional.

Tal y como la Carrera Profesional aparece configurada en las más recientes disposiciones legales (Estatuto Marco del Personal Estatuario de los Servicios de Salud, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) , la misma es un instrumento reglado, homologado para todos los Servicios de Salud que configuran el Sistema Nacional de Salud y que debe implicar, por tanto, a todos los Servicios de Salud.

La implementación de la Carrera Profesional en todo el territorio nacional necesitaría alcanzar el adecuado consenso con las fuerzas sociales. En este sentido, ya en el *Diario Médico* correspondiente al día 13 de septiembre de 2002, se manifestaba que la Organización Médica Colegial tenía previsto empezar una campaña para alcanzar el consenso con los representantes profesionales y los sindicatos sobre la necesidad de que se establecieran unos principios mínimos de Carrera Profesional comunes a todas las autonomías.

El principal escollo que viene retrasando la implantación de un sistema de promoción profesional es económico. Este problema fue puesto de manifiesto por el Consejo Asesor de Sanidad, el cual manifestó que es necesario hacer un esfuerzo presupuestario importante, pero a largo plazo la implantación de la Carrera Profesional supondrá ahorro, siendo ello así porque, al estar basada en una mejora de la formación continuada, se recetará y se ordenarán las pruebas de una manera más eficiente.

Como se ponía de manifiesto en dicho *Diario Médico*, el modelo de Carrera Profesional propuesto por la Organización Médica Colegial se fundaba en las siguientes fases:

1. Creación de Comisiones Técnicas de Evaluación Profesional (CTEP).

Las atribuciones de las mismas serían las de establecer los criterios para alcanzar cada nivel profesional, crear un sistema para puntuarlos y determinar la periodicidad de la evaluación.

La composición de las mismas sería la siguiente: representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, de las Comunidades Autónomas, de los Consejos Generales de Colegios Profesionales, de la Comisión Nacional de la Especialidad y de las Sociedades Científicas.

2. Certificación. Las Comisiones Técnicas de Evaluación Profesional certifican el nivel de cada profesional y la Administración expide un nombramiento oficial con validez en toda España.

3. Niveles: 1. Especialista; 2. Especialista Señor; 3. Consultor; 4. Consultor Senior.

4. Progresión. Período mínimo: 5 años por nivel. Para desempeñar puestos de responsabilidad sería necesario hallarse en posesión del nivel 3.

5. Repercusión Económica: el acceso a un nivel superior llevará implícito un reconocimiento económico.

De este modo, la Carrera Profesional puede constituir una excelente herramienta de desarrollo profesional, ya que la misma debe de tener como objetivo preservar los valores y aptitudes de mantenimiento y desarrollo de la competencia, de interés por el trabajo que se realiza.

No debería articularse de forma tal que premiara de forma directa el rendimiento o la obtención de determinados objetivos puntuales de los Sis-

temas de Salud; para ello existen otros objetivos formales económicos (como la productividad por cumplimiento de objetivos) más idóneos, sino que los aspectos que se deben recompensar mediante la Carrera Profesional son menos coyunturales: la calidad de la atención prestada y el conjunto de actividades relacionadas con influencia directa en la misma: formación continua, docencia, investigación e intervención en actividades de organización y participación.

Como se ha dicho, la Carrera Profesional debería de ser homogénea para todo el Sistema Nacional de Salud, aunque existan aspectos no fundamentales que sean diferentes en función de los distintos modelos organizativos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Las normas de acreditación y evaluación deberían ser básicamente comunes para todo el Sistema Nacional de la Salud, y su aplicación debe de ser sencilla y descentralizada.

De igual modo, la Carrera Profesional debiera ser común para todas las especialidades médicas, y ello sin perjuicio de que pueda considerarse en la normativa rectora de la Carrera Profesional los aspectos diferenciales de cada una de ellas, así como las distintas modalidades de ejercicio profesional.

Además, la Carrera Profesional, por imperativo de lo dispuesto en el artículo 102 de la Constitución Española, debiera estar basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad, principios éstos conforme a los cuales, los procedimientos de valoración debieran ser claros, explícitos y transparentes, de modo que garantizaran el carácter objetivo de la Carrera Profesional, desterrándose toda posible valoración subjetiva de los mismos.

El lugar donde se presten los servicios profesionales por los facultativos (Atención Primaria o Atención Especializada) no debiera generar desigualdades en cuanto a la imposibilidad de disfrutar de los méritos (cursos, seminarios, congresos...) necesarios para la progresión profesional, debiendo de establecerse medidas que compensen las posibles desventajas de los profesionales que tengan, a priori, más dificultad para acceder a los mecanismos sobre los que pivote la Carrera Profesional.

Además, la Carrera Profesional debería diferenciar los aspectos asistenciales de los aspectos organizativos y gestores de las Instituciones Sanitarias, debiéndose tener en cuenta, como ya se dijo anteriormente que, aunque se hallen interrelacionados, la Carrera Profesional y la progresión jerárquica son instituciones jurídicas distintas.

Ello implica la organización de la Carrera Profesional en distintas categorías o niveles con períodos mínimos de permanencia del facultativo en cada uno de ellos, a los que se asigne una serie de actividades —fundamentalmente de carácter asistencial, investigador y docente— a cumplir. Dichos niveles deben caracterizarse por una progresión creciente en el esfuerzo para alcanzarlos, generando una legítima expectativa a lo largo de toda la vida profesional del facultativo.

Por tanto, no cabría hablar de carreras profesionales diferentes para Atención Especializada y para Atención Primaria, ni tampoco cabría aceptar que el lugar donde se desempeña la Carrera Profesional pueda ser un obstáculo insoslayable para el desarrollo profesional.

De este modo se conseguirá, además de evitar toda posible situación discriminatoria por conferirse consecuencias diferentes en relación con circunstancias de hecho fundamentalmente iguales, que el facultativo perciba que las recompensas obtenidas dependen más de su esfuerzo personal que de factores externos ajenos a su intervención, o poco modificables por la misma.

En el ámbito de la Atención Primaria, donde existe una considerable diversidad de situaciones profesionales y es frecuente el ejercicio profesional en el medio rural, se condenaría a la exclusión de la Carrera Profesional a un importante sector de recursos humanos en base a factores externos que los mismos no pueden controlar.

Con fecha de 16 de marzo de 2005, la ministra de Sanidad y Consumo anunció públicamente una propuesta de bases comunes para el reconocimiento de la Carrera Profesional en todo el Sistema Nacional de Salud.

En tal sentido, la ministra de Sanidad y Consumo manifestó ante el Senado que la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial de la Salud estaba trabajando ya en una «propuesta de bases comunes» que asegure el derecho a la movilidad de los profesionales sanitarios en todo el Sistema Nacional de la Salud.

Según la ministra, las conclusiones de la sesión que el Grupo Técnico de Desarrollo Profesional de dicha Comisión dedicó con carácter monográfico a la Carrera Profesional el pasado mes de septiembre se han plasmado en un documento de trabajo que la propia Comisión estudió.

En relación con las distintas Carreras Profesionales que hoy día se pueden desarrollar en cada uno de los diecisiete Servicios Autonómicos de Salud, la ministra afirmó que estas perspectivas de homologación están orientadas a su aplicación a los profesionales mencionados en los artículos 6 y 7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y que tengan una vinculación de carácter fijo con el Sistema Nacional de la Salud.

Asimismo, en palabras de la ministra, los trabajos realizados hasta la fecha pretenden regular un principio general de reconocimiento de la Carrera Profesional de la forma más automática posible, de modo que tal reconocimiento sea condición necesaria a la hora de cubrir los puestos de trabajo vacantes que se generen en un determinado Servicio de Salud.

Por último, la propuesta que habrán de debatir —y en su caso aprobar— los responsables autonómicos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud, contempla la aplicación general del régimen jurídico en el servicio de destino y la creación de un sistema homogéneo de denominación de los distintos grados.

En la interpelación formulada por el Grupo Popular, la ministra de Sanidad y Consumo reconoció que corresponde a la Comisión de Recursos Humanos establecer principios y criterios generales que faciliten la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, pero añadió que empezó su trabajo desde una posición complicada y con grandes limitaciones.

3. Bases Jurídicas y Normativa Concurrente

En la actualidad, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en los artículos 40 y siguientes, prevé lo siguiente:

1. El desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud, el cual deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos:
 - a) La formación continuada.
 - b) La Carrera Profesional.
 - c) La evaluación de competencias.
2. La Carrera Profesional es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.
3. A los efectos de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean.

La Comisión de Recursos Humanos definirá los criterios básicos de evaluación de la competencia de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud, y las Comunidades Autónomas, en el ámbito geográfico de sus competencias, podrán acreditar las entidades de carácter científico, académico o profesional autorizadas para la evaluación de la competencia de los profesionales. Dichas entidades habrán de ser independientes de la gestión de sus centros y servicios.

Por su parte, la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, dedica su Título III al desarrollo profesional y su reconocimiento, señalando al respecto que:

1. Se constituye el sistema de reconocimiento del desarrollo profesional de los profesionales sanitarios a que se refieren los artículos 6 y 7 de dicha Ley, consistente en el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios.
2. Sin perjuicio de las facultades y funciones para las que habilite el correspondiente título oficial, el reconocimiento del desarrollo profesional será público y con atribución expresa del grado alcanzado por cada profesional en el ejercicio del conjunto de funciones que les son propias.
3. Las Administraciones Sanitarias regularán, para sus propios centros y establecimientos, el reconocimiento del desarrollo profesional, dentro de los siguientes principios generales:
 - a) El reconocimiento se articulará en cuatro grados. Las Administraciones Sanitarias, no obstante, podrán establecer un grado inicial, previo a los anteriormente indicados. La creación de este grado inicial deberá comportar la homologación de acuerdo con lo previsto en el artículo 39 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
 - b) La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores, requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación. La evaluación habrá de tener en cuenta también los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido.

- c) Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional. La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, cinco años desde la precedente evaluación positiva. En caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurridos dos años desde ésta.
- d) La evaluación se llevará a cabo por un comité específico creado en cada centro o institución. El comité estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, y habrá de garantizarse la participación en el mismo de representantes del servicio o unidad de pertenencia del profesional evaluado, así como de evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas de su ámbito de competencia.
- e) Los profesionales tendrán derecho a hacer constar públicamente el grado de desarrollo profesional que tengan reconocido.
- f) Dentro de cada servicio de salud, estos criterios generales del sistema de desarrollo profesional, y su repercusión en la carrera, se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del Servicio de Salud o de cada uno de los centros, sin detrimento de los derechos ya reconocidos.

Por último, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, dedica su artículo 40 a la regulación de la Carrera Profesional declarando lo siguiente:

1. Las Comunidades Autónomas, previa negociación en las mesas correspondientes, establecerán, para el personal estatuario de sus Servicios de Salud, mecanismos de Carrera Profesional de acuerdo con lo establecido con carácter general en las normas aplicables al personal del resto de sus servicios públicos, de forma tal que se posibilite el derecho a la promoción de este personal conjuntamente con la mejor gestión de las Instituciones Sanitarias.

2. La Carrera Profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.
3. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de Carrera Profesional de los diferentes Servicios de Salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de dichos profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de la Salud.
4. Los criterios generales del sistema de desarrollo profesional recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del Servicio de Salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos. Su repercusión en la Carrera Profesional se negociará en las Mesas correspondientes.



LA CARRERA
PROFESIONAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carrera Profesional, la visión de la SEMERGEN

Dr. Luciano Santiago Esperón

*MÉDICO TITULAR, ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA,
DIPLOMADO EN SANIDAD, MIEMBRO DE LA JDN DE SEMERGEN*

[...] la Medicina no es ciencia. Es precisamente una profesión, una actividad práctica. Como tal, significa un punto de vista distinto del de la ciencia. Se propone curar o mantener la salud de la especie humana [...] la Medicina está ahí para aportar soluciones. Si son científicas, mejor. Pero no es necesario que lo sean.

ORTEGA Y GASSET
Misión de la Universidad

Desde hace tiempo se viene hablando de Carrera Profesional en el ejercicio médico, en la profesión médica. Diversos trabajos han surgido sobre el tema. Desde distintas perspectivas, con distintos referentes y objetivos. Pero podemos afirmar que ante un mismo significante, Carrera Profesional o CP en terminología abreviada, nos encontramos con distintos significados. Los significados son diversos, que no divergentes, y esa diversidad viene dada fundamentalmente por el objetivo que se persigue, explícito o no, en su definición conceptual.

Sobre la CP hay distintas visiones y versiones, no ya desde los ámbitos asistenciales, sino, también, desde la perspectiva de la Administración y los legisladores; desde la óptica de los gestores de servicios, que desde lo público nunca sabemos el papel político que juegan; desde la óptica de las organizaciones profesionales; desde la óptica sindical y desde la óptica de las sociedades científicas. Todo ello adobado desde la percepción individual de los profesionales, desde la cual todos parecemos tener claro qué es lo más conveniente y oportuno.

Tenemos una gran diversidad de métodos para afrontar los mismos problemas, y la dificultad que tiene, en nuestra profesión, adoptar decisiones compartidas y de grupo es conocida y me refiero no sólo a las terapéuticas.

La visión que queremos aportar es básicamente desde el primer escalón asistencial, desde la Atención Primaria (AP). Nuestra visión necesariamente tiene que surgir de nuestra práctica cotidiana, y esa es la práctica médica de la Atención Primaria. Y aunque la CP abarca a todo el colectivo de AP, no nos podemos sustraer a la visión predominante sobre ella del sistema público de prestaciones sanitarias.

Aceptamos que éste no es un tema cerrado y del que se pueda extraer una conclusión definitiva y finalista. Es en todo caso un tema que se está construyendo y que se habrá de configurar en un futuro, que tendrá que abrir puertas y mecanismos de mejora y perfeccionamiento.

Si construimos una CP total, en el sentido de acabada e inamovible, no estaríamos en el camino correcto, ya que el ejercicio profesional es cambiante. Básicamente los cambios se producen de la tensión de elementos científicos, económicos, políticos y sociales, si por tales entendemos enfermedades y su prevalencia, formas de enfermar, cambios demográficos, cambios culturales y la respuesta social que a ellos les damos. Todos ellos actuando sobre un elemento profesional: el médico, en nuestro caso de Atención Primaria, y todos ellos actuando sobre un objeto de la actuación profesional: la persona que padece, o no, una enfermedad, que presenta, o no, una patología y que se siente, o no, enferma.

La CP se articula en un marco legal específico, ya explicado en otros apartados del libro, y dentro de ese marco legal es donde le debemos dar respuesta. El encuadre en el sistema público es obligado.

Tenemos la percepción de que las personas somos unidades bio-psico-sociales, y esa realidad la asumimos y la integramos en nuestra profesión. Y en este engranaje como sujetos y como objetos de actuaciones vamos construyendo nuestras realidades.

Todo lo anterior nos señala que estamos ante un tema complejo, al que intentamos dar respuesta desde la SEMERGEN en la perspectiva de proponer un modelo o unos parámetros entre los que se mueva la CP de los médicos de Atención Primaria. La complejidad no se gestiona con respuestas simples o parciales, pueden no ser completas, pero deben intentar abarcar la totalidad.

Carrera Profesional. ¿A qué nos referimos?

Posiblemente nos acercamos al tema de la CP desde la evidencia de que las cosas no andan bien para los médicos, de que estamos desmotiva-

dos. Somos una de las profesiones que más sufre el síndrome del profesional quemado. Los estudios sobre la percepción que sobre nuestra profesión tenemos los profesionales no son nada favorables.

La búsqueda por parte de los gestores de estímulos e implicaciones en la actividad y fines de la organización es incesante, y el control de la disparidad asistencial, un objetivo no explicitado por los mismos. Desde los profesionales estas situaciones se viven como limitantes. Se parte del axioma de la libertad de ejercicio, que a veces se traduce en hacer lo que se quiera, y en base a él la situación se percibe como de excesivo control. Es una profesión con gran carga de proyección personal del profesional en su trabajo, y estas limitaciones se viven como pérdida de grados de libertad en todos los aspectos.

La limitación de horizontes definidos en cuanto a hacer siempre lo mismo y a que esté en donde esté mi vida no va a cambiar, junto con las condiciones laborales, hacen que situaciones habituales y constitutivas de la profesión se padezcan como insufribles.

A lo largo de nuestra vida profesional, de forma mayoritaria, realizamos esfuerzos de formación, de dar respuestas a los nuevos retos profesionales. Nos estamos habilitando constantemente, y posiblemente no haya profesión tan atenta a las innovaciones como la nuestra. Muchas veces con un sentido de oportunidad económica individual, pero otras muchas con un sentido altruista y social.

Ante esta realidad, la respuesta de los gestores, y no me refiero a los cargos de gestión de la Administración, sino a los ideólogos de la gestión, es intentar buscar un sistema que incentive a los profesionales. Desde la óptica de la gestión la CP se concibe y articula esencialmente como un incentivo y los incentivos, en proyección lineal, son económicos. Dicho de otra forma: la mejor forma de incentivar, y la más simple, es mediante la gratificación económica.

Nadie puede ni debe negar que los incentivos económicos son importantes y que una mejor y mayor habilitación para el ejercicio profesional deba estar remunerada. Pero no es lo único fundamental e importante. En múlti-

ples trabajos se señala que el incentivo económico no es el único que mueve a los profesionales médicos. Hay otros incentivos: vacacionales, de cursos, de limitación de la carga de trabajo, de consideración por parte de la organización, de facilidades para la habilitación y mejora de la competencia, que también se consideran y valoran como mecanismos incentivadores.

Definimos la Carrera Profesional como el reconocimiento explícito y expreso del desarrollo profesional que se concreta en el grado de carrera alcanzado y en su retribución. La CP es, en definitiva, el reconocimiento explícito y expreso del trayecto que un profesional de AP realiza a lo largo de su vida laboral en relación con su competencia y actividad a lo largo de este trayecto.

Entendemos por desarrollo profesional el conjunto de conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigadoras y docentes incorporadas por el profesional a lo largo del tiempo en el ejercicio de su competencia profesional.

Definiendo la competencia profesional como aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociada a las buenas prácticas de la profesión para resolver los problemas que se le plantean. Definición generalizadora de la de médico competente como aquel que utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio asociado a su profesión para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio.

Estas definiciones, y más en concreto la de desarrollo profesional, se apartan un poco de la definición legal de la misma y lo hacen con toda intención. La definición legal incluye conceptos como la cumplimentación de objetivos que en pureza no son parte constitutiva del concepto de CP, sino necesidad de los servicios sanitarios, intentando reglamentar temas que pueden tener y tienen otra reglamentación y amparo. Esto introduce un sesgo. Y este sesgo puede hacer que la CP se viva desde los profesionales con rechazo. En muchas comunidades autonómicas la retribución por cumplimiento de objetivos tiene un complemento específico. Seguir por esta línea obligaría a perfilar en qué consistiría la nueva retribución concurrente con otras anteriores.

Hay tres aspectos básicos y fundamentales de la CP que no podemos perder de vista a lo largo de todo el proceso: es un derecho que se ejerce de forma individual y voluntario.

Grados de Carrera Profesional

Preferimos el término de grado por entender que es el que expresa con mayor precisión los distintos estadios de la misma.

Los términos nivel y grupo se utilizan en otras instancias de la Administración para designar situaciones de especial responsabilidad o actividad e incluso para designar distintas situaciones jerárquicas, valgan como ejemplos puestos administrativos de nivel 22, 28 ó 30, o distintas jefaturas de grupos administrativos.

¿Cuántos grados?

La Ley es clara en cuanto al número de grados. Si aceptamos los cuatro grados establecidos, más uno opcional contemplado en Ley, más uno final de reconocimiento emérito de honra, podemos articular una CP que tendría cinco grados nominales. Sólo los grados que contempla la Ley serían los que tendrían homologación en el Estado y serían los que tienen que ser iguales para todos, los otros tendrían carácter especial sin que supusiesen, en esencia, elementos constitutivos de los grados de CP.

Sobre la denominación de los mismos, consideramos que no es la parte más importante de su definición. Se llamen como se llamen, lo que debemos saber es a qué equivalen y qué son en todo el Sistema Nacional de Salud. Buscar definiciones complejas y no equiparables sólo nos puede conducir a los agravios comparativos y al estímulo de situaciones diferenciadoras nada convenientes para la proyección futura de la CP y su posible integración en un futuro reconocimiento profesional europeo en materia sanitaria.

Para los pasos entre los distintos grados entendemos que debemos valorar una serie de requisitos que deben ser explícitos y conocidos, úni-

ca forma de garantizar la igualdad, la equidad y la objetividad en la adjudicación de grados. Asimismo, se deberá conocer el sistema de puntos para acceder y poder pasar de uno a otro grado. Como sistema básico podemos establecer un sistema de medida de puntos. A este sistema debemos transferir todos los datos evaluables. Así, la propuesta es de que un año de servicio equivaldría a 10 puntos. Los puntos de formación se obtendrían de transformar los créditos en puntos de tal forma que un punto equivalga a un crédito y éste a 10 horas lectivas de curso acreditado o según sistema de adjudicación de créditos. Y los puntos por otros medios (investigación, publicaciones, participación en congresos, doctorado, máster, etc.) deben ser transferidos a un sistema de puntos. Labor para la que es imprescindible la puesta en marcha de los mecanismos y órganos que contempla la legislación.

Los requisitos que se deben valorar tienen dos grandes aspectos:

- Requisitos derivados de *componentes asistenciales*:
Antigüedad como fundamental y constante.
Cumplimiento de patrones de calidad: valorados mediante auditorías participadas por el aspirante, o ECOE's específicas para grado o memoria justificada.
- Requisitos derivados de *méritos supletorios*:
Formación (cursos acreditados).
Docencia (participación en grupos de formación internos o externos, tutorizaciones).
Investigación (con la consiguiente publicación o pertenencia a grupo).
Gestión (definida en los términos expresados en la Ley).

El sistema de méritos supletorios entendemos que debiera contener unos méritos mínimos o imprescindibles para cada grado que se complementarían con otros, hasta alcanzar el porcentaje establecido, de carácter opcional y a establecer por el profesional.

Grado inicial o Grado 0. Sería el grado de partida, de inicio, para todos los profesionales que se incorporan al subsistema de Atención Primaria.

Grado I. Sería el primero de los grados específicos de carrera. Para acceder a este grado se precisarían 5 años en el grado anterior y reunir una serie de puntos que se obtengan de la valoración de componentes asistenciales, básicamente antigüedad, y puntos obtenidos de méritos supletorios. Parece razonable que en este grado el 90% de los puntos provenga de los componentes asistenciales, y que se garantice un 10% de los puntos en formación acreditada, equivalentes a unas 50 horas de formación.

Grado II. Sería necesario estar en posesión del Grado I, con cinco años de antigüedad en dicho grado. El peso de los componentes asistenciales sería del 80% de los puntos, y el 20% restante de méritos supletorios. De ellos, el 66% serían de obligada configuración, y el 34% restante, de libre configuración.

Grado III. Necesidad de estar en posesión del Grado II, con 5 años de antigüedad en dicho grado. No menos de 15 años de antigüedad en el subsistema de AP. El peso de los puntos por los componentes asistenciales sería del 60%, y el 40% restantes de méritos supletorios. De ellos, el 33% serían de configuración obligada, y el 67% restante, de libre configuración.

Grado IV. Necesidad de estar en posesión del Grado III, con 5 años de antigüedad en dicho grado. No menos de 20 años de antigüedad en el subsistema de AP. El peso de los puntos por los componentes asistenciales sería del 50%, y el 50% restante de méritos supletorios. De ellos, el 34% serían de obligada configuración, y el 64% restante, de libre configuración.

Grado V. Con carácter honorífico como reconocimiento a la labor realizada en el área de la AP. No tendría un carácter retributivo y sería de tipo honorífico o emérito. No se accedería a él por iniciativa del profesional, sino a instancias de terceros, sean éstos grupos de profesionales o entidades de carácter ciudadano o educativo. No serían imprescindibles puntuaciones específicas dado su carácter, salvo estar en el Grupo IV.

En cuanto a los grados, parece razonable que sean de carácter consolidable, no sólo porque lleven pareja una retribución, sino por suponer un reconocimiento de la progresión del profesional. La no progresión significa nece-

sariamente estancamiento en el grado. Sólo parece razonable que el grado se pierda por sanción o sentencia firme que lleve aparejada su pérdida.

Lo que pretendemos con la CP es que sea un estímulo, no sólo un sistema de premios. Paralelo al sistema de grados, se puede arbitrar un mecanismo de funciones asociadas a los mismos, pero para ello el marco legal está establecido por las normas. No sería desdeñable una propuesta en este sentido, pero tendría que ser meditada desde la perspectiva de las implicaciones de derecho que se podrían suscitar en cuanto a plazas y requisitos de desempeño, amén de poder producir efectos no deseables en cuanto a que determinados centros o equipos acaparen a unos determinados profesionales y que otros, por sus peculiaridades laborales no sujetas a la voluntad del profesional, tengan una penalización.

Sistema de méritos

Un sistema que reconozca el desempeño de los profesionales y su trayectoria debe tener dos pilares básicos. Uno, el derivado de componentes asistenciales, esencia y base de nuestra actividad profesional. Otro, derivado de méritos explícitos, reconocidos y reconocibles vinculados al esfuerzo del profesional por mejorar y actualizar sus competencias, por ser un profesional más competente.

En este sentido, debemos entender que el sistema de méritos responde a situaciones laborales de los profesionales, y que estos méritos, por su naturaleza, esfuerzo en conseguirlos y temporalidad, no pueden tener todos el mismo peso o valor.

En otro punto nos referíamos a los méritos supletorios para alcanzar un determinado grado. Los componentes asistenciales determinan lo que el profesional hace y cómo lo hace. Los méritos representan el esfuerzo realizado para estar al día y mejorar su competencia. Estos méritos, de carácter supletorio, son los que debemos regular y valorar.

Podemos distinguir dos grandes grupos de méritos en función de su dificultad o significado: Méritos Permanentes y Méritos Temporales.

Definiríamos los **Méritos Permanentes** (algunos los llaman consolidables) como aquellos que a lo largo de toda la Carrera Profesional pueden ser reconocidos en cada una de las etapas al profesional. Todos ellos por el tiempo necesario para adquirirlos, por su reconocimiento en instancias educativas o por su particular significación determinan una cualificación a lo largo de la vida del profesional. Entre ellos podremos valorar: tesis doctorales con doctorado, dirección de tesis doctoral, diplomaturas, máster y otros que reúnan características semejantes.

Definiríamos los **Méritos Temporales** (algunos los llaman no consolidables) como aquellos que tienen un carácter de temporalidad limitada o que su valor se ve afectado por el paso del tiempo. Entre ellos valoraríamos: cursos acreditados, comunicaciones o ponencias a congresos de AP, participación en proyectos de investigación financiados, contratos de investigación, patentes, evaluación de proyectos de investigación, participación en publicaciones, sean libros o revistas relacionados con la AP o la Sanidad, editor de revistas científicas, participación en grupos acreditados de sociedades científicas, docencia externa o interna al servicio o institución asistencial, tutorizaciones, premios científicos, responsabilización de áreas o espacios de gestión en los servicios sanitarios, etc.

La puntuación de los distintos méritos se efectuará por el órgano legal competente, ya que es imprescindible que en todas partes se valore igual y tenga el mismo peso.

Los méritos de carácter temporal deberán referirse al espacio de tiempo en que se pretenda la mejora u obtención de grado. Una vez consumido su valor, en ese período de tiempo, no podrán utilizarse con posterioridad, salvo que la situación se prolongue. Pongo por caso que una tutorización que se utiliza para pasar del Grado II al III sólo podrá ser utilizada para pasar del Grado III al IV si a lo largo del tiempo de ejercicio en el Grado III se mantiene la tutorización. Si se fue tutor y se utilizó el mérito para pasar del Grado II al III y a partir del Grado III no se ejerce una tutoría, no podrá ser aducido como mérito el haber sido tutor para pasar del Grado III al IV, en caso de no haber utilizado el mérito si (no se consume).

Carrera Profesional, jerarquía y gestión

Uno de los puntos controvertidos y sujeto a discusión es la relación entre CP, la jerarquía y la gestión.

Si volvemos a la definición que se hacía de CP, ésta es de carácter clínico, vinculada al paciente, y esta circunstancia es la que debe pretender regular. Tener reconocido un determinado grado de CP no convierte a un profesional en mejor o peor que otro. Sólo puede significar que uno reúne una serie de requisitos y decide demostrarlos, y que otro no decide tomar esta vía. Por eso la retribución debe ser específica de CP y no intentar absorber otros conceptos. Se puede ser un excelente profesional y no acceder a la CP; todo dependerá de lo que el profesional quiera, y si decide que se le reconozca. Lo que no puede ser es querer ejercer el derecho y tener impedimentos para su ejercicio.

Dado este carácter, la Carrera Profesional nada tiene que ver con la gestión ni con la jerarquía. Uno puede ser muy eficaz y eficiente distribuyendo funciones y ser un verdadero líder en su grupo profesional, ser jefe, y no tiene por qué ser el más capacitado para atender a pacientes ni ser el más competente en el ejercicio asistencial. La jerarquía significa mando y responsabilización de determinadas funciones. A mi entender, esto no es lo que se pretende regular, ni lo que se debe regular, con la CP.

Del mismo modo, uno puede ser un eficaz y eficiente gestor, saber articular efectivos y distribuirlos, ser capaz de ordenar adecuadamente un cuadrante de vacaciones o sustituciones, y no por ello ser competente a nivel asistencial.

Es por estos motivos por los que no debemos mezclar ni confundir los distintos aspectos de la actividad ejercida por médicos con los distintos aspectos de la actividad profesional médica de carácter asistencial. Cuando las normas se refieren a valorar la gestión en la carrera se refieren a valorar la gestión clínica, entendiendo por tal la participación en distintas comisiones que configuran el quehacer profesional diario.

En algunos medios se habla cada vez más del médico de AP como gestor de recursos sanitarios aplicados y como gestor de procesos de enfermar, pero con ello se están refiriendo a la gestión clínica de procesos de enfermar, que poco tiene que ver con la gestión de recursos económicos o humanos del subsistema de AP.

Posiblemente estemos llegando al tiempo de especializar la gestión de recursos en AP o a una Carrera Profesional de gestión en AP. Este es un tema que entiendo no compete a la Carrera Profesional que nos ocupa.

Universalidad de la Carrera Profesional de AP

Cada vez más se entiende que la Carrera Profesional, como derecho reglado de ejercicio individual, tiene que abarcar a todo el colectivo de médicos de AP que reúnan los requisitos y que voluntariamente quieran acceder a la misma. Establecer un sistema que no abarque a todos, no sólo sería discriminatorio, sino que también generaría desigualdades que no serían beneficiosas para la CP.

Por ello, la CP de AP tiene que tener un carácter universal en el sentido de que debe acoger a todos los profesionales que se quieran incorporar a la misma.

Como consecuencia de ello, no puede ni debe haber un «número clausus» por grado. Deben poder acceder al grado que les corresponda todos aquellos profesionales que lo soliciten y reúnan requisitos.

Sobre el tema retributivo que preocupa a muchos, y que se supone es la preocupación de la Administración, cabe decir que es un tema sujeto a mesas de negociación específicas, y que en ellas se debe producir el acuerdo para que estos postulados se lleven a cabo.

De lo que parece no haber duda es que la CP debe tener un reconocimiento retributivo específico, que no absorba otros y que sirva para lo que se diseña, para regular la Carrera Profesional.

Incorporación a la Carrera Profesional de los profesionales en activo

Cuando se introduce o incorpora una norma que establece un nuevo marco de reconocimiento de derechos, se deben tener en cuenta las situaciones previas de aquellos que afectados por la norma no pueden acceder sin que se les reconozca la situación previa. La incorporación de los profesionales al sistema de CP no debe producirse haciendo caso omiso a las situaciones de los profesionales que hasta ese momento ejercían su actividad.

La propuesta es relativamente sencilla si la desvinculamos de algunas limitaciones o del hecho de que el reconocimiento de situaciones administrativas tengan, a su vez, un programa acompañante de elementos retributivos inmediatos. Es indiscutible que el reconocimiento del grado debe llevar aparejada una retribución.

Parece claro que los profesionales que reúnan requisitos se deben incorporar al sistema de CP en el lugar que les corresponde y como les corresponde, con independencia de que otro tipo de derechos les sean reconocidos con otra temporalidad o transitoriedad.

Parece razonable que todos los profesionales con más de diez (10) años de ejercicio profesional se incorporen directamente con el Grado II de carrera.

Para el Grado III se exigirán, además de 15 años de antigüedad, los méritos complementarios del grado.

Para el Grado IV se exigirán, además de 20 años de servicio, méritos complementarios del grado.

Bibliografía

1. Estudio sobre la situación del médico general/de Familia en España, encuesta nacional. Semergen 2004.
2. González, B. Profesionales sanitarios. Tecnologías y mercados. Biblioteca Chrochane; 2004.
3. Propuesta de Carrera Profesional para los facultativos de la Comunidad de Madrid. CESM. Madrid; marzo de 2003.
4. Instrucción n.º 3/04 del Director del Servicio Canario de la Salud, de 24 de marzo de 2004. Relativa al proceso de encuadramiento en la Carrera Profesional del personal facultativo del Servicio Canario de Salud.
5. Carrera profesional para médicos del Servicio Navarro de Salud. Sistema de Carrera Profesional del Servicio Navarro de Salud. Guía informativa. Oficina de desarrollo profesional del Colegio de Médicos de Navarra; mayo de 2001.
6. La Carrera Profesional del médico (documento de trabajo). Colectivo de médicos de Extremadura.
7. Apuntes sobre la Carrera Profesional. Colectivo médico de Cuenca.
8. Carrera Profesional. Sindicat de metges de Catalunya; 2003.
9. Situación de la Carrera Profesional de Enfermería en España. Proyectos y realidades de los diferentes S. de salud de las CCAA.
10. Acuerdo Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios de Enfermería; 13 febrero de 2003.
11. Carrera Profesional de Enfermería. Consejo General de Colegios de Enfermería.
12. Veras Castro R. Borrador de CIG-Saúde de avaliación de carreira profesional; 2004.
13. Asamblea de facultativos del Hospital Meixoeiro. Borrador de Carrera Profesional. Vigo; 15 xuño 2004.
14. Torrón Casal B. La Carrera Profesional en Medicina, artículo. Eido Médico setembro 2004.
15. Iglesias JM. et al. La Carrera Profesional del médico de Familia. Semfyc grupo de trabajo 2004.
16. La Carrera Profesional del médico. Documento de trabajo. OMC; abril de 2002.